

616.84 (82)

В. В. ДЕХТЕРЕВ

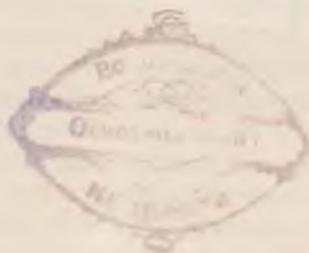
ПРИВАТ - ДОЦЕНТ 1-го ГОСУДАРСТВ. МОСКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.

# ДРОЖАТЕЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ

(PARALYSIS AGITANS).

359665

МОНОГРАФИЯ.



Приложение к журналу „РУССКАЯ КЛИНИКА“. Изд. Медсекции „ЦЕКУБУ“  
МОСКВА — 1927.

616.8

Д - 39



## ВВЕДЕНИЕ I.

Тринадцать лет тому назад, когда учение о дрожательном параличе было в хаотическом состоянии, а о полосатом теле многие ученые высказывались, как о „рудименте пройденной старины“, я осмелился первый из русских авторов указать на важное значение corp. striati и заболевание его поставить в связь с дрожательным параличем.

Мировая война лишила меня возможности защищать тогда же мои смелые по тому времени выводы и заключения, а шесть лет тому назад при защите моих трудов на звание приват-доцента мне уже не пришлось бороться за свои взгляды, и я выслушал лишь заключение глубокоуважаемой комиссии профессоров в составе Л. О. Даркшевича, А. И. Абрикосова и Г. И. Россолимо, которое я привожу здесь с большим удовольствием: „7 лет прошло со времени окончания работы и, казалось бы, что за этот срок понизится значение ее и ныне она предстает перед факультетом устаревшей и имеющей лишь исторический интерес, но на деле оказалось совсем не то: автор, останавливаясь на теме дрожательного паралича, обнаружил большую прозорливость, так как за последние 4 года западно-европейская наука выдвинула как раз именно ряд проблем, близко соприкасающихся с проблемой сущности дрожательного паралича, в центре чего оказался вопрос о функциях чечевицеобразного тела и его расстройствах. Как патолого анатомическая часть исследования, так и анализ клинических особенностей разбираемой формы представляют именно в настоящее время большую ценность, поддерживая завоевывающие первенствующее положение взгляды“.

Теперь, когда я получил наконец возможность напечатать свой труд, я должен также, как это было сделано мною 6 лет тому назад<sup>1)</sup> подвести краткое резюме тому, что произошло за это время в учении о дрожательном параличе, и сделать к моей работе соответствующие добавления. Продолжая изучать болезнь Паркинсона и знакомясь с литературой последних лет, я пришел к заключению, что коренной переработке в моей монографии подлежит только часть V главы, касающаяся дифференциальной диагностики заболевания. Кроме того мною будут сделаны добавления к главе патологической анатомии и патогенеза; что же касается до всех остальных глав, как то: этио-

<sup>1)</sup> Введение II.

логии, симптоматологии, терапии и пр., то эта часть моей монографии не претерпела никаких резких изменений по сравнению с тем, что мы знали об этом 13 лет тому назад. Касаясь дифференциальной диагностики, надо сказать, что клинически *paralysis agitans* изучен в настоящее время настолько хорошо, что смешать его с каким-либо другим заболеванием (*Hysteria* и пр.), с которыми его приходилось прежде дифференцировать, вряд ли возможно; но за то за последние годы появилось новое тяжелое страдание, самое название которого указывает на его близкое сходство с болезнью Паркинсона, а именно „постэнцефалитический паркинсонизм“. Сходство между обоими заболеваниями иногда бывает настолько велико и распознавание одного от другого настолько затруднительно, что я счел необходимым написать по этому поводу отдельную работу под заглавием— „К дифференциальной диагностике болезни Паркинсона и постэнцефалитического паркинсонизма“<sup>1)</sup>, а здесь я приведу из нее необходимые выдержки. В своей монографии об острых энцефалитах профессор Маргулис говорит, что *paralysis agitans* отличается от энцефалитического амиостаза с большим трудом, особенно в более поздних резидуальных стадиях энцефалита.—Хотя я и не могу согласиться с этим воззрением, что, впрочем может быть является лишь субъективным мнением, вследствие долголетнего изучения дрожательного паралича, тем не менее я полагаю, что дифференциальная диагностика между двумя вышеуказанными формами должна быть уточнена и углублена.

Когда несколько лет тому назад появились первые постэнцефалитические паркинсоны, которые очень напоминали настоящих агитантов, врачи сначала не знали как им отнестись к этому явлению. Еще в 1921 году Mingazzini<sup>2)</sup> полагал, что симптомокомплекс дрожательного паралича ничем не отличается от паркинсонизма после эпидемического энцефалита, которому он и дал название „*paralysis agitans postencephalitica*“. Далее Souques<sup>3)</sup> настаивает на том, что энцефалитический амиостаз нельзя рассматривать как псевдопаркинсонизм, а что этот симптомокомплекс и является настоящим дрожательным параличом. Наконец лишь в 1922 году Naville<sup>4)</sup> впервые пытается дифференцировать оба страдания и указывает те 9 признаков, которые по его мнению характеризуют энцефалитический паркинсонизм и не свойственны настоящей болезни Паркинсона. Эти признаки следующие: 1) молодой возраст; 2) быстрое развитие паркинсоновского симптомокомплекса; 3) его эпидемическое распространение; 4) неправильное распределение мышечной ригидности, как, например,—сильнее всего в затылке; 5) атипичность дрожания; 6) чрезвычайно сильная степень общей заторможенности; 7) стереотипные и ритмические судороги; 8) сильные колебания в степени дрожания и 9) общая психическая слабость. Эта дифференциальная диагностика

<sup>1)</sup> Доклад в О-ве Псих. и Невропатол. при I МГУ, 11 марта 1927.

<sup>2)</sup> Zeitschrift für Neurologie u. Psychiatrie. 63, 1921.

<sup>3)</sup> Schweiz. Archiv f. Neurologie u. Psychiatrie. II. H. 1. 1922

<sup>4)</sup> Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrank Bd. 70, H. 4, 1924.

является для нас совершенно неприемлемой уже потому, — что в ней упущены как раз те симптомы, которые в настоящее время справедливо считаются наиболее характерными для энцефалигического паркинсонизма, а именно — явления зрачковые и глазодвигательные.

В 1924 году Вендерович проводит наиболее полную диагностику обоих заболеваний, разбив все отличительные признаки их на 26 групп. Нет надобности перечислять все 26 групп, и я укажу лишь на то, что, несмотря на исчерпывающее, казалось бы, количество симптомов, поставить дифференциальный диагноз на основании этой группировки все же довольно трудно. Симптомы слишком много, но все они перечислены подряд и нет определенных указаний на действительно яркие и характерные признаки, а вместе с тем приведены явления, свойственные довольно равномерно обоим заболеваниям. Так, например, пункт 24 гласит: „При постэнцефалитическом паркинсонизме очень часто наблюдается сильное слюнотечение, а при дрожательном параличе оно никогда не достигает такой степени и встречается реже“. К таким же мало дифференциальным симптомам можно отнести добрую половину из вышеуказанных 26 групп. Такие явления, как медленность жевания, крайняя бедность движений лицевой мускулатуры, расстройство речи, различного рода субъективные расстройства чувствительности и пр. — также наблюдаются приблизительно одинаково часто при обоих страданиях и не только не могут служить для разграничения обоих страданий, но скорее затемняют дифференциальную диагностику. Далее идет целый ряд симптомов и признаков спорных, то-есть таких, которые одни авторы считают более типичными для одного заболевания, а другие для другого. Сюда прежде всего надо отнести самые разнообразные расстройства психической сферы, которые одни авторы считают характерными для постэнцефалитического паркинсонизма, а другие для дрожательного паралича. Далее я не могу согласиться с тем, что течение дрожательного паралича более тяжелое, чем паркинсонизма после эпидемического энцефалита, а между тем это положение выдвигается как дифференциальный диагностический признак. Правда, течение болезни Паркинсона неуклонно прогрессирующее, почти без ремиссий, которые дает иногда энцефалитический амиостаз, но нарастание болезни настолько медленно, что сами больные не могут уследить его, и часто проходят годы и даже десятки лет, как это было в 3-х моих случаях (см. ниже), в случае Неуманн'а и др., а больные агитанты находятся в гораздо лучшем состоянии, чем те энцефалитические паркинсоники, которые докатились до последней черты в течение каких-нибудь нескольких месяцев.

Наконец я должен упомянуть о нескольких симптомах, действительно встречающихся только при одном из занимающих нас страданий. Сюда можно отнести неполную атрофию зрительных нервов, свойственную только псевдопаркинсонизму, или грубые вазомоторные расстройства, наблюдаемые при дрожательном параличе. К сожалению, эти симптомы мало облегчают нам распознавание, так как

и при тех заболеваниях, для которых они характерны, они встречаются довольно редко—от 5% до 15%.

Теперь я остановлюсь на двух признаках, которые во многих случаях имеют огромное дифференциально-диагностическое значение, но вместе с тем могут легко направить нас и на ложный путь. Первый из этих признаков—возраст. Молодой и детский возраст говорят за псевдопаркинсонизм, а пожилой и старческий—с большим вероятием за дрожательный паралич. Однако и здесь есть „но“, которое заключается в том, что хотя *paralysis agitans juvenilis*, случаев которого было описано вообще очень мало, и взят под большое подозрение, но окончательно еще никем не опровергнут, и я не имею никаких оснований считать мой случай, опубликованный в 1913 г.<sup>1)</sup> (Наблюдение 9), за *paralysis agitans juvenilis spuria*, а не *vera*. Вместе с тем недавно мне пришлось наблюдать женщину 58 лет, у которой 3 года тому назад бы типичный эпидемический энцефалит, а 2 года как появился псевдопаркинсонизм, и таких случаев энцефалита в пожилом возрасте описано уже довольно много. Второй признак, который обычно принято считать одним из кардинальных для дифференциальной диагностики обоих заболеваний—это анамнез и связанное с ним течение болезни. Этот признак очень коварный и может дать все или ничего, и даже затруднить распознавание. Конечно нам вовсе не приходится заниматься дифференциальной диагностикой, когда больной на наших глазах переходит из летаргического состояния в псевдопаркинсонизм, или в тех случаях, когда эпидемический энцефалит был ясно выражен, и интеллигентный больной подробно описывает вам то, что было с ним год или два тому назад, хотя бы лечащий его врач, как это часто наблюдалось в начале эпидемии, и говорил ему, что он перенес тиф, ангину, и пр. Другое дело, если Вы имеете перед собой мало-сознательного больного, не привыкшего следить за своим здоровьем, у которого кроме того энцефалит протекал в очень легкой форме, почти без повышения температуры. В этих случаях, кстати сказать нередких, больной упорно будет отрицать у себя в анамнезе какое бы то ни было заболевание и настаивает на том, что болезнь его развилась без всякой причины или, как это часто приходится слышать „после испуга“.

Большинство врачей в настоящее время совершенно правильно в таких случаях не считают с анамнезом больного и обращают внимание лишь на объективные данные. С другой стороны, надо предостеречь и от обратного увлечения и не перегибать палку в другую сторону, т.-е. при сомнительном в момент исследования больного *status'e* все-таки всячески стараться найти в анамнезе хотя бы намек на какое-то заболевание и немедленно поставить его в связь с имеющимся на лицо паркинсонизмом, поставив диагноз энцефалитического амиостазиса. Мне пришлось в прошлом году исследовать одного 52-летнего мужчину с дрожательным параличом, который рассказал мне,

---

<sup>1)</sup> Журнал им. С. С. Корсакова 1913 г. Книга 1.

что болезнь его начала развиваться вскоре после какой-то болезни с высокой температурой. По наведенным мной справкам оказалось, что больной перенес брюшной тиф в очень типичной форме с резко выраженной реакцией Widal'я.

Теперь у нас остались нерассмотренными лишь 2 группы симптомов, которые я нарочно оставил под конец, как наиболее ценные. Симптомы эти заключаются в различных расстройствах со стороны зрачков и глазодвигательных параличах и являются чрезвычайно характерными для энцефалитического амиостаза и совершенно не свойственны дрожательному параличу. Громадное диагностическое значение этих симптомов в том, что они наблюдаются именно очень часто—по статистике разных авторов от 45% до 90%. Большие колебания в статистических данных нами объясняются тем обстоятельством, что различные авторы брали разные стадии болезни. Здесь надо только указать, что одна вялость реакции зрачков не имеет абсолютно никакой диагностической ценности, так как эта вялость бывает и у агитантов и является следствием их пожилого (50—70 лет) возраста.

Итак при критическом разборе чрезвычайно богатой симптоматологии дрожательного паралича и энцефалитического амиостаза мы видим, что каждый отдельный симптом играет сравнительно небольшую роль и лишь совокупность всех признаков дает нам достаточно данных для правильного распознавания. Имея лишь очень ограниченное количество более или менее прочных дифференциально-диагностических признаков, мы должны стремиться к нахождению новых явлений и таким образом несколько новых симптомов найденных мною значительно облегчают разграничение обеих форм. Как мы увидим ниже и как мною было опубликовано в 1917 г. в моей работе о „Симптоматологии дрожательного паралича“<sup>1)</sup> очень характерными явлениями при болезни Паркинсона можно считать следующие: 1) количественное понижение электровозбудимости как на фарадический так и на постоянный ток; 2) резко выраженную миастеническую реакцию и 3) понижение электрокожной чувствительности. Эти три симптома были мною исследованы за последние 3 года в 47 случаях постэнцефалитического паркинсонизма и ни в одном из них нами не был получен положительный результат. Литературные данные, касающиеся этого вопроса, очень скудны и несмотря на огромное количество работ по поводу эпидемического энцефалита и связанного с ним псевдопаркинсонизма, мы не находим никаких указаний по поводу электровозбудимости и электрокожной чувствительности, и лишь те немногие авторы которые исследовали у постэнцефалитических паркинсоников миастеническую реакцию (Sarbo, Маргулис, Тарасевич и др.), также никогда не наблюдали ее у своих больных. Итак мы видим, что 3 вышеуказанных симптома, столь часто встре-

---

<sup>1)</sup> Труды Клиники Нервных Болезней и Неврологического Института Моск. Гос. Унив. Том II. 1917.

чающиеся у больных с дрожательным параличем (см. ниже и положения § 5, 6 и 7) и являющиеся для него характерными, совершенно не наблюдаются у постэнцефалитических паркинсоников и таким образом служат нам верным и хорошим дифференциально-диагностическим признаком для разграничения обоих страданий, в особенности в сомнительных случаях, когда чаша весов со всеми другими симптомами колеблется то в сторону одного, то в сторону другого заболевания.

Переходя теперь к патологической анатомии, я должен сказать, что в этой области за последние годы произошли большие изменения, так как наши знания о подкорковых ганглиях значительнополнились, и тем не менее я с удовольствием могу констатировать, что наблюдения и выводы других авторов, сделанные в самое последнее время, сходны, как это мы сейчас увидим, с параграфами 9 и 10 моих положений этой работы. Благодаря тщательным, огромным и кропотливым гистологическим, анатомическим, патолого-анатомическим, микроскопическим и экспериментальным изысканиям Hunt'a, Strümpel'я, Bielschowsk'oro, Spatz'a, Wilson'a, Förster'a, Kleist'a Pollack'a и главным образом С. и О. Vogt'ов<sup>1)</sup>, мы имеем в настоящее время стройную систему стрио-паллидарного аппарата и более или менее точно знакомы с его функциями. Когда уже не оставалось сомнений в заинтересованности полосатого тела при болезни Паркинсона, некоторые авторы пытались первое время значительно сузить патологоанатомическую картину заболевания и ставить очень точную топическую диагностику, считая главным образом, что изменения касаются лишь Pallidum (globus pallidus). Однако в дальнейшем вновь пришлось раздвинуть рамки и даже С. и О. Vogt'ы, констатируя постоянные и большие изменения в Striatum-Pallidum все же допускают более или менее выраженное заболевание и других частей мозга. По F. U. Lewy (L. с. Springer 1923) к характерным находкам при дрожательном параличе надо причислить также изменения в substantia nigra, в симпатических ядрах Oculomotorius'a и Trigemini's'a, в ядрах Tuber cinerei и тела Luis'a, в дорзальном ядре Vagus'a и в nucleus periventricul. hypothalami. Интересно, что Lewy на основании своих изысканий и находок в других частях мозга приходит к заключению, что патолого-анатомические изменения при дрожательном параличе являются преимущественно сосудистого характера и изменения надо считать старческо-атрофическими (сравн. мои положения—§ 10).

В заключение надо сказать, что в последнем посмертном руководстве Н. Оррнгейм'а (Berlin 1923) мы можем прочесть следующие слова, касающиеся различного рода патолого-анатомических находок при болезни Паркинсона:—„So wenig eindeutig noch alle diese Befunde sind, namentlich auch was die Abgrenzung der pathologischen Befunde bei der Paralysis agitans gegenüber den der anderen striären

---

<sup>1)</sup> Исчерпывающая литература приведена у С. & О. Vogt'ов в *Jurnal für Psychologie u. Neurol.* Bd. 25, 1920 и у Pollack'a. *Verhandl. d. G. d. Neur.* 1921. *D. Zeitschr. f. N.* Leipzig 1922.

Symptomenbilder betrifft, so ist doch das eine wohl sicher das wir den wesentlichen pathologischen Prozess im Stammganglienapparat zu sehen haben“. (Сравн. мои положение § 9).

Последние годы проходят под флагом изучения эндокринных желез и вегетативной нервной системы, при чем многие авторы (Salton, T. Cohn, Sarbo, Аммосов и др.) считают nucleus lenticularis за одно из центральных ядер вегетативной нервной системы. Идет полная переоценка ценностей, и как всегда бывает в этих случаях, дело не обходится без излишних увлечений. Во что выльются в окончательной форме все последние изыскания и достижения,—сказать еще трудно, но во всяком случае вопрос о дрожательном параличе продолжает быть актуальным, в особенности из-за огромного количество наблюдаемых в настоящее время постэнцефалитических паркинсоников, а между тем у нас в СССР до сих пор нет ни одной монографии о болезни Паркинсона, почему я и считаю выход моей книги и теперь еще своевременным. О главных работах, которые появились с 1915 года я говорю в своих двух введениях, а продолжать подробный список литературы я не хочу и не могу по тем же причинам, по которым я этого не сделал в 1921 году (см. введение 1). Из-за чисто материальных соображений (дороговизна) мне пришлось выкинуть из работы все миастенические кривые, кривые пульса, дыхания и пр. и оставить лишь несколько кривых дрожания, а также значительно сократить (и уменьшить величину) число фотографий с моих больных.

Москва, марта 12 дня 1927 года.

## ВВЕДЕНИЕ II<sup>1)</sup>.

Со времени окончания моей работы прошло много лет и теперь я вижу, что тот пессимизм, который захватил меня 4 года тому назад (в 1917 году) был основателен, и мое предположение, высказанное в предисловии, более чем оправдалось—труд мой и по сие время не увидел света. Только недавно я получил возможность сдать в редакцию медицинского журнала краткий аутореферат моей работы.

Я с удовольствием могу констатировать, что время, или, вернее, труды различных авторов за последние годы во многом подтвердили высказанные мною предположения и заключения. Судя даже и по тому незначительному количеству иностранной литературы, которое посвящается теперь в Россию, последние 5 лет прошли в невропатологии преимущественно под флагом изучения *nuclei lenticularis* и тех болезней, которые, повидимому, зависят от его патолого-анатомических изменений.

Согласно с планом моей монографии я и теперь в порядке последовательности начну с этиологии *paralysis agitans*. Здесь мы подвинулись вперед очень мало, но мне кажется, что наш взгляд на „физические и психические травмы“, как на причины, в лучшем случае лишь предрасполагающие к заболеванию и ускоряющие его, а не как на причины прямые и производящие, как полагали некоторые авторы, блестяще оправдался последними годами революции. И действительно за 1917—1921 годы большинство граждан России претерпело, кажется, вполне достаточное количество „травм“ для того, чтобы сделаться агитантами, и однако, судя по данным амбулатории нашей клиники, куда по прежнему стекаются больные со всех концов нашей родины, количество больных с дрожательным параличом несколько не увеличилось против прежних лет.

Коснувшись симптоматологии, я должен сказать, что, насколько мне известно, никаких новых кардинальных и характерных симптомов за последние годы описано не было и только трактование отдельных явлений приобрело более устойчивости, чем это было в 1900—1910 годах. Теперь уже не приходится доказывать, что такие симптомы, как „бедность и недостаточность движений“ больных, явления *propulsio* и *retropulsio*, вынужденное положение тела и пр., являются

---

<sup>1)</sup> Это введение написано в 1921 году при защите моих трудов при I М. Г. У. на звание приват доцента.

симптомами самостоятельными, а не зависящими от ригидности мускулатуры, а самая напряженность мышц не стоит в зависимости от поражения пирамидных путей, так как все это является чуть ли не аксиомой. Ничего существенного не произошло и в учении о предсказании и течении болезни Паркинсона, а также и в трактовании случаев комбинаций *paralysis agitans* с другими болезнями, но в вопросе о распознавании и дифференциальном диагнозе, по нашему мнению, произошел резкий сдвиг, и теперь этот вопрос уже не так прост, как это было раньше. Для меня ясно, что многие случаи *paralysis agitans*, которые в прежнее время не подлежали сомнению, теперь уже не могли бы считаться тем, что мы подразумеваем под этим заболеванием, и, в первую очередь, надо взять под подозрение почти все случаи так называемого *paralysis agitans infantilis* или *juvenilis*, а также многие из тех, которые шли под названием случаев атипичных. Так как эти новые данные стоят в тесной связи с новейшими патолого-анатомическими наблюдениями и учением о патогенезе страдания, то мы и перейдем к этим последним вопросам, предварительно указав на то, что эти-то данные микроскопического исследования в связи с учением о функции и патологии *nuclei lentis* и послужили А. Strümpell'ю материалом для его работы об „амиостатическом симптомокомплексе“ или „миастазии“.

Судя по имеющейся в моем распоряжении литературе, за последние 5 лет появилось большое количество работ, касающихся *paralysis agitans* и родственных ему заболеваний, а также физиологии и патологии полосатого тела и связанных с ним путей. Многие из этих работ основаны на богатом патолого-анатомическом материале и частью подтверждают те предположения, которые были мною высказаны в моей монографии, так что зависимость *paralysis agitans* от поражения *nuclei lentis* почти уже не подлежит сомнению.

Я не буду здесь вдаваться в разбор всех появившихся за последние годы работ, так как это повело бы меня слишком далеко и могло бы составить большую новую работу, а лишь кратко резюмирую самое главное и существенное, что нам дали труды последнего времени, и в первую очередь отмечу тот факт, что огромное значение полосатого тела, которое еще так недавно некоторыми авторами (J. H. Lloyd—1915 год) подвергалось сомнению, является уже вполне доказанным.—Далее надо сказать, что многие авторы (А. Strümpell, А. Westphal, К. Mendel и пр.) сопоставляют и ставят между собою в родственную связь такие болезни, как псевдосклероз, болезнь Wilson'a, двусторонний атетоз, *paralysis agitans* и торзионную дистонию, при чем все эти болезни, по их мнению, так или иначе стоят в зависимости от поражения *corpore striati*. Некоторые из них идут в своей локализации дальше и высказывают мысль, что от поражения *putaminis* возникает торзионная дистония, а от поражения *globus pallidus*—дрожательный паралич. Конечно, все эти новейшие данные еще требуют дальнейшего наблюдения и проверки, хотя повидимому уже близки к истине. В заключение я остановлюсь еще на двух предпо-

гожениях, которые я высказал в моей монографии, так как с ними согласуются мысли других авторов, что мне стало недавно известно при изучении иностранной литературы последних лет. Первое из моих предположений о полосатом теле, как о главном органе всех автоматических движений, находит себе подтверждение в работе Kleist'a (К учению о подкорковых двигательных расстройствах), который уже прямо указывает на *corpus striatum*, как на специальный орган для автоматических движений. Вторая гипотеза, которую я позволил себе высказать в моей монографии, заключалась в предположении об изменении химизма при *paralysis agitans*. Канвой для этого предположения мне послужило то обстоятельство, что такой характерный симптом дрожательного паралича, как быстрая истощаемость и утомляемость мышц в связи с наблюдаемой часто миастенической реакцией, как бы сближает болезнь Паркинсона с миастенией, которую ставят в зависимость от заболевания желез внутренней секреции. Подтверждение моего предположения мне позволено будет видеть в том, что многие авторы (Pfeiffer, Ströcker, Schneider, Pollack и др.) главным образом на основании патолого-анатомических наблюдений теперь уже установили довольно прочную связь между чечевичным ядром и печенью, так как при заболеваниях, родственных с *paralysis agitans*, они наряду с теми или другими изменениями в *nucleus lenticularis* видели и значительные изменения (цирроз) в печени. Принимая же во внимание то обстоятельство, что печень является одним из главных органов, влияющих на обмен веществ в организме, можно думать, что при вышеуказанных заболеваниях происходит какое-то нарушение химизма, а зная родственную связь дрожательного паралича с этими болезнями, возможно допустить поражение печени и при нем, хотя и не в такой сильной степени, как при других заболеваниях (*distonia musculorum deformans*). Тщательное микроскопическое исследование печени, также как и других желез, в том числе и внутренней секреции, во всех случаях *paralysis agitans* покажет нам насколько все эти гипотезы близки к истине.

Кончая обзор моей монографии, я упомяну еще о том, что в главе IX список литературы заканчивается 1914 годом, а теперь на исходе уже 1921 год. Сделано это мной умышленно и вот почему: до 1915 года литература была мной изучена очень тщательно и главным образом по первоисточникам, и такого подробного перечня ее нельзя больше найти ни в какой больше работе о *paralysis agitans*; с начала же Европейской войны приток иностранной литературы в Россию сильно сократился, а за последние годы почти что сошел на нет, так что со многими работами мне поневоле пришлось познакомиться лишь по рефератам, а многих работ мы без сомнения и сейчас еще не знаем. Исходя из этого последнего соображения, я и поставил точку после списка литературы 1914 года.

Москва, 16 сентября 1921 г.

## ПРЕДИСЛОВИЕ.

В 1911-м году я занялся изучением дрожательного паралича, заинтересовавшись тем хаотическим состоянием в котором находилось учение об этом заболевании. Работа моя уже была окончена и я начал готовить ее к печати (1914-й год), когда разразилась Европейская война и я, будучи призван в действующую армию, принужден был надолго с ней расстаться. В настоящее время (декабрь 1917 года) я не имею даже уверенности, что труд мой когда-либо увидит свет, т.-е. появится в печати, так как грандиозная волна событий, захлестнувшая Россию, и, в частности, безумная дороговизна не позволяют мне напечатать работу сейчас, а будущее так туманно и гадательно... Основной задачей я поставил себе хотя бы немного приблизиться к разрешению вопроса о патогенезе болезни, но лишь будущее покажет, насколько я успел в этом, так как мировая война еще не окончена, мы попрежнему отрезаны от всего цивилизованного мира и почти-что не имеем иностранной литературы, из которой возможно было бы заключить, насколько я прав в своих предположениях и выводах.

Вторая цель которую я преследовал, заключалась в том, чтобы разобраться в громадной литературе, существующей по поводу дрожательного паралича, и затем на основании ее, а также и своих собственных наблюдений дать возможно полную картину этого страдания. Те выводы и заключения, которые я почерпал из критического разбора литературных данных, а также на основании своей собственной, главным образом, клинической работы, все же вносят небольшую лепту для пополнения наших знаний о дрожательном параличе. В заключение должен сказать, что на русском языке не наберется и десятка работ по поводу *paralysis agitans*, а монографии нет ни одной. Чтобы не увеличивать объем книги, я стараюсь возможно кратко и сжато передать данные добытые мною и другими авторами; ту же цель я преследовал, обрабатывая архивный материал клиники и излагая истории болезни моих собственных больных.

Ссылаясь в разных главах этого труда на мой казуистический материал, я в скобках указываю, относится ли данный случай к амбулаторным клиническим или моим собственным наблюдениям, при чем наблюдения амбулаторные помечены арабскими цифрами с прибавлением буквы а (амбулатория), а клинические и собственные наблюде-

ния обозначены римскими цифрами с прибавлением букв К. Н. (клинические наблюдения) и С. Н. (собственные наблюдения).

В виду того, что литература, которую мне пришлось пользоваться для моей работы, очень велика, я расположил список ее (глава IX) в хронологическом порядке, а с 1871-го года, когда литература начала особенно разрастаться, я соблюдал в каждом году и алфавитный порядок фамилий авторов. Кроме того мною составлен и алфавитный указатель всех авторов, а цифры, которые стоят в этом последнем рядом с фамилией автора, указывают на номер работы в хронологическом списке.

В заключении приношу свою благодарность д-ру Е. К Сепп за прекрасно исполненные в 1913-м году рисунки с моих микроскопических препаратов.

Москва, декабрь 1917 г.

I.

**ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК.**

В 1817 году английский врач James Parkinson впервые описал дрожательный паралич как особую форму болезни и дал ему название Shaking palsy <sup>1)</sup> или Paralysis agitans. Определение, данное им этому заболеванию, следующее:

„Involuntary tremulous motion with lessened muscular power, in parts not in action and even when supported; with a propensity to bend the trunk forwards, and to pass from a walking to a running pace: the senses and intellects being uninjured“.

(Непроизвольные дрожательные движения при пониженной мышечной силе, в частях тела, находящихся в покое, даже тогда, когда они имеют опору; стремление сгибать туловище вперед и из ходьбы шагом переходить в бег; органы чувств и интеллект не поражены).

359666  
Такими краткими, но рельефными чертами охарактеризовал Parkinson дрожательный паралич, который по справедливости часто называют болезнью „Parkinson'a“. Сам Parkinson указывает на то, что многие авторы наблюдали дрожательный паралич до него. Изучая древнейшую медицинскую литературу, мы видим, что уже Гален различал два вида дрожания: пальмос — клоническое, конвульсивное, спазмодическое дрожание и тремос — дрожание паралитическое, Van Swieten не только знал два вида дрожания, но и пытался даже дать особое физиологическое обоснование для каждого вида; он различал дрожание, которое происходит в покое, в постели и зависит от того, что возбуждение интермиттирующим, ритмическим образом происходит в нервных центрах; это судорожное явление он назвал Tremor coactus; повидимому, оно соответствует Galen'овскому пальмос. Другое дрожание по v. Swieten'у появляется исключительно при движении и зависит от недостатка стимула вследствие неодинаковой продолжительности нервного флуида, задача которого приводить в движение мускулы под влиянием воли. Это дрожание он считает следствием слабости, паралича и называет его Tremor a debilitate (тремос).

В восемнадцатом столетии Schwarz (1766), Sagar (1776), Cullen (1778) и Donckers (1782) описали случаи, которые, повиди-

<sup>1)</sup> An essay on the shaking palsy. By James Parkinson Member of the royal college of surgeons. London Printed by Whittingham and Rowland Goswell street For sherwood, Neely, and Jones, Paternoster Row. 1817.

тому, должны быть отнесены к *paralysis agitans*. Далее в 1795 году Sauvages описал особую форму хорей и дал ей название „*Skelotyrbе festinans*“. Несомненно, это заболевание идентично дрожательному параличу в виду характерного описания явления, которое впоследствии было названо *propulsio* („*Est peculiaris skelotyrbes species, in qua aegri solito more, dum gradi volunt, currere coguntur; velut inviti festinant ac praecipiti seu convitato passu gradiuntur*“). Кроме того Sauvages указывает на то, что, в противоположность хорей, это заболевание начинается в более позднем возрасте („*Chorea viti pueros puellasve impuberes aggreditur, festinia vera senes*“).

Вернемся теперь опять к Parkinson'у. Больные, которых он наблюдал, были в возрасте 52, 55, 56, 62, 72 лет, откуда он и заключил, что *paralysis agitans* начинается обычно в пожилых годах и редко до 50-ти лет. „Страдание развивается настолько медленно и постепенно, что часто сам больной не может с точностью указать начало своей болезни. Первый симптом заключается в незначительной слабости и дрожании какой-нибудь определенной части тела, иногда головы, но чаще одной из рук. Затем эти явления усиливаются, а через определенный промежуток времени, почти всегда через год, болезненные явления становятся заметными в другой части тела, заболевает и другая рука; еще через несколько месяцев больной замечает, что он уже не может попрежнему сохранять прямую осанку, в особенности во время ходьбы, но иногда также при стоянии и сидении. В то время как этот симптом медленно усиливается, одна из ног начинает тихонько дрожать и устает скорее другой, здоровой ноги. Опять проходит несколько месяцев, и тогда ослабевает и начинает дрожать и другая нога. В начале страдание не особенно тяготит больного, но затем болезнь прогрессирует и рука уже не повинуется его воле, а ходьба становится для него задачей, которая выполнима только при большом внимании; ноги плохо слушаются больного и требуется величайшее напряжение, чтобы не упасть. В конце концов, вследствие дрожания, письмо становится невозможным, а чтение очень затруднительным. При внезапных движениях дрожание прекращается на один момент, чтобы менее чем через минуту появиться опять. Стремление наклонить туловище вперед становится непреодолимым и больной принужден ходить на носках и на передней части стопы вследствие того, что ему становится очень трудно не упасть лицом вниз. В некоторых случаях больной бывает принужден делать все более скорые и короткие шаги и в конце концов, против своей воли, бежать.

Сон также нарушается дрожанием. Принятие пищи расстраивается настолько, что больного приходится кормить. Существует запор, который требует опытной помощи. Когда болезнь переходит в последний стадий, туловище бывает почти всегда согнуто. Сила мышц заметно ослаблена и дрожание значительно. Больной может идти только тогда, когда провожатый идет перед ним, повернувшись лицом к нему и положив свои руки на переднюю сторону его плеч,

оберегает его от падения вперед. Речь становится едва понятной; больной не может более сам есть, и даже тогда, когда пища положена ему в рот, он с трудом удерживает ее пока не разжует, вследствие дрожания языка и мышц глотки. Глотание также затруднено и слюна тоже не проглатывается, а, перемешанная с остатками пищи, беспрерывно вытекает изо рта. Мышцы все менее слушаются воли больного, дрожание все усиливается и усиливается и если наступает короткий сон, то кровать и даже пол также трясутся. Подбородок неподвижно пригнут к груди. Артикуляция становится невозможной, появляется недержание мочи и кала и, наконец, при постоянной бессоннице, бреде и других явлениях конца существования, наступает желанная смерть“.

Parkinson уже указывает на главнейшее отличие дрожания при *paralysis agitans* от других видов дрожания (23 стр.). А именно: дрожание при *paralysis agitans*, в противоположность дрожанию при других заболеваниях, происходит в части тела, охваченной дрожанием, когда эта часть тела имеет опору или находится без движения, и сейчас же на короткое время прекращается, когда производится какое-либо произвольное движение.

В качестве главнейшего дифференциального диагностического признака Parkinson указывает на уменьшение воздействия воли на мышцы. При *paralysis agitans* это явление наступает медленно. Мышцы реагируют при этом на импульс воли, но их реакция болезненно изменена. Расстройства чувствительности никогда не наступают. Как вероятную причину страдания, Parkinson берет заболевание спинного и продолговатого мозга. В подтверждение этой теории он описывает один случай, повидимому, *meningomyelitis*, в котором при вскрытии оказалось значительное утолщение и отвердение спинного и продолговатого мозга.

Относительно терапии, по мнению Parkinson'a, едва ли можно говорить до тех пор, пока болезнь будет лучше изучена; тем не менее, он рекомендует симптоматическое лечение, в особенности против запора“. Несмотря на блестящее описание дрожательного паралича, сделанное Parkinson'ом, болезнь эта на долгое время была основательно забыта, не привлекала к себе внимания врачей и часто смешивалась с различными другими формами дрожания, главным образом с хореей и рассеянным склерозом головного и спинного мозга.

В Англии лучше чем в других странах помнили о *paralysis agitans* и здесь ее более или менее подробно описали Mason Good Eliotson (1839), Marshall Hall (1841), Graves (1843), Stockes и Todd (1851); но все эти авторы не прибавили ничего нового к картине болезни, данной Parkinson'ом. Исключение надо сделать для Marshall Hall'a, который установил новую гемиплегическую форму *paralysis agitans*. Основанием для этого послужил ему один случай, который он описывает следующим образом: „Macleod, 28 лет, страдает слабостью и дрожанием руки и ноги, которое усиливается при каждом волнении или движении и когда он идет или когда он переносит

свою палку из одной руки в другую; кроме того можно отметить своеобразные судорожные движения глазных яблок в сторону и значительную степень заикания или неправильной артикуляции“. Нам кажется, что Marshall Hall ошибся, и описанный им случай скорее походит на рассеянный склероз, чем на *paralysis agitans*. В Германии *paralysis agitans* стал более известен только после описания, которое в 1850-м году дал Romberg, на основании собственных наблюдений, в своем руководстве нервных болезней. Затем в следующем году были выпущены 2 серьезных работы Basedow'ом и Blasius'ом.

Во Франции с дрожательным параличем познакомились впервые благодаря работе See о хорее в 1851-м году и работе Troussseau в 1859-м году. Заслуга этих двух авторов заключается в том, что они провели резкую дифференциальную диагностику между болезнью Parkinson'a и хореей, которые до них очень часто смешивались. По этому же вопросу через три года писал Charcot и Vulpian и теперь осталась только одна болезнь, дифференциальный диагноз между которой и *paralysis agitans* представлял, казалось, непреодолимые трудности. Болезнь эта была —рассеянный склероз головного и спинного мозга. Обычно всю заслугу в деле разработки дифференциального диагноза между рассеянным склерозом и дрожательным параличем принято приписывать Charcot и его ученику Ordenstein'у, но, чтобы быть справедливым, надо сказать, что первый камень в фундамент разграничения этих двух болезней был положен Cohn'ом. В 1860-м году Cohn на основании двух случаев, принятых им за дрожательный паралич и представлявших при вскрытии множественный склероз головного и спинного мозга, говорит следующее *Es sind viele Zustände bekannt bei denen Paralyse mit Zitternden Bewegungen in die äussere Erscheinung tritt, Z. B. bei der Hirnerweichung Tumor cerebri etc., ohne dass die Krankheit eine Paralysis agitans genannt werden kann. In dieselbe Kategorie gehören Zwei von mir beobachtete Falle, wo die Sektion multiloculäre Induration in Gehirn und Rückenmark ergab und Zwar stellte sich, was ich mit besonderem Nachdruck betonen möchte, das Zittern nur bei intendierten Bewegungen ein, niemals aber, wie bei der Paralysis agitans, auch im Zustande der Ruhe*“. Итак, мы видим, что Cohn первый указал на разницу дрожания при множественном склерозе и при дрожательном параличе. В 1867 году ученик Charcot Ordenstein в своей диссертации „sur la paralysie agitante, et la sclerose en plaques generalisee“ указал уже более точным образом на отличие этих болезней друг от друга. Затем в 1872 году сам Charcot в своих классических лекциях настолько мастерски описал в подробности обе формы болезни, что это описание послужило основой для всех позднейших работ. В качестве главного дифференциально-диагностического признака Charcot приводит разницу дрожания при *paralysis agitans* и *sclerosis disseminata*. *C'est pour ne, les avoir pas pris en consideration que les deux affections qui doivent faire l'objet de nos premieres etudes cliniques, la paralysie agitante et la sclerose en plaques disseminees, sont restées jusqu'a ce jour confondues sous uné meme rubrique, bien quelles*.

soient a tous egards, parfaitement independantes l'une de l'autre. Toutes deux, à la verité, comptent le tremblement parmi leurs symptomes les plus importants mais, dans la première, les oscillations rythmiques des membres sont a peu près permanentes, tandis que dans la, seconde elles ne suivient qu'a l'occasion des mouvements voulus. Nous venons de signaler un trait distinctif qui permettrait deja de poser entre les deux affections une ligne de démarcation tranchée“.

Окончательному разобщению обеих болезней много способствовали последующие работы о рассеянном склерозе. (Bourneville, Leo, Bärwinkel, Schüle, Lionville, Leube, Esstein, Zolly, F. Schultze и др.).

Только одну более или менее существенную ошибку допустил Charcot в своем описании дрожательного паралича. А именно как на важный признак болезни он указал на то, что голова никогда самостоятельно не принимает участия в дрожании („La tete et le cou, sous le repetons, restent indemmes; c'est la regle“). Но уже вскоре немецкая школа в лице Westphal'a (1876) и Berger'a (1882) восстали против этого взгляда и опровергли его. С Charcot, собственно говоря, оканчивается история клиники дрожательного паралича и начинается история его патологической анатомии, но этому вопросу нами будет посвящена особая глава. Что касается клиники, то надо сказать, что со времени Charcot во всех культурных странах света появилось и появляется до сих пор, как видно из приведенной нами ниже литературы, громадное количество работ, касающихся симптоматиологии и терапии дрожательного паралича. По поводу этого уже более десяти лет тому назад Erb (1901) говорит следующее—„So verfügen wir jetzt, am Anfange des 20 ten Jahrhunderts über ein vollkommen sicheres und fast erschöpfendes symptomenbild der Parkinson—schen Krankheit“. И действительно, в настоящее время нет, кажется, ни одного симптома paralysis agitans, который не был бы обработан многими авторами до мельчайших подробностей. Но насколько блестящи наши познания по симптоматиологии, настолько же они печальны по терапии. И понятно, что, не зная самой причины и сущности заболевания, мы естественно не можем и лечить его. Терапии нами также посвящена особая глава. Из позднейших больших работ по поводу дрожательного паралича можно указать на монографии Wollenberg'a (1899 г.), Mendel'a (1911 г.) и Förster'a и Levy (1912 г.).

---

## II.

### КАЗУИСТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ.

#### А. Наблюдения амбулаторные в период 1890—1910 года.

Приводимые здесь 79 случаев дрожательного паралича обнимают собою весь амбулаторный архивный материал клиники за 21 год ее существования—с 1890 по 1910 год. Начиная с 1911 года, все больные, обращавшиеся в амбулаторию клиники, были обследованы мною клинически. Исключение представляет из себя, приводимое ниже, наблюдение 80, так как в это время (ноябрь 1914 год) я находился в действующей армии и лично больного Ер-ва не изучал.

#### 1.

Больной Митрофан Ан-ов, 58 лет, жалуется на дрожание в правой руке. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Пьет и курит больной умеренно. Lues отрицает. Живет в сыром помещении. На долю правой руки выпадает тяжелая работа, так как по профессии больной слесарь. Года 2 как появилась общая слабость, а 2 месяца тому назад начала трястись правая рука. Status 30/XI 1900 г. Больной слабого питания с выраженным атеросклерозом. Левый зрачок шире правого, реакция зрачков вялая. Правый *facialis* слабее левого. В правых конечностях tremor, сильнее в руке. Дрожание грубое, медленное, с большими размахами, прекращающееся при напряжении (взяться за что-либо) и усиливающееся при волнении. Наблюдается *propulsio*. Сила правой руки понижена. Коленный рефлекс справа повышен, слева нормален. Клонусов нет.

#### 2.

Больная Татьяна Ан-ва, 40 лет, жалуется на дрожание в левых конечностях и затруднение при ходьбе. Со стороны наследственности ничего особенного. Больная замужем, 4 детей. Не пьет. Lues отрицает. В жизни много неприятностей и волнений. Года 4 тому назад появилась слабость в левой ноге и нога стала подвергаться. Около года появилось трясение в левой руке, а затем и в ноге, и 6-ая начала ходить согнувшись. Болезнь медленно прогрессирует. Status 11/XI 1898 г. Хрипы в верхушке правого легкого, запоры и малокровие. Черепные нервы и чувствительность в порядке. Больной трудно подняться из сидячего положения и начать идти, но затем при ходьбе ее что-то толкает вперед и ей трудно удержаться. Левые конечности слабее правых, в них резко выражена ригидность и постоянно tremor. При утомлении появляется tremor и в правой руке. Коленный рефлекс слева живой, справа нормальный. Атаксии и клонусов нет. Больная легко волнуется и расстраивается. Тоскует.

3.

Больная Феодора Ал-на, 46 лет, жалуется на трясение рук, слабость рук и ног и неловкость движений головы, особенно назад. Со стороны наследственности ничего нет. Больная замужем, детей нет, menses неправильны и с сильными болями в пояснице. Года 2 как запоры по 2—4 дня. Лет 5 тому назад появилась слабость в руках. Года 1½ трясение в руках, сильнее в правой; сначала оно являлось временами, а затем стало постоянным. Несколько месяцев тому назад появилось чувство стягивания в затылке. Все явления прогрессируют. Status 19/X 1904 г. Черепные нервы и чувствительная сфера в порядке. В руках постоянное дрожание, увеличивающееся при движении и волнении, ритмичное, с незначительным размахом. Ходит больная только с поддержкой, сильно наклонив туловище вперед, шмыгая ногами и почти не приподымая их; пальцы руки собраны вместе. Активные движения головы ограничены во все стороны, во главным образом назад. Сила рук и ног достаточная. Коленные рефлексы отсутствуют, а с tendo achillis—получаются. Клонусов и симптома Бабинского нет.

4.

Больная Прасковья Ак-ва, 42 х лет, жалуется на дрожание всего тела и конечностей. Со стороны наследственности надо отметить алкоголизм отца; кроме того, по словам больной, ее прадед страдал такою же болезнью, как и она сама, и те же явления существуют в настоящее время у ее сестры. Сама больная замужем 22 года, выкидышей у нее не было, детей 5 человек. Вина не пьет. Часто простуживалась, а других болезней не помнит. Много было семейных неприятностей. Дрожание появилось у больной лет 5 тому назад и с тех пор медленно прогрессирует. Status 19/X 1907 г. Внутренние органы в порядке. Черепные нервы и чувствительная сфера уклонений от нормы не представляют. Дрожание, характерное для paralysis agitans, наблюдается у больной во всем теле непрерывно и прекращается только во сне. Ходит она согнувшись, наступая больше на носки, колени также слегка согнуты. Кроме того есть явление propulsio. Мышечная сила сохранена, рефлексы нормальны, атаксии, клонусов и симптома Бабинского нет. Настроение у больной подавленное, она постоянно плачет и тоскует.

5.

Больной С. Ав-ов, 62 лет, жалуется на дрожание в руках. Родители его были здоровыми людьми, и он сам до сих пор пользовался хорошим здоровьем. Lues отрицает. Холост. Не курит. Водку пил долго и помногу, но 2 года как не пьет совсем. Года 2 тому назад, без видимой причины, появилось трясение в левой руке; сначала трясение было незначительно, но затем усилилось. С год как оно перешло и на правую руку. Постепенно начала развиваться связанность в мышцах. Все явления медленно прогрессируют. Status 8/X 1904 г. Внутренние органы в порядке. Артерии сильно склерозированы. Черепные нервы уклонений от нормы не представляют. Чувствительность всех видов сохранена. Суб'ективно—доющая боль в пояснице. Тонус мышц всего тела повышен. Лицо маскообразно. Ходит больной согнув несколько спину и наклонив голову вперед; плечи прижаты к туловищу, ноги согнуты слегка в коленях, руки согнуты в локтевых и в лучезапястных суставах, большие пальцы приведены к ладоням, остальные пальцы сближены. В руках заметен tremor, дрожат предплечья и кисти вместе, колебания ритмичные, довольно объемистые, не очень частые. Tremor этот

заметен при покое, при активных движениях он исчезает. Иногда tremor переходит на всю руку, на голову и на верхнюю часть туловища. В нижних конечностях трясения не бывает. Атрофий мышц нет, сила их хорошая; объем движений пассивных, а также и активных в пределах нормы. Рефлексы сухожильные и кожные очень живые. Клонусы и симптом Бабинского отсутствуют. Речь монотонная, замедленная. Сон хороший.

6.

Больная Лукерья Бай-ва, 40 лет, жалуется на дрожание правой ноги. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. В жизни у больной было много неприятностей. Водку пила умеренно. 13 лет тому назад страдала ревматизмом, после которого ноги стали слабее. С неделю как без видимой причины появилось дрожание в правой ноге, которое почти не прекращается. Status 27/I 1910 г. Лицо больной маскообразно. В правой ноге равномерный tremor как в покое, так и при небольших движениях; при объемистых движениях tremor ослабевает. Временами дрожание такого же характера наблюдается и в правой руке. Сухожильные рефлексы повышены. Ходит больная прихрамывая на правую ногу. В правой ноге чувство онемения. В остальном со стороны нервной системы, а также со стороны органов растительной жизни ничего ненормального не наблюдается. Больная обидчива и раздражительна. В амбулатории клиники ей был назначен scopolamin. Через 9 месяцев больная вторично была на приеме, при чем в состоянии ее здоровья перемен не произошло.

7.

Елизавета Ба-ва, 62 лет, жалуется на дрожание левой руки. Со стороны наследственности ничего ненормального отметить нельзя. Сама больная до настоящего заболевания ничем серьезным не хворала. Не пьет и не курит. В жизни было много душевных потрясений и неприятностей. Года 2 тому назад, после сильных душевных стимулов, у больной появилось легкое дрожание в левой руке; являлось оно временами, но с течением времени усиливалось, и за последнее  $\frac{1}{2}$  года стало постоянным. Status 29/III 1902 г. У больной значительный артериосклероз, других изменений со стороны внутренних органов нет. Черепные нервы, а также чувствительность всех видов в порядке. В левой руке мелкое, ритмическое дрожание, которое усиливается при волнении и совсем прекращается только во время сна. Пальцы левой руки производят движение, которое можно приравнять к „сучению“ нитки. В языке также наблюдается tremor. Ходит больная несколько согнувшись, мелкими шагами. Ригидности нет, мышечная сила достаточная. Рефлексы живые. Тазовые органы в порядке. Психика нормальна.

8.

Петр Буд—ов, 56 лет, жалуется на чувство скованности во всем теле и затруднение речи. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Больной женат 38 лет, имеет 3-х здоровых детей; 1 ребенок умер в раннем детстве. Не пьет. Lues отрицает. Много лет страдает головными болями. Те явления, на которые жалуется больной в настоящее время, начали развиваться года 2 тому назад. Status 12/II 1902 года. Настроение у больного тоскливое, память стала хуже. Лицо маскообразное, руки сильно согнуты в локте, пальцы немного согнуты и большой палец приведен к остальным. В языке, губах и нижней челюсти наблюдается небольшое мелкое дрожание. Все движения больного сильно затруднены и замедлены вследствие ригид-

ноги всей мускулатуры. Речь ясная и отчетливая, но также сильно затруднена и замедлена. Иногда больной быстро повторяет одно и то же слово несколько раз под ряд, а затем опять говорит по-прежнему. Других расстройств со стороны нервной системы не наблюдается. Внутренние органы также в порядке.

9.

Пелагея Во—ва, 54 лет, жалуется на дрожание и слабость правых конечностей и чувство онемения в них. 8 месяцев тому назад у больной появилось чувство покалывания в правой половине спины, и вскоре появилось дрожание в правой ноге. Месяца через 4 после этого дрожание перешло и на правую руку. Затем появилось чувство онемения сначала в ноге, а потом и в руке Status 19/IX 1894 года. Сосуды больной жестки. Правый зрачок пошире левого, оба зрачка реагируют. Язык слегка отклоняется в правую сторону. Правые конечности послабее левых, и в них наблюдается некоторая ригидность и дрожание. Коленные рефлексы повышены справа. Тактильная чувствительность слегка понижена на правой половине тела. В течение 2-х месяцев в состоянии здоровья больной перемен не произошло.

10.

Василий Во—в, 72 лет, жалуется на дрожание в правой руке. Отец его был алкоголиком. Больной пьет умеренно. Курит папирос 15—20 в день. 22-х лет перенес сифилис, лечился иодом. Другими болезнями не страдал. Дрожание появилось лет 15 тому назад внезапно, после сильного физического напряжения правой рукой. Status 21/III 1901 г. Со стороны внутренних органов наблюдаются—эмфизема, хронический бронхит и миокардит. Дрожание в правой руке и походка больного очень типичны для *paralysis agitans*. При произвольных движениях дрожание на короткое время прекращается. Существует также дрожание нижней челюсти. Других изменений со стороны нервной системы нет. Назначен атропин.

11.

Больная Александра Ви—ва, 60 лет, жалуется на дрожание в правых конечностях. Со стороны наследственности ничего особенного. Сама больная замужем, имеет 6 здоровых детей, выкидышей не было. До настоящего заболевания ничем не хворала. 2 года тому назад после огорчения у больной появилось дрожание в правой руке, которое скоро распространилось и на правую ногу. Во сне дрожание прекращается, а в бодрственном состоянии происходит непрерывно. Status 7/I 1909 г. Внутренние органы, черепные нервы и чувствительность всех видов у больной в порядке. При покойном положении в правых конечностях, преимущественно в руке, наблюдается медкое ритмичное дрожание. При произвольных движениях дрожание прекращается. Пальцы правой руки производят движение точно больная сучит нитку. Сухожильные рефлексы справа, особенно на ноге, повышены.

12.

Больная Екатерина Ва—ва, 55 лет, жалуется на дрожание в руках. Отцу ее 90 лет; он душевно-больной. Мать умерла 50 л. от неизвестной причины. У больной было 3 выкидыша и 11 человек детей, которые живы и здоровы. Лице отрицает. Пьет изредка, иногда напивается допьяна. До настоящего заболевания ничем не страдала. 5 месяцев тому назад больная

сильно испугалась во время пожара. На следующий день у нее появилось дрожание в руках—сильнее в левой. С тех пор дрожание продолжается постоянно, прекращаясь лишь иногда часа на два. Status 3/III 1910. Со стороны психики надо отметить ослабление памяти, вспыльчивость и раздражительность. Черепные нервы и чувствительная сфера в порядке. В верхних конечностях значительная ригидность. В покойном положении в кисти левой руки больной наблюдается мелкий ритмичный tremor; при крепком прижатии кисти к бедру дрожание в кисти прекращается, но появляется в предплечьи. В правой руке дрожание такого же характера, но менее интенсивно. Коленные рефлексы повышены, остальные нормальны. В остальном со стороны нервной системы, а также и внутренних органов все нормально. Назначен под.

13.

Целагея Гор—ва, 72 лет, жалуется на дрожание рук и чувство скованности во всем теле. Со стороны наследственности ничего ненормального не наблюдается. Больная замужем 42 года, выкидышей не было, было 11 родов. Lues отрицает. 25 лет тому назад, после родов, был паралич правых конечностей, который через 8 дней прошел бесследно. 2 года тому назад появилось дрожание в левой руке, а через год и в правой. В то же время начала развиваться скованность и напряженность во всех мышцах туловища и конечностей. Status 18/X 1906 года. Все органы растительной жизни в порядке. Черепные нервы и все виды чувствительности уклонений от нормы не представляют. Психика не изменена. Лицо больной маскообразно, туловище наклонено вперед, руки слегка согнуты в локтевых суставах. Все произвольные движения замедлены и затруднены, вследствие значительной ригидности всей мускулатуры. Сила мышц достаточная. Явление propulsio выражено хорошо. В обеих руках постоянный ритмический tremor. Сухожильные рефлексы живые.

14.

Ефросинья Гин—г, 52 лет, жалуется на дрожание в правой руке. Со стороны наследственности ничего особенного. У больной было 10 человек детей и 2 выкидыша. До настоящего заболевания хворала только бронхитом и геморроем. 1 жедневно выпивает по 1 рюмке водки. 6 месяцев тому назад появилось дрожание в правой руке. До настоящего времени перемен нет. Status 26/II 1906 года. Внутренние органы в порядке. Психика нормальна. Черепные нервы и все виды чувствительности уклонений от нормы не представляют. В правой руке мелкий ритмичный tremor, ослабевающий при произвольных движениях и усиливающийся, когда обращают на него внимание. Движения правой руки замедлены. Мышечная сила нормальна. Сухожильные рефлексы живые.

15.

Александра Гей—л, 62 лет, жалуется на дрожание в ногах и слабость в них. Отец больной умер 70 л. от удара. Среди родных больных нет. Lues больная отрицает. В детстве перенесла скарлатину и затем до настоящего заболевания никакими болезнями не страдала. Год назад после многих волнений и неприятностей у больной начала развиваться слабость в ногах и дрожание в них. Status 7/I 1909 года. Со стороны органов растительной жизни никаких уклонений от нормы не наблюдается. Кифоз грудной части, постепенно развившийся в течение последних 5 лет. Черепные нервы и чул-

ствительность всех видов в порядке. Мимика лица бедная. Сухожильные рефлексы живые. Постоянный мелкий tremor в ногах, который затихает только при произвольных движениях. Иногда наблюдается tremor и в голове. Небольшая ригидность всей мускулатуры. Больной были назначены инъекции scopolamin'a. Больная была под наблюдением в течение 3-х месяцев. После каждой инъекции scopolamin'a дрожание прекращалось дня на 2. Потом возобновлялось, но в общем заметно некоторое улучшение.

16.

Камилия Гри—ч, 65 лет, жалуется на дрожание в руках и ногах. Со стороны наследственности ничего особенного. Других болезней до настоящего заболевания не было. Не пьет и не курит. 10 лет тому назад сильный испуг. 6 лет тому назад ушиб правой руки, после которого появилось дрожание в конечностях. Status 6/X 1894 года. Внутренние органы в порядке черепные нервы и чувствительная сфера также нормальны. Характерный для paralysis agitans tremor в руках и ногах; в руках сильнее. Tremor останавливается при обращении внимания и при произвольных движениях. Туловище согнуто вперед. Ходьба без посторонней помощи невозможна, а при ходьбе с поддержкой трудно удержать движение вперед. Сухожильные рефлексы живые. Через год больная опять была в клинике, при чем никаких изменений в состоянии ее здоровья не произошло.

17.

Василий Гри—в, 54 лет, жалуется на трясение всего тела и боли в ногах. Со стороны наследственности ничего ненормального не наблюдается. Больной прежде много пил и курил, теперь бросил и то и другое. В детстве онанировал. Женат 2-й раз. От первой жены 3-е детей, у второй беременностей не было. Лет 15 тому назад у больного было много деловых волнений. Lues отрицает, но говорит, что была мягкая язва. 4 года тому назад стала слабеть левая рука от кисти до локтя; месяца 4 спустя появилась слабость в левой ступне; с год как появилась слабость и в правых конечностях. Параллельно со слабостью развивалось и дрожание в конечностях. Года 3 тому назад были боли в левой лопатке, а года 1½ как боли появились и в правой лопатке. 2 года тому назад появилось стягивание в мышцах шеи и изменилась речь—язык стал заплетаться. Много лечился, но болезнь все прогрессирует. Status 12/I 1901 года. Психика больного в порядке. Характерный для paralysis agitans tremor во всем теле а также ясно выражены явления propulsio и retropulsio. Активная сила мышц достаточная. Все движения замедлены. Коленные рефлексы повышены, остальные нормальны. Черепные нервы, а также все виды чувствительности в порядке. Боли в спине и ощущение холода в левой ноге выше колена. Правосторонний сколиоз. Органы растительной жизни в порядке. Назначен atropin и N. a Br.

18.

Антоний Дар—о, 59 лет, жалуется на дрожание в правой руке. Родители его были здоровыми людьми, сам он также до настоящего заболевания пользовался хорошим здоровьем и только в молодости перенес уретрит с эпидидимитом. Женат 26 лет. Детей не было. Вино пил умеренно. 19 лет тому назад случился ушиб оглоблей правого плеча. В жизни было много душевных волнений. Будучи по профессии конторщиком, больной много писал и переутомлял правую руку. 5 месяцев тому назад, без видимой причины, появилось дрожание в правой руке, которое вначале было незначительно,

но постепенно становилось интенсивнее. Лечился массажем, гимнастикой и ваннами, но болезнь все прогрессирует. Status 30/III 1910 года. Со стороны внутренних органов надо отметить геморрой, эмфизему и склероз артерий. В психической сфере наблюдается понижение сообразительности. Черепные нервы, а также чувствительность всех видов в порядке. В правой руке tremor, характерный для paralysis agitans. Сила мышц достаточная, но существует некоторая ригидность. Походка нормальна. Рефлексы живые, особенно справа. Клонусов нет и феномена Бабинского нет. Почерк дрожащий. Больному назначен бром и атропин.

19.

Павел Дор—н, 62 лет, жалуется на дрожание левой кисти. Со стороны наследственности надо отметить алкоголизм отца. Сам больной пьет порядочно, с 25 лет. 30 лет тому назад у него была malagia. В жизни много волнений и неприятностей. Месяцев 8 тому назад появилось дрожание в левой кисти и в пальцах левой руки. Сначала дрожание было слабое и непостоянное, затем все усиливалось и теперь  $\frac{1}{2}$  месяца остается стационарным. Status 4/II 1901 года. В кисти и пальцах левой руки наблюдается характерный для paralysis agitans tremor, который при мышечных напряжениях переходит и на левое предплечье. Сила левой руки слегка ослаблена. Сухожильные рефлексы живые, особенно на левой руке. Клонусов и феномена Бабинского нет. В языке также существует tremor. Походка нормальна. Чувствительность всех видов, а также и черепные нервы в порядке. Со стороны органов растительной жизни никаких уклонений от нормы не наблюдается.

20.

Федосья Е—ва, 46 лет, жалуется на дрожание в руках и ногах. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Сама больная уже лет 15—20 пьет ежедневно по 1—2 рюмки водки, замужем 27 лет. Беременности не было. Менструа ходили нормально. Около года менопауза. Лет 20 тому назад больная очень испугалась во время пожара и после этого в течение месяца лежала в постели; несколько раз в течение жизни у нее болели суставы рук и ног. Других болезней до настоящего заболевания не было. 3 года тому назад, без видимой причины, среди полного здоровья у больной появилось дрожание указательного пальца левой руки. Через несколько дней дрожание появилось и в других пальцах. Затем постепенно дрожание распространилось на всю левую руку, потом перешло на левую ногу и, наконец, стало заметным и в правых конечностях. За последнее время, кроме того, появилась общая слабость и ощущение скованности во всем теле. Лечилась больная домашними средствами и гомеопатией. Status 10 II 1899 г. Во всех 4-х конечностях больной существует типичное для paralysis agitans дрожание. Дрожание непрерывно и проходит только во сне. При волнении дрожание усиливается. В левых конечностях дрожание сильнее, чем в правых. В мышцах заметна ригидность. Черепные нервы, чувствительность, а также органы растительной жизни уклонений от нормы не представляют. В течение года больная 6 раз показывалась в амбулаторию клиники. Лечение ее atropin'ом и duboisin'ом. Болезнь все время медленно прогрессировала—дрожание и ригидность заметно усилились.

21.

Иван Е—ов, 63 лет, жалуется на дрожание в руках и ногах—в голеностопных суставах. О своих родителях, а также других родственниках

больной ничего сообщить не может. В течение жизни часто простужался, а другими болезнями до настоящего заболевания не страдал. Не пьет и не курит. Выкидышей и детей у жены не было. 2—3 года тому назад, после смерти жены, у больного появилось дрожание в левых конечностях, которое потом перешло и на правые. Через год к дрожанию присоединилась ломота в суставах ног. Status 22/XI 1906 года. Сильное непрерывное дрожание во всех 4-х конечностях, сильнее в левых. Небольшое дрожание заметно также в голове и в языке. Руки больного слегка согнуты в локтевых суставах, пальцы рук вытянуты и большие пальцы приведены к остальным. В ногах чрезвычайно сильная ригидность. Кожные и сухожильные рефлексы сохранены. Черепные нервы, а также все виды чувствительности в порядке. Артерии склерозированы, тоны сердца глуховаты. Органы дыхания, пищеварения и мочеполовые нормальны.

22.

Михаил Ер—ов, 69 лет, жалуется на трясение в руках. Отец больного страдал epilepsieй, мать была здоровая женщина, дед по отцу алкоголик. Сам больной в детстве был золотушным. С 13 до 15 л. мастурбировал. Луез получил на 29-м году. Лечился. Женится 30 лет; у жены было 4 выкидыша и 2 детей, которые умерли. С 18 л. больной курит. Пил водку порядочно. Лет 15 тому назад после испуга начали трястись руки; мало-по-малу трясение все увеличивалось. Status 29/X 1901 года. У больного наблюдается постоянный, характерный для paralysis agitans, tremor в обеих руках. При произвольных движениях усиливается. Других расстройств со стороны нервной системы не обнаружено. Со стороны органов растительной жизни у больного существуют—эмфизема, хронический бронхит и фарингит; кроме того сердце несколько увеличено, тоны глухи, артерии склерозированы.

23.

Татьяна И—ва, 60 лет, жалуется на дрожание в левой ноге. Со стороны наследственности ничего патологического. Больная virgo. Не пьет и не курит. Лет 40 тому назад появилась ломота в суставах. 4 месяца тому назад, без видимой причины, начала трястись левая нога; трясение все усиливается. Status 17/X 1908 года. В левой ноге больной наблюдается, характерное для paralysis agitans, дрожание; сильнее всего дрожание в стопе. Когда больная стоит или ходит, а также во время сна, дрожание прекращается. Других расстройств со стороны нервной системы не обнаружено. В моче больной много белка, артерии склерозированы. В остальных органах растительной жизни отклонений от нормы не представляют.

24.

Виктор И—в, 54 лет, жалуется на дрожание в руках и правой ноге и чувство скованности во всем теле. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. У больного были abususes в venere. Водку пьет по праздникам—около  $\frac{1}{2}$  бутылки. Женат был два раза; 5 человек детей от первого брака и 15 человек от второго, кроме того у второй жены был выкидыш. 18 лет тому назад малярия в течение полугода. Других болезней не было. 3 года тому назад появилось дрожание в правой руке и одновременно с этим в правой ноге такое ощущение, как будто нога стала длиннее. Скоро дрожание появилось и в правой ноге. 2 года тому назад появилось чувство скованности в теле и затруднение произвольных движений. Около года дрожание наблюдается и в левой руке. Все явле-

ния медленно прогрессируют. Status 3/II 1907 г. Туловище больного согнуто вперед, голова пригнута к груди. Мускулатура ригидна. Произвольные движения затруднены и замедлены. Ходьба очень затруднена вследствие того, что у больного резко выражены явления *pro, retro* и *latero-pulsio*. В руках непрерывное дрожание широкой амплитуды, редкого темпа. Кроме того пальцы больного производят движения как будто они сучат нитку. При произвольных движениях и во сне дрожание прекращается. В стопе правой ноги также наблюдается ритмический тремор в сгибательно-разгибательном направлении. Других изменений со стороны нервной системы нет. Органы растительной жизни в порядке.

25.

Тимофей И.-в, 60 лет, жалуется на скованность всего тела и дрожание правой руки. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Больной сильно злоупотреблял алкоголем; теперь не пьет уже 12 лет. Настоящее заболевание начало развиваться года 2 тому назад. Status 14/III 1896 года. В правой руке больного характерное для *paralysis agitans* дрожание; в левой руке дрожание также есть, но послабее. Ригидность мускулатуры всего тела. Существует *propulsio*. Других изменений со стороны нервной системы, а также внутренних органов не наблюдается.

26.

Яков И.—в, 43 лет, жалуется на дрожание всего тела и чувство скованности. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Больной много пьет с 20 лет, часто бывал пьян. Условия жизни всегда были тяжелые. Других болезней до настоящего заболевания не было. Год тому назад появилось дрожание в руках, которое распространилось затем на ноги и туловище. Status 7/I 1898 года. Во всем теле больного наблюдается характерный для *paralysis agitans tremor*. Существует ригидность всей мускулатуры. Мышечная сила понижена в нижних конечностях. В икроножных мышцах—чувство ползания мурашек. Других изменений со стороны нервной системы, а также со стороны внутренних органов нет.

27.

Иеромонах Иосиф, 62 лет, жалуется на дрожание в руках и чувство скованности во всем теле. Отец больного умер 70 лет, мать 82 лет,—были здоровыми людьми. Все родственники его отличались хорошим здоровьем и умирали в глубокой старости. В молодости больной много пил, но уже 30 лет совсем не пьет. Вся жизнь у него бывали *abusus in venere*. Около 40 лет перенес уретрит. Других болезней до настоящего заболевания не было. Часто приходилось сильно утомляться. Лет 7 тому назад больной впервые заметил, что при произвольных движениях у него начинают трястись руки. За последние  $1\frac{1}{2}$  года это трясение настолько усилилось, что он не может более служить. Параллельно с дрожанием развилась и скованность во всем теле. С  $1\frac{1}{2}$  года как появилось затруднение речи. Status 12/IX 1908 года. Лицо больного маскообразно. Все произвольные движения замедлены и затруднены вследствие ригидности мускулатуры всего тела. При произвольных движениях в руках больного появляется типичный для *paralysis agitans tremor*. В покое его решительно нет. Других изменений со стороны нервной системы не наблюдается. Артерии больного сильно склерозированы. Органы растительной жизни в порядке.

28.

Дукерья Ка—ва, 53 лет, жалуется на дрожание в руках и ногах и общую слабость. Со стороны наследственности нельзя отметить ничего особенного. У больной было 8 человек детей, выкидышей не было. 15 лет тому назад в течение 3-х лет она страдала маточными кровотечениями. Других болезней до настоящего заболевания не было. Водку пьет умеренно. 5 лет тому назад появилось дрожание в правой руке, которое скоро распространилось и на правую ногу. Года 2 тому назад дрожание появилось и в левых конечностях. Status 16/II 1909 года. В правой руке больной наблюдается непрерывное ритмичное дрожание, сильнее всего выраженное в кисти. Пальцы правой руки производят движение, напоминающее сучение пряжи. В правой ноге также ритмичное дрожание. Подобные же движения, но в меньшей степени, наблюдаются и в левых конечностях. В мышцах конечностей существует некоторая ригидность. Походка затруднена. Коленные рефлексы повышены с обеих сторон, ахилловы нормальны. Черепные нервы и чувствительная сфера в порядке. Больная малокровна; страдает сильными запорами; второй тон на аорте акцентрирован; артерии склерозированы, пульс на *art. dors. pedis* не прощупывается. Других изменений со стороны внутренних органов нет. Больная находилась под наблюдением в течение 15-ти месяцев. За это время она была в амбулатории клиники 8 раз. Лечили ее *scopolamin'ом* и бромом. Перемен в состоянии ее здоровья не произошло.

29.

Михаил Ка—в, 52 лет, жалуется на дрожание в руках и ногах и общую слабость. Со стороны наследственности ничего особенного отметить нельзя. Лет 10 тому назад появилось дрожание в левой руке. С год тому назад дрожание появилось и в правой руке, а также и в нижних конечностях. Кроме того развилась общая слабость. Status 29/XI 1897 года. Лицо больного маскообразно, туловище несколько наклонено вперед. В мышцах всего тела значительная ригидность. В руках и ногах наблюдается постоянное мелкое ритмичное дрожание; сильнее всего оно выражено в кистях рук. При произвольных движениях дрожание уменьшается. Других изменений со стороны нервной системы, а также и со стороны внутренних органов нет.

30.

Михаил Ка—н, 50 лет, жалуется на трясение в руках, расстройство походки и общую слабость. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. 20 лет тому назад у больного был суставный ревматизм. *Lues* отрицает и вообще до настоящего заболевания никакими болезнями не страдал. Пьет умеренно. Курит папирос 10—15 в день. Года 3 тому назад, без видимой причины, появилась слабость и неловкость в ногах. Через год после этого слабость распространилась сначала на левую, а затем и на правую руку. Около года тому назад появилось дрожание в руках. Status 9/X 1902 г. Лицо больного маскообразно; мимика затруднена; туловище наклонено вперед, руки согнуты в локтевых суставах. Ходит больной мелкими шагами, с трудом отделяя ступни от пола. Наблюдается явление *retropulsio*. В кистях и предплечьях непрерывный ритмический тремор, который уменьшается при произвольных движениях. Пальцы рук производят движения, напоминающие „скатывание шарика“. Других изменений со стороны нервной системы, а также со стороны органов растительной жизни не наблюдается.

31.

Василий Ко—в, 50 лет, жалуется на трясение во всем теле, выраженное сильнее всего в левых конечностях. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Больной пьет, но умеренно. Никакими болезнями до настоящего заболевания не страдал. 3 года тому назад, без видимой причины, появилось мелкое дрожание в левой руке. Через год дрожание перешло и на левую ногу. Месяцев 10 тому назад начала дрожать голова, туловище и правые конечности. Кроме того за последний год явилась общая слабость. Status 4/XII 1909 года. В мышцах лица, шеи и конечностей больного наблюдается некоторая ригидность. Во всем теле существует непрерывное, стереотипное, мелкое дрожание, резче всего выражено на периферии конечностей и, по преимуществу, в левой руке. Дрожание усиливается при волнении, уменьшается при произвольных движениях и прекращается во сне. Дрожание редкое—4-5 раз в секунду. Пальцы рук производят мелкие сгибательные и разгибательные движения; кроме того движение между большим пальцем и остальными напоминает движение, производимое при скатывании шпиль и при скручивании. Довольно сильное дрожание наблюдается в нижней челюсти и в языке. Речь больного неясная и затрудненная. При ходьбе туловище больного наклонено вперед, голова опущена на грудь. Коленные рефлексы повышены. Других изменений со стороны нервной системы, а также со стороны внутренних органов не наблюдается.

32.

Надежда Ко—ва, 53 лет, жалуется на дрожание в руках и ногах. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. До настоящего заболевания больная ничем не хворала. 19 лет вышла замуж. Было 3 выкидыша и пять человек детей, из которых живы 2. Водку пьет, но умеренно. Около 2 лет тому назад у больной появилось дрожание в правой руке, которое распространилось затем на левую руку и через некоторое время захватило и обе нижние конечности. Месяца 4 как появилось чувство скованности во всем теле. Status 12/X 1902 г. У больной наблюдается непрерывное характерное для *paralysis agitans* дрожание во всех 4-х конечностях; сильнее всего оно выражено в правой руке. При волнении дрожание усиливается, в покое ослабевает. Лицо маскообразно. Коленные рефлексы живые. Мышечная сила достаточная. Черепные нервы и чувствительная сфера в порядке. Артерии склерозированы. Других изменений нет.

33.

Мирон Ко—в, 55 лет, жалуется на дрожание в правых конечностях. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Сам больной всегда отличался хорошим здоровьем. Лиес отрицает. Водку не пьет в течение последних 15 лет; раньше пил изредка, иногда до пьяна. Не курит. Лет 10 тому назад была травма левой руки. У жены больного был 1 выкидыш и 4 детей. Месяцев 7 тому назад появилась тугоподвижность в правой ноге, а месяца 4 тому назад дрожание в обеих правых конечностях. Status 15/IV 1906 г. Правая рука больного слегка согнута в локтевом суставе, пальцы также немного согнуты. В правой кисти непрерывный tremor—сгибательные и разгибательные движения. Tremor ритмический, довольно быстрый, амплитуда его невелика. Небольшой tremor существует и в правой ноге. Tremor только во время покоя. В мышцах правых конечностей некоторая ригидность. Лицо маскообразно. Коленные рефлексы живые. Черепные нервы в порядке. Об'ек-

тивно все виды чувствительности нормальны. Суб'ективно—тягостное ощущение жара. Других изменений со стороны нервной системы нет. Органы растительной жизни в порядке.

34.

Авдотья Ко-ва, 48 лет, жалуется на дрожание правых конечностей. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Больная замужем 30 лет, имеет 5 человек детей. В семейной жизни у нее было много огорчений и неприятностей. До настоящего заболевания ничем не хворала. Года 4 тому назад у больной появилось небольшое дрожание в пальцах правой руки. С тех пор болезнь медленно прогрессирует: дрожание распространилось сначала на предплечье и плечо, а затем перешло на правую ногу. Status 23/IX 1895 г. Сильнее всего дрожание выражено в пальцах правой руки: большой палец производит непрерывные мелкие ритмические движения, заключающиеся в приведении и отведении; все остальные пальцы вместе производят небольшие колебательные движения. На правой ноге тремор сильнее выражен в бедре, так что ее правая и нижняя конечность находится в постоянном движении. При волнении дрожание усиливается, при произвольных движениях почти исчезает. Движения правой руки не так свободны, как в левой и как они были в правой руке до болезни. Других изменений со стороны нервной системы не наблюдается. Внутренние органы в порядке.

35.

Надежда Ко-ва, 41 года, жалуется на дрожание в руках и ногах и общую слабость. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. До настоящего заболевания больная ничем не хворала. Болезнь началась года 2 тому назад, и в качестве этиологического момента больная выставляет большие неприятности. Развивалась болезнь постепенно и до настоящего времени все прогрессирует. Сначала появилась неловкость в правых конечностях, а затем и дрожание в них же. Около  $1\frac{1}{2}$  года, как стало заметно затруднение движений в левых конечностях. Последние 6 месяцев больная отмечает особенное затруднение при ходьбе, хотя и ранее уже трудно было ходить. Status 23 XI 1909 года. Сила активных движений достаточна. Все координированные движения затруднены вследствие ригидности мышц. Походка толчкообразная; ходьба сильно затруднена. Характерное для *paralysis agitans* дрожание во всех 4-х конечностях, сильнее выражено в правых. При активных движениях дрожание пропадает. Сухожильные рефлексы повышены. Черепные нервы и чувствительная сфера в порядке. Изменений со стороны внутренних органов не наблюдается.

36.

Евдокия Ко—ва, 50 лет, жалуется на дрожание в правой руке, общую слабость и скованность. Родителей больная не помнит. Всю жизнь ей пришлось много работать. Частые травмы (падала в погреб) и простуды. Других болезней до настоящего заболевания не было. Ежедневно пьет 3—4 рюмки водки. Было 3-е детей. С год как у больной появилась общая слабость и скованность. Месяца 4 тому назад стало наблюдаться дрожание в правой руке. Status 13/IX 1900 г. В правой руке больной постоянное, то более грубое, то едва заметное, дрожание. При напряжении оно усиливается. Сила правой руки хорошая. Ригидность мускулатуры всего тела, которая мешает всем движениям больной. При ходьбе такое ощущение, как будто ее толкает

что-то вперед. Рефлексы нормальны. В спине чувство жара. Объективно все виды чувствительности, а также черепные нервы в порядке. Артерии склерозированы. Внутренние органы уклонений от нормы не представляют. Больной был назначен мышьяк. Через 2 месяца она вторично показывалась в клинику. Дрожание стало значительно меньше.

37.

Анна Кро—ва, 50 лет, жалуется на дрожание в руках и ногах. Со стороны наследственности ничего особенного. 2-х лет у больной был рахит и затем до настоящего заболевания других болезней не было. Дрожание существует года три. Развивалось постепенно. Status 24 XI 1905 г. Лицо больной маскообразно, туловище наклонено вперед. Сильная ригидность мышц всего тела. Активные движения замедлены. Очень резко выражены пропульсия, ретропульсия и латеропульсия в обе стороны. В руках дрожание, усиливающееся при волнении и прекращающееся при активных и пассивных движениях. Других изменений со стороны нервной системы не наблюдается. Органы растительной жизни в порядке, был назначен *duboisin*. Через 3 месяца больная вновь показала в клинике. Замечено некоторое улучшение походки и (несколько) меньшая ригидность. Через 8 месяцев больная еще раз была в клинике, при чем на этот раз все явления выражены насколько же, насколько были и при первом посещении.

38.

Пелагея Ку—ва, 43 лет, жалуется на дрожание рук и левой ноги. Со стороны наследственности ничего особенного. Замужем больная 20 лет. Было 11 детей, из которых 8 умерло в детстве. Никаких болезней до настоящего заболевания не было. Года 2 тому назад появилось дрожание в левой руке, а затем и в левой ноге. Месяцев 5 тому назад начала трястись и правая рука. Status 16/XI 1907 г. Лицо больной маскообразно. В мышцах рук и левой ноги существует ригидность. Все сухожильные рефлексы повышены. В руках и в левой ноге постоянное мелкое, ритмическое дрожание, которое прекращается при произвольных движениях. Других изменений со стороны нервной системы не наблюдается. Внутренние органы в порядке.

39.

Дарья Ку—ва, 50 лет, жалуется на дрожание правых конечностей и общую слабость. Со стороны наследственности ничего особенного. У больной было 12 человек детей, из которых в живых 4. Прежде пила порядочно. Лиес отрицает. Часто бывали лихорадки, других болезней до настоящего заболевания не было. Полгода тому назад, без видимой причины, появилось дрожание в правой руке. Сначала дрожание являлось только при волнении, но затем стало постоянным. Status 23/XI 1900 года. В правой руке постоянное грубое объемистое дрожание, усиливающееся при волнении и прекращающееся при произвольных движениях. При более сильном дрожании руки в правой ноге также появляется трясение. Мышечная сила хорошая. Коленные рефлексы повышены, особенно слева. Чувствительная сфера в порядке. Язык при высовывании отклоняется вправо. Артерии склерозированы. Других изменений со стороны нервной системы, а также со стороны внутренних органов нет.

40.

Феодор Ла—в, 47 лет, жалуется на дрожание всего тела, затруднение при ходьбе и общую слабость. Родители больного умерли около 80 лет от

роду. Братья и сестры больного здоровы. Сам он до настоящего заболевания ничем не страдал. Водку пил умеренно, последние 6 лет совсем не пьет. 6 лет тому назад, без видимой причины, появилось дрожание в большом пальце левой руки, которое распространилось на всю кисть, а через год и на всю левую конечность. Во время бодрствования дрожание было непрерывным и усиливалось при активных движениях. Во сне дрожание прекращалось. В течение второго года болезни дрожание распространилось на левую половину туловища и на левую ногу, а к концу третьего года тряслась уже и вся правая половина тела. Одновременно с дрожанием больной чувствовал и ослабление в соответственных членах. Status 14/X 1902 года. Характерный для *paralysis agitans tremor* в руках. Ходит больной согнувшись, при чем явления *propulsio* и *retropulsio* ясно выражены. Мышечная сила рук и ног слегка ослаблена. При пассивных движениях наблюдается ригидность мускулатуры. Активные движения затруднены. Рефлексы нормальны. Иногда ощущение жара во всем теле. Есть дермографизм. Тоны сердца глуховаты. Артерии жестки. Других болезненных изменений не наблюдается.

41.

Феодор Ла—в, 48 лет, жалуется на трясение всего тела. Со стороны наследственности ничего особенного. Сам больной до настоящего заболевания ничем не хворал. Водку пил умеренно; последние 11 лет совсем не пьет. Не курит. 11 лет тому назад больному пришлось целые сутки ехать верхом, после чего появился *tremor* в большом пальце левой руки. Через 2 недели стала трястись вся кисть. Затем в течение года дрожание распространилось на всю левую руку. Годы через 3 после этого сразу появилось дрожание в правой руке и в обеих ногах. Уже 5 лет, как больной не может ходить без посторонней помощи. Status 15/XII 1904 года. Лицо больного неподвижно, маскообразно; туловище согнуто вперед; ноги слегка согнуты в коленях, руки согнуты в локтевых суставах и плечи приведены к туловищу; все пальцы согнуты, при чем последние 4 пальца приведены друг к другу. Во всем теле больного наблюдается постоянное дрожание, которое сильнее всего выражено в руках. В локтевых суставах существуют сгибательные и разгибательные движения, в кистях рук и в пальцах рук сгибание и разгибание. Все эти движения происходят одновременно, амплитуда их не велика (объемисты только движения пальцев), они ритмичны и стереотипны, темп медленный, приблизительно 3—4 колебания в секунду. Подобного же характера *tremor* замечен в ногах, в туловище и в языке. Движения туловища передаются и на голову. При активных движениях в самом начале *tremor* на несколько секунд прекращается; во время сна его также нет. При пассивных движениях всюду наблюдается ригидность, которая сильнее всего выражена в коленных суставах. Все простые активные движения возможны но совершаются медленно и с трудом. Сила мышц в руках хорошая, в ногах несколько ослаблена. Голеностопные суставы увеличены; в области левого голеностопного сустава некоторая отчетность. Объективно все виды чувствительности всюду на теле в полном порядке. Боли нигде нет. Есть ощущение жара в теле. Черепные нервы в порядке. Речь несколько замедлена. Память и соображение хорошие. Со стороны органов растительной жизни никаких отклонений от нормы не наблюдается.

42.

Анна Ла—ва, 53 лет, жалуется на трясение в руках, боль в подошвах и слабость в ногах. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя.

В раннем детстве больная перенесла корь. 23 лет вышла замуж. Выкидышей не было. Детей было 8 человек. В течение последних 20 лет страдает малярией. 2 года тому назад после приступа малярии появились те явления, на которые больная жалуется в настоящее время. Status 13/I 1906 года. Типичное дрожание рук и типичная походка для *paralysis agitans*. Лицо маскообразно. Коленные и ахилловы рефлексы повышены. Других изменений со стороны нервной системы, а также со стороны внутренних органов не наблюдается. Больная в течение 2-х лет (последний раз 14/I 1908) являлась 6 раз за советом в амбулаторию клиники. Никаких перемен в состоянии ее здоровья за это время не произошло. Лечили ее *Scopolamin'ом*, *duboisin'ом*, *atropin'ом* и бромом.

43.

Алексей Ма—ч, 65 лет, жалуется на дрожание левой руки. Со стороны наследственности ничего неизвестно. Больной не пьет. Года 3 тому назад напухали суставы—говорили, что ревматизм. Других болезней до настоящего заболевания не было. Последние годы у больного было много семейных неприятностей. 2-й год, как началась трястись левая рука. Status 25/IX 1908 года. В левой руке постоянное дрожание, более выраженное на периферии. Кисть руки производит ритмические колебания в разных направлениях. Иногда на несколько секунд tremor прекращается, но затем появляется опять. Во время сна дрожания нет. При волнении дрожание усиливается. В левом плечевом суставе движения слегка ограничены. Ахилловы в коленные рефлексы слева живые. Черепные нервы и чувствительная сфера, а также и внутренние органы в порядке.

44.

Ульяна Ме—ва, 55 лет, жалуется на дрожание рук и ног, головные боли, общую слабость и расстройство речи. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Сама больная росла здоровым ребенком. Menses пришли 16-ти лет, теперь уже 12 лет, как кончились. 18-ти лет она вышла замуж. Детей было 6 человек. Водку пьет ежедневно с 20-ти лет по 3-5 рюмок в день. Кроме того у нее был суставный ревматизм. Других болезней до настоящего заболевания не было. 20 лет больная страдает головными болями, которые носят ломящий характер и беспокоят ее преимущественно по ночам. 10 лет тому назад у больной при волнении начала трястись правая рука. Постепенно дрожание все усиливалось. С  $1\frac{1}{2}$  года как появилось затруднение речи. 2 месяца тому назад в правой ноге также появилось дрожание, а через месяц после этого и в левой руке. Status 19 XII 1909 года. Психика больной понижена—она плохо соображает, медленно и бестолково отвечает на вопросы. Лицо больной маскообразно, мимика бедная и ограниченная. Ходит она мелкими шагами, слегка согнув туловище вперед. По словам больной ее при ходьбе „бросает“ то вперед, то назад, то влево, то вправо. В правой руке наблюдается непрерывный легкий и ритмичный tremor, который усиливается при волнении и при произвольных движениях и прекращается только во сне. Мышечная сила понижена. Сухожильные рефлексы повышены. Черепные нервы и чувствительная сфера в порядке. Сердце несколько увеличено влево тоны глухи, пульс 77 уд. в 1', артерии склерозированы. Других расстройств со стороны внутренних органов нет. Больная в течение 4-х месяцев ходила в амбулаторию клиники. Лечили ее *scopolamin'ом*, *Na Br.-Na j.* и массажем. Дрожание усилилось и появился порез правых конечностей. Последний раз больная была в клинике 26/IV 1910 года.

45.

Иван Ме—в, 42 лет, жалуется на дрожание головы и конечностей. Отцу больного 80 лет; прежде он много пил, теперь уже лет 30 не пьет совсем. Мать умерла 72 лет, а у нее было 9 человек детей, из которых в живых осталось 2, а остальные умерли маленькими. Сам больной в детстве перенес корь, а затем до настоящего заболевания ничем не страдал. Вино пьет умеренно с 25 лет. Не курит. Мастурбировал с 23 до 25 лет. Году 2 тому назад больной ушиб большой палец левой руки. Дня через 3-4 после этого он заметил дрожательные движения в этом пальце. Через 5-6 месяцев такое же дрожание появилось и в других пальцах левой руки. В спокойном состоянии дрожание утихало и вновь появлялось при всякой попытке что-нибудь сделать. При волнении оно усиливалось. Около года назад начала трястись голова и одновременно появилась неловкость в левом голеностопном суставе. Месяца 4 как дрожание появилось в правых конечностях. Status 24 II 1911 года. При спокойном состоянии у больного никаких насильственных движений не наблюдается, но при первом же вопросе, обращенном к нему, или при попытке что-нибудь сделать, у него появляются дрожательные движения в пальцах рук — он как бы „сучит“ нитку. Постепенно дрожание передается на всю руку; затем начинает трястись голова (мелкие кивательные движения) и, наконец, дрожание появляется и в ногах. В языке также существует мелкий тремор. Мимика больного бедная и вялая. Ходит он с трудом и, по его словам, его сильно толкает вперед. Бежать ему легче, но он скоро устает. Явление *retropulsio* ясно выражено. При пассивных движениях заметна ригидность мускулатуры. Сила активных движений не ослаблена. Сухожильные рефлексы на руках живые, коленные и ахилловы повышены. Клонусы и феномен Бабинского отсутствуют. Дермографизм (красный) хорошо выражен. Больной постоянно потеет. Временами у него бывает боль в руках от кисти до локтя. Объективно все виды чувствительности нормальны. Черепные нервы в порядке. Сон хороший. Больной вспыльчив и раздражителен; память хорошая. Со стороны внутренних органов никаких расстройств отметить не удается.

46.

Анисим Му—н, 65 лет, жалуется на дрожание в руках. Со стороны наследственности надо отметить алкоголизм отца. Сам больной также пил много, но теперь 10 лет уже не пьет. 21-го года заболел малярией и страдал ею 3 года. Лет 7-8 тому назад был правосторонний прарлич лица. Лет 5-6 тому назад больной впервые заметил дрожание в правой руке и то только тогда, когда он ею не работал; а при работе, или если он держал что-нибудь в руке, дрожание проходило. Постепенно дрожание увеличивалось, а через 4 года после начала заболевания оно появилось и в левой руке. Status 22 IV 1896 года. В руках больного наблюдается постоянное сильное дрожание; дрожит также нижняя челюсть и язык. При произвольных движениях дрожание уменьшается, при сильном усилии воли оно также становится меньше, а во сне совсем проходит. Походка больного носит спастический характер. Иногда во время ходьбы трясется и правая нога. Сухожильные рефлексы нормальны. Мышечная сила хорошая. Больной жалуется на боль при давлении на наружную часть бедер и на тыл стопы, а также на судорожное сведение пальцев правой ноги. Других расстройств со стороны нервной системы нет. Внутренние органы в порядке.

47.

Дмитрий Ме—в, 70 лет, жалуется на дрожание рук и головокружение. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Больной с 20 лет начал пить водку и пил постоянно до 40 лет. С 40 лет и до настоящего времени пьет запоем. Запой бывает 2-3 раза в год и продолжается недели по 2. Курит 1 фун. табаку в месяц. До настоящего заболевания ничем не хворал. Дрожание в руках появилось более 20 лет тому назад и развивалось медленно и постепенно. Больной отмечает, что после запоя оно временно усиливалось. С год как появилось сильное головокружение. Status 24/X 1902 года. У больного резкий артериосклероз. Сердце слегка увеличено влево. Тоны глухи. На 2-м тоне аорты акцент. Черепные нервы и чувствительная сфера в порядке. Лицо маскообразно, мало подвижно. Туловище полусогнуто вперед. Сила активных движений достаточная. Существует небольшая ригидность мускулатуры. Коленные рефлексы повышены. Постоянный мелкий tremor в пальцах рук и в кистях. При произвольных движениях дрожание уменьшается.

48.

Оекла Ма—ва, 65 лет, жалуется на затруднение при ходьбе, трясение в ногах и общую слабость. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Сама больная до настоящего заболевания ничем не хворала. 2-й год как она чувствует себя плохо. Месяцев 5 тому назад она начала замечать, что во время ходьбы ее толкает что-то вперед. Status 9/IX 1904 года. Во время ходьбы больная ощущает толчок и принуждена бежать маленькими шагами, чтобы не упасть. В ногах наблюдается дрожание. Голова также немного дрожит. Сильная ригидность всей мускулатуры. Мимика затруднена. Коленные рефлексы живые. Клонусы отсутствуют. Феномен Бабинского с обеих сторон. Других расстройств со стороны нервной системы нет. Внутренние органы в порядке.

49.

Монахиня Максимила, 65 лет, жалуется на слабость и дрожание левой руки. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Сама больная никогда ничем не хворала. В жизни ее было много мелких потрясений и огорчений. Около года тому назад, без видимой причины, появилось дрожание в указательном пальце левой руки. Месяца через 3 после этого дрожаниехватило и остальные пальцы, а затем и всю левую руку. Кроме того руки стали слабеть. С 1/2 года как появилась боль в левом плечевом суставе и в обоих коленных. 3 месяца тому назад стала слабеть левая нога. Status 29/IX 1900 года. В пальцах левой руки больной наблюдается постоянный мелкий tremor. Все пассивные и активные движения левой руки затруднены вследствие ригидности мускулатуры. Сила движений слегка понижена в левых конечностях. Сухожильные рефлексы на левой руке отсутствуют. Ходит больная маленькими шагами, при чем туловище ее наклонено вперед. Других расстройств со стороны нервной системы нет. Внутренние органы в порядке. Больной назначен antropiu и массаж. Вторично она была в амбулатории клиники через месяц, при чем на этот раз оказалось дрожание в нижней челюсти, артритические изменения в суставах левой руки и искривление всего туловища вправо.

50.

Михаил Ма—в, 40 лет, жалуется на дрожание рук и левой ноги. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Сам больной прежде силь-

но пил. Лет 10 тому назад перенес горячку и затем до настоящего заболевания ничем не страдал. Лет 5 тому назад без видимой причины появилось дрожание в большом пальце левой руки. Это дрожание, постепенно усиливаясь, перешло сначала на всю левую руку, затем на левую ногу, а около года оно появилось и в правой руке. Status 27/1—1898. В левых конечностях, а также и в правой руке характерное для *paralysis agitans* дрожание, которое усиливается при волнении и прекращается только во время сна. Сила левой руки несколько ослаблена. В различных частях тела, особенно же в левой руке, существует чувство онемения. Больная легко и много потеет. Других расстройств со стороны нервной системы нет. Внутренние органы в порядке.

51.

Марья Ма—я, 51 года, жалуется на дрожание всего тела. Отец больной умер 70 лет от „паралича“, мать умерла 42 лет от скоротечной чахотки. В детстве больная перенесла корь и ветряную оспу. Menesе пришлн 16 лет. 25 лет перенесла воспаление легкого. Замуж вышла 29 лет и заразилась от мужа *lues*’ом. Лечилась втираниями. Беременностей не было. Вино пьет очень мало. Не курит. Около года тому назад у больной появилось дрожание в руках и ногах, и трудно стало ходить вследствие слабости в ногах. Дрожание постепенно усиливается. Status 23/III—1910 года В руках и ногах больной наблюдается постоянное дрожание. Явления *propulsio et retropulsio* хорошо выражены. Мышечная сила в ногах понижена. Объем движений—N. Сухожильные рефлексы повышены. Клонусы обеих стоп и правой чашки. Феномен Бабинского справа. Кожные рефлексы нормальны. Черепные нервы и чувствительная сфера в порядке. Органы растительной жизни уклонений от нормы не представляют.

52.

Маний Ма—н, 57 лет, жалуется на дрожание рук. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Сам больной до настоящего заболевания ничем не страдал. В жизни у него было много неприятностей. Вино пьет редко. Не курит. Года 3 тому назад без видимой причины начала трястись правая рука. Года 2 спустя дрожание появилось в левой руке. Последние 3 месяца иногда при сильном волнении трясутся и ноги. Месяца 4 как появилась неловкость и чувство стягивания в мышцах. Status 16 XII—1902 года. Постоянный характерный для *paralysis agitans tremor* в руках. При произвольных движениях, а также, когда больной спокоен, дрожание ослабевает, а во время сна проходит совсем. Мышечная сила хорошая. Коленные рефлексы живые. Ходит больной несколько согнувшись вперед. Временами существует *propulsio*. Артерии склерозированы. Других расстройств со стороны нервной системы, а также со стороны внутренних органов не наблюдается.

53.

Настасья Ни—ва, 61 года, жалуется на дрожание левой руки и скованность левой половины тела. По словам больной дед ее „трясся“. 10 лет тому назад у нее самой был сильный ушиб головы справа. До настоящего заболевания ничем не хворала. Водку пьет умеренно. 2 года тому назад больная была очень огорчена смертью дочери. Вскоре после этого у нее начала трястись левая рука. Постепенно дрожание все усиливается. Status 28/XI—1900 года. Типичное для *paralysis agitans* положение тела и типичный

tremor. При произвольных движениях дрожание прекращается. Во всем остальном нервная система в порядке. Никаких расстройств со стороны внутренних органов нет. Больной был назначен атропин. Вторично она была в амбулатории клиники через 4 месяца. (24 III—1901 г.) Никаких перемен в состоянии ее здоровья за это время не произошло.

54.

Фредерика Ол—я, 68 лет, жалуется на дрожание рук. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Сама больная до настоящего заболевания никакими болезнями не страдала. Около года тому назад без видимой причины появилось дрожание в руках. Status 14 XII—1910 года. В руках больной постоянный типичный для paralysis agitans tremor. При произвольных движениях дрожание прекращается. Сухожильные рефлексy живые. Память очень плохая. Тоны сердца глухи. Пульс 62 удара в 1. Хронические запоры. Других расстройств со стороны нервной системы и внутренних органов не наблюдается.

55.

Матрена О—ва, 63 лет, жалуется на дрожание рук и ног и боли в спине. Отец больной умер 38 лет от холеры, мать 62-х лет от порока сердца. Брат ее алкоголик, сама больная перенесла на 30-м году брюшной тиф, 33-х лет возвратный тиф и 53-х лет воспаление легких. Была замужем и имела здоровых детей. 1½ года тому назад после сильного испуга появилось дрожание в левой руке, через некоторое время в правой ноге и, наконец, в остальных конечностях. Status 17/IX - 1903 года. Руки приведены к туловищу, согнуты в локтях, пальцы согнуты и совершают беспрерывные, ритмические сгибательные движения. Большой палец тоже согнут и ритмично двигается—приведение и отведение. В ногах—мелкие попеременно сгибательные и разгибательные движения, напоминающие клонус стопы. Во время сна дрожание не проходит, но становится менее об'емистым; также при произвольных движениях дрожание уменьшается и даже на время совсем пропадает. При волнении оно усиливается. При ходьбе туловище наклонено вперед. При толчке больная легко падает вперед и назад. Движения туловища совершаются медленно и несколько ограничены. Движения конечностей равномерно ослаблены. Ригидности мышц незаметно. Сухожилия рефлексy живые. Чувствительная сфера и черепные нервы в порядке. Сон тревожный. Шум с 1 временем на аорте. Запоры. Других расстройств нет.

56.

Иосиф Ох—ий, 61 года, жалуется на боли в груди и в спине, раздражительность, пугливость и беспокойный сон. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Сам больной никогда ничем не хворал. Status 23/IX—1893 года. Об'ективно никаких расстройств со стороны нервной системы и внутренних органов не наблюдается. Поставлен диагноз—neurasthenia. Больной вторично пришел в амбулаторию клиники через 3½ года и жаловался на то, что с ½ года тому назад у него начала трястись сначала правая рука, а затем и левая. Status 11/II—1897 года. Типичный tremor в руках. Ходит с трудом, так как ноги плохо сгибаются. Когда больной встанет, то не может сам сдвинуться с места, а надо, чтобы его подтолкнули. Иногда во время ходьбы почти бежит и не может остановиться, точно его кто толкает в спину. Других расстройств нет. Поставлен диагноз—paralysis agitans и назначен duboisin. Затем больной опять был в клинике через 8 месяцев

(24/IX—1907 г.) состояние его здоровья ухудшилось — дрожание стало сильнее и связанность еще больше. В течение следующего года он еще 3 раза был в клинике и за это время перемен не произошло. Лечили его атропином.

57.

Констанция Па—ц, 58 лет, жалуется на дрожание правых конечностей. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Сама больная 28-ми лет перенесла энтерит и затем до настоящего заболевания ничем не хворала. Meneses с 15-ти лет. Climaх 45 лет. Замуж вышла 25 лет. Был 1 выкидыш, 1 мертворожденный и 5 здоровых детей. Второй год, как у больной дрожат правые конечности. Сначала дрожание было слабое, но с течением времени оно все усиливается. Status 13/III—1910 года Типичный для *paralysis agitans tremor* в правых конечностях. При произвольных движениях, а также и во время сна дрожание прекращается. Других расстройств со стороны первой системы нет. Органы растительной жизни в порядке.

58.

Павел Па-ц, 36 лет, жалуется на дрожание правой руки, расстройство речи и измененное положение туловища. Со стороны наследственности ничего особенного. Детских болезней больной не помнит. Пить начал с 15 лет, но пил мало и редко. Условия жизни сносные, но на работе часто утомлялся. Lues отрицает. 3 года тому назад перенес желтуху. 2 года тому назад перенес воспаление легких, и вскоре после этого появилось дрожание в правой руке, которое постепенно усиливается. Status 14/II 1909 года. Маскообразное лицо. Медленная вялая речь. Типичный *tremor* дрожательного паралича в правой руке и ригидность мускулатуры в ней же. При активных движениях дрожание на некоторое время затихает. Несколько вынужденное и согнутое вперед положение туловища. Живые коленные и Ахилловы рефлексы. Других расстройств со стороны нервной системы не наблюдается. Внутренние органы в порядке.

59.

Николай П-в, 58 лет, жалуется на дрожание в руках и ногах и головные боли. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Пьет больной очень мало. Курит 3 сигары в день. Часто простужался. Вообще пользовался хорошим здоровьем, но 10 лет тому назад перенес lues. Лечился мало. 3 года тому назад после сильного огорчения и простуды у больного появилось дрожание в руках и ногах. Головные боли появились 4 месяца тому назад. Status 28/IV 1900 года. Мелкое дрожание во всех 4-х конечностях. В начале произвольных движений оно несколько утихает. Типичный почерк агитанта. Походка больного связанная, ходит он мелкими шагами. Сухожильные рефлексы вяловаты. Других расстройств со стороны нервной системы нет. Внутренние органы в порядке.

60.

Николай По—в, 39 лет, жалуется на дрожание левой руки. Мать больного с 50-ти лет страдала дрожательным параличом; умерла 76 лет. Отец умер 50 лет. Сам больной ничем до настоящего заболевания не страдал. Пьет мало, не курит. Всю жизнь приходилось много работать. Летом 1901 года перенес малярию. Дрожание в левой кисти появилось без видимой причины около года тому назад. Status 21/XI 1901 года. В левой кисти характерное для *paralysis agitans* дрожание. При волнении оно усиливается, при произвольных дви-

жениях уменьшается. В левой руке некоторая ригидность. Небольшое дрожание существует и в нижней челюсти. Лицо маскообразно. Общий артериосклероз. Других расстройств со стороны нервной системы и внутренних органов нет. Больному назначен атропин. В течение следующего года больной еще 2 раза показывался в амбулаторию клиники. За это время дрожание постепенно усиливалось и кроме того появилось и в правой руке.

61.

Петр Про-в, 46 лет, жалуется на дрожание рук. Со стороны наследственности ничего особенного. Ничем раньше не хворал. 3 года тому назад без видимой причины появилось дрожание в левой руке, через некоторое время оно перешло и на правую руку. Status 8/II 1894 года. Лицо больного маскообразно, туловище согнуто, пальцы рук также согнуты. Походка медленная. Существует ригидность мускулатуры. В руках типичный для *paralysis agitans tremor*. Других расстройств нет.

62.

Федор Про—н, 37 лет, жалуется на дрожание и скованность всего тела. Отец больного умер 65 лет от ущемленной грыжи, нил умеренно. Мать умерла 60 лет от захотки. Сам больной пьет при случае до 1 бутылки водки. Не курит. На 17-м году была *malaria*, 27 лет перенес воспаление легких. 4 года тому назад провалился под лед и сильно простудился. Лиес отрицает. Выкидышей и мертворожденных у жены не было. 2 года тому назад без видимой причины стала слабеть правая рука; недели через 2 после этого слабость появилась и в правой ноге. Так продолжалось около года. Затем появились судороги сначала в правой руке, потом в правой ноге, в шее и, наконец, в левых конечностях. Кроме того появилось чувство стягивания в лице, челюсти и языке, и больной стал плохо говорить. Такое же чувство стягивания вскоре появилось в области пузыря и моча стала итти с трудом. Недели три тому назад появилось непроизвольное упускание мочи. Status 17/IX 1908 г. Лицо больного маскообразно, лоб в морщинах. Голову и спину держит неподвижно, при повороте в сторону поворачивается всем туловищем. Руки слегка согнуты в локтевых суставах. Пальцы рук полусогнуты, большой палец приведен к остальным и слегка оппонирован. Ноги при ходьбе и стоянии согнуты в коленных суставах. Явления *propulsio* и *retropulsio* не наблюдается. Позвоночник выпрямлен, все изгибы его сглажены. Подвижность сохранена, болезненности нет. Правый зрачок шире левого. Реакция живая. Движения глаз нормальны. Мимика и движения челюстей и языка возможны, но совершаются медленно. Глотание затруднено. Голос носит носовой оттенок и слаб. Речь медленная и малоразборчивая. Движения конечностей не ограничены, но совершаются крайне медленно. Сила их хорошая и одинаковая с обеих сторон. При активных движениях довольно крупный *tremor*. Значительная гипертония мышц конечностей, особенно справа. Сухожильные рефлексы слева живые, справа повышены. Клонусов и феномена Бабинского нет. Кожные рефлексы отсутствуют. Чувствительная сфера в порядке. Внутренние органы здоровы.

63.

Ольга Про—ва, 54 лет, жалуется на дрожание в правой руке. Отец больной жив и здоров. Мать и все родственники со стороны матери умерли

от tbc. Также от tbc умерли брат и сестра больной. Сама она замужем с 17-ти лет. Был 1 выкидыш и 8 человек детей. Пьет очень мало. До настоящего заболевания ничем не хворала. Года 3—4 тома назад без видимой причины появилось трясение в правой руке, которое постепенно все увеличивается. Status 11/IX 1903 года. Характерный для *paralysis agitans tremor* в правой руке. Незначительное дрожание наблюдается и в левой руке. При волнении дрожание усиливается, при начале произвольных движений на несколько секунд прекращается. В правой руке ощущение скованности. Других расстройств со стороны нервной системы нет. Внутренние органы в порядке. Больной назначена гимнастика и мышьяк. Через 4 года больная вновь оказалась в амбулаторию клиники (27/IX 1907 г.). За это время дрожание в руках усилилось. Через год после этого (29/IX 1908 г.) была еще раз. Дрожание стало еще больше.

64.

Михаил Ру—в, 45 лет, жалуется на дрожание левой руки. Со стороны наследственности ничего особенного. 15-ти лет больной перенес „горячку“. Постоянные головные боли уже в течение 20 лет. В возрасте от 9—12 лет дважды была травма головы: в 1-ый раз ушиб затылок, во 2-ой раз—темя. Во 2-ой раз была кратковременная потеря сознания. Lues и urethritis отрицает. Женат с 26 лет и имеет здоровых детей. Курит с 9-ти лет умеренно. Пьет порядочно. Лет 6 тому назад после сильного испуга и травмы левой лопатки начала трястись левая рука. Постепенно дрожание усиливается Status 5/XII. 1901 года. Характерное для *paralysis agitans* дрожание в левой руке. Больше всего трясется кисть и большой палец. При волнении дрожание усиливается, при мышечных напряжениях и при отвлечении внимания больного уменьшается. Во сне прекращается совсем. Артерии склерозированы, *arteria temporalis* извита. Других расстройств со стороны нервной системы и внутренних органов нет.

65.

Саломанида Са—ва, 37 лет, жалуется на дрожание левых конечностей. Родители больной живы и здоровы. Жива бабка по матери, которой в настоящее время 100 лет. Сама больная до сих пор ничем не страдала. Замужем 20 лет. Есть 3 детей. В жизни приходилось много работать и расстраиваться. Водку пила мало и редко. Года 2 тому назад появились легкие головокружения. Года 1½ тому назад была боль в левом плече, которая прошла от каких-то порошков. Около того же времени появилось трясение в мизинце левой руки, которое скоро перешло на другие пальцы и всю левую руку, а месяцев 10 тому назад начала дрожать и левая нога. Кроме того стало трудно ходить. Status 21/IV. 1901 года. Постоянное мелкое и медленное дрожание в левой руке. Такое же дрожание в более сильной степени и в левой ноге. Левая нога немного слабее правой. Левая рука значительно слабее правой—особенно слаба флексия кисти и пальцев, а также сгибание локтя. Сухожильные рефлексы на левых конечностях повышены. Других расстройств со стороны нервной системы нет. Внутренние органы в порядке.

66.

Иван Са—в, 55 лет, жалуется на дрожание рук. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Сам больной до настоящего заболевания ничем не страдал. Вина не пьет. Года 3 тому назад без видимой причины

появились сначала неловкость в движениях, а затем дрожание в руках. Status 27/X. 1909 года. Лицо больного маскообразно. В мышцах всего тела значительная ригидность. Сила мышц хорошая. Сильный тремор в левой руке и более слабый в правой. В остальном первая система, а также внутренние органы, в порядке.

67.

Андрей Си—н, 45 лет, жалуется на дрожание и неловкость в правых конечностях. Со стороны наследственности ничего особенного. Сам больной, по его словам, в детстве страдал эпилептическими припадками, а затем до настоящего заболевания ничем не хворал. Пьет очень много. Не курит. 1½ года тому назад после сильной неприятности стала слегка трястись правая рука, и движения ею стали не так свободны и ловки как прежде. Постепенно эти явления усиливались. Через год дрожание и неловкость появились и в правой ноге. Месяца 2 тому назад начала трястись голова и трудно стало говорить. Кроме того стало беспокоить чувство связанности и скованности во всем теле. Status 24/IX. 1902 года. В правых конечностях и в голове дрожание типичное для *paralysis agitans*. Сила мышц хорошая. Речь несколько дрожащая. Коленные рефлексы живые. Общая ригидность мускулатуры. Других расстройств со стороны нервной системы нет. Внутренние органы в порядке. Больному был назначен атропин. В течение следующего года он еще 3 раза показывался в амбулаторию клиники. Сначала было как будто некоторое улучшение—дрожание стало меньше и движения несколько свободнее, —но затем болезнь опять начала прогрессировать.

68.

Матвей Си—н, 69 лет, жалуется на дрожание рук. Со стороны наследственности ничего особенного. Сам больной прежде ничем не хворал. Водку пил мало. Много курил, но уже 30 лет как бросил. Года 4 тому назад постепенно развилась слабость в левых конечностях. Около года тому назад появилось трясение в руках, а затем в ногах и в челюсти. В качестве этиологического момента больной выставляет скоропостижную смерть жены. 6 месяцев как изменилась походка, а 3 месяца тому назад стало труднее говорить и появилось чувство связанности и скованности в теле. Status 13/XII, 1902 года. Характерный для *paralysis agitans tremor* в конечностях, губах-языке и нижней челюсти. При волнении дрожание усиливается, при произвольных движениях уменьшается и во сне прекращается совсем. Ходит больной мелкими шагами, сильно согнувшись вперед, существует *propulsio*. Движения в левых конечностях несколько ослаблены, особенно в левой руке и больше к периферии. Коленные рефлексы живые. Нижний левый *facialis* послабее правого. Речь несколько замедленная. Существует общий артериосклероз. Других расстройств нет.

69.

Трифон Сте—в, 66 лет, жалуется на дрожание в левой руке. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Сам больной всю жизнь был здоров. Пьет и курит умеренно. 1½ года тому назад без видимой причины появилось дрожание в левой руке. Постепенно дрожание усиливается. Status 28/X. 1911 г. В левой руке постоянное дрожание, которое прекращается при произвольных движениях и при напряжении. В локтевом и лучезапястном суставах левой руки заметна ригидность. Сухожильные рефлексы живые. Других расстройств со стороны нервной системы не наблюдается. Внутренние органы в порядке.

## 70.

Аксинья Та—ва, 41 года, жалуется на дрожание в правой руке. Со стороны наследственности ничего особенного. Сама больная до настоящего заболевания ничем не хворала. Вино пьет по праздникам. Не курит. Замужем 15 лет. Было 2 выкидыша и 8 человек детей. В настоящее время беременна на 4-м месяце. Года 2 тому назад без видимой причины стали слабеть правые конечности. Около года как появилось дрожание в правой руке. С 1/2 года как слабеет и левая нога. Status 17/XII. 1907 года. Лицо больной маскообразно. Туловище наклонено вперед, правая рука пронирована и согнута в локте; пальцы правой руки также согнуты. В правой руке постоянный мелкий tremor. Существует ригидность всей мускулатуры тела. Все движения замедлены и затруднены. Мышечная сила хорошая. Наблюдаются явления propulsio и retropulsio. Сухожильные рефлексы живые. Чувствительная сфера и черепные нервы нормальны. Внутренние органы в порядке.

## 71.

Матвей Тка—в, 63 лет, жалуется на дрожание и боли в руках. Со стороны наследственности ничего особенного. Сам больной до настоящего заболевания ничем не хворал. Водку пьет мало и редко. Года 1 1/2 тому назад без видимой причины появилось трясение в левой руке. Месяца 3 назад стала трястись и правая рука. Status 4/XI. 1903 года. Сильная боль в плечевых и локтевых суставах, а также в шее при движении головой. Во всем теле часто бывает ощущение жжения и ползания мурашек. Кроме того больного часто бросает в жар, и это ощущение продолжается минут 5. Об'ективно все виды чувствительности в порядке. Туловище больного наклонено вперед, руки приведены и несколько согнуты в локтевых суставах, большой палец приведен к остальным, которые сближены между собою. Лицо неподвижно, маскообразно. Речь замедлена. Походка больного носит спастический характер. Наблюдается сильная ригидность в ногах и несколько меньшая в руках. Коленные и ахилловы рефлексы живые, остальные нормальны. Руки все время трясутся. Трясение состоит в ритмическом довольно быстром приведении и отведении плеча и сгибании и разгибании предплечья. Объем движений довольно порядочный, а при волнении еще увеличивается и передается на голову, туловище и ноги. При произвольных движениях дрожание значительно меньше. Других расстройств со стороны нервной системы нет. Внутренние органы в порядке.

## 72.

Юлия Точ—я, 60 лет, жалуется на дрожание в правых конечностях. Отец, братья и сестры больной умерли от tbc. Лет 16 тому назад у самой больной был острый суставный ревматизм. 13 лет назад развился зуб и появились сердцебиения. В это же время опухло запястье правой руки. Больная лечилась электризацией и иодом. Года через два сердцебиение прошло, но зуб остался. 10 лет тому назад перенесла сильное душевное потрясение вследствие внезапной смерти мужа. Года 3 назад появилось едва заметное дрожание сначала в правой руке, а затем в правой ноге. Дрожание постепенно усиливалось. С 1 1/2 года как появилась сильная ломящая боль сначала в суставе левой руки, а затем в коленных суставах и в правой руке. Status 19/IX. 1909 года. В правой кисти и в правой ноге непрерывный, ритмический, довольно медленный (раз 5—6 в секунду) tremor. При волнении дрожание усиливается, во сне прекращается. Говорит больная медленно

с трудом, слабо двигая языком и губами. Мимика ослаблена. Все сухожильные рефлексы повышены. Приниженность правого запястья и суставов пальцев на правой руке. При дотрагивании некоторая гиперэстезия. При надавливании боли нет. Постоянная боль ломящего характера во всех суставах рук и в коленных суставах. Сон очень плохой. Щитовидная железа увеличена, особенно ее правая половина. Других расстройств нет.

73.

Михаил Тр—ий, 60 лет, жалуется на дрожание рук. Относительно наследственности ничего указать нельзя. У самого больного в детстве была корь, 20-ти лет воспаление брюшины, 25-ти лет брюшной тиф и 50-ти лет желчные камни. Lues отрицает. Менат. Дети здоровы. Водку пил порядочно. Много курил, но 15 лет не курит совсем. Больной всегда был нервным человеком. Лет 20 тому назад он стал замечать, после физической работы, слабость в правой руке. 2 года тому назад после ряда неприятностей появилось дрожание в правой руке. Постепенно дрожание усиливалось. 5 месяцев как дрожание перешло и на левую руку. Status 23/IX 1903 года. Лицо больного неподвижно, маскообразно. Правая рука слегка согнута в локте, пальцы вытянуты и сближены между собой, кроме большого пальца, который стоит отдельно. В предплечьи и кисти правой руки наблюдается беспрерывное, ритмическое стереотипное дрожание, которое усиливается при волнении и исчезает при произвольных движениях и во время сна. В обеих руках, особенно в правой, заметна сильная ригидность мускулатуры. Сухожильные рефлексы на руках живые, на ногах повышены. Чувствительная сфера в порядке. Говорит больной медленно и монотонно. Тоны сердца слабы и глухи. Общий атеросклероз. Других расстройств нет как со стороны внутренних органов так и со стороны нервной системы.

74.

Василий Тро—н, 60 лет, жалуется на дрожание всего тела затруднение при ходьбе и боли в руках, ногах и пояснице. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Сам больной до настоящего заболевания ничем не хворал. Водку пьет порядочно с 20-ти лет. 10 лет тому назад после простуды появилась боль в пояснице, которая существует и сейчас. Года 3 тому назад без видимой причины появилось небольшое дрожание сначала в правой руке, а затем в левой и в обеих ногах. Сначала дрожание мало беспокоило больного—он мог писать и ходить на охоту. Постепенно болезнь прогрессировала. Последний год стало трудно ходить и спина больного несколько согнулась. Status 11 XII 1898 года. В руках, ногах, туловище, в голове и языке больного наблюдается беспрерывный мелкий ритмичный tremor, который усиливается при волнении и уменьшается при произвольных движениях. Во время сна дрожания нет. Ходит больной с трудом, мелкими шагами. Особенно трудно начало ходьбы. При ходьбе существует такое ощущение, как будто его тянет что-то вверх и вперед. Когда он пятится назад, его как будто перегибает назад. Сила мышц хорошая. Сухожильные рефлексы повышены. Мышечная боль в руках и ногах. Других расстройств со стороны нервной системы не заметно. Внутренние органы в порядке.

75.

Мария Фе—ва, 55 лет, жалуется на дрожание в руках и ногах. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Сама больная до настоящего

заболевания ничем не хворала. Год тому назад без видимой причины появилось онемение в указательном и среднем пальцах правой руки. Через месяц пальцы стали трястись, а еще через 2-3 недели дрожание захватило и другие пальцы. Несколько недель спустя присоединилось подобное же трясение и в левой руке. Еще несколько времени спустя (точно больная не может сказать) появилось дрожание в ногах. Около 3-х месяцев трясется и голова. Кроме дрожания у больной недавно появилось чувство связанности и скованности во всем теле и трудно стало ходить и говорить. Status 15/III 1902 года. Дрожание во всех 4-х конечностях, в голове и в языке характерное для *paralysis agitans*. Существует общая ригидность. Сила мышц хорошая. Сухожильные рефлексы живые. Речь невнятная. Походка характерная (*paralysis agitans*). Наблюдается *propulsio*. Существует психическая вялость и страх смерти от настоящего заболевания. Других расстройств со стороны нервной системы не наблюдается. Внутренние органы в порядке.

76.

Ефим Че—в, 64 лет, жалуется на дрожание рук. Со стороны наследственности ничего особенного. Сам больной никогда не хворал. Прежде много пил, теперь не пьет. Лет 10 тому назад без видимой причины появилось небольшое дрожание в руках. С годами дрожание усилилось. Status 10/X 1895 года. Постоянное, довольно объемистое, ритмичное дрожание в обеих руках. При мышечном напряжении дрожание усиливается. Когда больной вполне спокоен, дрожание пропадает совершенно. Язык при высовывании отклоняется влево. Никаких других расстройств как со стороны нервной системы, так и со стороны внутренних органов, отметить нельзя.

77.

Анна Шме—ва, 51 года, жалуется на дрожание рук и ног, тугоподвижность шеи и чувство жара во всем теле. Со стороны наследственности ничего особенного 8-ми лет больная перенесла оспу, в раннем детстве корь, 18-ти лет тиф. Регулы пришли 20-ти лет, а замужем больная с 16-ти лет. Детей 5 человек, выкидышей не было. Уже 12 лет *menopausa*. 3 года тому назад без видимой причины появилось небольшое дрожание в левой руке. Постепенно дрожание усиливалось, и за последний год стали дрожать все конечности. Кроме того за последний год тугоподвижность в шее и по ночам больную бросает в жар. Status 18/I 1905 года. Характерный для *paralysis agitans tremor* в руках и ногах, особенно в кистях рук. При волнении *tremor* усиливается, при произвольных движениях и во сне пропадает. В мышцах шеи заметна ригидность. Туловище наклонно вперед. Рефлексы нормальны. Черепные нервы и чувствительная сфера в порядке. Органы растительной жизни отклонений от нормы не представляют.

78.

Анна Шу—це, 53 лет, жалуется на дрожание левой руки. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. Сама больная страдает мигренью и дважды перенесла плеврит. Других болезней до настоящего заболевания не было;  $\frac{1}{2}$  года тому назад без видимой причины появилось дрожание в пальцах левой руки. В течение 2-х месяцев дрожание распространилось на всю левую руку. Status 12/XII 1909 г. Во всей левой руке непрерывное дрожание. В плече наблюдается преимущественно приведение и отведение, в предплечьи пронация и супинация и в кисти сгибание и разгибание. При произвольных движениях дрожание уменьшается. В левой руке бывает

ощущение ползания мурашек. В суставах наблюдается боль ломящего характера. Других расстройств со стороны нервной системы нет. Со стороны внутренних органов надо отметить шум с 1-ым временем на аорте, и склонность к запорам и поносам.

79.

Дукерья Як—а, 50 лет, жалуется на дрожание правой руки. Со стороны наследственности ничего особенного. У самой больной в детстве была корь и оспа, и затем до настоящего заболевания она никогда не хворала. 3 года тому назад после сильного испуга появилось дрожание в кисти правой руки которое постепенно распространилось на всю руку. Status 24 IX 1894 года. Кроме непрерывного дрожания в правой руке, которое прекращается только во время сна, никаких болезненных явлений со стороны нервной системы отметить нельзя. Внутренние органы в порядке. В течение 12<sup>1</sup>/<sub>2</sub> лет больная еще 3 раза показывалась в амбулаторию клиники. Status 24/IV 1895 года. Кроме дрожания в правой руке, наблюдается подобное же дрожание и в левой руке. Других расстройств нет. Status 21 IX 1901 года. Характерное для *paralysis agitans* дрожание в руках, ногах, голове и нижней челюсти. Туловище больной согнуто вперед. Наблюдается *propulsio*. Жалобы на чувство скованности во всем теле и общей слабости. Болезнь медленно прогрессирует—после рук дрожание появилось в ногах, а затем в голове и нижней челюсти. Status 17 I 1907 года. Крайне типичное дрожание рук, ног и нижней челюсти. Небольшое дрожание в голове и в языке. Резко выраженная афония—говорит чуть слышно, шепотом. Туловище больной несколько согнуто, руки опущены и слегка согнуты в локте, ноги согнуты в коленях. Значительная мышечная ригидность в руках и ногах. Ходит сама больная не может. Сухожильные рефлексы живые. Ощущение жара во всем теле. Других расстройств со стороны нервной системы не наблюдается. Органы растительной жизни в порядке.

80.

Павел Ер—в, 43 лет, жалуется на дрожание во всем теле и затрудненную походку. Со стороны наследственности ничего отметить нельзя. 15 лет тому назад больной перенес *lues* и лечился „уколами“ и впрыскиваниями; других болезней до настоящего заболевания не было. Месяцев 7—9 тому назад появилось дрожание во всех членах и больной начал плохо ходить. Status 13 XI 1914 г. Больной апатичен, речь его монотонна, память плоха, сон хороший. Реакция зрачков нормальна, есть нистагм. Наблюдается дрожание во всем теле и в языке. Чувствительная сфера в порядке. В мышцах всего тела ригидность. Во время ходьбы туловище больного согнуто вперед, ноги согнуты в коленях; шаг его постоянно ускоряется и остановиться сразу больному трудно. Глоточный рефлекс отсутствует, рефлексы с *bicipes* и с *tricipes*—живые, а ахилловы и коленные—повышены.

## Б.

### Наблюдения клинические с 1890 до 1907 года.

#### Наблюдение I.

Александра М., 58 лет. Гражданка города Верро, Лифляндской губернии. Поступила 14 ноября 1890 года, выбыла 14 февраля 1891 года.

*Amnesia.* Болезнь начала развиваться 6 лет тому назад. В качестве этиологического момента больная выставляет грубое обращение мужа, его угрозы и попреки. На другой день после ссоры с мужем и испуга появилось дрожание в левой руке. Болезнь тянулась 4 года, оставаясь стационарной, и не мешала больной продолжать обычный образ жизни. 2 года тому назад, после внезапной смерти мужа и нового испуга, остро развивается тремор уже во всем теле. В момент испуга кроме дрожания никаких других перенных симптомов не было. За все время болезни, по словам больной, никаких изменений в психике. Уже 2 года тому назад она начала замечать, что ей стало трудно ходить, и это затруднение походки особенно усилилось за последний год. В это же время появились тугоподвижность нижних конечностей и быстрая утомляемость. Левое колено перестало вполне разгибаться; с какого времени этот последний симптом—не помнит. В общем, за последние 2 года больная отмечает прогрессивное течение своего страдания: увеличивается общая нервность, при всяком волнении она быстро теряет и начинает плохо соображать, читать и писать почти что не может, так как при всяком напряжении внимания тремор резко усиливается. По временам у больной является чувство жара и зуда в коже спины и груди. Относительно наследственности нельзя отметить ничего ненормального. Сама больная развивалась правильно, всегда была несколько нервна. Регулы появились на 14-м году. Инфекционными болезнями не страдала. Замуж вышла 50 лет, а до этого времени была *virgo intacta*. Менопауза на 56-м году. Никаких интоксикаций за всю жизнь. *Lues* отрицает. Условия жизни всегда были хорошие.

*Status praesens* 14/XI 1890 года. Со стороны психики можно отметить только большую впечатлительность. Память хорошая, сообразительность также. Речь и чтение не расстроены. Письмо почти что невозможно вследствие весьма сильного тремора; при писании букв и слогов не пропускает. Движения мимических мышц отличаются большой вялостью, что придает лицу больной маскообразность. Все ветви *nervi facialis* функционируют правильно. Отмечается некоторое понижение остроты зрения и остроты слуха. Зрачки равны и реакция их нормальна. Движение глазных яблок не ограничено. Пястага нет. В шее туловища и верхних конечностях все движения выполнимы в полном объеме. Сила по динамометру—25 кг. При горизонтальном положении в постели больная не может разогнуть коленного сустава до 180°, максимальное разгибание дает тупой угол. Движения правой ноги совершаются слабее, чем левой. При пассивных движениях наблюдается некоторая ригидность в локтевом и межфаланговых суставах правой руки. В тазобедренных и коленных суставах тугоподвижность выражена резко,

а в голеностопном—справа слабая ригидность, а слева движения свободны. При покойном положении больной заметно сильное дрожание в верхних и нижних конечностях. Движения эти довольно об'емисты, наблюдаются во всех суставах, но резче в правых конечностях. Когда больная сидит, отмечается легкое дрожание туловища и головы, повидимому, отраженное. Если больная держит пальцы руки согнутыми, то заметно дрожание, выражающееся в ритмическом приведении и отведении, а равно и сгибании большого и указательного пальца. При активных движениях tremor в верхних конечностях уменьшается. Ходит больная мелкими шагами, слегка согнув туловище; по приглашению может сразу остановиться и при подталкивании не замечается резкого ускорения. Симптом Romberg'a отсутствует. Координация не расстроена. Питание мышц не пострадало. Сухожильные рефлексы несколько повышены. Клонусов нет. Брюшной рефлекс отсутствует, а подошвенные живые. Субъективное ощущение чувства жары, преимущественно на спине и груди. По временам зуд в коже спины. Объективно все виды чувствительности в полном порядке. У больной сильная потливость, наступающая уже при обычной t°. Потеет преимущественно верхняя часть туловища и верхние конечности. Внутренние органы здоровы. Больной был поставлен диагноз—„paralysis agitans“ и назначено бромистое лечение и гальванизация позвоночника, а через 3 недели после поступления в клинику еще hyosciamin. В общем за трехмесячное пребывание больной в клинике никаких перемен в состоянии ее здоровья не произошло: tremor то несколько уменьшался, то вновь усиливался, равно как и слабость, ригидность и парестезия. 14 февраля 1891 года больная выписалась без улучшения.

## Наблюдение II.

Больной Федор Дмитриев, крестьянин, 58 лет, поступил 28 февраля 1892 года. Выбыл 28 марта 1892 года.

**Anaesthesia.** Больной поступил в клинику с жалобой на сильное дрожание рук и на затруднение ходьбы. Болезнь началась с осени 1890 года дрожанием в левой руке, к которому через месяц присоединилось также дрожание в левой ноге. Как этиологический момент больной выставляет психический аффект—он увидел внезапно наступивший судорожный припадок у своего сына и очень испугался. Появившееся скоро дрожание осталось в гемиплегической форме приблизительно в течение одного года, но затем с осени 1891 года перешло на правую сторону, при чем выразилось гораздо сильнее в руке, а в ноге сам больной дрожание не отмечает. К tremor'у вскоре присоединилась затрудненность разгибания стоны и поднятия головы, а ходьба стала почти невозможной. За последнее время больной находит, что сильно худеет. Больной—крестьянин, летом занимается земледелием, а зимой кустарным промыслом—делает из проволоки крючки для платья. При своих занятиях ни с какими вредными веществами в соприкосновении не приходит и особенно не утомляется. В течение всей своей жизни больной не употреблял спиртных напитков и не курил. Lues отрицает. Из инфекционных болезней он приводит одну malarію, которой страдал 12-ти лет от роду. За год до наступления болезни была травма головы, прошедшая без последствий. Так как больной питомец воспитательного дома, то данных наследственности он не может дать никаких. Он женат и имел 7 детей, из которых 5 живы.

**Status praesens** 28 II 1892 года. Больной старик 58 лет с признаками несколько ранней старческой дряхлости. Общий вид его производит впечатление истощенного субъекта с плохим питанием. Каких-либо аномалий

в костном скелете не замечается и одинаково нормальными представляются и все органы растительной жизни. При общем осмотре бросается в глаза положение больного, который сидит большую часть дня на постели согнувшись.

Нервная система. Со стороны психической сферы нужно указать на значительную впечатлительность больного, в остальном психика нормальна. Со стороны двигательной сферы отмечается значительное затруднение движений всех мускулов тела. По причине малой подвижности мимических мышц лица, выражение его носит характер маски. Тем не менее произвольные движения этих мышц, а также и мышц жевательных и составляющих мускулатуру языка, возможны в полном объеме. Nystagmus а нет. В мышцах шеи замечается значительная ригидность, обуславливающая уменьшение объема движений и вялость их. Аналогичные изменения замечаются и в мускулатуре туловища, движения которого еще более вялы и совершаются с большим затруднением—особенно разгибание. Со стороны движения верхних конечностей замечается следующее: плечо может быть поднято лишь до прямого угла, объем движений в локтевом и лучезапястном суставе не изменен, а также и в пальцах. Сила мускулов достаточная, но движения вялы и совершаются с трудом. Объем движений нижних конечностей уклонений от нормы не представляет, сами движения носят тот же характер, как и на верхних. Заметного ослабления нет, но, несмотря на это, больной не может сам перейти из сидячего положения в стоячее, не может повернуться в постели, но, будучи поставлен на ноги, может стоять и ходить. В походке его резко сказываются та же тугоподвижность и вялость мышц. Больной идет мелкими шагами, колени его не сгибаются, позвоночник остается согнутым, а руки приведены к поясу и сильно дрожат. Походка постепенно ускоряется (propulsio), при движении назад это ускорение выражено слабее (retropulsio). При пассивных движениях отмечается болезненность при движении плеча, при попытке поднять его выше угла. В других сочленениях движения свободны. Многие мускулы представляются крайне ригидными. Ригидность резко всего в *deltoidens*, *gostrocnemius* и *flexores scurigs*—в особенности на левой стороне. В этих мышцах замечается значительная гипертония. Сила мускулов обеих рук приблизительно одинакова; больной может сжать динамометр до 25 кгр. как при фиксации, так и без фиксации предплечья. Maximum груза, поднимаемого больным с пола на высоту одного метра, равняется приблизительно 1 пуду. Все мышцы сильно похудели, но избирательных атрофий нет. Главным симптомом, кроме тугоподвижности, является tremor, усиливающийся при волнении; в особенности tremor выражен на верхних конечностях и притом сильнее на левой. Дрожание происходит во всех суставах и состоит в следующем: в кистях рук происходит постоянное приближение и удаление большого пальца от согнутых остальных пальцев; в локтевом сочленении происходят сгибания и разгибания, а в плечевом очень ограниченные движения ротации и поднятия. В нижних конечностях дрожание заметно в левой ноге, хотя оно, несомненно, существует и в правой. При лежании дрожание особенно обильно и сильно в голеностопном сочленении. Голова дрожанию не подвержена. Мускулатура лица также остается неподвижной за исключением мышц нижней губы. Жевательные мышцы не поражены. В языке заметное дрожание. Описанный tremor уменьшается при произвольных движениях и вновь усиливается при ослаблении активного тонуса. Координация не нарушена—движения при закрытых глазах не ухудшаются. Электродиагностическое исследование дало следующие результаты: фарадизация мышц указывает на понижение возбудимости в гипертонизированных мышцах сравнительно со здо-

ровыми (расстояние втор. смир. 90 на *deltoidens* и 120 на *supinator*); при раздражении нервных стволов сокращения в гипертонированных мышцах наступают позднее, чем в других. Так, при раздражении точки Erb'a, поднятие плеча наступило лишь при расстоянии в 90, а сгибание предплечья при 1-0. При раздражении гальваническим током констатировано понижение возбудимости в гипертонированных мышцах. Реакция полюсов нормальна. (K. S. Z. больше An S. Z.) Рефлексы нормальны. Со стороны чувствительности больной жалуется на чувство жара ( $t^0$ —нормальна); болей никаких нет. Об'ективно все виды чувствительности в полном порядке. В органах чувств никаких изменений. У больного был поставлен диагноз— „*paralysis agitans*“ и назначена бромистая терапия. За месячное пребывание в клинике никаких перемен у него не наблюдалось, и 28 марта 1892 года он выписался без улучшения.

### Наблюдение III.

Лука Кол-ов 53 лет. Поступил 24 января 1894 года. Выбыл 4 мая 1894 года. Больной поступил в клинику с жалобой на общую связанность движений и трясение в руках.

Anamnesis. Со стороны наследственности нельзя отметить ничего особенного; происходит больной из здоровой семьи и сам до последних лет пользовался хорошим здоровьем. Лет 6 тому назад он заметил, что правая рука по временам отекает, и в ней чувствуется усталость и связанность; с течением времени движения правой руки становились все труднее. Года 3 тому назад появилась такая же слабость и связанность движений в правой ноге; к этому времени рука действовала уже плохо, появилась тяжесть в плечах и жгучая боль в правой стороне спины, распространявшаяся иногда и на левую сторону. Боль продолжается до настоящего времени. Вместе с этим стали понемногу затрудняться движения всего туловища, и больной стал ходить согнувшись. Года 1½ тому назад появились связанность движений и слабость в левых конечностях. Ко всему этому, около года тому назад, присоединилось дрожание в правых конечностях, а полгода спустя—и в левых. Все явления прогрессировали: ходить больной стал медленно, с трудом вставать, переворачиваться на постели и т. д. Кроме этого появилось суб'ективное ощущение жара и неопределенное неприятное болезненное ощущение („тоска“) в ногах.

Status 25/I 1894 года. Со стороны психики ничего особенного отметить нельзя. Складки на лице больного выражены резко, выражение лица застывшее, мимика медленная. Поднимание бровей и зажмуривание глаз сопровождается небольшим дрожанием в бровях и верхних веках. При высовывании языка также заметно небольшое дрожание. Со стороны речи особенных расстройств нет; говорит он несколько медленно, иногда голова начинает дрожать; голос низкий и монотонный. Фигура больного полусогнутая, неподвижная, с наклоненной вперед головой; плечи немного приподняты, руки полусогнуты в локте, кисти слегка согнуты в лучезапястных сочленениях, а пальцы в пястно-фаланговых; в остальных сочленениях пальцы выпрямлены, приведены друг к другу и отклонены в сторону. Целыми днями больной находится в описанной неподвижной позе и перемнить свое положение без посторонней помощи почти не в состоянии. Все произвольные движения крайне медленны, связаны, ограничены, особенно движения кистей и пальцев. Писание возможно, но пишет он чрезвычайно медленно и почерк—дрожащий. Сила движений достаточная. Пассивные движения довольно затруднены, особенно резко в лучезапястных сочленениях и разгибание в пальцах. В руках однообразное, мелкое, ритмическое дрожание, яснее всего

выраженное в кистях рук, при чем в правой больше, чем в левой; большие пальцы при этом приближаются к остальным и совершают движение, напоминающее „катание хлебного шарика“. Дрожание усиливается при разговоре и волнении, а при произвольных движениях затихает. В ногах заметно такое же мелкое ритмическое дрожание, но в гораздо меньшей степени. Мускулатура всего тела развита хорошо, тугоподвижна; небольшое похудание в мышцах кистей. Электровозбудимость нормальна. Сужильные рефлексы на ногах несколько повышены. Объективно, чувствительность всюду в порядке. Со стороны органов чувств расстройств нет. Тазовые органы функционируют хорошо. Во внутренних органах изменений нет.

Больному был поставлен диагноз— „paralysis agitans“ и назначено следующее лечение: 1) Na Br. (8,0—200,0) по 3 ложки в день, 2) Acid arsenicos 0,06 на 40 пилюль по 2 пилюли в день, 3) ванны в 28° 2 раза в неделю и 4) франклинизация (ветерком). Больной пробыл в клинике 3 месяца и 10 дней, и за это время произошло небольшое улучшение, которое выразилось в том, что движения стали несколько свободнее и парестезии значительно стихли. Tremor остался in statu quo ante. В таком состоянии он выписался из клиники 4 мая 1894 года, а через год (24 января 1895 года) был вновь принят со значительным ухудшением. Общая слабость и связанность движений заметно усилились, больной сильно похудел, дрожание также увеличилось и при произвольных движениях не совсем затихало. Парестезии (жар и боли в спине) опять появились и в более сильной степени. В остальном status остался тот же, что и в прошлом году. Больной опять пробыл в клинике 3 месяца и 10 дней. Терапия была та же, что и год тому назад. Небольшое улучшение последовало и на этот раз: движения стали несколько свободнее, и парестезии прошли. Tremor без перемены. 4 мая 1895 года он выписался.

#### Наблюдение IV.

Олимпиада Глу-ва, 39 лет. Поступила 16 сентября 1895 г. Выбыла 17 февраля 1896 года.

Анамнез. 3 года тому назад больную сильно потрясла смерть любимой племянницы, и тогда же с ней впервые случился очень сильный, по видимому истерический, припадок с обемистыми судорогами, затемненным сознанием, хохотом и рыданием. Через 3 недели припадок повторился, после чего появилось дрожание в правой руке, а через  $\frac{1}{2}$  года и в правой ноге. Дрожание все усиливалось и впоследствии перешло и на левые конечности. С год тому назад больная заметила связанность в мышцах всего тела, особенно же сильную в мышцах шеи. Наследственность невропатическая; мать и 3 брата больной очень нервные люди, а сестра страдает каким-то душевным расстройством.

Status 16 IX 1895 года. Относительно психики надо отметить следующее: больная очень впечатлительна, настроение у нее угнетенное, часто беспричинный страх и плач, память хорошая. За последние 3 года было 4, по видимому истерических, припадков, с год их не бывает. Сон тревожный. Туловище больной несколько наклонено вперед, руки опущены вдоль туловища, выражение лица неподвижное, застывшее. Ходит она с некоторым затруднением, мелкими шагами, при чем правая нога слегка отстаёт от левой и волочится за нею. Явления propulsio и retropulsio очень резко выражены. Все активные движения сильно затруднены вследствие ригидности мышц. Мышца вялая, медленная. Особенно затруднены движения головы и туловища, движения же конечностей несколько свободнее и тугоподвижность их немного меньше. Поворачиваться больной очень трудно,

и переменить положение в постели она сама не в состоянии. Пассивные движения также затруднены. В правых конечностях наблюдается постоянный, мелкий и частый тремор, в левых конечностях он также существует, но выражен менее резко. Иногда дрожание бывает заметно также в голове и туловище. Вообще дрожание подвержено сильным колебаниям—оно значительно стихает, когда больная сидит одна и спокойна, и резко увеличивается при малейшем волнении и попытке к какой-нибудь работе. Сухожильные рефлексы повышены, кожные живые, клонусов нет. Все виды чувствительности объективно в полном порядке, субъективных расстройств также не наблюдается. Органы чувств, а также тазовые органы—нормальны. Наблюдаются вазомоторные явления—то сильная гиперемия лица, то резкая бледность; больной постоянно жарко и она сильно потеет. Сложение и питание хорошее, костный скелет развит нормально, все органы растительной жизни функционируют правильно.

Больной был поставлен диагноз „paralysis agitans“ и назначена следующая терапия: во 1-х) Na Br. по 0,6 три раза в день, во 2-х) гальванизация позвоночника, в 3-х) ванны, в 4-х) общая франклинизация. За пяти-месячное пребывание в клинике последовало некоторое улучшение, которое выразилось в уменьшении ригидности и связанности движений. 17 февраля больная выписалась.

#### Наблюдение V.

Василий Рун—ов, крестьянин, 37 лет. Поступил 10 сентября 1897 года. Выбыл 5 декабря 1897 года.

*Amnesia.* Больной поступил в клинику с жалобой на дрожание в руках и правой ноге. В качестве этиологической причины он приводит сильную простуду весной 1894 года. Вскоре после этого появилось дрожание в левой руке, а через полгода в правой ноге; еще через год присоединилось дрожание правой руки; за последние месяцы слабый тремор наблюдается в левой ноге. Наследственность у больного хорошая: отцу 80 лет, а матери около 70 и оба они пользуются хорошим здоровьем, также, как братья и сестры его. Сам больной прожил всю жизнь в деревне, занимаясь извозным промыслом, и до настоящего заболевания ничем не хворал. 23-х лет он женился, имеет 10 летнего здорового мальчика, 7 человек детей умерло в раннем детстве. Спиртными напитками не злоупотреблял. Lues отрицает. Status 10/IX 1897 года. При взгляде на больного обращает на себя внимание дрожание, выраженное главным образом в левой руке и правой ноге. Это—ритмические, колебательные движения, то усиливающиеся, то уменьшающиеся. При покойном положении дрожание значительно стихает, а во сне прекращается совершенно. При начале всякого активного движения тремор усиливается, но затем становится едва заметным. Больной большую часть дня проводит сидя, согнувшись на постели, со сложенными на груди руками, при чем все конечности его находятся в непрерывном колебательном движении. Ходит он медленно, мелкими шагами, наклонив голову; пальцы рук согнуты в 1-ом фаланговом сочленении, и больной палец приведен к остальным. Пишет медленно и с большим трудом, почерк дрожащий. Речь медленная, монотонная. Скованность наблюдается во всех мышцах. Мучительное ощущение жара во всем теле. В остальном, со стороны нервной системы, а также со стороны внутренних органов, ничего ненормального не наблюдается. Психическая деятельность в порядке. У больного был поставлен диагноз—„paralysis agitans“. Назначен бром, атропин по 1/120 gr. в день и фардизация рук. Пробыв в клинике около 3-х месяцев, он выписался 5 декабря

1897 года с некоторым улучшением: ощущение жара в теле прошло, ходить и писать больной стал свободнее, и дрожание также несколько уменьшилось.

### Наблюдение VI.

Барвара Гор—ва, 63 лет. Поступила 30-го сентября 1897 года. Выписалась 5-го ноября 1897 года.

*Anamnesis.* Больная жалуется на дрожание в руках и ногах, общую слабость и затруднение движений. Со стороны наследственности надо отметить следующее: отец пил запоем; руки у него дрожали до такой степени, что он совершенно не мог писать; мать была здоровая женщина. Из 8 человек детей в живых осталась только наша больная; 2 брата и 1 сестра ее умерли от удара, 2 брата—от чахотки, 1—от неизвестной причины и сестра—от болезни сердца. Сама больная в детстве перенесла корь и оспу; менструировать начала с 17 лет; 20 лет вышла замуж; родила 2-х мертвых доношенных детей и 7 живых, из которых 5 умерли в раннем детстве, а 2 стали душевно больными. Муж ее—алкоголик. Лет 20 тому назад у больной отмечается ушиб спины, а 14 лет тому назад, без видимой причины, появились боли и чувство жара в ногах. Эти явления прошли после 3-х втираний серой ртутной мази. С 1891-го года у больной после психической травмы временами появлялись судорожные подергивания в руках, и в то же время у нее после ванны наступил парез правой руки и левой ноги—ногу она приволакивала, а рукой не могла писать. Через 3 месяца парез прошел, а подергивания в руках исчезли через 1½ года. 2 года назад при самом незначительном душевном волнении начали являться сердцебиения, а через 3-4 месяца после этого появилось ограничение движений в правом плечевом суставе, так что больная не могла поднять руку до горизонта. Вскоре к этому присоединилось дрожание в правой руке и скованность в мышцах ног, особенно левой. Около года наблюдается дрожание и в левой руке. Все явления медленно прогрессируют до настоящего времени.

*Status* 30 IX 1897 года. Больная среднего роста, удовлетворительного питания. *Cristae tibiae* несколько шереховаты. В остальном костный скелет уклонений от нормы не представляет. Живот очень большой; при ощупывании его замечается в левой стороне опухоль плотной консистенции, с округленными краями, величиной с детскую голову. С кожей опухоль не сращена. Такая же опухоль, величиной с половину кулака, прощупывается и с правой стороны. Все органы растительной жизни функционируют нормально.

*Нервная система.* Со стороны психики можно отметить только легкую возбудимость больной. При взгляде на нее получается впечатление общей связанности и оцепенелости. Ходит она согнувшись, с наклоненной вперед головой, медленно, маленькими шагами. Руки слегка согнуты в локтевых и лучезапястных суставах; пальцы также согнуты, и большие пальцы приведены к остальным. Ноги несколько согнуты в коленных суставах. В несильной степени существуют явления—*propulsio et retroulsio*. В конечностях *tremor*: колебательные движения равномерны и однообразны. Далее при объективном исследовании нервной системы ничего ненормального не обнаружено. У больной был поставлен диагноз—*paralysis agitans*“ и назначена следующая терапия: во-1-х) фарадизация *extensor*’ов, во-2-х) массаж ног, в 3-х) ванны, в 4-х) *Na Br.* по 2,0 *pro die* и в 5-х) *Atropini Sulfurici* по 1/120 gr. два раза в день. В течение месяца никаких перемен у больной не произошло, и 5-го ноября 1897 года она выписалась из клиники без всякого улучшения.

Наблюдение VII.

Больная Анна М., крестьянка 56 лет. Поступила 10 сентября 1899 года. Выбыла 6 октября 1899 года.

*Anamnesis.* Подробных сведений о своих родных больная сообщить не могла. Родители, повидимому, были здоровы; отец умер на войне, мать умерла от горячки, молодой; бабка по матери умерла 95 лет. Кроме больной в семье было 5 человек детей, из них одна сестра умерла на первом году жизни от какой-то инфекционной болезни, а другая сестра и брат умерли недавно, имея около 70 лет от роду. Туберкулеза, сифилиса и алкоголизма в семье, повидимому не было. Сама больная родилась в срок росла и развивалась хорошо; ходить и говорить стала на втором году. Судорог в детстве не было. Пяти лет перенесла корь, а семи лет оспу. Грамоте не обучалась. Регулы появились на 16-ом году, ходили правильно раз в месяц, без боли, но всегда очень обильно, дней по 5. *Climacterium* на 45 году. Первая беременность на 19-м году; роды были нормальны. Всего родов 13. В живых только 2 дочери — обе здоровы, остальные дети умерли в детстве. Выкидышей не было. Муж — здоровый человек. Больших огорчений и неудач в жизни не было, но в молодости приходилось испытывать нужду и много работать. Жила больная в деревне и занималась сельским хозяйством. По выходе замуж переехала в город и стала работать на суконной фабрике; условия жизни стали лучше. Последние годы совсем не работает; жизнь покойная и обеспеченная. В молодости кушалась, а с 30-ти лет за недостатком времени бросила. В бане бывает раз в 2 недели. Любит крепкий чай и пьет его чашек по 10 в день. Не курит. Водку пьет умеренно: одну, две рюмки по праздникам; до пьяна никогда не напивалась. Стол простой, но сытный — щи, каша, мясо, молоко. Спит ночью часов 6 (прежде спала больше), а днем не спит. *Lues* у себя и мужа больная отрицает, и вообще до настоящего заболевания она никакими серьезными болезнями не страдала; бывали легкие простуды, а последние 5 лет изредка болит голова. Начало настоящего заболевания относит к февралю 1899 года (7 месяцев тому назад). В это время, без видимой причины, у нее появилась боль в крестце с правой стороны. По характеру боль была то колющая, то ноющая и ощущалась только при ходьбе и поворачивании на бок, а при сидении — отсутствовала. Через 2 недели боль стала отдавать в ногу, по наружной стороне голени; боль эта являлась по временам и вновь исчезала совершенно, но в крестце держится до сих пор. Сначала болезни по тепенно стала развиваться слабость, сначала одной правой ноги, затем обеих ног и наконец общая слабость всего тела. С апреля появилось дрожание в пальцах левой руки, сначала незначительное, а последнее время немного усилившееся. В ногах дрожания совсем не было. В настоящее время больная жалуется на боль в крестце, общую слабость и дрожание в левой руке, которое усиливается во время ходьбы и при волнениях.

*Status praesens* 10 IX. 1899 года. Больная нормального сложения, подкожно-жировой слой развит обильно; кожные покровы очень сухие. На левом предплечье спереди в нижней его трети большой неправильной формы рубец, после бывшего лет 30 назад ожога. Форма черепа правильная, асимметрии нет. Позвоночник довольно сильно изогнут назад (кифоз). При движении и давлении незначительная боль в крестце в области правого крестцево-подвздошного сочленения. Со стороны желудка и кишек ничего ненормального не отмечается. *Uro-genitalia* в порядке. В моче белка, сахара и цилиндров нет. Печень и селезенка не увеличены; чувствительности при

давлении нет. Толчок сердца между 5 и 6 ребром на *linea mamillaris*. При выслушивании у верхушки шум со вторым временем и аяцент на втором тоне аорты. Сердцебиений большая не ощущает. Пульс правильный по ритму, несколько слабого наполнения, легко сжимаемый, 60 ударов в минуту. Сосуды слегка склерозированы. Легкие несколько эмфизематозны; одышки и кашля нет.

Нервная система. Выражение лица застывшее, маскообразное. Память не изменена; настроение духа ровное, спокойное. Головные боли редко, головокружений не бывает. Сон хороший. Речь не расстроена. Обоняние не изменено. Зрение хорошо сохранилось. На роговице правого глаза в области зрачка небольшое помутнение — *pubescula* вследствие чего больная видит этим глазом, как сквозь туман. Нистагма нет, диплопии также. Зрачки равномерны; реакция их на свет и аккомодацию не нарушены. Движения глазных яблок не ограничены. Слух и вкусовое чувство не расстроены. Язык при высасывании слегка дрожит и очень незначительно отклоняется в правую сторону. Больная постоянно несколько согнута вперед; ходит очень мелкими шагами, почти не сгибая ног и опираясь больше на переднюю часть стоп; быстро устает и боится упасть. Отмечается явление *propulsio*; *retropulsio* отметить не удается—больная падает. Атрофии мышц не замечается. При пассивных движениях ригидность в шейных позвонках, в плечевых и локтевых суставах обеих рук (в левой несколько больше) и в лучезапястном и пястно-пальцевых суставах левой руки. В нижних конечностях ригидность в тазобедренных и коленных суставах; в голеностопных последняя не отмечается. Объем движений как пассивных, так и активных не ограничен. Сила рук по динамометру: правой—6 kgr., левой—5,5 kgr. Сила всех мышц в руках и ногах небольшая; особенного ослабления какой-нибудь одной мышечной группы не замечается. Атаксии нет. В кисти и пальцах левой руки небольшое дрожание: пальцы постоянно совершают небольшие сгибательные и разгибательные движения. Дрожание совершается как в покое, так и при движениях—больная иногда разливает воду из блюдечка но при движениях, а также при поднятии тяжестей дрожание немного ослабевает. При психических возбуждениях дрожание несколько усиливается. Дрожание обыкновенно столь незначительно, что записать его кривую не удается. Произвольно больная не может подавить дрожания. Электро-возбудимость всюду нормальна, кроме нижних конечностей, где она слегка понижена количественно: сокращения при расстоянии спиралей 70". Рефлексы: кожные—очень слабы, брюшной—совсем не удается вызвать; сухожильные—в верхних конечностях везде живые, равномерные на обеих сторонах, пателлярные—также живые. ахилловы—вызываются слабо. Клонусы отсутствуют. Чувствительность: парестезий нет. Чувствительность тактильная, болевая и термическая всюду на теле нормальная. С закрытыми глазами больная правильно локализирует место укола. Мышечное чувство не изменено. Функции *vesicae et recti* не нарушены. Вазомоторных и трофических расстройств нет.

У больной был поставлен диагноз—*„paralysis agitans“* и назначено лечение бромом с иодом (*Natri bromati, kali iodati aa —4,0 Aq. destill. 180.0* по 3 ложечки в день) Больная пробыла в клинике 27 дней и за это время никаких перемен у нее не наблюдалось; 6-го октября 1899 года она выписалась без улучшения.

#### Наблюдение VIII.

Максим Чуг—ов, крестьянин 54 лет. Поступил 22 января 1900 года. Выбыл 22 февраля 1900 года.

**Anamnesis.** Больной поступил в клинику с жалобой на дрожание в правых конечностях. Годители его умерли в возрасте около 60-ти лет от каких-то острых заболеваний. За год до смерти у матери больного появилась слабость в руках и ногах, а также дрожание в руках и туловище. Два дяди по отцу были здоровыми людьми и умерли в преклонном возрасте. 3 брата больного в возрасте от 40 до 50 лет вполне здоровы и имеют здоровых детей. До настоящего заболевания сам больной ничем не хворал, если не считать являвшиеся по временам шум и тяжесть в голове, особенно при перемене погоды. Всю жизнь он прожил в деревне, занимаясь хлебопашеством. Никаких физических, а равно и психических травм в жизни не было. 7 детей его отличаются хорошим здоровьем. Табак не курит. На *lues* никаких указаний нет. Вина до 20 лет совсем не пил; с этого же времени стал выпивать, но понемногу, рюмки по 2—3 в день. Пьяным никогда не был. Начало настоящего заболевания больной считает год с небольшим. Никакой причины он указать не может, отмечает только, что в этом году пришлось особенно много работать. Прежде всего появилось сведение правой ноги в коленном суставе. В первый раз он заметил это ночью; при этом с некоторым усилием нога разгибалась, но через некоторое время ее опять начинало сводить. На следующий день больной ходил, как всегда, и ноги ничем не давали себя знать, а ночью опять повторилось то же самое, и так продолжалось некоторое время. Затем к сведению присоединилось ломота в икроножных мышцах и в мышцах передней поверхности правого бедра. Приблизительно через месяц к этим симптомам присоединилось еще дрожание в правой ноге. Это дрожание сначала было непостоянно и появлялось только после ходьбы или вообще какого-нибудь утомления. Затем оно случалось все чаще и чаще и в настоящее время существует постоянно, прекращалась только во сне. Около того же времени, как начала трястись правая нога, появилась ломота в правой руке, которая, то увеличиваясь, то ослабевая, продолжалась приблизительно около года. К этой ломоте месяц тому назад присоединилось дрожание в правой руке. Сведения в руке больной никогда не замечал. В правой ноге сведение также прекратилось с тех пор, как в ней появилось дрожание. Дрожания в левых конечностях пока не наблюдалось, но с лета прошлого года в икре и мышцах левого бедра появилась ломота, а в левом колене—сведение.

**Status** 22 I 1900 года. Больной выше среднего роста, хорошего питания и сложения; цвет кожи и слизистых оболочек нормален; каких-либо аномалий костного скелета не отмечается, равно нормальными представляются и все органы растительной жизни. Со стороны психики ничего ненормального не наблюдается. На ослабление зрения больной не жалуется. После зрения нормально. Зрачки реагируют на свет и на конвергенцию. Правый зрачок несколько шире левого. Движения глазных яблок нормальные. Вкус, слух и обоняние хорошие. Положение лицевых складок правильное. Язык при высовывании не дрожит и не уклоняется в сторону. Глотание и речь не расстроены. Чувствительность на лице в порядке и двигательные ветки *nervi trigemini* тоже. При крепком сжимании зубов иногда *spasmus nictitans*. Вся правая рука несколько тоньше левой; каких-либо избирательных атрофий не наблюдается. Сила обеих рук достаточная; левая рука всегда была несколько сильнее правой. Правая рука постоянно находится в положении пронации и полусогнута в локтевом суставе. Сгибание в локте слегка ограничено; полное разгибание и супинация также невозможны. Движения в плечевом суставе—в пределах нормы. Пассивные движения также ограничены в локтевом суставе. Надо отметить, что ограничение движений в правом локтевом суставе существует у больного с детства после

травмы. Движения левой руки совершаются в полном объеме. Ригидности в верхних конечностях не наблюдается. Рефлексы нормальны. В правой руке заметно беспрерывное дрожание; это дрожание очень мелкое и частое в пальцах рук и более грубое и редкое в локтевом суставе. Дрожание прекращается во сне, а также при произвольных движениях. Кроме того большим усилием воли больной может на некоторое время прекратить дрожание, не производя никакого движения. В нижних конечностях атрофий нет, активные движения неограничены и сила движений нормальна с обеих сторон. При пассивных движениях в той и другой ноге замечается ригидность, особенно сильно выражается в икроножных мышцах и в мышцах бедра. В правой ноге существует дрожание такого же характера, как и в правой руке. Когда больной лежит, дрожание бывает только в пальцах; в сидячем и стоячем положении, а также после ходьбы и утомления тремор усиливается и наблюдается во всей ноге. Во сне и при произвольных движениях дрожание совершенно прекращается. Ходить больной может хорошо, и ничего ненормального в его походке не отмечается. Коленные и ахилловы рефлексы слегка повышены слева и очень значительно справа. Справа существует клонус стопы. Чувствительность всех видов всюду на теле в полном порядке. Трофических расстройств нет.

У больного был поставлен диагноз „paralysis agitans“ и назначена фарадизация. Никаких перемен за месячное пребывание его в клинике не произошло, и 22 февраля 1900 года он выписался без улучшения.

#### Наблюдение IX.

Казимир Сок—ий, 63 лет. Поступил 26 октября 1900 года. Выбыл 6 декабря 1900 года.

*Anamnesis.* Больной жалуется на дрожание в руках, ногах и нижней челюсти. Болезнь началась около 3-х лет тому назад дрожанием в левой ноге. В качестве этиологического момента больной выставляет смерть брата, тяжело повлиявшую на его душевное состояние. Сначала дрожание было незначительно, возникало временно и ограничивалось легкими колебательными движениями в пальцах и ступне. Затем месяца через 3 тремор захватил всю ногу, при чем наблюдался обычно при сидении. Через  $\frac{1}{2}$  года трясение появилось в пальцах левой руки и постепенно перешло на всю эту конечность. В гемиплегической форме дрожание осталось недолго, и вскоре в том же порядке, начиная с пальцев ноги, оно распространилось и на правые конечности. С год тому назад дрожание проявилось и в нижней челюсти. В сентябре этого года у больного опять была психическая травма (смерть жены), после которой дрожание резко усилилось. Надо отметить, что  $\frac{1}{2}$  года тому назад у больного в течение недели раза 3—4 наблюдалось следующее явление: при лежании на боку у него появлялось ощущение как бы омертвения всей нижней конечности, на которой он лежал; при перемене положения оно исчезало, а затем появлялось чувство сильного жара в этой конечности. Больной кончил курс гимназии и затем в течение всей своей остальной жизни прожил в имении, где занимался хозяйством, которое доставляло ему значительные хлопоты. Он женат, детей не имел. Спиртными напитками не злоупотреблял и никогда не курил. Lues отрицает. 10-ти лет в течение 3—4 месяцев страдал малярией, 15-ти лет перенес брюшной тиф, и вскоре после этого была травма затылка (упал на льду), не повлекшая за собой какого-либо расстройства. 8-лет тому назад, поднимая тяжелый ящик

вместе с рабочими, больной почувствовал сильную боль в пояснице, которая продолжалась месяца 2 и была очень интенсивна; лечился различного рода натираниями. 4 года тому назад был мокнувший лишай на обеих ногах, который исчез после шестимесячного лечения. Приблизительно через год после начала настоящего заболевания, у больного в течение года была ломота в ногах, которая третировалась как ревматизм. Данные наследственности очень скудны: про отца больной ничего не знает (остался по смерти его 2 х лет от роду); что касается матери, то про нее он говорит, что она была женщина нервная, раздражительная, но хворала редко и умерла 58 лет от „старости“. В семействе кроме него было 6 братьев и 1 сестра, и никто из них нервными болезнями не страдал. Относительно всех других родственников больше сведений не имеет.

Status 25/X 1900 года. Больной среднего роста, хорошего сложения и питания. Костная система сформирована хорошо. Кожный покров нормален по окраске; на спине и около левого соска заметны 4 небольших рубца, происхождение которых объяснить больной не может. Лимфатические железы не увеличены. Печень и селезенка нормальны. Органы пищеварения, равно и мочеполовые, функционируют хорошо. Органы дыхания по перкуссии уклонений от нормы не представляют, но при аускультации в легких отмечается небольшое количество рассеянных влажных хрипов. Сердце нормально, артерии жестковаты, art. temporalis извита. Пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Нервная система. Со стороны психики ничего ненормального не наблюдается. Сон тревожный, и во сне больного часто беспокоят видения устрашающего характера, под влиянием которых он производит кратковременные непроизвольные движения—размахивает руками, энергично поднимает и ги, сгибает голову и т. д. Лицо больного—маскообразно, но нижняя челюсть непрерывно производит мелкие, равномерные и ритмические колебательные движения. Мимика вялая. Голова несколько наклонена вперед, туловище слегка согнуто (образует с вертикальной линией угол около 20°); Руки обычно слегка согнуты в локтевых сочленениях. Ходит больной медленно, медкими шагами. Пропульсии и ретропульсии не наблюдается. Сила и объем активных движений во всех сочленениях вполне нормальны. Пассивные движения также совершаются в полном объеме и ригидности при этом не наблюдается. Атрофий нигде нет. Кроме вышеописанного дрожания в нижней челюсти, оно наблюдается во всех 4-х конечностях, при чем сильнее всего выражено в левой руке, а слабее всего в правой руке. Колебательные движения ритмичны, амплитуда и темп их невелики. Когда руки находятся в более покойном положении, то ноги начинают дрожать сильнее, и наоборот. При малейшем волнении и разговоре tremor усиливается, но значительно ослабевает при ходьбе и других активных движениях. Во время сна дрожание прекращается совершенно. Пишет больной очень медленно, с большим трудом, но не вследствие дрожания в правой руке, а по причине того, что во время этого акта у него значительно усиливается дрожание в левой руке и нижних конечностях. Кожные и сухожильные рефлексы в порядке. Чувствительная сфера никаких субъективных и объективных уклонений от нормы не представляет. Черепные нервы функционируют хорошо.

У больного был поставлен диагноз—„paralysis agitans“ и назначено лечение, состоявшее из франклинизации и двукратного приема в день атропина по  $1\frac{1}{120}$  дг. За время пребывания в клинике последовало небольшое улучшение в смысле ослабления дрожания. Выписался больной 6 декабря 1900 года.

### Наблюдение X.

Дарья Волн—а, 55 лет. Поступила 28 сентября 1903 года. Была 6 ноября 1903 года.

**Anamnesis.** Болезнь началась 2 года тому назад дрожанием в левой руке. В качестве этиологического момента больная выставляет травму—она упала с телеги на левый бок; в течение некоторого времени была без сознания, сколько именно—не помнит. Ни перелома ни вывиха не было, и все движения в левой руке, за исключением отведения руки назад, были возможны. Месяца 2—3 после этого была неловкость в левом плече и постоянная ноющая боль. Затем эти явления прошли, и незаметно развилось дрожание, которое через 3 месяца захватило и левую ногу. Около года tremor наблюдался в гемиплегической форме, а полгода тому назад к этому присоединилось дрожание в правой руке. Больная—крестьянка, до 50-ти лет жила в деревне, занимаясь сельским хозяйством. До настоящего заболевания ничем не хворала. Регулы пришли на 14-м году, ходили правильно, 35-ти лет прекратились. Замуж вышла 19-ти лет. Первая беременность окончилась выкидышем на 3-м месяце, после поднятия тяжести; 2-я беременность окончилась в срок, ребенок жил 3 года и умер от какой-то инфекционной болезни. 21 года больная овдовела и больше детей не имела. На lues указаний нет. Никаких интоксикаций в жизни также не было. 5 лет тому назад больная покинула деревню и поступила на чиссербумажную фабрику разбирать тряпки. Работа была тяжелая, и через 2 года она принуждена была из-за общей слабости бросить фабрику. После этого больная в течение года служила няней, а 2 года тому назад оставила и эту должность из-за дрожания в конечностях. Данные наследственности скудны: отец пил запоем и умер 70 лет; мать умерла 80-ти лет; лег за 10 до смерти у нее после психической травмы появилось дрожание в голове. Братья и сестры больной умерли в раннем детстве. Относительно других родственников она сведений не имеет.

**Status** 28 IX 1903 года. Общий вид больной производит впечатление истощенного субъекта с плохим питанием. Каких-либо аномалий в костном скелете не замечается. Тоны сердца глуховаты, артерии склерозированы. Ничего патологического во внутренних органах больше не наблюдается.

**Нервная система.** Психика нормальна. Больная постоянно находится в одном и том же положении, выйти из которого ей чрезвычайно трудно. Все тело ее точно сжато и сковано в определенную форму, лицо постоянно сохраняет маскообразное выражение. Когда больная стоит, то туловище ее наклонно вперед, голова опущена на грудь, ноги прижаты одна к другой, а руки приведены к туловищу и согнуты в локтях. Кисти рук обращены одна к другой, пальцы слегка согнуты, и большие пальцы приведены к остальным. В пальцах рук постоянное дрожание, больная пальцами как бы перебирает, сучит нитку. Дрожание распространяется и на оба предплечья, и здесь оно состоит из ряда колебательных движений вверх и вниз и отчасти из ротации. Левая нога также участвует в дрожании—она пяткой отбивает такт. Все эти движения совершаются одновременно и с одинаковым ритмом. Дрожание не покидает больную ни на одну минуту и прекращается только во сне. При волнении tremor значительно усиливается и передается на туловище и голову. При произвольных движениях дрожание ненадолго прекращается. Ходит больная мелкими шагами, и при движении вперед ее трудно что толкает; часто ей трудно сразу остановиться (*propulsi*). Задом ей трудно двигаться, так как ее тянет вперед. Все активные и пассивные движения совершаются в полном объеме, но при пассивных движениях на-

блюдется значительная тугоподвижность, а активные движения производятся с трудом и медленно, хотя и с достаточной силой. Мимика бедная, вялая и медленная. Почти постоянно больная чувствует жар во всем теле, а по временам лицо краснеет и как бы горит. Объективно все виды чувствительности вполне нормальны. Рефлексы как кожные, так и сухожильные в порядке. Функция черепных нервов не нарушена, тазовых органов — также. У больной был поставлен диагноз — „paralysis agitans“ и назначен Atrop. Sulfur по 0,001, 2 раза в день.

Пробыв около месяца в клинике, она без всякого улучшения выписалась 6-го ноября 1903 года.

### Наблюдение XI.

Екатерина Ста—та, 40 лет. Поступила 21 сентября 1905 года. Выбыла 10 февраля 1906 года.

**Anamnesis.** Больная жалуется на дрожание в руках, затруднение ходьбы, скованность в ногах и сильную потливость. Отец ее умер 80-ти лет от какой-то болезни желудка, сильно пил; мать умерла от холеры, была здоровая женщина. В семье никаких нервных заболеваний не наблюдалось. Сама больная родилась в срок, росла хилым ребенком, но до настоящего заболевания никакими болезнями не страдала. 18-ти лет вышла замуж; на третьем месяце был выкидыш, больше беременностей не было. Настоящая болезнь начала развиваться 3 года тому назад, и причину ее больная видит в простуде. После сильного зноба у нее появилась боль в левом плече и в шее, а затем боль перешла в поясницу; в это же время наблюдалось онемение в пальцах левой руки. Через месяц появилось небольшое дрожание в пальцах руки, и тогда больная легла в больницу, где и пролежала 2 месяца. Боль в пояснице прошла, а дрожание несколько усилилось. Затем больная поехала в Одессу, где и пробыла в больнице  $\frac{1}{2}$  года. Здесь ее лечили электрическими ваннами и что-то вырыскивали под кожу. Выписавшись без улучшения, она брала в Симферополе грязевые ванны, после которых дрожание стало значительно меньше. Через 3 месяца больная промокла под дождем, и вслед за этим дрожание вновь усилилось и перешло и на правую руку; к этому присоединила еще ригидность в нижних конечностях. Год тому назад больная лежала в нервной клинике города Харькова, где ее лечили duboisin'ом. Сначала было значительное улучшение, но зато потом все симптомы опять быстро ухудшились, и болезнь прогрессирует до настоящего времени.

**Status** 21/IX 1905 года. Больная среднего роста, плотного сложения и хорошего питания. Каких-либо аномалий в костном скелете не замечается, и одинаково нормальными представляются и все органы растительной жизни. Психика нормальна. Фигура больной производит впечатление скованности. Лицо маскообразно, мало отражает душевные движения. Сидит больная согорбившись. Встает она со стула с некоторым трудом, сгибая туловище вперед. Садится разом, падая на стул, как мешок, при чем поднимает ноги вверх. Ходит больная медленно, ускоряя шаги; остановиться сама не может — должна за что-нибудь удержаться; ходит мелкими шагами, шмыгая ногами и не сгибая их в коленях. При попытке идти больную сильно тянет назад, так что, сделав 4—6 шагов, она падает. Стоит ее толкнуть вперед или назад, как она или падает, если толчок был очень силен, или начинает медленно шагать, постепенно увеличивая ходьбу до бега или до падения. При покое наблюдается постоянное дрожание кистей рук. Кисть

и пальцы слегка согнуты и производят мелкие ритмические движения сгибания и разгибания. При произвольных движениях дрожание исчезает. При пассивных движениях заметна сильная тугоподвижность всей мускулатуры тела. Активные движения очень медленны, вялы, некоторые из них, как, например, поднимание рук вверх, поднимание ног до полного объема, не совершаются. Сила движений хорошая, но характерно, что сила сначала очень незначительна и лишь мало-по-малу доходит до нормы. Атрофий мышц нигде нет. Все сухожильные рефлексы повышены. Клонусов нет. Со стороны органов чувств отклонений от нормы не наблюдается. Все движения, зависящие от двигательных черепных нервов, как-то: мимика, движения глазных яблок, век, жевательные происходят медленно, вяло и с большим трудом. Со стороны чувствительной сферы как субъективно, так и объективно никаких расстройств не отмечается. Больная очень потлива. Поставлен диагноз— „paralysis agitans“ и назначено подкожное впрыскивание скополамина. Первое время скополамин несколько успокаивал дрожание, но потом перестал оказывать какое бы то не было действие, и через 3½ месяца был назначен атропин, который также не принес пользы. После пятимесячного пребывания в клинике, больная без видимого улучшения выписалась 10-го февраля 1906 года.

---

## В.

### Собственные наблюдения с 1907 до 1914 года \*).

#### Наблюдение I.

Прасковья Про—ва, 42 лет. Поступила в клинику 19 октября 1907 года. Выбыла из клиники 19 ноября 1907 года. Больная жалуется на дрожание в руках и ногах и неловкость в них.

Наследственность. Дед со стороны отца умер 80 лет, злоупотреблял алкоголем. Бабка умерла в старости, была крепкого здоровья. Отец умер от непроходимости пищевода 55 лет. Злоупотреблял алкоголем. 3 тетки по отцу умерли 50-60 лет от инфекционных болезней. Деда и бабушки со стороны матери не помнит. Мать умерла 83 лет от водянки. У родителей больной было 12 человек детей, из которых 8 умерло в раннем детстве. В живых: 1) наша больная, 2) сестра 55 лет, которая с 25 лет, по словам больной, страдает такую же болезнью, как и она, 3) брат 51 года—здоров, 4) сестра 50 лет—у нее косит правый глаз.

Amnesia. Больная родилась в деревне. Роды протекали нормально и в срок. Кормилась грудью матери и росла крепким, здоровым ребенком. В раннем детстве перенесла корь и оспу и затем до настоящего заболевания ничем не хворала. До 20 лет жила в деревне, занимаясь сельским хозяйством, а затем в городе, где работала сначала поделно, а потом торговала молоком. Работа всегда была очень тяжелая. Menses появились 18 лет, ходили правильно через 3 недели по 4 дня без боли. 20-ти лет вышла замуж. Родов было всего 5,—из них одни двойнями. Все роды протекали нормально, послеродовых заболеваний не было. 3 детей умерло от случайных заболеваний, а остальные живы и здоровы. Вина больная не пьет. Не курит. Лиес отрицает. Лет 7 тому назад больная стала замечать при ходьбе неловкость и напряженность в ногах. Затем эти явления стали заметны и при покое. Гола через 2 после начала заболевания туловище больной начало постепенно перегибаться вперед. 3 года тому назад появилось дрожание в правой руке. Гола 2 тому назад появилось дрожание в правой ноге. 3 месяца тому назад дрожание начало иногда появляться и в левой руке. Вообще, все годы болезнь медленно прогрессирует.

Status 20/X 1907 года. Больная среднего роста, удовлетворительного питания. Костный скелет и суставы уклонений от нормы не представляют. Позвоночник кифотически искривлен, мало подвижен, безболезнен при давлении и движении. Кожа пигментирована сильнее, чем в норме. Органы растительной жизни в порядке. Моча соломенно-желтого цвета, кислой реакции, уд. в. 1014, белка и сахара не содержит.

\* Наблюдения XXVIII и XXIX были внесены уже после окончания работы, когда я осенью 1915 года прибыл на время в Москву из действующей армии.

Нервная система. Психика нормальна. Черепные нервы, а также чувствительность всех видов всюду на теле в полном порядке. Иногда на несколько минут у больной является чувство онемения и одеревенения в разных частях тела. Лицо больной маскообразно, мимика вялая и бедная. Пассивные движения во всех суставах совершаются в полном объеме, но со значительным сопротивлением в нижних конечностях вследствие сильной ригидности мускулатуры. Ригидность наблюдается и в верхних конечностях, но здесь она много меньше. Все активные движения совершаются в полном объеме, с нормальной силой и хорошо координированы, но значительно замедлены, особенно в нижних конечностях. Атрофий нигде нет. В правой руке постоянное дрожание небольшой амплитуды, не очень частое. Сильнее всего оно выражено в пальцах, где преобладают движения сгибательные и разгибательные. В кисти и предплечьи движения пронаторные и супинаторные. В плече дрожания не наблюдается. В левой руке иногда появляется дрожание того же типа, что и справа, иногда же оно совершенно отсутствует. В обеих ногах, особенно в правой, также существует постоянное дрожание. При активных движениях дрожание уменьшается и моментами пропадает совсем. При стоянии и ходьбе ноги больной значительно согнуты в коленных суставах. Ходьба значительно затруднена. Для того, чтобы остановиться во время ходьбы, больная должна употребить большое усилие. Если заставить ее двигаться назад, то она не может остановиться и через 3-4 шага падает назад. Коленные и ахилловы рефлексы живые с обеих сторон. Клонусов и феномена Бабинского не наблюдается. Со слизистых оболочек рефлексы нормальны. Подошвенные — живые, а брюшные — отсутствуют. Электро-возбудимость нормальна. Больной был назначен мышьяк и теплые ванны. За время пребывания в клинике дрожание и ригидность несколько уменьшились.

#### Наблюдение II.

Матрена Шуш—ва, крестьянка, 45 лет. Поступила в клинику 17 января 1911 года. Выбыла из клиники 17 февраля 1911 года. Больная поступила с жалобами на затруднение всех движений, дрожание в руках и ногах и боли во всем теле.

Наследственность. Отец умер 50 л., был алкоголиком. Мать умерла 40 лет от водянки, пила мало; у нее было 10 человек детей, из которых 6 умерли в раннем детстве от инфекционных болезней, а 3 сестры больной живы и здоровы. Выкидышей у матери не было. На lues и tbc. у родителей больной указаний нет. Относительно всех других родственников ничего неизвестно.

А n a m n e s i s. Родилась больная в срок и росла крепким, здоровым ребенком. Никаких инфекционных болезней у нее не было, и вообще до настоящего заболевания она пользовалась хорошим здоровьем и ничем не хвстала. В школу не ходила и дома грамоте не училась. 14-ти лет появились регулы, которые установились сразу, ходили через три недели на четвертую по 5 дней, были очень обильны, но без боли. 16-ти лет больная вышла замуж, 25-ти лет овдовела, после чего жила с одним из своих соседей. Выкидышей у нее не было, детей было 8 человек, из которых 4 умерли в раннем детстве от инфекционных болезней, а остальные живы и здоровы. Менструации прекратились 35-ти лет. Lues больная отрицает. Водки и вина не пила. Жизнь ее была очень тяжелая и с раннего детства ей приходилось много работать. Кроме того, было много нравственных страданий и огорчений. Несколько месяцев тому назад у больной было большое горе, которое она

и выставляет в качестве этиологической причины настоящего заболевания. 2 месяца тому назад появилась ломота в левой руке. Через несколько дней ломота и опухание появились в нижних конечностях. Месяц тому назад появилось дрожание в левых конечностях и вскоре после этого и в правых. Кроме того, боли распространились на плечи, левую часть шеи и правую половину головы. Дрожание все усиливается, прекращается только во время сна и несколько утихает при произвольных движениях.

Status 17—18/I 1911 г. Боленая среднего роста, удовлетворительного питания. Кожа и слизистые оболочки достаточно окрашены. Лимфатические железы не увеличены. Вес тела 51 kilo. Костный скелет развит правильно. Язык чистый, аппетит плохой, тошноты и рвоты нет, живот безболезнен при исследовании, запоры 3-4 дня. Границы легких нормальны, притуплений нигде нет и всюду везикулярное дыхание. Сердце увеличено в поперечном размере на 1 ст. Тоны глуховаты. Пульс 66 в 1'. Стенки сосудов жестки. Печень и селезенка не увеличены и безболезненны. Моча желтого цвета, кислой реакции, уд. вес 1014, белка, сахара и цилиндров нет. Половые органы в порядке.

Нервная система. Со стороны психики надо отметить чрезвычайно подавленное состояние духа больной. Она очень тиха и послушна, часто плачет и много молится. Обоняние, слух и вкус в порядке. Острота зрения и поле зрения, а также дно глаз нормальны. Движения глазных яблок совершаются в полном объеме во всех направлениях. Дивлопии и нистагма нет. Реакция на аккомодацию и конвергенцию есть и одинаковы с обеих сторон. Зрачки при сильном освещении одинаково узки; при более слабом — левый шире правого, который вообще уже нормы. Реакция на свет в правом глазу отсутствует, а в левом вялая. Жевательные и височные мышцы напрягаются хорошо и симметрично с обеих сторон. Лицо больной маскообразно, и мимические движения вялы и медленны, но совершаются с обеих сторон симметрично. Глотание не расстроено. Речь ясная, но замедленная. Небная занавеска симметрична и достаточно подвижна. Движения языка во все стороны совершаются в полном объеме. Больная жалуется на сильные боли во всех мышцах конечностей, туловища и шеи, резче слева, чем справа. Боли бывают ломящего, дергающего и стреляющего характера. Кроме того, ее беспокоит ощущение жара во всем теле. Объективно все виды чувствительности всюду в полном порядке. Удобнее всего для больной сидеть. Голова ее опущена на грудь, туловище наклонено вперед, предплечья полусогнуты, кисти значительно разогнуты, пальцы рук согнуты и большие пальцы приведены к указательным, ноги слегка согнуты в коленях. Стоит на ногах больная довольно твердо. Ходит, сильно наклонившись всем корпусом вперед; при попытке выпрямить туловище больная падает назад. Вначале больная идет очень медленно, но вследствие того, что ее тянет вперед, она начинает шагать все скорее и скорее и наконец бежит. Не будучи в состоянии остановиться, она по дороге хватается за какой-нибудь предмет, и если не успеваешь сделать этого, то часто падает. Тонус мышц всего тела резко повышен, наибольшая ригидность наблюдается в мышцах левых конечностей. Пассивные движения совершаются в полном объеме, кроме сгибания кисти слева; это движение выполняется только наполовину в своей амплитуде. Все активные движения больная производит крайне медленно. Сила всех движений конечностей и туловища равномерно понижена. Мелкие движения пальцами невыполнимы для больной: она не может шить, застегнуться, с трудом ест и т. д. Более крупные движения она может выполнить правой рукой (например, перекреститься), левой же рукой не может. Объем активных движений ограничен в лучезапястных суставах, поднятие плеча также возможно только до горизонта.

Остальные активные движения возможны в полном объеме. Дрожание сильнее всего выражено в левых конечностях, слабее в правой руке, еще слабее в правой ноге. Дрожание это равномерное, ритмическое, довольно медленное и размах его не велик. Пальцы обеих рук, особенно левой, производят более быстрые движения, напоминающие скатывание илюль, разминание крошек хлеба, сучение нитки. Дрожание заметно усиливается при волнении и почти прекращается при активных движениях. Во сне дрожание не наблюдается. Все сухожильные рефлексы очень живые, особенно слева. Клонусов и симптома Бабинского нет. Рефлексы кожные и со слизистых оболочек нормальны. Электровозбудимость как на фарадический ток, так и на гальванический уклонений от нормы не представляет. Вазомоторных, секреторных и трофических расстройств нет. Больной были назначены ванны *arsenicum* и *scopolamin* под кожу. Доза *scopolamin*'а первоначально была 0,0003 один раз в сутки, а затем постепенно доведена до 0,0005 два раза в сутки. Токсическое действие *scopolamin*'а заключалось в тошноте, сухости во рту и общей слабости. Обычно после выписывания дрожание и боли прекращались на несколько часов, но затем восстанавливались в прежнем виде. Через месяц больная выписалась из клиники, при чем картина болезни осталась в прежнем виде. Физически она несколько окрепла и прибавилась в весе на 6 $\frac{1}{2}$  фунтов. Через 2 года (23 января 1913 года) я имел возможность вторично переисследовать больную в амбулатории клиники. Основной фон болезни остался тот же, и только многие явления усилились. Значительно увеличилась ригидность мускулатуры и вследствие этого появилось ограничение как активных, так и пассивных движений в локтевых, плечевых, голеностопных, коленных и тазобедренных суставах. Тремор также усилился и появился в нижней челюсти. Сухожильные рефлексы резко повышены. Все явления попрежнему более сильно выражены в левых конечностях. Других перемен в состоянии здоровья больной не произошло. Дан бром и мышьяк в каплях.

### Наблюдение III.

Варвара Бо—ва, крестьянка, 55 лет. Поступила к клинику 27 сентября 1911 года. Выписалась из клиники 10 ноября 1911 года. Больная жалуется на боль в спине, ломоту в руках и ногах и трясение во всем теле.

Наследственность. Отец больной умер 67 лет, не пил и был здоровым человеком. Мать умерла 60 лет и также пользовалась хорошим здоровьем. Выкидышей и мертворожденных у матери не было; детей было 9—10 человек—точно больная не знает; несколько человек умерло в раннем детстве, а 3 в возрасте около 40 лет—причину их смерти больная указать не может. В настоящее время в живых только она одна. Про всех остальных родственников больная ничего сообщить не может; насколько она знает, душевно и нервно-больных, а также алкоголиков и припадочных в роду не было.

*Amnesia*. Больная родилась в срок, кормилась грудью матери, ходить и говорить начала около года, в раннем детстве (до 5 лет) перенесла корь и оспу, вообще же росла крепким и здоровым ребенком. Грамоте больная не училась, а с десяти лет начала помогать родителям по хозяйству и в поле. 15-ти лет поступила в город Можайск на место няни; девочка, которая была ей поручена, была вся в сыпи; месяца через 3 и у больной появилась сыпь и родители взяли ее обратно в деревню. Повидимому, она заразилась сифилисом; лечили ее втираниями серой мази и горькой микстурой; сыпь скоро прошла и никогда больше не повторялась. Регулы

появились 14-ти лет и ходили правильно. До 27 лет больная опять жила в деревне и занималась сельским хозяйством; работа была очень тяжелая, и она часто уставала. 27 лет она поехала в Москву, поступила на места няни и этим делом занималась до настоящего времени. 30-ти лет сошлась с одним человеком и прожила с ним 3 года; ни до этого, ни после соитус'о не имела. Выкидышей у больной не было, а детей было 2, из которых одна девочка умерла маленькой в воспитательном доме, а другая жива и здорова. Когда больной было около 40 лет, у нее в течение 2-х дней развилась почти полная слепота; по совету доктора она пила К. I. и через неделю зрение восстановилось. Других болезней до настоящего времени не было. Меппоразса на 45-м году. Больная не пьет и не курит. Года 2 тому назад у больной начала развиваться общая слабость, появилась боль в пояснице и ломота и неловкость в руках; с год как те же явления наблюдаются и в ногах. 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> месяца тому назад больная заметила что, во время еды у нее иногда дрожат руки. Сначала дрожание было только в пальцах и кистях, но затем перешло на предплечья и плечи. По совету врача она начала принимать К. I., но это не помогло, и месяца полтора тому назад дрожание появилось и в ногах. Кроме того оно стало постоянным и прекращается только во сне. Во время разговора и при волнении оно усиливается если же внимание больной отвлечено, или она мирно лежит в постели, то на короткое время дрожание прекращается.

Statu8 28/IX 1911 года. Больная небольшого роста, удовлетворительного питания, видимые слизистые оболочки бледноваты, лимфатические железы не увеличены, щитовидная также, сыпи на коже нигде нет, t<sup>0</sup>—37,0. Костный скелет развит нормально, череп правильной формы, органы дыхания и пищеварения уклонений от нормы не представляют. Границы сердца нормальны, тоны чисты, артерии склерозированы, пульс 76 ударов в 1', среднего наполнения. Исследование крови показало: количество гемоглобина—52%. В 1-м куб. сант. 3.800.000 красных кровяных шариков, форма их нормальна, белых кровяных шариков в 1 к. с. 7.800. У больной 11 лет мепоразса. Вследствие prolapsus uteri мочеиспускание затруднено—она может мочиться только стоя, но и то приходится натуживаться. Моча желтого цвета, кислой реакции, уд. в. 1014, белка и сахара нет. При микроскопическом исследовании 1—2 гиалиновых цилиндра в поле зрения; других цилиндров, а также клеток почечного эпителия не обнаружено.

Нервная система. Что касается до психической сферы больной, то здесь можно отметить значительное ухудшение памяти за последний год и подавленное состояние духа. Чаще всего больная проводит время сидя на стуле, при чем туловище ее наклонено вперед, голова слегка опущена на грудь, руки немного согнуты в локтевых суставах и приведены к туловищу, лицо маскообразно. Ходит она сильно согнувшись, мелкими шагами и быстро устает. При ходьбе больная незаметно для себя начинает идти все скорее и скорее и сразу по приказанию остановиться не может, а должна еще сделать 2—3 шага. Все пассивные движения совершаются в полном объеме, но с большим против нормы сопротивлением вследствие ригидности всех мышц; ригидность в ногах выражена особенно резко. Все активные движения, кроме сгибания позвоночника назад, совершаются в полном объеме и с достаточной силой, но значительно замедлены. Сила рук по динамометру: справа =45, слева =38. Больная не может совершать многих сложных движений, как-то: шитье, застегивание пуговиц и т. д. Мышечных атрофий нигде не наблюдается. В руках и ногах больной существует постоянное дрожание, особенно резко выраженное в кистях и стопах. Характер дрожания одно-

образный, стереотипный, амплитуда колебаний не велика, темп колебания довольно медленный: 3—4 колебания в 1 секунду.

Как при произвольных движениях, так и в покое дрожание остается одинаковым, но усиливается во время разговора и при волнении. Если больная смирно лежит в постели, а также если отвлечь ее внимание, то иногда дрожание ненадолго прекращается; также и во время сна дрожание отсутствует. Мелкий тремор наблюдается также в языке. Рефлексы со слизистых оболочек и кожные—нормальны. Все сухожильные рефлексы—живые. Клонусов и феномена Бабинского нет. Атаксии у больной нет и симптом Romberg'a отсутствует.

**Электровозбудимость.**

Название нерва или мускула	Электровозбудимость				Название мускула или нерва	Электровозбудимость			
	Стор.	Инд.т.	КЗС.	АЗС.		Стор.	Инд.т.	КЗС.	АЗС.
N. facialis (ствол) . . .	d	94	4,0	5,0	M. deltoideus . . . . .	d.	90	2,0	3,5
„ . . . . .	s.	93	4,0	5,0	„ . . . . .	s.	85	2,0	3,5
R. frontalis . . . . .	d.	85	3,5	5,0	M. pectoralis majos . . .	d.	80	1,5	3,0
„ . . . . .	s.	86	3,5	5,0	„ . . . . .	s.	80	1,8	3,2
R. zygomaticus . . . . .	d.	80	5,0	6,0	M. serratus ant. maj . . .	d.	75	10,0	10,0
„ . . . . .	s.	82	4,5	6,0	„ . . . . .	s.	70	10,0	10,2
N. accessorius . . . . .	d.	90	2,0	3,0	M. biceps brachii . . . .	d.	80	1,5	2,5
„ . . . . .	s.	90	2,0	3,0	„ . . . . .	s.	80	1,8	2,5
N. medianus . . . . .	d.	70	1,8	2,5	M. triceps brachii . . . .	d.	70	1,5	3,5
„ . . . . .	s.	80	1,8	2,5	„ . . . . .	s.	70	1,5	3,0
N. ulnaris . . . . .	d.	80	0,8	1,5	M. supinator longus . . .	d.	55	5,0	6,0
„ . . . . .	s.	75	0,6	1,5	„ . . . . .	s.	60	4,0	6,0
N. radialis . . . . .	d.	65	2,5	3,0	M. extensor digit. comm . . . . .	d.	60	3,5	6,5
„ . . . . .	s.	70	2,5	3,5	„ . . . . .	s.	65	3,5	5,5
N. cruralis . . . . .	d.	80	3,0	4,5	M. ext. carpi uln . . . . .	d.	65	3,5	5,0
„ . . . . .	s.	78	3,0	4,5	„ . . . . .	s.	70	3,5	5,0
N. tibialis . . . . .	d.	55	6,0	6,0	M. extensor pollicis br . .	d.	70	4,0	6,0
„ . . . . .	s.	55	6,0	6,0	„ . . . . .	s.	70	4,0	6,0
N. peroneus . . . . .	d.	60	6,0	10,0	M. pronator teres . . . . .	d.	80	4,0	6,0
„ . . . . .	s.	60	5,0	10,0	„ . . . . .	s.	80	4,2	6,4
M. cucullaris . . . . .	d.	85	2,0	4,0	M. flexor. dig. sublim . . .	d.	60	2,5	6,0
„ . . . . .	s.	85	2,0	4,2	„ . . . . .	s.	60	2,5	6,0

Название нерва или мускула	Стор.	Инд.т.	КЗС.	АЗС.	Название нерва или мускула	Стор.	Инд.т.	КЗС.	АЗС.
M. flexor carpi uln	d.	55	4,5	6,0	M. abductor dig. min.	d.	75	3,0	4,0
"	s.	60	4,0	6,0	"	s.	75	3,0	4,0
M. flexor carpi rad.	d.	50	4,0	6,0	M. rectus femoris .	d.	55	8,0	12,0
"	s.	55	3,5	6,0	"	s.	55	8,0	12,0
M. interosseus I . .	d.	60	4,5	6,0	M. vastus intern . .	d.	60	6,0	9,0
"	s.	65	4,0	5,5	"	s.	60	6,5	9,5
M. interosseus II . .	d.	70	2,5	3,0	M. semitendinosus . .	d.	50	8,0	9,0
"	s.	75	3,0	3,0	"	s.	50	7,0	9,0
M. interosseus III .	d.	70	2,5	3,5	M. biceps femoris . .	d.	50	9,0	9,0
"	s.	70	2,5	3,5	"	s.	75	10,0	10,0
M. interosseus IV	d.	70	2,5	3,0	M. tibialis anticus . .	d.	65	8,0	10,0
"	s.	75	2,5	3,0	"	s.	60	8,0	10,0

Как видно из приведенной таблицы, у больной существует количественное понижение электровозбудимости как на фарадический, так и на постоянный ток; реакции перерождения нет — нет извращения формулы, и сокращения являются очень живыми. Довольно резко у больной выражена миастеническая реакция: уже после 4—8 сокращений, интенсивность их падает, и на 20—25 раз мышца на некоторое время становится невозбудимой. У больной постоянно боли в спине и ломота в суставах рук и ног. Объективно все виды чувствительности всюду на теле в полном порядке. Исключение составляет электрокожная чувствительность, которая слегка понижена равномерно на всем теле. Все XII пар черепных нервов функционируют хорошо и уклонений от нормы не представляют.

Течение болезни. Больной был назначен бром и подкожные инъекции скополамина. Кроме того из-за боли в спине ей делали гальванизацию и фарадизацию спины. После инъекции скополамина дрожание обычно на несколько часов становилось меньше, но затем опять усиливалось. Вообще за полтора месяца, проведенных больной в клинике, дрожание заметно усилилось, а другие явления остались *in statu quo ante*. 10-го ноября больная покинула клинику.

#### Наблюдение IV.

Иоан Ве—нов, священник 44 лет. Поступил в клинику 25 ноября 1911 года. Выбыл из клиники 17 декабря 1911 года. Больной жалуется на дрожание в руках и ногах, на боли в позвоночнике и чувство „скованности“ во всем теле.

Наследственность. Деда и бабуку со стороны отца, а также родителей матери больной не помнит. Отец больного умер 50 лет от воспаления легких. Водку пил, но умеренно. Мать умерла 35 лет после родов. Выкидышей у нее не было, а кроме нашего больного было еще 3 дочери, из которых одна жива и здорова, другая умерла 19-ти лет от несчастного случая (разбили лошади) и 3-я умерла в раннем детстве. Lues и tbc у родителей больного отрицается. В роду его душевно-больных, алкоголиков и эпилептиков не было.

*Anamnēsis.* Больной родился в Николаеве, Херсонской губернии, от здоровых родителей, когда отцу было 40 лет, а матери около 29. Родился в срок. Ходить и говорить начал во-время. В детстве у него на теле были какие-то прыщи, следы которых остались и по настоящее время. 10-ти лет больной поступил в духовное училище, которое и окончил в 1886 году, затем был в Московской семинарии и, наконец, в духовной академии. Учение давалось с некоторым трудом—приходилось много работать. На 29-м году женился. У жены было 2 беременности, из которых одна окончилась выкидышем, а другая благополучно. Семейная жизнь больного сложилась хорошо. Водки больной не пьет, не курит. Венерическими болезнями не страдал. Начало своего настоящего заболевания он относит к 1906 году. В феврале 1906 г. больной перенес на ногах инфлуэнцу. Приблизительно с этим же временем совпадают сильные душевные потрясения, связанные с революционным восстанием 1905 г. В первых числах мая 1906 г. больной почувствовал боль в подошве и большом пальце правой ноги, а затем и в колене той же ноги; вследствие боли он начал прихрамывать. Месяца через 2 после этого появилось чувство онемения в правых конечностях и трудно стало писать, так как рука быстро уставала. В 1907 году врачи констатировали у больного ревматизм и послали его в Саки, где он взял 12 грязевых ванн. После этого он начал лучше ходить, но зато появились головные боли и бессонница. В начале этого года у него начала развиваться скованность всего тела, слабость и боли в руках и ногах. Летом он лечился на Кавказе, но улучшения не последовало. С месяц тому назад состояние больного резко ухудшилось: появилось дрожание в руках и ногах, скованность заметно усилилась и при ходьбе его стало „толкать“ вперед. 10 дней тому назад больной, идя на урок, упал, и после этого его самочувствие стало еще хуже—появилась быстрая утомляемость, сильная раздражительность, и слезливость. За время своей болезни он много лечился, но ничто не помогало, а всякое энергичное лечение даже ухудшало его состояние.

*Status* 26 ноября 1911 года. Больной среднего роста, хорошего питания. Бросается в глаза общая „скованность“. Лицо маскообразно, мимика затруднена, туловище несколько согнуто вперед. Аппетит плохой. Постоянные запоры. Органы дыхания и кровообращения уклонений от нормы не представляют. Мочепускание нормально. Моча мутновата, кислой реакции, уд. в. 1022. Окраска темно-желтая. Белка, сахара, желчных пигментов и крови нет. В осадке обильное количество кристаллов мочевой кислоты.

Нервная система. Со стороны психической сферы больного надо отметить некоторую вялость и медлительность мышления, частую смену настроения, раздражительность и ипохондричность. Все XII пар черепных нервов в полном порядке. Объективно все виды чувствительности всюду на теле нормальны. Беспокоит больного ломота в руках и ногах и чувство давления в области затылка. Походка больного носит гемипаретический характер—правый носок слегка отвисает и задевает за пол. Кроме того во время ходьбы хорошо выражены явления пропульсии и ретропульсии. Питание

мышц удовлетворительное. Атрофий нет. Пассивные движения совершаются во всех суставах в полном объеме, но с большим против сопротивлением вследствие значительной ригидности мускулатуры всего тела. Все активные движения возможны, но значительно затруднены и замедлены. Мышечная сила вообще достаточная, но сила мышц правой ноги несколько меньше чем левой. Туловище больного слегка наклонено вперед, руки отведены и согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты в пястно-фаланговых суставах, и большие пальцы приведены к остальным. В пальцах руки наблюдается беспрерывное, мелкое ритмическое дрожание. При волнении и усталости оно усиливается, при произвольных движениях остается стационарным. При внимательном наблюдении заметно незначительное дрожание головы (кивание). Атаксии у больного нет. Симитом Romberg'a отсутствует. Электро-возбудимость слегка понижена количественно. Рефлексы со стороны слизистых оболочек и кожные нормальны, а все сухожильные резко повышены, особенно справа. Справа существует клонус стопы. Феномен Бабинского отсутствует. Секреторных, вазомоторных и трофических расстройств у больного нет. Больному назначены ванны, массажи, франклинизация и bromural. Пробы в клинике около месяца, он выписался без улучшения.

#### Наблюдение V.

Оси Рын—ко, крестьянин 48 лет. Поступил в клинику 12 января 1912 года. Выбыл из клиники 13 марта 1912 года. Больной жалуется на трясение в руках и чувство скованности во всем теле.

Наследственность. Деда со стороны отца больной не помнит. Бабка со стороны отца жила до 100 лет. Родители матери больного умерли в глубокой старости. Дядя по отцу умер 105 лет. Отец больного, 80 лет, жив. Внча почти не пил. Мать умерла 66 лет от воспаления кишек. Выкидышей у нее не было. Детей было 8 человек, из которых 2 умерли в раннем детстве. Душевных и нервных болезней в роду не было.

Анамнез. Больной родился в срок, кормился грудью матери и рос здоровым ребенком. В раннем детстве он перенес корь, на 18 году малярию и затем до настоящего заболевания более ничем не страдал. Мастурбацией не занимался. Женат был 2 раза (первая жена его умерла от воспаления легких) и от обеих жен имеет здоровых детей. Всю свою жизнь больной провел в родной деревне, занимается сельским хозяйством и жил всегда в достатке. Не пьет и не курит. Никаким физическим и психическим травмам никогда не подвергался. Настоящее заболевание появилось 3 года тому назад. В качестве этиологического момента больной может привести только легкую простуду, которая была у него за 1/2 года до начала болезни. Сначала появилось незначительное дрожание в пальцах левой руки, которое постепенно распространилось на всю руку, а через 1/2 года начала трястись и левая нога. Затем в течение следующего года дрожаниехватило и правые конечности. Одновременно с дрожанием развилась у больного общая слабость и быстрая утомляемость. 1 1/2 года тому назад появилось чувство скованности и связанности во всем теле—ему стало трудно поворачиваться, встать с места, ходить и т. п. В это же время он заметил затруднение речи: голос стал хриплым и неясным, и больной быстро уставал при разговоре. Около года появилось дрожание головы. Последние 6 месяцев отмечается обильное слюноотечение, в особенности во время разговора. Больной много лечился различными лекарствами и электричеством, но облегчения не получал, и болезнь прогрессирует до настоящего времени.

Status 13—15 января 1912 года. Больной среднего роста. Подкожный жировой слой развит умеренно. Слизистые оболочки бледноваты. Лимфатические железы не увеличены, щитовидная также. Органы пищеварения и дыхания в полном порядке. Границы сердца нормальны, тоны глуховаты и слабоваты. Артерии значительно склерозированы. Пульс около 80 ударов в минуту. Органы мочеполовые функционируют хорошо. Моча соломенно-желтого цвета, кислой реакции уд. в. 1021. Белка и сахара нет. Обоняние, слух и вкус нормальны с обеих сторон. Зрение—дальнозоркость (0,5). Глазное дно, поле зрения и цветоощущение нормальны. Движения глазных яблок совершаются в полном объеме. Диплопии и нистагма нет. Левый зрачок чуть шире правого. Реакция зрачков на свет, конвергенцию и аккомодацию хорошая. Лицо маскообразно. Мимика вялая и замедлена. V, X, XI и XII пары черепных нервов в порядке. Все виды чувствительности всюду на теле в порядке. Атрофий у больного нет. При пассивных движениях во всех суставах заметна некоторая ригидность. Все активные движения совершаются в полном объеме и с достаточной силой, но замедлены и затруднены. Ходит больной слегка согнувшись, мелкими шагами. Явление *propulsio* существует, но выражено не резко. В обеих верхних конечностях наблюдаются беспрерывные мелкие, стереотипные, ритмические дрожательные движения. Особенно резко эти движения заметны в пальцах рук, которые все время производят движение, напоминающее сучение нитки или скатывание пилуль. Дрожание существует также в голове, в нижней челюсти и в нижних конечностях; в этих последних оно едва заметно и бывает хорошо выражено только при волнении. При произвольных движениях дрожание уменьшается и совершенно прекращается во время сна.

**Электровозбудимость.**

Название нерва или мускула	Стор.	Индт	КЗС.	АЗС.	Название нерва или мускула	Стор.	Индт	КЗС	АЗС
N. facialis . . . . .	dex.	77	3,0	4,5	M. extens carpi rad. .	dex.	70	8,0	10,0
„	sin.	80	3,5	4,0	„	sin.	72	5,0	6,0
N. ulnaris . . . . .	dex.	78	2,0	3,0	M. extens. dig. comm.	dex.	70	9,0	12,0
„	sin.	75	2,0	3,0	„	sin.	68	8,0	12,0
N. peroneus . . . . .	dex.	81	2,0	4,0	M. interosseus I . .	dex.	78	3,7	4,5
„	sin.	76	2,5	4,5	„	sin.	73	4,0	5,0
M. frontalis . . . . .	dex.	81	2,0	2,5	M. interosseus III . .	dex.	90	3,5	4,0
„	sin.	82	1,5	2,0	„	sin.	85	5,0	7,0
M. deltoideus . . . . .	dex.	82	3,0	3,5	M. peroneus longus .	dex.	72	5,0	7,0
„	sin.	83	3,5	4,5	„	sin.	75	4,0	6,0
M. biceps . . . . .	dex.	90	1,5	2,0					
„	sin.	92	2,0	3,0					

Из приведенной таблицы видно, что электровозбудимость слегка понижена. Реакции перерождения, а также миастенической реакции не наблюдается. Рефлексы со слизистых оболочек, а также кожные нормальны. Сухожильные рефлексы на верхних конечностях и жевательные живые, а ахилловы и коленные повышены с обеих сторон. Клонусы и феномен Бабинского отсутствуют. Трофических расстройств у больного не наблюдается. Существует красный дермографизм и сильная потливость. Сильное слюнотечение, особенно во время разговора. Сон хороший. Характер ровный и спокойный. Память удовлетворительная. Речь связная и логичная, но замедленная и затрудненная и голос несколько афоничен. Больной пробыл в клинике в течение 2-х месяцев и за это время никаких перемен в состоянии его здоровья не произошло. Лечили его бромом, теплыми ваннами и франклинвизацией. Кроме того было сделано 17 инъекций *scopolamini hydrobromici* по 0,0001.

#### Наблюдение VI.

Алексей Ов—в, крестьянин, 51 года. Поступил в клинику 23 января 1912 года. Выбыл из клиники 21 февраля 1912 года. Больной жалуется на слабость ног и боль в пояснице. Деда и бабуку, как со стороны отца, так и со стороны матери он не помнит. Отец его умер 68 лет от „удушья“; он был запоем. Мать умерла 67 лет от удара. Вина не пила. Выкидышей у нее не было. Детей было 8 человек, из которых в настоящее время живы и здоровы кроме нашего больного, трое, остальные умерли в раннем детстве. Душевных и нервных болезней, а также сифилиса и туберкулеза в роду не отмечается.

*Amnesia*. Больной родился в срок, кормился грудью матери и рос здоровым ребенком. Никакими детскими болезнями не страдал. Онанизмом не занимался. Сифилис отрицает. 18-ти лет перенес уретрит. На 20-м году появились на ногах какие то язвы, которые фельдшер принял за сифилитические; тогда больной отправился в Москву, где ему врач сказал, что это „золотуха“ и дал какую-то мазь. Через месяц ноги зажили. На 25-м году больной женился и имел двух здоровых детей. Водку начал пить с 19 лет и пил много и часто, а с 40 лет часто напивался до пьяна. Выпивал приблизительно бутылку за раз. Последний год совсем не пьет. 2½ года тому назад у больного была, повидимому, сильная гиперемия мозга или даже легкий инсульт. Случилось это так: он пообедал и сел на диван; вдруг у него закружилась голова, и он упал с дивана; пропала способность речи, но сознания он не терял; рвоты и судорог не было. Минут через 20 все прошло и больной пошел в контору и сел там писать письмо, но не успел его закончить, как повторилось то же самое, и кроме того его вырвало. Ему поставили за уши пиявки и затем вследствие общей слабости он принужден был неделю оставаться в постели. Условия жизни у больного были всегда хорошие, но за последние 3 года было много волнений и неприятностей, которые он и считает причиной настоящего заболевания. Месяцев 6 тому назад он заметил, что ему стало труднее ходить и что во время ходьбы, независимо от его воли, шаги ускоряются, как будто что-то толкает его вперед. Кроме того появилась боль в пояснице, особенно во время ходьбы. Эти явления были сначала выражены слабо, но постепенно усиливались, и месяца 2 тому назад он начал падать при ходьбе: „разбежишься, ухватиться не за что и упадешь“ говорит больной. До сих пор он не лечился.

*Status* 25 января 1912 года. Больной среднего роста. Подкожный жировой слой развит несколько избыточно. Костный скелет развит правильно. На передних поверхностях голеней видны широкие рубцы желтоватого цвета—следы бывших язв. Границы легких нормальны. Всюду везикулярное

дыхание. Сильная одышка. Сердце расширено в обе стороны: правая граница у правого края грудины, левая на 1 сант. кнаружи от *linea mamillaris*. Тоны глухи. Пульс 88, хорошего наполнения. Артерии жестки. Живот несколько вздут. Запоры. Ипохондрия, реоты и тошноты не бывает. Аппетит удовлетворительный. Печень увеличена и болезненна при ощупывании. Моченспускание свободно и безболезненно. Моча насыщенно-желтого цвета. Реакция слабо кислая. Уд. в. 1025. Сахара нет. Следы белка—менее чем 0,02:1000. Небольшое количество кристаллов шавелевокислого кальция. Одиночные лейкоциты. Цилиндров нет. Полная *inpro-tentia coeundi*. Все XII пар черепных нервов в полном порядке. Объективно все виды чувствительности всюду на теле нормальны. Больной отмечает небольшую ломящую боль в области поясницы, в особенности во время ходьбы. Парестезий нет. Все активные движения совершаются в полном объеме и с достаточной силой. Пассивные движения во всех суставах совершаются в полном объеме и с обычным для нормы сопротивлением; ни ригидности, ни гипотонии не отмечается. В пальцах обеих рук наблюдается непрерывное, мелкое, ритмическое дрожание, но оно выражено настолько слабо, что записать его на кривой не удастся. Сам больной до настоящего времени этого дрожания не замечал. Атрофий нигде нет. Ходит больной маленькими шагами, при чем правая ступня почти не отслаивается от пола. Отмечается некоторое ускорение шага во время ходьбы. Рефлексы со слизистых оболочек и кожные нормальны. Рефлексы с *biceps* и с *triceps* вялы с обеих сторон. Рефлекс с *massetera* вызывается хорошо. Ахилловы и коленные рефлексы отсутствуют с обеих сторон. Клонусов и феномена Бабинского получить не удается.

Электровозбудимость понижена как для фарадического, так и для постоянного тока; сокращения живые, реакции перерождения нет, и миастенической реакции также не наблюдается. Секреторных, вазомоторных и трофических расстройств нет. Память хорошая. Речь связная и логичная. Настроение ровное и спокойное, хотя по временам бывает раздражительность. Лечили больного ваннами, бромом и франклинизацией. Через месяц он выписался со значительным улучшением общего самочувствия, но объективно при выписке никаких перемен отметить было нельзя.

#### Наблюдение VII.

Геннадий Ап—ин, 58 лет. Поступил в клинику 29 апреля 1912 года. Выбыл из клиники 5 июля 1912 года. Больной поступил с жалобами на дрожание рук, общую слабость и чувство скованности во всем теле.

Наследственность. Деда и бабки со стороны отца больной не помнит и ничего о них не слышал. Дед со стороны матери умер 85 лет, отличался крепким здоровьем. О бабке со стороны матери ничего не известно. Отец умер 54 лет; был запоем; умер внезапно в конце одного запоя. Мать умерла 65 лет; последние 30 лет почти все время прихварывала. Одна тетка по матери умерла от туберкулеза; остальные тетки и дяди также со стороны матери были здоровыми людьми. 2 сводных брата больного были алкоголиками. Родная сестра больного умерла от рака грудной железы. Брат его умер в раннем детстве. Выкидышей у матери больного не было. Душевно-больных и припадочных в роду нет. Сифилиса у родителей не было.

*Amnesia*. Родился больной в здоровой сухой местности; родился в срок и рос здоровым, крепким ребенком. У отца он был первым ребенком от второй жены. На 12-м году начал учиться в приходской школе; учился удовлетворительно. С 15 лет служил в Петербурге по торговой части. 23 лет переехал в Ярославль и открыл свое небольшое шнуровое производство

Из детских болезней перенес корь. 20 лет болел брюшным тифом, а 22 лет заразился сифилисом. Сделал около 50 фрикции ртути. Онанизмом не занимался. Первый coitus 20 лет. Женится 32 лет. У жены его было 6 человек детей, из которых 3 умерли в раннем детстве, а 3 живы и здоровы. Выкидышей у жены не было. Вышивал на своем веку порядочно; около года, как ничего не шьет. Несколько месяцев, как бросил курить, а прежде курил много. Условия жизни больного всегда были хорошие. Несколько лет тому назад у больного появилось дрожание в руках, но оно было непостоянно, незначительно и не обращало на себя его внимания. 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года тому назад после испуга дрожание в руках усилилось и стало постоянным, прекращаясь только во время сна. В это же время появилась и общая слабость. Через 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года постепенно начала развиваться неловкость при движениях и чувство связанности в них, так что больному стало трудно ходить. Он обратился к доктору. После лечения мышьяком и подом на 2—3 месяца, последовало как будто небольшое улучшение, но затем все явления опять усилились и до настоящего времени болезнь медленно прогрессирует. За последние 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года больной постоянно забнет несмотря на высокую температуру в комнатах.

Status 3—5.V.1912 года. Больной среднего роста, нормального телосложения, удовлетворительного питания. На коже рубцов и сыпи нет. Видимые слизистые оболочки бледноваты. Костный скелет развит нормально. Лимфатические железы не увеличены, щитовидная также. Органы дыхания и пищеварения в порядке. Сердце несколько увеличено вправо. Тоны глуховаты. Артерии сильно склерозированы. Пульс 84 удара в минуту, справа и слева неодинаков. Исследование крови показало в 1 куб. сант. 3.995.000, красных кровяных шариков. Форма их нормальная. 7.500 белых кровяных шариков. Количество Hg. = 45%. Органы мочеполовые в порядке. Моча соломенно-желтого цвета, кислой реакции, уд. в. 1013; белка, сахара и цилиндров нет. Исследование крови на lues по Wassermann'у дало положительный результат.

Нервная система. Обоняние, зрение, слух и вкус нормальны. Движение глазных яблок во всех направлениях совершается в полном объеме. Зрачки равны, слегка сужены, реакция на конвергенцию и аккомодацию хорошая, на свет вяловата. Нистагма нет. Чувствительность всех видов на лице в полном порядке. Жевательные и височные мышцы напрягаются хорошо и симметрично с обеих сторон. Лицо больного маскообразно, мимика вялая и бедная. Со стороны X, XI и XII пары черепных нервов уклонений не наблюдается. Все виды чувствительности всюду на теле больного в полном порядке. Ни боли, ни парестезии—нет. Пассивные движения совершаются во всех суставах в полном объеме, но со значительным сопротивлением вследствие ригидности всей мускулатуры больного; особенно сильно выражена ригидность в нижних конечностях. Все активные движения возможны, но затруднены и замедлены. Сила пальцев рук несколько ослаблена; сила всех остальных движений достаточно хорошая. Атрофий у больного не наблюдается. Координация движений сохранена. Ходит больной быстро, мелкими шагами, согнув при этом туловище вперед. При высовывании языка и при открывании рта у больного появляется мелкий тремор в языке и в нижней челюсти. Временами, особенно при волнении, голова качается вперед и назад; экскурсии этого качания очень невелики. В пальцах рук, которые слегка согнуты, существует постоянный мелкий тремор, который усиливается при волнении и при небольших активных движениях. При сильном мышечном напряжении тремор уменьшается и временами пропадает совсем на несколько секунд.

Рефлексы со слизистых оболочек и кожные нормальны. Все сухожильные рефлексы повышены, особенно коленные и ахилловы. Клонусов и феномена Бабинского не получается.

**Электровозбудимость.**

Название нерва или мускула	Стор.	Инд.т.	КЭС.	АЭС.	Название нерва или мускула	Стор.	Инд.т.	КЭС.	АЭС.
N. facialis (ствол)	d.	76	3,5	6,0	M. extensor dig com.	d.	70	2,0	4,0
"	s.	81	2,5	5,0	"	s.	72	2,5	5,0
R. frontalis . . . . .	d.	78	3,0	4,0	M. extensor corpi radialis . . . . .	d.	84	2,0	3,5
"	s.	79	3,0	4,2	"	s.	83	2,0	3,6
R. zygomaticus . . . . .	d.	80	3,5	5,0	M. extensor pollicis brevis . . . . .	d.	86	7,0	9,0
"	s.	79	3,4	5,1	"	s.	84	7,2	9,4
N. medianus . . . . .	d.	80	2,5	3,5	M. flexor. dig. sublim	d.	83	2,5	4,0
"	s.	80	2,4	3,4	"	s.	82	2,5	4,0
N. ulnaris . . . . .	d.	75	3,0	4,0	M. abductor dig. min.	d.	75	4,0	6,0
"	s.	78	3,2	4,5	"	s.	80	4,2	6,4
N. radialis . . . . .	d.	70	4,0	6,1	M. abductor pol. bre- vis . . . . .	d.	80	4,0	4,5
"	s.	70	4,1	6,0	"	s.	75	3,0	4,0
N. cruralis . . . . .	d.	82	3,0	5,1	M. interosseus I . . . .	d.	75	3,0	4,0
"	s.	83	3,0	5,0	"	s.	72	2,5	4,0
N. peroneus . . . . .	d.	80	3,5	5,1	M. rectus femoris . . . .	d.	80	8,0	11,0
"	s.	80	3,5	5,0	"	s.	82	9,0	11,0
N. tibialis . . . . .	d.	72	4,0	6,0	M. vastus intern. . . . .	d.	84	3,0	4,5
"	s.	72	4,2	6,1	"	s.	82	3,0	4,2
M. biceps . . . . .	d.	81	3,0	4,0	M. vastus later. . . . .	d.	65	7,0	10,0
"	s.	80	3,0	5,0	"	s.	65	6,0	9,0
M. cucullaris . . . . .	d.	80	3,0	4,3	M. tabialis ant. . . . .	d.	70	8,0	10,0
"	s.	82	3,2	4,1	"	s.	70	8,0	10,2
M. deltoideus . . . . .	d.	78	4,0	6,0	M. peroneus brevis . . .	d.	65	9,0	13,0
"	s.	78	4,0	6,0	"	s.	63	9,0	12,0
M. pector major . . . . .	d.	82	2,0	3,5					
"	s.	82	1,8	3,4					
M. supinator longus . . .	d.	65	3,5	8,0					
"	s.	70	4,0	6,0					

Из приведенной таблицы видно, что электровозбудимость всех мышц и нервов больного является значительно пониженной как на фарадический, так и на гальванический ток, но понижение это является чисто количественным, так как извращения формулы нигде нет и сокращения являются очень живыми. Кроме количественного понижения электровозбудимости, у больного существует резкая миастеническая реакция во всех мускулах, особенно же в мускулах нижних конечностей. При первом раздражении мышц фарадическим током получается нормальный тетанус, но уже второе раздражение вызывает более короткий и менее интенсивный тетанус, а через 18—20 раз мускулы становятся совершенно невозбудимыми. После короткого отдыха (2—3 минуты) мышцы вновь становятся возбудимы. Секреторных, вазомоторных и трофических расстройств нет.

**Психика.** У больного наблюдается общий упадок умственной деятельности, при чем на первом плане надо поставить быструю утомляемость. Мышление у него также затруднено, соображение уменьшено и память как недавних, так и прежних событий несколько ослаблена. Вначале разговора больной очень внимателен и довольно толково отвечает на предложенные ему вопросы, но уже через 5—7 минут внимание его ослабевает, приходится по нескольку раз повторять одни и тот же вопрос, растолковывать его больному и, несмотря на это, часто не получаешь толкового ответа. Вообще с ним надо говорить медленно и членораздельно, так как быструю речь больной совершенно не понимает. Задачи предложенные больному (сложение и вычитание), он решает очень медленно и все время жалуется на то, что мысли у него разбегаются и что он чувствует тяжесть в голове. В уме больной производит вычисления очень плохо, постоянно забывая данные ему числа и по нескольку раз переспрашивая их. Минут через пять после начала занятий он начинает волноваться, жалуется на спутанность в голове и на тоску и в таком состоянии не может уже сделать вычисления даже с однозначными цифрами. То же самое и при чтении — вначале больной читает со вниманием, понимает прочитанное и может рассказать то, что прочел, хотя и не особенно подробно. Через короткое время он устаёт, чувствует какую-то неловкость в горле, становится невнимательным, плохо понимает прочитанное и не может ничего передать из того, что только что прочел. Экспериментально-психологическое исследование, произведенное по способу А. Н. Бэрнштейна, дало следующие результаты: восприятие неотчетливое, усвоение субъективное, осмысление пониженное; соображение значительно понижено, в особенности критическая способность; память вообще плохая-ассоциативная слабее механической; внимание сильно ослаблено.

**Течение болезни.** 1—13 мая. Особых перемен в состоянии больного не произошло. Вообще он тих и мало разговорчив, но постоянно проявляет безотчетное беспокойство: все время он чем-то озабочен, много думает о домашних делах, чего-то боится, а чего именно — и сам не может объяснить. Ему делают франклинизацию и подкожные инъекции мышьяка. 14 мая. Больной проснулся в очень возбужденном состоянии. Няня, войдя утром в его комнату, нашла его стоящим среди палаты, при этом он сильно размахивал руками и что-то шептал. На вопрос няни, что с ним такое, оп ничего не ответил, но сделался спокойнее. При обходе врача он был сравнительно спокоен, но у него была спутанность в мыслях: он забыл имя врача, тогда как ранее хорошо его знал; начал рассказывать, что по клиническому саду, который он называл бульваром, пронесли в ящике покойника, за которым шло много народу, а он глядел на эту процессию из окна палаты. Далее

он рассказывал, что накануне он был предупрежден каким-то невидимым голосом о том, что понесут покойника. Еще он говорил, что бульвар идет к Волге, забывая, что он находится в Москве, а не в Ярославле. Ему слышались голоса его дочери и жены, и даже, по его мнению, они были у него в клинике вчера вечером и разговаривали с ним о семейных делах. Затем больной жаловался на то, что к нему в палату приходила какая-то кошка, потерлась о кресло и ушла. Ночью приходил в палату или спустился по висячей лампе какой-то человек в плаще и от него исходило сияние. Во время разговора больной был очень возбужден, выражал желание умереть, говорил, что вся семья против него, что он туда никогда не вернется, жаловался на спазмы в горле и на то, что ему трудно говорить. Лицо у него было красное, пульс 104, слабый, с переборами. Больной был уложен в постель. Назначен строфант, кофеин и бром с кодеином. 15 мая. Больной чувствует себя значительно лучше. Пульс 96. Галлюцинаций нет, бредовых идей не высказывает. 16 мая. Больной очень смущен тем, что наговорил третьего дня, хотя сам он не особенно хорошо обо всем этом помнит. 17 мая status idem. 18 мая. Сознание больного вполне прояснилось. Толково отвечает на вопросы, но очень быстро утомляется. Жалуется на общую слабость и разбитость. 19—27 мая. Перемен в состоянии здоровья больного не произошло. По временам жалуется на „туман“ в голове и спутанность в мыслях, но попеременно довольно толково отвечает на предложенные вопросы, пока не устанет. Пульс ровный, 86 ударов в 1'. 28 мая. Больной выписался, так как по семейным делам ему надо съездить в Ярославль. Через неделю собирается вновь поступить в клинику. 5 июня. Утром больной, весь забрызганный грязью, пришел в клинику. Приехал он вчера вечером и, по его словам, сейчас же поехал в клинику, но, попав на Девичье Поле и находясь в нескольких шагах от клиники, он безрезультатно в течение нескольких часов искал ее и затем переночевал будто бы в каких-то меблированных комнатах, тут же на Девичьем Поле. Где находятся эти меблированные комнаты, больной указать не может. Надо заметить, что никаких меблированных комнат и гостиниц на Девичьем Поле нет, и где больной провел эту ночь, остается неясным. Он жалуется на усталость с дороги. Состояние духа у него подавленное. Родные в Ярославле нашли, что он совсем не поправился, и это также угнетает больного. 6 июня. Больной несколько отдохнул с дороги, но все же чувствует сильную слабость. 7 июня. Больной переисследован. Со стороны психической отмечаются все те же явления: неустойчивость внимания и быстрая утомляемость. Все время больной находится в каком-то беспокойном состоянии. Мысли у него мрачные; думает и часто говорит о смерти; он ничего бы не имел против того, чтобы умереть. Ко всему окружающему у него недоверчивое и подозрительное отношение: он ничего не хочет говорить про свои семейные дела не дает адреса своей семьи в Ярославле. Надзор за больным усилен. 8 июня. Перемены нет. 9 июня. Больному вдруг представилось, что накануне профессор В. А. Муратов сделал ему замечание за то, что он будто бы назвал докторов дураками, тогда как на самом деле он всегда очень любезен и стесняется тем, что затрудняет всех своей болезнью. Назначены подкожные впрыскивания ртути, йода, веронал и кофеин внутрь. 10—25 июня. Особенных перемен нет. Усплилась общая слабость. Тоны сердца очень глухи. Появилась бессонница. Инъекции Нг. отменены. 25—30 июня. Больной почти не спит даже после приема веронала. Часто по ночам встает и автоматически куда-то идет по коридору. Няня отводит его обратно в палату, он ложится, но не спит или пытается вновь уйти. 1 июля. Больной жалуется, что ему несколько

не лучше и спрашивает, стоит ли продолжать лечиться. 2—4 июля. Перемен нет. 5 июля. Больной выписался.

### Наблюдение VIII.

Филипп Бо.—в, крестьянин, 50 лет. Поступил в клинику 12 сентября 1912 г. Выбыл из клиники 20 октября 1912 г. Больной жалуется на дрожание рук и ног, общую слабость и чувство скованности во всем теле.

Наследственность. Деда и бабуку как со стороны отца, так и со стороны матери он не помнит и знает только, что они умерли в глубокой старости. Родители его пользовались хорошим здоровьем; отец умер 65 лет, а мать 68 лет—причину их смерти больной не знает. Выкидышей и мертворожденных у матери не было. Детей было 4. Наш больной по счету второй. Старший брат умер 45 лет от неизвестной больному причины. Две сестры 46 и 47 лет живы и здоровы. Алкоголизма, сифилиса и туберкулеза у родителей больного не было. Душевных и нервных заболеваний в роду не отмечается.

Anamnesis. Больной родился в срок, кормился грудью матери, ходить и говорить начал около года, рос здоровым ребенком и никакими инфекционными болезнями не страдал. С 10 лет начал помогать отцу по хозяйству и до 21 года работал в семье, занимаясь хлебопашеством. 20 лет женился на здоровой девушке, от которой имел 7 человек детей; из них двое умерли в раннем детстве, а пять человек (дочери) живы и здоровы до сих пор. 21 года пошел на военную службу и, прослужив 5 лет, вернулся на родину в деревню, где и жил до настоящего времени, занимаясь своим делом. До брака coitus'a не имел. Мастурбацией занимался только на военной службе, да и то очень мало—раз 10 за 5 лет. Lues отрицает и вообще до настоящей болезни никогда ничем не хворал. Водку начал пить с 20 лет, но пил мало и редко, а теперь около года совсем не пьет. Никогда не курил. Условия жизни всегда были хорошие. Физическим и психическим травмам никогда не подвергался, но работу исполнял тяжелую и часто утомлялся. 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года тому назад, без видной причины, у больного начала иногда трястись левая рука. Односельчане смеялись над ним и говорили, что он „кур крал“, но сам он не обращал на это внимания и продолжал работать. Так продолжалось около полугода, а затем после легкой простуды дрожание несколько усилилось и стало стационарным. Еще через несколько месяцев дрожание появилось в левой ноге. Года 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> тому назад у больного появилось чувство связанности во всем теле—ему стало трудно ходить, поднять руку. В это же время появилась небольшая ломящего характера боль в пояснице, а также в коленных и голеностопных суставах. Около года как начала трястись правая рука, а еще через 6 месяцев и правая нога. Дрожание в нижней челюсти существует только 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> месяца. Год тому назад, по совету земского врача, больной принимал в течение месяца какие-то пилюли. Облегчения он не получил и, махнув рукой, бросил лечиться, тем более, что врач признал его болезнь неизлечимой. Месяц тому назад он узнал о существовании в Москве нервной клиники и приехал в Москву и был положен в клинику 12 сентября 1912 года.

Status 12—15 сентября 1912 года. Больной среднего роста, удовлетворительного питания. Слизистые обо. очки окрашены хорошо. На коже в области поясницы с левой стороны виден рубец, происхождение которого больной объяснить не может. Лимфатические железы, а также и щитовидная железа не

увеличены. Костный скелет развит нормально. Органы пищеварения уклонений от нормы не представляют. Большой кашляет года 2: кашель бывает преимущественно по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. Границы легких нормальны. В левом легком, на 4 пальца ниже подмышечной впадины по подмышечной линии слышны мелко-пузырчатые хрипы. Одышки нет. Сердцебиение постоянное. Правая граница сердца у левого края грудины, а левая заходит за левую сосковую линию на  $1\frac{1}{2}$  пальца. Тоны сердца глухи. Пульс 68 ударов в минуту, слабого наполнения но правильный по ритму. Артерии жестки; височные извиты. Мочениспускание свободно и безболезненно. Моча соломенно-желтого цвета, кислой реакции, уд. в. 1012, белка и сахара нет. Под микроскопом при исследовании осадка найдено: небольшое количество кристаллов щавелево-кислого кальция и фосфорнокислой аммиак-магнезии и несколько лейкоцитов. Цилиндров и клеток почечного эпителия не обнаружено. Характер у больного ровный и спокойный. Память и соображение значительно понижены. Больной сам говорит, что за последний год он стал „как дурак“, часто не понимает сразу, что ему говорят и не помнит иногда даже того, что с ним было вчера. Считает хорошо, но очень медленно. Обоняние, зрение, слух и вкус хорошие с обеих сторон. Зрачки равны, средней ширины, хорошо реагируют на свет, конвергенцию и аккомодацию. Движения глазных яблок во всех направлениях совершаются в полном объеме, но несколько замедлены. Нистагма и диплопии нет. Жевательные и височные мышцы напрягаются хорошо. Нижняя челюсть непрерывно дрожит—дрожание довольно мелкое. Лицо неподвижно маскообразно; мимика очень вялая и бедная. Небная занавеска не свисает, при фонации напрягается хорошо и симметрично с обеих сторон. Глотание и речь не расстроены. Язык высовывается по средней линии, и объем его движений не ограничен; в нем существует постоянное мелкое дрожание. Объективно все виды чувствительности всюду на теле в полном порядке. Больной жалуется, что при перемене погоды у него бывает ломота в пояснице и в коленных суставах. Секреторных, трофических и вазомоторных расстройств у него нет. Обычное положение больного следующее: туловище наклонено вперед, голова опущена немного вниз, руки приведены к туловищу и слегка согнуты в локтевых и лучезапястных суставах, пальцы рук в положении флексии, при чем большой палец приведен к остальным, ноги немного согнуты в коленных суставах. Пассивные движения совершаются во всех суставах в полном объеме, но со значительным сопротивлением вследствие ригидности всей мускулатуры; особенно ригидны разгибатели на левой руке. Все активные движения производятся с достаточной силой и в полном объеме, но очень медленно и с большим усилием со стороны больного. Ходит больной с трудом; propulsio выражено довольно резко. В голове, нижней челюсти и во всех 4-х конечностях больного наблюдается непрерывный мелкий ритмичный и стереотипный tremor. Более грубый tremor существует в левой руке.

Пальцы рук производят характерные для Paralysis agitans движения напоминающие скатывание пилюль или сучение нитки. При спокойном состоянии больного дрожание несколько утихает, а при волнении заметно усиливается. В начале произвольных движений дрожание на короткое время проходит, но затем возобновляется с прежней интенсивностью. Во время сна дрожания не существует. Рефлексы со слизистых оболочек, а также и кожные нормальны; все сухожильные рефлексы живые, а на левых конечностях даже повышены. Клонусы и феномен Бабинского отсутствуют. Атаксии у больного нет. Атрофий нигде не наблюдается.

Электровозбудимость.

Название нерва или мускула	Стор.	Инд.т.	КЗС.	АЗС.	Название нерва или мускула	Стор.	Инд.т.	КЗС.	АЗС.
N. facialis . . . . .	dex.	80	3,2	4,0	M. supinator longus.	dex	88	2,0	2,4
"	sin.	80	3,2	4,2	"	sin.	86	2,0	2,4
N. medianus . . . . .	dex	70	1,8	2,9	M. extensor dig. com.	dex.	85	3,0	3,5
"	sin.	70	2,0	3,5	"	sin.	85	3,2	4,0
N. ulnaris . . . . .	dex	75	1,6	2,8	M. extensor carpi rad.	dex.	95	1,0	1,3
"	sin.	74	1,8	3,0	"	sin.	92	1,2	1,5
N. radialis . . . . .	dex.	76	3,0	4,0	M. extensor pol. brevis . . . . .	dex.	85	4,0	4,3
"	sin.	74	3,2	4,3	"	sin.	85	4,0	4,4
N. tibialis . . . . .	dex.	80	2,7	3,4	M. pronator teres . . . . .	dex.	90	3,0	3,3
"	sin.	78	2,8	3,6	"	sin	91	2,9	3,3
N. peroneus . . . . .	dex.	82	3,5	4,0	M. flex. digit. subl. . . . .	dex	85	1,5	2,0
"	sin.	84	3,4	4,0	"	sin.	85	1,5	2,0
M. zygomaticus . . . . .	dex.	85	4,0	5,0	M. abductor dig. min.	dex	88	2,5	3,0
"	sin	85	4,0	5,0	"	sin.	88	2,5	3,1
M. deltoideus . . . . .	dex.	85	2,2	2,5	M. quadriceps fem. . . . .	dex.	75	7,0	7,8
"	sin.	86	2,4	3,0	"	sin.	80	6,5	7,0
M. cucullaris . . . . .	dex	90	2,0	2,5	M. tibialis ant . . . . .	dex.	87	4,5	5,0
"	sin	88	2,2	3,0	"	sin.	84	5,2	6,0
M. biceps . . . . .	dex	100	1,5	2,0	M. gastrocnemius . . . . .	dex.	85	6,0	8,0
"	sin.	91	2,0	2,5	"	sin.	85	6,0	6,5
M. pectoralis major . . . . .	dex.	92	0,8	1,3					
"	sin.	91	1,0	1,5					

Как видно из приведенной таблицы, электровозбудимость как на фарадический, так и на гальванический ток всюду несколько понижена, понижение это является чисто количественным, так как сокращения на оба вида тока являются живыми и извращений формулы также нигде нет. Надо отметить очень резко выраженную миастеническую реакцию: уже после 3—4 сокращений для возбуждения мышц приходится применять гораздо большую силу тока (фарадического), а после 18—20 сокращений даже при сильном токе мышца остается на некоторое время совершенно невозбудимой. Во всех мышцах тела миастеническая реакция выражена одинаково; за исключением

мышц левой руки, в которых она выражена наиболее резко—полная невозбудимость после 10—12 сокращений. 15 октября кровь больного была исследована по Wassermann у на lues; результат получился отрицательный. Больной пробыл в клинике 5 недель, и в течение этого времени никаких перемен в состоянии его здоровья не произошло. Лечили его бромом и подкожными инъекциями скополамина.

#### Наблюдение IX \*).

Степан И—ов, крестьянин 29 лет. Поступил в клинику 29 октября 1912 года. Выбыл из клиники 1 декабря 1912 года. Больной жалуется на дрожание в руках и ногах.

Amnesia. Отец больного, 57 л., здоровый человек, с юности и до настоящего времени злоупотребляет спиртными напитками. Мать была слабая женщина, водки не пила, умерла 44 л. от роду после удара. Дед и бабушка со стороны отца дожили до глубокой старости, много пили, но вообще были совершенно здоровыми людьми. Дед со стороны матери умер 65 лет от неизвестной для больного причины, а бабушка со стороны матери умерла молодой. Lues и тбс., а также нервные и душевные болезни в роду не отмечаются. У матери больного было 10 человек детей, из которых 4 умерли в раннем детстве от инфекционных болезней, а 4 брата и 1 сестра больного живы и здоровы. Раннего своего детства больной не помнит и знает только, что страдал золотухой—была течь из ушей и сыпь на голове. Онанизмом не занимался. До 15 лет жил в деревне и занимался сельским хозяйством, а затем поступил на фабрику сортировщиком товара и этим делом занимался до последнего времени. С 10 до 12<sup>1</sup>/<sub>2</sub> л. учился в сельской школе. Учился наравне с другими. Женат 9 лет. Детей и выкидышей у жены не было. Больной не курит. Пьет водку довольно часто, но не помногу, и пьяным не напивается. Lues и другие венерические заболевания отрицает. 4 года тому назад один из членов администрации фабрики, на которой работал больной, уговорил его вместе с другими товарищами поехать на работу во Францию, где у него было собственное дело. Эту-то заграничную поездку и связанные с ней лишения и неприятности больной и представляет в качестве этиологического момента своего настоящего заболевания. С первых же дней он попал в очень неблагоприятные условия жизни: с одной стороны, тяжелое материальное положение, частые голодовки, с другой—чувство одиночества и отчужденности, так как французским языком больной не владел. Из здорового, жизнерадостного человека он вскоре сделался очень нервным, раздражительным, стал жаловаться на головные боли. Затем появились сильные боли в пояснице, которые являлись приступами и продолжались недели по 2. Приблизительно в конце первого года своего пребывания за границей (3 г. тому назад) больной стал иногда замечать некоторое затруднение при ходьбе, которое зависело от стянутости и связанности в ногах, преимущественно в правой. Вскоре появилось небольшое дрожание в правой ноге, а затем—и в левой. 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года тому назад больной вернулся обратно в Россию и здесь вскоре появилось чувство неловкости и дрожание в левой руке. Месяца 4 как дрожание наблюдается и в правой руке. Когда больной волнуется,—дрожание усиливается; усилием воли он на короткое время может задержать дрожание, но только в том случае когда он спокоен. Во сне дрожание прекращается. Больной лечился сначала амбу-

\*) Это наблюдение помещено в журнале невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 1913 года, книга I.

латорно у фабричного врача и принимал бром и спермин, затем ему делали ванны и фарадизацию спины, но успеха не было, и болезнь медленно прогрессирует—усиливается дрожание и увеличивается чувство скованности и стянутости в конечностях и туловище. Года 2 как больной начал замечать, что ему легче бежать бегом, чем ходить шагом.

Status 30/X 1912 г. Больной среднего роста, несколько ослабленного питания, правильного телосложения; лицо слегка ассиметрично. Кожа и видимая слизистая оболочка бледноваты. Сыпи и рубцов на теле нет. Лимфатические железы не увеличены, щитовидная также. Костный скелет развит нормально. Суставы не изменены. Органы пищеварения и дыхания уклонений от нормы не представляют. Границы сердца нормальны, тоны глуховаты, пульс 70 ударов в минуту среднего наполнения и напряжения. Артерии значительно склерозированы, височная артерия слегка извита. Мочеполовая система нормальна. Моча соломенно-желтого цвета, прозрачна, кислой реакции, уд. в. 1011, белка, сахара, крови и желчи нет, цилиндров не наблюдается, содержание солей в пределах нормы.

Нервная система. Обоняние, зрение, вкус и слух нормальны. Поле зрения не ограничено. Дно обоих глаз нормально. Зрачки равны, средней ширины, хорошо реагируют на свет и аккомодацию. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Жевательные и височные мышцы напрягаются хорошо и симметрично. Лицо маскообразно. Мимика развита очень слабо. Правый *facialis* чуть хуже левого, но не паретичен. Небная занавеска напрягается хорошо. Речь и глотание не расстроены. Движения языка нормальны. Объективно все виды чувствительности на всем теле в полном порядке. Никаких парестезий и болей у больного также нет. Состояние питания мышцы удовлетворительно. Слабы развиты мышцы *thenar'a* и *hypothenar'a*, вследствие чего ладони больного уплощены. Такая же конфигурация ладоней и у сестры больного, существующая так же, как и у него, с детства. Пассивные движения во всех суставах совершаются в полном объеме, но со значительным сопротивлением, вследствие сильной ригидности. В обеих нижних конечностях и в левой руке наблюдается лишь незначительная ригидность. Объем и сила всех активных движений в пределах нормы, но все активные движения затруднены и замедлены. Ходит больной большими шагами, туловище при этом держит прямо и неподвижно, руки его слегка согнуты в локтевых суставах, а ноги в коленных. Явлений *propulsio* и *tetropulsio* не наблюдается, но больной отмечает, что его „что-то“ тянет вперед и что бежать ему легче, чем ходить. Координация движений не расстроена. Romberg—abs. Во всех 4-х конечностях, преимущественно в левой руке и в правой ноге, у больного наблюдается постоянное, довольно медленное (4—5 раз в секунду) ритмическое дрожание. Дрожание стереотипно и состоит в сгибании пальцев рук, в сгибании и разгибании, поворачивании кверху и книзу кистей и в сгибании и разгибании локтя. В ногах большую частью происходит сгибание и разгибание стоп. Под влиянием пассивных движений дрожание прекращается на короткое время, также и при активных произвольных движениях дрожание продолжается. Под влиянием душевного волнения дрожание заметно усиливается. Иногда, когда больной совершенно спокоен, дрожание в правой руке и в левой ноге прекращается на несколько минут совершенно. Рефлексы со слизистых оболочек и кожные вызываются хорошо. Симптом Бабинского отсутствует. Рефлексы с *masseter'a* повышены с обеих сторон, с *biceps'a* и с *triceps'a*—слева живые, справа нормальны. Коленные и ахилловы рефлексы живые, особенно справа. Клонусов стоп

и чашек нет. Электро-возбудимость всех мышц и нервов на фаралтический и гальванический токи вполне нормальны. Вазомоторных, трофических и секреторных расстройств не наблюдается. Психика нормальна. Больной пробыв в клинике в течение месяца и за это время получал бром и инъекции *scopolamin'a*. 11 ноября 1912 года ему была сделана лумбальная пункция. Взято было 5 куб. сант. цереброспинальной жидкости. При исследовании под микроскопом осадка после центрифугирования найден нормальный состав: немного (3—4) лимфоцитов и (1—2) полинуклеаров. Реакция Nonne-Apelt'a на увеличение количества белка дала отрицательный результат. 22 ноября у больного была взята кровь, и сделана реакция по Wassermann'у на lues, которая дала безусловно отрицательный результат. 1 декабря 1912 г. больной выписался из клиники без изменений.

#### Наблюдение X.

Надежда Ло—ва, балерина, 43 лет. Поступила в клинику 3 ноября 1912 года. Выбыла из клиники 13 декабря 1912 года. Больная поступила с жалобами на общую слабость, дрожание в руках и ногах и сильную скованность во всем теле.

Наследственность. Родители отца больной умерли в глубокой старости; дед со стороны матери также жил очень долго, бабка со стороны матери умерла от рака. Отец больной жил много нива; умер он 60 лет—отчего, больная не знает. Мать умерла 53 лет от удара; кроме нашей больной, у нее еще было 2 детей, из которых один умер в раннем детстве, а другой умер 24 лет от туберкулеза. Дядя по матери умер 30 лет от туберкулеза. Тетка по матери умерла от водянки. Душевных и нервных болезней в роду не было. Lues у родителей отрицается.

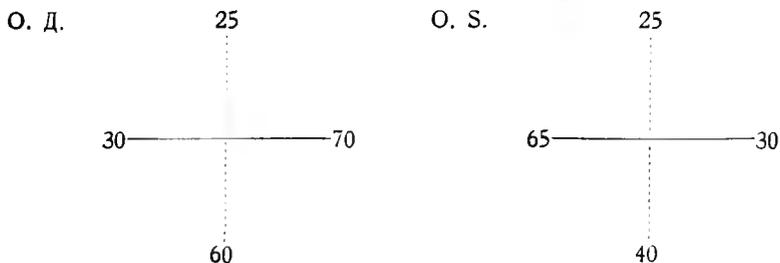
Anamnesis. Больная родилась в Москве, где и прожила всю жизнь. Родилась она в срок, кормилась грудью матери, росла слабым, болезненным и нервным ребенком. В детстве страдала рахитом и золотухой и перенесла корь. В шестилетнем возрасте упала на спину и сильношиблась, после чего в течение нескольких месяцев у нее были бели. 14-ти лет перенесла брюшинной тиф и 35 лет—дифтерит. Больная припоминает, что, в то время, когда ей было 8 лет, у них в доме жила экономка, которая оказалась больна сифилисом, но, повидимому, никто от нее не заразился. До 9-ти лет жила дома, а затем поступила в театральное училище, где училась в балетном классе. Танцы давались не легко, она часто уставала, бывали сердцебиения и одышка. 18-ти лет больная окончила театральную школу и поступила на сцену, где и пробывала в качестве балерины до 38 лет. С детства она обладала слабым зрением. В раннем детстве ей 3 раза делали операцию по поводу закупорки слезного канала. Всегда, насколько она себя помнит, у нее были неравные зрачки—правый широкий, левый—узкий, и по этому поводу еще в театральной школе больную дразнили „разноглазкой“. Мастурбация отрицается. Meneses пришли 14-ти лет и ходили всегда правильно и в срок. 25 лет—замужество. Lues и другие венерические болезни как у себя, так и у мужа больная отрицает. Выкидышей не было; был один сын, которому в настоящее время 16 лет; он здоров. Вся жизнь больной была полна тревог и душевных волнений. Семейная жизнь ее также сложилась несчастно. После танцев она всегда испытывала сильнейшую физическую слабость и усталость. Нервная раздражительность была с детства и в молодости бывали истерические припадки. С 20 до 30 лет больная иногда вскакивала с постели по ночам, что-то бессвязно говорила, ходила по комнатам, а затем опять ложилась и на утро уже не помнила о том, что с ней происходило. Вина бол-

ная не пьет и не курит. 6 лет тому назад больная начала замечать, что в обеих ногах появилась какая-то напряженность и связанность и танцевать ей стало очень трудно. Так продолжалось в течение года и затем она вышла в отставку, после чего эти явления прошли, и около года она чувствовала себя совершенно здоровой. 4 года тому назад после крупных неприятностей больная разошлась с мужем, и через несколько дней после этого она впервые заметила легкое дрожание в ступне левой ноги и в кисти левой руки. Кроме того появилась общая слабость, сердцебиения, раздражительность, неуверенность в походке и вновь вернулось то чувство скованности и связанности, которое за последний год ее не беспокоило. Вскоре дрожание перешло сначала на правую ногу, а затем и на правую руку. Тогда, по совету профессора В. К. Рот, больная поступила на месяц в санаторий, но дрожание и чувство скованности не прошло, хотя другие нервные явления прекратились и она несколько успокоилась. 20 января 1909 года (3 года и 9 месяцев тому назад) она была на приеме в амбулатории нервной клиники Московского Университета, и здесь было найдено следующее: дрожание в руках и незначительная ригидность во всех конечностях, задержка мочеиспускания (какого характера была эта задержка и как долго она продолжалась, больная сказать не может), неравенство зрачков и отсутствие реакции на свет, конвергенцию и аккомодацию, симптом Romberga. Тогда же, в глазной клинике было сделано исследование глазного дна и найдены бледные соски. У больной был поставлен диагноз *tabes dorsalis + hysteria + paralysis agitans*. С этого времени она лечится непрерывно, и несмотря на это, болезнь до сих пор прогрессирует. В течение 2-х лет (1909 и 1910 г.) больная амбулаторно лечилась в нервной клинике, где констатировано за это время усиление и распространение дрожания и ригидности. Лечилась она различными укрепляющими средствами (*Arsenicum, ferrum* и др.), делали ей массаж и прижигание позвоночника; 4 раза она проделывала курс ртутного лечения; брала серные ванны на Балтийском море и на Кавказе; сделано было 14 инъекций *scopolamin'a*, испробованы различные виды электричества (фарадизация, гальванизация и франклинизация). После каждого курса ртутного лечения, а также после впрыскивания *scopolamin'a* обычно следовало ухудшение здоровья больной, а все другие виды терапии оставались безрезультатными. За последние 3 года несколько раз было произведено исследование мочи, состав которой всегда был нормальным. Кроме того в 1910 и в 1911 году были сделаны серореакции крови по *Wassermann'u* на *lues*, которые оба раза дали безусловно отрицательный результат. За последний год состояние больной особенно сильно ухудшилось: ригидность достигла такой степени, что все произвольные движения стали для нее чрезвычайно затруднительны, а повременам и совершенно невозможны; месяцев 10 тому назад появилось дрожание головы и месяца 3 как начала трястись нижняя челюсть.

*Status* 1—4 ноября 1913 года. Больная среднего роста; подкожный жировой слой развит удовлетворительно; видимые слизистые оболочки бледны. Кожа несколько утолщена, как бы масляниста; рубцов на коже нигде нет; на лице многочисленные аспе. Лимфатические железы не увеличены, щитовидная также нормальной величины. Костная система развита хорошо. Подвижность позвоночника значительно ограничена вследствие ригидности мускулатуры. Органы дыхания и пищеварения уклонений от нормы не представляют. Границы сердца нормальны. Тоны несколько глуховаты; акцент на 2-м тоне легочной артерии Пульс 80 ударов в 1', хорошего наполнения. Артерии склерозированы. Мен-

ses за последние 4 месяца приходят несколько позже, чем прежде. Мочеиспускание свободно и безболезненно. Моча прозрачна, соломенно-желтого цвета, кислой реакции; уд. в. 1015. Белка и сахара нет. При микроскопическом исследовании найдено: довольно много кристаллов нейтральной фосфорно-кислой извести и тринельфосфата, несколько лейкоцитов и много плоских эпителиальных клеток из наружных гениталий; цилиндров, клеток почечного эпителия и красных кровяных шариков не найдено. Большая держится прямо; голова несколько наклонена вниз, в противоположность совершенно прямому положению позвоночника; лицо мало подвижно, маскообразно, руки согнуты в локтевых суставах и приведены к туловищу; пальцы рук находятся в положении флексии и большой палец приведен к остальным. Такое положение больной стереотипно. Ходит она с большим трудом, мелкими шагами, подвигаясь вперед толчкообразно. Явление пропульсии существует, но выражено не резко. Стоять больная может также с трудом; со сдвинутыми ногами стоять совсем не может—сейчас же падает, обычно назад; если больную слегка качнуть вперед, то она падает не назад, а вперед; при наклонении в бок она падает в сторону. При анализе механизма этого падения приходится думать, что падение зависит от того или другого наклона оси тела и выравнивается при перемещении центра тяжести. Так, если больную попросить принять наиболее устойчивое положение, то падения не наблюдается не только с открытыми, но и с закрытыми глазами. Пассивные движения совершаются во всех суставах в полном объеме, но с чрезвычайно большим сопротивлением. Вообще существует ригидность мускулатуры всего тела, но некоторые мышцы напряжены особенно сильно. Сюда надо отнести все шейные мышцы, сгибатели га руках, а также мышцы жигота. Все простые активные движения возможны, но совершаются с большим трудом очень медленно, толчками и сопровождаются дрожанием. Объем всех движений ограничен, особенно движений головы и туловища. Сила активных движений вполне достаточная. Несколько слабее других *musculi glutei* с обеих сторон, особенно слева. Акрофий нигде нет, но вся левая нога чуть хуже правой—разница в объеме на  $\frac{1}{2}$  сантиметра как бедра, так и голени. В спокойном положении дрожания у больной не наблюдается; можно только отметить едва заметное покачивание головы вперед и назад. Дрожание в конечностях возникает лишь при начале произвольных движений, а затем опять останавливается, несмотря на то, что движение продолжается. Дрожание довольно мелкое, ритмическое; завести его на кривую не удается. Различные внешние условия оказывают значительное влияние на дрожание. Так, раздражение кожи от массажа обычно вызывает дрожание. Также неправильное и неудобное положение конечности влечет за собой tremor. Под влиянием внушения, особенно, если при этом удерживать ту конечность, в которой происходит дрожание, это последнее заметно ослабевает, хотя совсем не прекращается. Душевные волнения заметно усиливают дрожание. Во время сна дрожания нет. Электровозбудимость нервов и мышц как на фарадический, так и на постоянный ток вполне нормальна. Миастенической реакции также нет. Глоточный рефлекс отсутствует, рефлекс корнеальный и с конъюнктивы вызываются. Кожные рефлексы нормальны. Сухожильные рефлексy на верхних конечностях и с массетера нормальны, а на нижних конечностях живые. Клонусы и феномен Бабинского отсутствуют. Об'ективно все виды чувствительности всюду на теле в полном порядке. Нервные стволы при давлении безболезненны. Больная временами жалуется на боли в пояснице и в различных мышцах тела, а также в коленных суставах. Секреторных, трофических и сосудодвигательных расстройств нет. Обоняние,

слух и вкус хорошие с обеих сторон. Зрение значительно понижено особенно на правом глазу. Исследование глазного дна показало диффузное побледнение сосочков с обеих сторон. Поле зрения сильно ограничено.



Резкий exophthalmus с обеих сторон. Зрачки не равны—правый расширен, а левый сужен. Больная говорит, что оба эти явления у нее существуют с детства. Реакция на светотсутствует, а на конвергенцию и аккомодацию очень вялая. Движения глазных яблок во всех направлениях совершаются хорошо, но несколько замедлены; при крайних боковых положениях существуют нистагмические подергивания. Диплопии нет. Жевательные мышцы напрягаются достаточно, но с трудом и при жевании появляется тремор в нижней челюсти. Лицо ассиметрично: правый facialis хуже левого. Иногда в мышцах лица наблюдается мелкое дрожание. Мимика чрезвычайно бедна и загромождена, и лицо больной не отражает ее душевного состояния, а остается постоянно застывшим и маскообразным. Небная занавеска не свисает и при фонации напрягается хорошо, но медленно и с усилием со стороны больной. Глотание свободно. Речь медленная, тихая и часто невнятная. Говорить больной трудно, и она быстро устает. Язык высовывается по средней линии, движения им затруднены и в нем существует мелкий тремор. Настроение у больной угнетенное и подавленное; она очень внушаема, легко волнуется и часто плачет. Память и соображение хорошие. Больной назначен мышьяк, бром и теплые ваньки. В течение месяца и 10 дней, которые больная провела в клинике, в состоянии ее здоровья никаких перемен не произошло. Затем больная еще в течение 5 месяцев находилась под моим наблюдением, и за это время я должен констатировать еще большее увеличение ригидности и некоторое уменьшение дрожания.

#### Наблюдение XI.

Целагея Тю—ва, 56 лет. Ходила в амбулаторию клиники с 27 ноября 1912 года по 4 декабря 1912 года. Больная жалуется на дрожание в руках и ногах, чувство скованности во всем теле, общую слабость и боли в суставах и пояснице.

Наследственность. Отец больной умер молодым после простуды; был здоровым человеком; много пил. Мать умерла 72 лет от старости, была здоровой женщиной и никогда ничем не хворала. Деда и бабки больной были здоровыми людьми и умерли в глубокой старости. 2 брата больной живы и здоровы. Было еще несколько братьев и сестер, которые умерли от неизвестных для больной причин. Lues у родителей отрицается. Нервных и душевных болезней в роду не было.

Амнeзис. Больная родилась в Москве, где и прожила всю жизнь. О раннем детстве ничего сообщить не может, знает только, что была здоровой девочкой. Нигде не училась—читать и писать не умеет. С 10 до

18 лет занималась рукоделием, а затем вышла замуж и вела домашнее хозяйство. Мenses пришли на 14 году и ходили правильно через 3 недели по 4 дня. Через год после замужества у больной появились бели, а 30 лет было воспаление матки и яичников. 12 лет как menses прекратились совсем. Выкидышей не было; детей было 5, из которых 1 мальчик умер в детстве от кори, а 4 девочки живы и здоровы—теперь замужем. Lues у себя и у мужа больная отрицает. Она не курит и не пьет, а в молодости иногда пила вино, но мало и редко. Условия жизни всегда были порядочные, но после замужества пришлось года 4 жить в очень сырой квартире. В жизни у больной было много неприятностей и огорчений. Свое настоящее заболевание она связывает с перенесенными 25 лет тому назад женскими болезнями. 2½ года тому назад у нее появились сильные боли в пояснице, по поводу которых она обратилась к профессору Снегиреву, который ничего патологического не нашел и сказал ей, что эта боль нервного происхождения. Через год после этого у больной появилась сильная ломота в суставах рук и ног, а еще через год какая-то неловкость в ногах и общая слабость. 20 лет тому назад появилось мелкое дрожание в правой руке, а при волнении и в правой ноге. Кроме того чувство неловкости и связанности в ногах усилилось. Затем в течение нескольких лет, дрожание постепенно перешло сначала на левую ногу, а потом и на левую руку. Скованность в них все усиливалась и затем перешла на руки, а потом и на мышцы туловища и шеи. Лет 14 как походка больной резко изменилась—ей трудно стало начать идти, но затем она уже не в состоянии была остановиться, ходьба ее все ускорялась, переходила в бег, и если она не хваталась по дороге за какой-нибудь предмет, то в конце концов падала. Лет 10—12 тому назад туловище больной постепенно согнулось вперед, и голова склонилась на грудь. В больнице больная никогда не лежала, а лечилась амбулаторно—электричеством и различными мазями, каплями и порошками, но ничто не помогало, и болезнь до настоящего времени медленно, но неуклонно прогрессирует.

Status 27—30 XI 1912 года. Больная низкого роста: подкожный жировой слой развит слабо; слизистые оболочки бледноваты; железы не увеличены. Костный скелет развит нормально. Органы дыхания и пищеварения в порядке. Границы сердца нормальны, тоны глухи, артерии сильно склерозированы, височные—извиты, пульс 68 ударов в 1 минуту среднего наполнения. Исследование крови показало в 1 куб. сант. 4.100.000 эритроцитов, форма их нормальна, лейкоцитов 8000; количество гемоглобина 48%. Мочеполовые органы в порядке. Моча соломенно-желтого цвета, кислой реакции, уд. в. 1011, белка и сахара нет, цилиндров под микроскопом не найдено.

Нервная система. Относительно психического состояния больной надо отметить следующее: память стала значительно хуже, временами у больной появляется резкая раздражительность, сильное беспокойство и страх чего-то, чего она сама не знает; вообще же состояние духа обычно подавленное, угнетенное. Больная напоминает восковую фигуру вследствие статуеобразной неподвижности лица и всего тела, которая вызывается сильнейшей ригидностью всей мускулатуры. Туловище больной наклонено вперед, голова опущена на грудь, руки приведены и согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты во всех суставах, а большие—приведены к остальным, ноги слегка согнуты в коленных суставах и бедра сильно приведены. Все пассивные движения сильно затруднены и слегка ограничены во всех суставах кроме пальцев, которые могут быть, хотя и с большим трудом, вполне разогнуты. Произвольные движения значительно замедлены, ограничены, а многие сложные двигательные акты совсем невозможны—больная не может сама

одеваться, раздеваться, повернуться в постели и т. д. Для того, чтобы встать со стула, больной надо долго раскачиваться, и затем первые 3—4 попытки кончаются тем, что она вновь падает на стул. Propulsio в походке выражено очень резко; retropropulsio и lateropulsio не наблюдается. В пальцах рук у больной наблюдается непрерывное дрожание: дрожание это довольно медленное (4—6 раз в секунду), ритмическое, размах движений очень велик (в правой руке несколько больше) (см. кривую).

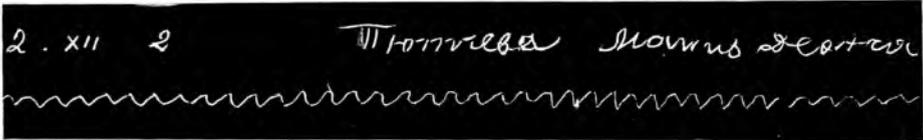


Рис. № 1. Кривая дрожания правой руки.

В ногах также существует постоянный мелкий tremor, который заключается в сгибании и разгибании стоп и голеней. Голова непрерывно производит кивательные движения, но настолько мелкие, что сама больная их даже не замечает. Дрожание прекращается во сне; также в начале произвольных движений оно прерывается на несколько секунд, но затем вновь появляется. При душевном волнении tremor усиливается. Все сухожильные рефлексы у больной повышены. Клонусов и рефлекса Бабинского нет. Рефлексы кожные и со слизистых оболочек нормальны. Сфинктеры не расстроены. Электровозбудимость у больной слегка понижена количественно как на фарадический, так и на постоянный ток. Кроме того, у нее довольно хорошо выражена миастеническая реакция, главным образом в мышцах ног. Полная невозбудимость мышц наступает на 22—26 сокращениях. Об'ективно у больной все виды чувствительности всюду на теле в полном порядке. По временам у нее бывает ломящая боль в пояснице. Кроме того часто является тягостное чувство жара и холода. Слух, вкус, обоняние и зрение у больной нормальны. Правый зрачок уже левого. Реакция зрачков на свет, конвергенцию и аккомодацию хорошая. Все движения глазных яблок совершаются в полном объеме, но значительно затруднены и замедлены. Движения жевательных мышц также замедлены и затруднены. Мимика у больной вялая и бледная, лицо маскообразно. Глотание слегка замедлено и речь также. Язык высовывается по средней линии и движения его во всех направлениях совершаются хорошо, но медленно. Секреторных и трофических расстройств не наблюдается. Больная находилась под моим наблюдением с 27 ноября 1912 года по 14 декабря того же года, и за это время никаких перемен в состоянии ее здоровья отметить не удалось. 9 октября 1914 года больная поступила в нервную клинику. Судя по истории болезни пользовавшегося ее ординатора\*), никаких существенных перемен за последние 2 года в состоянии ее здоровья не произошло. Лечили больную теплыми ваннами и бромом. 18 ноября 1914 года она выписалась из клиники без об'ективных перемен, но со значительно лучшим самочувствием.

#### Наблюдение XII.

Иван Сы—в, 54 лет, ходил в амбулаторию клиники с 17 по 25 января 1913 года. Больной жалуется на дрожание рук, ног и головы, на общую слабость и чувство скованности во всем теле.

\*) Я сам в это время находился в действующей армии.

*Amnesia.* Родители больного были здоровыми людьми. Дед по отцу алкоголик, а дед по матери был здоровым человеком. Обе бабушки отличались хорошим здоровьем. 5 дядей со стороны отца, 4 дяди со стороны матери и 4 тетки также с ее стороны пользовались хорошим здоровьем. Никаких нервных и душевных заболеваний в роду больного не было. Он сам родился в срок и рос здоровым, крепким ребенком. Никакими инфекционными болезнями не страдал. Грамоте учился дома. До 21 года занимался хлебопашеством, с 21 до 25 лет отбывал воинскую повинность, а с 25 лет и до настоящего времени опять жил в деревне, занимаясь сельским хозяйством. 20-ти лет больной женился. У жены его было 7 беременностей, из которых одна окончилась выкидышем (после ушиба). 2 детей умерли в раннем детстве от инфекционных болезней, а 2 сына и 1 дочь живы и здоровы. С 20 до 30 лет больной мастурбировал. Вино начал пить с 25 лет, но умеренно. Не курит. Лues отрицает. 24-х лет перенес уретрит. Другими болезнями не страдал. Условия жизни всегда были хорошие, но в семейной жизни было много волнений и неприятностей. Началось настоящее заболевание 7 лет тому назад, и в качестве этнологического момента больной выдвигает простуду: он ездил в трескучий мороз за 30 верст и вернувшись домой почувствовал, что сильно остыл. Вскоре после этого у него появилась общая слабость и неловкость в правой руке. Затем появилось ощущение ползания мурашек и онемения в пальцах правой руки, боль в правом локтевом суставе и чувство жара во всем теле. Через 2 года после этого больной сильно волновался на общественном сходе, и после этого впервые заметил легкое дрожание в правой руке. С этого времени болезнь медленно прогрессирует. Сначала дрожание появлялось только при волнении и было едва заметно, но с течением времени интенсивность его увеличилась и кроме того оно стало стационарным, покидая больного только во время сна. С год как появилось дрожание в правой ноге, а с полгода оно перешло на голову, язык, нижнюю челюсть и на левые конечности. Параллельно с дрожанием шло и чувство скованности в мышцах. Больной отмечает, что когда он едет в телеге или на железной дороге, то чувствует себя значительно лучше, и дрожание также уменьшается. До сих пор он не лечился.

*Status* 17—20 января 1913 года. Больной среднего роста, удовлетворительного питания, видимые слизистые оболочки окрашены хорошо, лимфатические железы не увеличены, щитовидная—также. Костный скелет развит нормально. Границы сердца нормальные, тоны глуховаты, пульс 78 уд. в 1', хорошего наполнения. Артерии сильно склерозированы. Органы пищеварения, дыхания и мочеполовые в полном порядке. Моча соломенно-желтого цвета, уд. в. 1012, белка и сахара не содержит, цилиндров и других форменных элементов не наблюдается.

*Нервная система.* Со стороны психической сферы можно отметить только подавленное и грустное настроение, которое, по словам самого больного, зависит от сознания своей беспомощности. Обоняние, зрение, слух и вкус в порядке, дно глаз нормально; зрачки равны, средней ширины, реакция их на свет и аккомодацию хорошая; движения глазных яблок совершаются в полном объеме, но значительно замедлены; лицо больного маскообразно, мимика бедная и вялая; движения жевательных и височных мышц замедлены, но совершаются в полном объеме и с достаточной силой. Мягкое небо не свисает, напрягается хорошо, но медленно; глотание свободно, речь замедленная; язык при высовывании дрожит, движения его во все стороны совершаются хорошо, но медленно. Объективно все виды чув-

ствительности всюду на теле в полном порядке. Субъективно больной часто ощущает ползание мурашек в разных частях тела и испытывает чувство жара. Обычная поза больного довольно характерна: голова слегка наклонена вперед, туловище также согнуто вперед, руки слегка отведены и согнуты в локтевых суставах, кисти несколько разогнуты, пальцы согнуты в пястно-фаланговых сочленениях, средние и концевые фаланги разогнуты, большие пальцы приведены к указательным, ноги слегка согнуты в коленных суставах. Больной лучше всего чувствует себя сидя. Всякая перемена положения удается ему с трудом. Для того, чтобы встать, он должен сначала несколько раз кочнуться вперед, и тем не менее это не сразу удается ему, и он слегка приподнявшись опять падает на стул. Как бы сжатый в один комок, больной ходит мелкими шагами. Явление propulsion выражено очень резко. Явления tetto и lateropulsio не наблюдается. Питание мышц удовлетворительное, и атрофий нигде нет. Во всех мышцах существует значительная ригидность, которая сильнее всего в мышцах правых конечностей. Все пассивные движения возможны и лишь слегка ограничены в локтевом и лучезапястном суставах правой руки. Сила всех активных движений вполне достаточная, и все они возможны и совершаются в полном объеме, но чрезвычайно замедлены. Атаки у больного нет ни в руках, ни в ногах. Бесперывное дрожание, прекращающееся только во время сна, наблюдается у больного во всех 4-х конечностях, в голове, нижней челюсти и в языке. Сильнее всего дрожание выражено в верхних конечностях и главным образом в кисти и пальцах рук. Дрожание ритмическое, довольно медленное и амплитуда его невелика (см. кривую).



Рис. № 2. Кривая дрожания правой руки.

Большой и указательный пальцы движутся друг против друга, как при разминании крошек хлеба или при скатывании пилюль. Голова производит живательные движения. Под влиянием душевного волнения дрожание усиливается. При активных движениях, а также под влиянием продолжительных пассивных движений, дрожание на некоторое время ослабевает и даже прекращается совсем. Все кожные рефлексы, а также рефлексы со слизистых оболочек нормальны. Рефлексы с biceps'a и triceps'a слева живые, а справа повышены, с masseter'a повышены с обеих сторон; коленные и ахилловы повышены также, особенно справа. Клонусов и феномена Бабинского нет.

**Электровозбудимость.**

Название нерва или мускула	Стор.	Инд.т.	КЗС.	АЗС.	Название нерва или мускула	Стор.	Инд.т.	КЗС.	АЗС.
N. facialis (ствол)	d.	80	3,0	4,0	R. zygomaticus . .	d.	86	3,2	4,1
"	s.	82	3,0	4,0	"	s.	83	2,9	4,0
R. frontalis . . . . .	d.	84	3,0	4,0	N. accessorius . . .	d.	88	3,4	3,8
"	s.	81	2,8	3,9	"	s.	89	3,2	4,2

Название нерва или мускула	Стор.	Инд.т.	КЗС.	АБС.	Название нерва или мускула	Стор.	Инд.т.	КЗС.	АБС.
N. medianus . . . . .	d.	90	1,2	1,8	M. biceps . . . . .	d	100	1,8	2,5
"	s.	94	1,1	1,5	"	s.	100	1,6	2,0
N. ulnaris . . . . .	d.	80	3,0	4,0	M. extensor digitor. comm. . . . .	d	84	4,0	5,0
"	s.	80	3,2	4,4	"	s.	88	4,0	4,8
N. radialis . . . . .	d	85	4,5	5,0	M. extensor carpi radialis . . . . .	d	80	5,0	9,0
"	s.	80	4,0	4,8	"	s.	80	4,0	6,0
M. axillaris . . . . .	d.	70,0	6,0	7,0	M. pronator teres . . . . .	d.	90	3,0	4,0
"	s.	70,0	6,0	7,2	"	s.	92	3,0	4,3
N. cruralis . . . . .	d.	85	3,0	4,0	M. extensor pollicis brevis . . . . .	d.	90	5,0	6,0
"	s.	84	3,2	3,8	"	s	94	5,2	6,0
N. Peroneus . . . . .	d.	88	3,5	4,0	M. flexor digit sublim . . . . .	d.	98	2,5	3,0
"	s.	86	4,0	4,2	"	s.	100	3,2	4,0
N. tibialis . . . . .	d.	90	4,2	5,0	M. abductor dig. min. . . . .	d.	95	4,0	6,0
"	s.	87	4,0	4,6	"	s.	95	4,5	6,2
M. cucullaris . . . . .	d.	94	2,5	3,2	M. rectus femoris . . . . .	d.	80	8,0	9,5
"	s.	96	2,6	3,1	"	s.	80	9,0	9,8
M. deltoideus . . . . .	d.	70	6,0	8,0	M. vastus intern . . . . .	d.	92	3,2	3,5
"	s.	83	4,0	5,0	"	s	94	3,0	3,6
M. pector. major . . . . .	d.	96	2,0	2,5	M. tibialis ant. . . . .	d.	87	7,2	8,0
"	s.	98	3,0	3,4	"	s.	85	6,4	7,5
M. serratus ant. maj.	d.	70	9,0	9,5					
"	s.	68	9,0	10,0					

Как видно из приведенной таблицы, электровозбудимость мышц и нервов больного понижена как на фарадический, так и на гальванический ток. Понижение это чисто количественное, так как сокращения являются живыми и извращения формулы нигде не наблюдается. Понижение электровозбудимости довольно равномерное на всем теле. Кроме количественного понижения электровозбудимости, надо отметить резко выраженную миастеническую реакцию в мышцах больного, при чем она яснее выступает в наиболее пораженных частях тела—правые конечности, из них правая рука. Уже при 18-м, 22-м раздражении многие мускулы становятся на некоторое время

вовсе невозбудимыми. Секреторных и трофических изменений у больного не наблюдается. Больному назначен бром внутрь и scopolamin под кожу.

### Наблюдение XIII.

Дмитрий Ле—в, священник, 45 лет. Поступил в клинику 31 января 1913 года. Выбыл из клиники 9 марта 1913 года. Больной жалуется на дрожание в руках, общую слабость и чувство связанности во всем теле.

Наследственность. Про деда и бабу как со стороны отца, так и со стороны матери больной ничего сообщить не может. Отец его умер 67 лет от роду от разрыва сердца; пил много водки. Мать умерла 63 лет также от болезни сердца. У ее было 9 родов, выкидышей и мертворожденных не было. Из 9 детей двое умерли в раннем детстве, один на 35-м году от заражения крови, а 5 человек, кроме нашего больного, — в возрасте между 40 и 66 годами, живы и здоровы, но все отличаются нервностью. Душевных и нервных болезней в роду не было.

Апатия. Больной родился в срок, кормился грудью матери, ходить и говорить начал около года, рос здоровым, крепким ребенком и никакими детскими болезнями не страдал. С 8 до 9 лет учился дома, 9 лет поступил в духовное училище, а по окончании его в семинарию, которую и окончил 21 года. Затем в течение 2-х лет он был учителем. 23-х лет женился и был назначен священником, которым остается и до сих пор. У жены больного выкидышей и мертворожденных не было, а детей было 10 человек (все дочери), из которых 5 умерли в раннем детстве от инфекционных болезней и плохого ухода, а 5 живы и здоровы, но, по словам отца, отличаются нервностью. С 16 до 18 лет больной мастурбировал, а затем во время брачной жизни злоупотреблял в половом отношении. 13-й лет перенес кровавый понос, 25 лет тиф и ничем более до настоящего заболевания не страдал. В молодости пил водку, но лет 20 уже не пьет совсем. С 20 до 22-х лет курил, а затем бросил. В материальном отношении жизнь больного, всегда была довольно тяжелой. До 1906 года, по его словам, был сравнительно здоровым человеком, правда, всегда отличался среди других своей нервностью и неуравновешенностью. В 1906 году ему пришлось пережить много неприятностей и волнений, связанных с тем, что его отдали под суд и обвиняли в разных преступлениях революционного характера, к которым он не имел никакого отношения. Следствие тянулось очень долго, и в это время он очень волновался, задумывался над своим положением, перестал любить общество, и чувствовал себя хорошо только тогда, когда был один. Суд оправдал больного, но с тех пор он стал очень нервным, раздражительным и часто плакал. В декабре 1911 года (около года тому назад) больной ужал и ушиб левую руку; дня через 3 после этого он почувствовал, что она ослабла, и обратился к врачу, который и заметил, что рука дрожит. Дрожание появилось в кисти левой руки, а затем в течение 2-х месяцевхватило всю руку. Летом 1912 года больной почувствовал слабость в ногах и затем он стал замечать, что, когда ему приходилось идти с горы, он не мог удержаться, чтобы не ускорять походки. „Меня как будто толкало вперед“,—говорит больной. В сентябре начала иногда при волнении и усталости дрожать голова. Месяца 3 тому назад начала развиваться связанность во всем теле, которая усиливается до настоящего времени. Приблизительно в то же время изменился голос больного, он стал глуше и тише. Недели 3 тому назад появилось дрожание и в правой руке и иногда при волнении в обеих ногах— сильнее в левой. Больной до сих пор не лечился.

Status 1—4 февраля 1913 года. Больной среднего роста, хорошего сложения и питания. Видимые слизистые оболочки окрашены хорошо. На коже рубцов и сыпи нигде нет. Лимфатические железы, а также и щитовидная не увеличены. Кожный скелет развит нормально. Границы сердца нормальны, тоны глуховаты, пульс 90 ударов в 1', среднего наполнения, ритмичный. Артерии сильно склерозированы, височные извиты. Органы дыхания, пищеварения и мочеполовые в полном порядке. Моча соломенно-желтого цвета, кислой реакции, уд. в. 1015, белка и сахара не содержится. Под микроскопом несколько лейкоцитов, немного уратов и кристаллов щавелево-кислой извести; цилиндров и клеток почечного эпителия не обнаружено. Обоняние и вкус хорошие и одинаковые с обеих сторон. Больной близорук: острота зрения на правом глазу 0,6, а на левом 0,5. Дно глаз нормально, поле зрения также. Зрачки равны, средней ширины, реакция их на свет, конвергенцию и аккомодацию нормальна. Движения глазных яблок совершаются в полном объеме. Диплопии и нистагма нет. Жевательные и височные мышцы напрягаются хорошо. Лицо больного маскообразно, мимика вялая, бедная и затрудненная. Слух понижен уже давно на оба уха; костная проводимость хороша. Небная занавеска не свисает, при фонации напрягается хорошо и симметрично с обеих сторон. Глотание не расстроено. Речь замедлена и затруднена. Голос глухой и тихий. Язык высовывается по средней линии; движения его во все стороны совершаются хорошо; в нем наблюдается непрерывный мелкий tremor. Туловище больного слегка наклонено вперед, руки немного согнуты в локтевых суставах и приведены к туловищу, пальцы правой руки чуть согнуты, 3 первые пальца левой руки слегка согнуты и приведены друг к другу, а 2 последних пальца прижаты к ладони. Это положение больного стереотипно. Пассивные движения во всех суставах возможны в полном объеме, но совершаются с большим трудом и толчкообразно. Все активные движения возможны, но вследствие значительной ригидности мускулатуры они замедлены и затруднены. Также вследствие ригидности объем некоторых движений ограничен: левая рука не может быть разогнута в кисти и в локте и может быть поднята только до горизонта; ограничены еще все движения туловища. Сила активных движений всюду достаточная—по динамометру сила правой руки=100, сила левой=80. Ходит больной с трудом, мелкими шагами, едва отставив подошвы от пола. Явление propulsion существует, но не всегда бывает выражено одинаково резко. В левой руке больного наблюдается непрерывное, мелкое ритмическое и стереотипное дрожание.

Кроме того 3 первые пальца левой руки все время производят движение, напоминающее скатывание пилюль или сученные нитки. В правой руке наблюдается подобное же дрожание, но оно настолько мало и медко, что его с трудом удастся занести на кривую. Почерк больного не изменен. Стопа левой ноги постоянно совершает ритмические сгибательные и разгибательные движения, амплитуда которых очень невелика. Такие же движения появляются и в стопе правой ноги при волнении и усталости, которые вообще усиливают tremor у больного. Как в покое, так и при движении дрожание остается стационарным; во сне оно прекращается. При сильном душевном волнении голова больного производит иногда небольшие кивательные движения. Атаксии нет; атрофий также нигде не заметно. Рефлексы со слизистых оболочек и кожные нормальны; сухожильные рефлексы на руках живые, а на ногах повышены с обеих сторон; повышен также рефлекс с masseter'a. Клонусы и феномен Бабинского отсутствуют. Электровозбудимость всюду равномерно понижена количественно на фарадический ток. Сокращения живые. Гальваническая электровозбудимость нормальна. Миастенической реакции не наблюдается.

Чувствительность всех видов всюду на теле в полном порядке. Исключение составляет электро-кожная чувствительность, которая слегка понижена равномерно на всем теле. Боли и парестезий нет. Секреторных, вазомоторных и трофических расстройств нет. За последний год память больного значительно ослабла; кроме того явилась плаксивость и робость. Душевное состояние подавленное. Больной пробыл в клинике  $5\frac{1}{2}$  недель и за это время получал бром, инъекции scopolamin'a, теплые ванны и франклиннизацию. 15 февраля ему была сделана лумбальная пункция. Взято было 5 куб. сант. цереброспинальной жидкости. Давление, под которым вытекала жидкость, было незначительно. Количество белка = 1,2 pro mille. При исследовании под микроскопом осадка после центрифугирования найден нормальный состав: немного лимфоцитов и полинуклеаров. 20 февраля была взята кровь и сделана реакция по Wassermann'у на lues, давшая безусловно отрицательный результат. После инъекции scopolamin'a дрожание обычно прекращалось на 5—6 часов, но затем опять появлялось с прежней силой. 9-го марта 1913 года больной выписался с субъективным ощущением улучшения, но при объективном исследовании состояние его здоровья оказалось in statu quo ante.

#### Наблюдение XIV.

Анна Бро—ва, 73 лет, ходила в амбулаторию клиники с 12 по 18 февраля 1913 года. Больная жалуется на слабость ног, чувство связанности во всем теле и дрожание в руках.

Наследственность. Дед и бабка, как со стороны отца, так и со стороны матери умерли в глубокой старости. Отец больной умер от туберкулеза 52 лет. Мать умерла 62 лет от ущемленной грыжи. Lues у родителей отрицается. Сестры и братья больной были здоровыми людьми. Душевных и нервных болезней, а также алкоголизма, в роду не было.

А n a m p e s i s. Больная родилась в срок, кормилась грудью матери, росла крепким и здоровым ребенком и во всю свою долгую жизнь ничем не хворала. Мастурбацией не занималась и coïtus a не имела (virgo intacta). Menses с 14-ти лет до 50-ти, всегда правильно. Водки не пьет и не курит. До 33-х лет жила с родителями в Пензенской губернии и занималась домашним хозяйством, а затем переехала в Москву и до настоящего заболевания жила в разных домах в качестве домашней портнихи. Материальные условия жизни всегда были хорошие. Года 2 тому назад без видимой причины временами появлялась ноющая боль в плечевых и тазобедренных суставах. Теперь уже около года боли эти не появляются. 8 месяцев тому назад больная упала в ям и хотя не ушиблась, но сильно испугалась; с этих пор начала развиваться слабость в ногах и чувство связанности во всем теле. Месяца 3 тому назад больная вторично упала (на пол) и вскоре после этого заметила дрожание в обеих руках; дрожание это не постоянное, а является преимущественно после усталости и волнения. Около года временами является тягостное ощущение жара во всем теле. Лечения не было никакого.

Statu s 12—15 февраля 1913 года. Больная среднего роста, удовлетворительного питания; видимые слизистые оболочки окрашены хорошо. На коже сыпи и рубцов нет. Лимфатические железы, а также и щитовидная не увеличены. Костный скелет развит хорошо. Границы сердца нормальны. Тоны глуховаты, пульс 72 удара в 1', хорошего наполнения и напряжения, артерии склерозированы порядочно. Органы дыхания, пищеварения и мочеполовые в порядке. Моча желтого цвета, кислой реакции, уд. в. 1010, белка и сахара нет. При микроскопическом исследовании найдено: несколько лейкоцитов и немного кристаллов щавелево-кислой извести; цилиндров и клеток почеч-

ного эпителия не обнаружено. Психика больного вполне нормальна. Все XII пар черепных нервов в полном порядке. Пассивные движения во всех суставах совершаются в полном объеме, но со значительным сопротивлением вследствие ригидности всей мускулатуры тела, кроме лицевых мышц. Также вследствие ригидности мышц ограничены движения конечностей в плечевых и тазобедренных суставах. Все активные движения замедлены и затруднены, но сила всюду хорошая. Пальцы рук больной слегка согнуты и большой палец приведен к остальным. Ходит больная с трудом, но походка ее ничего особенного не представляет. Иногда, особенно при волнении и усталости, у больной в течение нескольких минут можно наблюдать мелкий ритмичный, стереотипный тремор в обеих руках, который состоит в сгибании и разгибании кисти. В обеих руках тремор одинаков. Нигде более тремор'a не наблюдается. Рефлексы со слизистых оболочек, а также кожные нормальны. Сухожильные рефлексы всюду живые. Клонусов и феномена Бабинского нет. Атрофий нет. Электровозбудимость нервов и мышц как на фарадический, так и на гальванический ток вполне нормальна. Объективно все виды чувствительности всюду на теле в полном порядке. Исключение составляет электрокожная чувствительность, которая слегка повижева равномерно на всем теле. Боли у больной нигде нет. Часто бывает тягостное ощущение жара во всем теле. Секреторных, трофических и вазомоторных расстройств не обнаружено. Больной назначены подкожные инъекции *schorlamina* и внутрь  $\text{Na Br} + \text{Na Jod}$ .

#### Наблюдение XV.

Григорий Верский, крестьянин, 53 лет. Поступил в клинику 10 марта 1913. Выбыл из клиники 31 марта 1913 года. Больной жалуется на дрожание головы, рук и чувство связанности во всем теле.

Наследственность. Дед и бабка как со стороны отца, так и со стороны матери умерли в глубокой старости. Отец больного был алкоголиком и умер 52 лет от болезни сердца. Мать его также часто выпивала и умерла 70 лет от рака желудка. Выкидышей и мертворожденных у нее не было; детей было 11 человек, из которых 3 умерли в раннем детстве от инфекционных болезней, а остальные 7 человек, кроме нашего больного, живы и пользуются очень хорошим здоровьем. Душевных и нервных болезней, а также *lues'a* в роду не было.

*Amnesia*. Больной родился в срок, кормился грудью матери, ходить и говорить начал около года и рос здоровым ребенком. В раннем детстве перенес корь и скарлатину. 22 х лет заболел брюшным тифом—18 дней лежал без сознания и чуть не умер. 42 лет перенес воспаление легких и, едва оправившись от него, опять заболел тяжелой формой тифа; был ли это брюшной тиф или сыпной, больной сказать не может. Мастурбацией больной не занимался и до женитьбы *coitus'a* не имел. Женится 26 лет. У жены был один выкидыш после поднятия тяжести и 12 человек детей, из которых один умер в раннем детстве, а 11 живы до сих пор и здоровы. Больной не курит. Водку пил умеренно в молодости. Всю жизнь прожил в деревне, занимаясь сельским хозяйством. Начало настоящего заболевания появилось около четырех лет тому назад, и в качестве этиологического момента больной приводит простуду. В мае 1909 года он рубил дрова в лесу, сильно вспотел и расстегнул рубаху; вскоре он почувствовал озноб и сильную боль в пояснице; боль была настолько сильна, что он устал и его уже под руки довели домой и уложили в постель; дня через 3 боль несколько утихла, больной встал и принялся за обычную работу, но с тех пор здоровье

его заметно ухудшилось; он стал быстро уставать, появилась сильная потливость и часто тягостное ощущение жара во всем теле, несколько раз наступало головокружение, соединенное с общей слабостью и чувством тоски и страха, и наконец изменилась походка. Во время ходьбы больной начал замечать, что его что-то сильно тянет вперед, он невольно ускорял шаги и ему уже трудно бывало остановиться. Боясь упасть, он начал ходить, заложив руки назад, так как он заметил, что в таком положении ему легче задержать стремление итти все скорее и скорее. Боли в пояснице еще в течение года беспокоили его, а затем прекратились. 3 года тому назад после сильного волнения у больного появилось дрожание во всем теле, которое через несколько часов прекратилось за исключением правой руки, дрожащей с тех пор непрерывно. Через полгода дрожание захватило и левую руку, а еще через несколько месяцев начала трястись голова. 2 года тому назад появилось чувство связанности во всем теле, и больному стало трудно совершать более тонкие активные движения—писать, взять в руку какой-нибудь мелкий предмет и пр. Еще через год стали трудно выполнимы и более грубые движения—повертывание, вставание со стула и др. 6 месяцев тому назад больному стало трудно говорить, и голос его изменился—стал дрожащим и хриплым. Приблизительно с этого же времени ему стало трудно повертывать глаза в разные стороны. Все болезненные явления прогрессируют до настоящего времени. Лечения пока не было никакого.

Status 11—14 марта 1913 года. Больной высокого роста, удовлетворительного питания. Кожа красного цвета; на лице многочисленные аспе. Лимфатические железы, а также и щитовидная не увеличены. Костный скелет развит хорошо. Суставы в порядке. Границы сердца нормальны, тоны глуховаты, артерии сильно склерозированы, височные заметно извиты, пульс 70 ударов в 1', хорошего наполнения. Состав крови следующий: красных



Рис. № 3.

красных шариков 5,500,000, белых 4985, количество гемоглобина 68%. Органы дыхания, пищеварения и мочеполовые в порядке. Моча соломенно-желтого цвета, амфотерной реакции, уд. в. 1019, белка и сахара нет, следы индикана. Под микроскопом ничего особенного не найдено, цилиндров и клеток почечного эпителия нет. Положение больного и весь вид его чрезвычайно характерны и стереотипны: лицо маскообразно, туловище наклонено вперед, голова опущена на грудь, руки согнуты в локте и прижаты к туловищу, пальцы рук согнуты в пястных сочленениях и большой палец приведен к остальным, ноги слегка согнуты в коленных суставах. В обеих руках больного существует непрерывное, мелкое, довольно медленное, ритмическое и стереотипное дрожание; в локтевых суставах происходят сгибательные и разгибательные движения, так же, как и в лучезапястном суставе левой руки; в лучезапястном суставе правой руки происходят кроме того небольшие боковые движения (см. рис. 3).

Пальцы обеих рук постоянно производят движение, напоминающее скатывание пилюль или сучение нитки. Голова производит небольшие кивательные движения. В туловище также наблюдается движение, но не самостоятельное, а отраженное. Всякое волнение, а также усталость усиливают дрожание. При сильных мышечных напряжениях дрожание становится значительно меньше. Во сне дрожание прекращается. Пассивные движения во всех суставах возможны в полном объеме, но совершаются со значительным сопротивлением, вследствие сильной ригидности всей мускулатуры тела; наибольшая ригидность наблюдается в сгибателях обеих рук. Все более сложные и мелкие активные движения (письмо, захватывание мелких предметов и пр.) невозможны для больного; простые и более грубые движения совершаются чрезвычайно медленно, с большим трудом и ограничены в объеме. Встать со стула больной может только после сильного раскачивания, да и то это ему не всегда удается; садится он медленно опускаясь на стул; ходит мелкими шагами шаркая подошвами по полу, явление проульсии выражено очень резко; идти назад не может и сейчас же падает на спину. Сила активных движений вполне достаточная кроме правой руки, в которой все движения несколько ослаблены. Атрофии нигде не наблюдается.

**Электровозбудимость**

Название нерва или мускула	Стор.	Инд.т.	КЗС.	АЗС.	Название нерва или мускула	Стор.	Инд.т.	КЗС.	АЗС.
N. facialis . . . . .	d.	90	3,5	4,2	N. tibialis . . . . .	d.	80	3,0	3,4
" " . . . . .	s.	92	3,5	4,2	" " . . . . .	s.	82	3,0	3,4
Ramus frontalis . . .	d.	95	2,7	3,5	M. cucullaris . . . . .	d.	95	1,6	2,0
" " . . . . .	s.	95	2,6	3,5	" " . . . . .	s.	95	1,8	2,1
" zygomaticus.	d.	94	2,4	3,0	" deltoideus . . . . .	d.	90	2,2	3,0
" " . . . . .	s.	93	2,4	3,0	M. deltoideus . . . . .	s.	90	2,5	3,0
N. accessorius . . . .	d.	88	1,2	1,6	" pectoralis major.	d.	92	0,8	1,5
" " . . . . .	s.	88	1,2	1,6	" " " . . . . .	s.	93	1,0	1,6
" medianus . . . . .	d.	93	2,0	2,3	" serratus. ant. maj.	d.	72	4,0	5,0
" " . . . . .	s.	94	2,0	2,3	" " " " . . . . .	s.	74	4,2	5,0
" ulnaris . . . . .	d.	90	3,5	4,3	" supinator longus.	d.	98	2,0	2,4
" " . . . . .	s.	92	3,5	4,2	" " " " . . . . .	s.	96	2,0	2,4
" radialis . . . . .	d.	80	3,1	3,4	" extensor. dig. com.	d.	86	3,2	4,0
" " . . . . .	s.	82	3,1	3,4	" " " " . . . . .	s.	86	3,2	4,0
" peroneus . . . . .	d.	90	2,0	2,5	" " corpi rad.	d.	90	1,0	1,3
" " . . . . .	s.	90	2,2	2,5	" " " " . . . . .	s.	92	1,0	1,5

Название нерва или мускула	Стор.	Инд. т.	КЗС.	АЗС.	Название нерва или мускула	Стор.	Инд. т.	КЗС.	АЗС.
M. flexor. digit. subl.	d.	96	1,6	2,0	M. " " . . .	s.	82	5,0	6,0
" " " " .	s.	98	1,7	2,1	" vastus intern. . .	d.	90	1,2	2,0
" abductor dig. min.	d.	88	2,6	3,0	" " " " . . .	s.	91	1,4	2,0
" " " " .	s.	88	2,6	3,0	" tibialis ant. . .	d.	94	4,8	5,6
" rectus femoris . .	d.	80	4,5	5,0	" " " " . . .	s.	93	5,0	5,8

Из приведенной таблицы мы видим, что электровозбудимость понижена на фарадический и на постоянный ток, но сокращения всюду остаются живыми и извращения формулы нет, так что понижение это является чисто количественным. Кроме того во всех мышцах наблюдается хорошо выраженная миастеническая реакция. Для первых 5—6 сокращений надо применять ту силу тока, которая указана выше, затем при каждом новом сокращении приходится несколько увеличивать силу, а еще через 8—10 сокращений появляется временная невозбудимость даже для очень сильных токов. Рефлексы со слизистых оболочек, а также и кожные нормальны. Все сухожильные рефлексы несколько повышены. Клонусов и феномена Бабинского нет. Органы чувств у больного в порядке. Зрачки равны, средней ширины, хорошо реагируют на свет, конвергенцию и аккомодацию. Движения глазных яблок совершаются медленно, с большим трудом, и объем движений значительно ограничен, в особенности в горизонтальном направлении. Жевательные и височные мышцы напрягаются достаточно, но ригидность в них довольно велика. Лицо неподвижно и мимические движения невозможны. Небная занавеска напрягается при фонации с трудом и медленно. Глотание не расстроено. Речь медленная, дрожая; голос глухой и тихий. Язык высовывается по средней линии; движения им в разные стороны совершаются с трудом и медленно; в нем существует постоянный мелкий tremor. Объективно все виды чувствительности всюду на теле в полном порядке. Боли нигде нет. Часто у больного бывает тягостное ощущение жара во всем теле. Сильная и частая потливость. Трофических расстройств нет. Психика вполне нормальна. Больной пробыл в клинике 3 недели и за это время никаких перемен в состоянии его здоровья не произошло. Лечение состояло в теплых и световых (до 35%) ваннах, инъекциях scopolamin'a и приема брома внутрь. 12 марта было сделано исследование крови больного на lues по Wassermann'у. Реакция получилась безусловно отрицательная. 25 марта была сделана лумбальная пункция. Цереброспинальная жидкость вытекала по каплям. Взято всего 5 куб. сант. Жидкость прозрачна, слабо-щелочной реакции. Phasa 1 (Nonpe—Ar.) — отрицательная. Плеоцитоза не обнаружено. 31 марта 1913 года больной выписался.

#### Наблюдение XVI.

Степан По—в, крестьянин, 54 лет. Посещал амбулаторию клиники с 16 по 20 марта 1913 года. Больной жалуется на дрожание рук и головы, общую слабость, чувство связанности во всем теле и сведение пальцев рук.

Наследственность. Дед и бабка больного как со стороны отца, так и со стороны матери умерли в глубокой старости. Мать больного умерла 80 лет от старости, а отец умер молодым после простуды. Один дядя по матери 79 лет жив и здоров. Один дядя по отцу 70-летний старик, по мнению больного, страдает такую же болезнью, как и он сам,—у него уже в течение 7 лет трясутся руки и голова (сначала дрожание появилось в руках). Другие родственники больного и со стороны отца и со стороны матери отличались редким долголетием. Lues и tbc. у родителей отрицается. Выкидышей и мертворожденных у матери не было. Детей было 8 человек, из которых четверо умерло в раннем детстве, 2 сестры умерли средних лет от неизвестной для больного причины, а один брат 51 года жив и пользуется хорошим здоровьем. Душевных и нервных болезней, а также алкоголиков в роду не было.

*Anamnesis.* Больной родился в срок, кормился грудью матери, ходить и говорить начал около года и рос здоровым крепким ребенком. Грамоте не обучался. До 16-и лет жил в деревне,—до 13 ти лет помогал родителям, а с 13-и служил настихом. С 16 до 35 лет был ткачем в Твери, а с 35 лет до настоящего заболевания жил опять в деревне и занимался сельским хозяйством. Мастурбацией не занимался. Женился 22 лет. Выкидышей и мертворожденных у жены не было, детей было 5 человек,—все живы и здоровы. Водку пьет с 20 лет, пил не часто, но помногу, и бывал пьян. Не курит. Во всю свою жизнь никогда ничем не хворал. Условия жизни всегда были хорошие. Никаким психическим и физическим травмам никогда не подвергался, но часто исполнял очень тяжелую работу и сильно уставал. 4 года тому назад без видимой причины у больного начало сводить пальцы рук. В течение 2-х лет пальцы скрючивались все сильнее и сильнее, а затем скрючивание перестало увеличиваться, но зато появилось небольшое дрожание в кисти левой руки—это было 2 года тому назад. Дрожание постепенно захватило всю руку и усиливается до настоящего времени. Параллельно с дрожанием в левой руке развивалась слабость и связанность. 6 месяцев тому назад дрожание и связанность появились и в правой руке, а месяца 4 тому назад начала трястись голова, и больному стало труднее ходить. Лечения пока не было никакого.

*Status* 16—20 марта 1913 года. Больной среднего роста, удовлетворительного питания; видимые слизистые оболочки окрашены хорошо. На коже сыпи и рубцов нет, но сама кожа всюду на теле более толста, чем это бывает в норме. Лимфатические железы, а также и щитовидная, не увеличены. Костный скелет развит хорошо. Суставы нормальные. Границы сердца нормальны, тоны глухи, нуль 88 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Артерии значительно склерозированы. Органы дыхания, пищеварения и мочеполовые в порядке. Моча соломенно-желтого цвета, кислой реакции, уд. в. 1009, белка и сахара не содержит. При микроскопическом исследовании цилиндров и клеток почечного эпителия не обнаружено. Психика больного нормальна. Все 12 пар черепных нервов в полном порядке. Характерно положение рук—они слабо приведены чуть согнуты в локтовых суставах и выпрямлены в лучезапястных. Первый и второй палец в положении пишущего—опозиция, аддукция и вместе с тем флексия большого пальца; сгибание первой и разгибание второй и третьей фаланги указательного пальца; остальные пальцы в положении сильного сгибания. Атрофий нигде нет. Пассивные движения возможны во всех суставах в полном объеме, но совершаются со значительным сопротивлением, вследствие ригидности мускулатуры. Резче всего ригидность

выражена в руках, особенно в левой; в ногах она значительно меньше. Все активные движения, кроме движений пальцев рук, совершаются в полном объеме и с достаточной силой, но значительно замедлены и затруднены. Ходит большой маленькими шагами, медленно и с трудом; других особенностей в его походке нет. В левой руке наблюдается непрерывное, довольно медленное, ритмичное и стереотипное дрожание: амплитуда колебания очень невелика (см. рис. 4.). В лучезапястном и локтевом суставах дрожание состоит в сгибании и разгибании, а в плечевом суставе происходят abduction и adduction; в пальцах дрожания нет. В правой руке наблюдаются только сгибательные и разгибательные движения в лучезапястном суставе, но они настолько невелики и не постоянны, что занести их на кривую не удастся. Голова производит непрерывные мелкие кивательные движения. При волнении и усталости дрожание усиливается, при произвольных движениях умень-



Рис. № 4.

шается, во время сна не прекращается. Электровозбудимость нервов является слегка повышенной для фарадического тока, но понижение это чисто количественное; гальваническая электровозбудимость нервов вполне нормальна. Электровозбудимость мышц является вполне нормальной количественно как для фарадического, так и для гальванического тока, но сокращения получают вялые К.З.С.—А.З.С., и кроме того после прекращения раздражения мышцы остаются тонически сокращенными еще в течение 10—12 секунд. Эта миотоническая реакция выражена хорошо во всех мускулах тела. Атаксии у больного нет. Romberg—abs. Рефлексы со слизистых оболочек нормальны, а все кожные и сухожильные живые. Клонусы и феномен Бабинского отсутствуют. Все виды чувствительности всюду на теле в полном порядке. Боли у больного нигде нет. Часто является тягостное ощущение жара во всем теле. Секреторных и трофических расстройств нет. Больному назначены инъекции scopolamin'a и внутрь бром с иодом.

#### Наблюдение XVII.

Екатерина Му—на, 60 лет, была в амбулатории клиники 7-го сентября 1913 года. Больная жалуется на дрожание и боль в левых конечностях.

Апатия. Отец больной умер 50-ти лет, а мать 48 лет; причину их смерти больная не знает; последние 5 лет жизни мать страдала эпилептическими припадками. Сама больная роилась в срок и росла здоровым ребенком. В молодости перенесла плеврит, а затем до настоящего заболевания ничем больше не страдала. Выкидышей у нее не было; детей было 7 человек из которых 2 умерли в раннем детстве, 2 умерли взрослыми от туберкулеза, а 3 живы и здоровы. Больная не курит; вино пьет редко и в небольшом количестве. 6 лет она страдает головными болями—боль давящая и ощущается во всей голове. Несколько лет тому назад появились

жующие и ноющие боли в суставах левых конечностей. Год тому назад после больших семейных неприятностей и душевных переживаний больная заметила незначительное дрожание в пальцах левой руки. Постепенно это дрожание усилилось и захватило всю руку, а полгода тому назад перешло на левую ногу. Одновременно с дрожанием в левых конечностях развивалось чувство связанности и движения их стали несколько затруднены и замедлены.

Status 7/IX 1913 года. Больная среднего роста, удовлетворительного питания; видимые слизистые оболочки бледноваты. На коже сыпи и рубцов нет. Лимфатические железы не увеличены и щитовидная также. Аппетит плохой; бывают отрыжки, изжоги и рвота; сильный запор. Существует постоянный кашель, и в разных частях легких при аускультации слышны сухие хрипы. Границы сердца нормальны, тоны глуховаты, артерии значительно склерозированы, пульс 88 ударов в 1 м. Мочеполовые органы в порядке. Белка и сахара в моче нет. Со стороны психики никаких изменений не наблюдается. Черепные нервы нормальны. Объективно все виды чувствительности всюду на теле в полном порядке. В суставах левых конечностей временами бывает боль ноющего и жующего характера. Секреторных и трофических расстройств нет. Туловище больной слегка наклонено вперед, левая рука приведена, слегка согнута в локтевом суставе и разогнута в лучезапястном; пальцы левой руки согнуты, и большой палец приведен к указательному. В левых конечностях наблюдается непрерывный мелкий, ритмический и стереотипный тремор — в плечевом суставе абдукция и аддукция, в локтевом и голеностопном сгибание и разгибание, пронация и супинация; в пальцах происходит сгибание и разгибание в межфаланговых суставах, приведение и отведение с легкой флексией в 1 и экстензией во 2 и 3 фалангах.

При произвольных движениях дрожание на несколько секунд прекращается, во время сна отсутствует совершенно, а при волнении и усталости усиливается. Пассивные движения во всех суставах совершаются в полном объеме, но в левых конечностях затруднены вследствие значительной ригидности их мускулатуры. Все активные движения возможны в полном объеме и сила их достаточная, но движения левой руки затруднены и замедлены. При ходьбе у больной иногда бывает такое ощущение, что кто-то толкает ее в спину и она невольно ускоряет шаги. Электровозбудимость нервов и мышц как на фарадический, так и гальванический ток нормальна. Рефлексы со слизистых оболочек и кожные нормальны; сухожильные рефлексы справа тоже нормальны, а слева живые. Клонусов и феномена Бабинского нет. Часто больную мучает тягостное ощущение жара во всем теле. Кроме того она сильно потеет. Трофических расстройств нет.

#### Наблюдение XVIII.

Александра О—ва, 45 лет, была исследована в амбулатории клиники в сентябре 1913 года. Больная жалуется на чувство скованности во всем теле, дрожание в руках и ногах и общую слабость.

Anamnesis. Отец больной был здоровым человеком, не пил; умер он 58-ми лет от рака желудка. Мать 69-ти лет здоровая, но нервная женщина, в молодости страдала какими-то припадками. Дед со стороны отца, а также и дед со стороны матери были алкоголиками. 2 брата отца и 3 брата матери тоже злоупотребляли спиртными напитками. У матери больной выкидышей и мертворожденных не было, а детей, кроме нашей пациентки, было 11 человек, из которых 7 живы и здоровы, а 4 умерли в раннем детстве. Больная родилась в деревне, где и прожила всю свою жизнь. В детстве перенесла корь и одно время страдала головными болями, но вообще росла

здоровым и крепким ребенком и впоследствии до настоящего заболевания ничем не страдала. Училась дома и ученье давалось с трудом. 12-ти лет наступили регулы и установились сразу, через 3 недели по 5 дней, но всегда сопровождались болями в пояснице и часто лихорадочным состоянием. С 14 лет больная испытывала сильное желание иметь coitus, но не имея возможности удовлетворить его, она начала мастурбировать. Лет в 25 она влюбилась и собиралась выйти замуж, но сделать этого не удалось. Приблизительно с этого же времени она стала нервной и раздражительной, обычная жизнь уже более не удовлетворяла ее и ей хотелось куда-нибудь уйти из дома, кроме того она думала, что у нее чахотка. Лет 17—19 тому назад больная пошла на богомолье за 100 верст от своей деревни. Пройдя верст 20, она села отдохнуть, выпила стакан воды и вдруг сразу почувствовала слабость в ногах и невозможность свободно двигаться. Пройдя с трудом еще с  $\frac{1}{2}$  версты, больная остановилась на ночевку, Утром следующего дня она могла идти, но шла очень медленно и быстро уставала. С тех пор слабость начала усиливаться, но все же через год больная опять отправилась на богомолье и все стоверстное расстояние совершила пешком, при чем в первый день без отдыха прошла верст 15. Приблизительно через год после этого у нее изменилась походка—она начала ходить согнувшись, очень быстро и часто должна была останавливаться и за что-нибудь ухватиться, чтобы не упасть. Затем в течение 2-х лет развилось дрожание во всем теле, главным образом в руках. Это дрожание иногда проходило совсем, а иногда усиливалось. По вводу этого дрожания и изменения походки больная 16 лет тому назад (1897 г.) лежала в Ново-Еваторшинской больнице, а через год после этого в Мариинской. В течение следующих лет состояние ее здоровья то улучшалось, то опять ухудшалось, и наконец в 1904 году она поступила в нервную клинику Московского Университета. Приведем конспект скорбного листа от 20 сентября 1904 года. Органы растительной жизни в порядке. Черепные нервы и чувствительная сфера уклонений от нормы не представляют. Со стороны психической сферы отмечается сильная раздражительность, внушаемость, впечатлительность и плаксивость больной; кроме того частая смена настроения, хотя преобладает недовольство всем окружающим. В руках и ногах наблюдается дрожание. Дрожание непостоянное, прерывистое, более мелкое в руках и более обильное в ногах. Дрожание не зависит от состояния покоя или произвольных движений. Все пассивные и активные движения совершаются в полном объеме. В мышцах рук и ног существует некоторая ригидность. Сила активных движений хорошая, но все движения совершаются медленно и с трудом. Ходит больная медленно, маленькими шагами; *propulsio* наблюдается, но выражено не резко. Сухожильные рефлексы живые, кожные нормальные, глоточный отсутствует. Больная пробыла в клинике 6 месяцев и пользовалась лечением: *arsenicum*, *atropin*, ванны, массаж, пассивная и активная гимнастика. Течение болезни шло с колебаниями, но в общем с улучшением: *propulsio* исчезло совсем, потливость тоже, ригидность значительно уменьшилась. Был поставлен диагноз—*hysteria* и под двумя знаками вопроса (?) *paralysis agitans*. По выписке из клиники больная сначала продолжала делать гимнастику и обливаться и чувствовала себя хорошо, но скоро ей это надоело и она бросила лечиться. Постепенно ригидность опять увеличилась и 30 сентября 1905 года больная вторично легла в клинику. На этот раз констатирована значительная ригидность верхних и нижних конечностей, маскообразность лица и характерные для дрожательного паралича положение тела больной и *tremor* в руках и ногах. В остальном *status* тот же, что и 7 месяцев тому назад. На этот раз

больная пробыла в клинике 4 $\frac{1}{2}$  месяца и выписалась без всякого улучшения. Лечили ее атропином и скополамином. Поставлен диагноз *paralysis agitans* и под знаком вопроса (?) *hysteria*. За последние 7 $\frac{1}{2}$  лет больная уже не наблюдает таких колебаний в течение своей болезни как в первые годы заболевания. Правда, иногда в течение нескольких месяцев как будто не происходит никаких перемен, но в общем болезнь медленно прогрессирует в смысле увеличения ригидности и усиления дрожания.

Status 23—29 сентября 1913 года. Больная выше среднего роста, удовлетворительного питания. Окраска кожи и видимых слизистых оболочек бледновата. Сыпи на теле нигде нет; на спине следы от прижиганий. Лимфатические железы не увеличены и щитовидная также. Костный скелет развит хорошо. Позвоночник представляет легкий правосторонний сколиоз в грудной и поясничной части; при движениях и поколачивании безболезнен. Череп правильной формы; при поколачивании безболезнен. Органы растительной жизни в порядке. Моча-белка и сахара не содержит. Наблюдается не сильный артериосклероз. Общий вид больной производит впечатление свзанности: лицо маскообразно, туловище согнуто вперед, голова опущена на грудь, руки приведены к туловищу и слегка согнуты в коленных суставах. Это положение больной стереотипно. Все пассивные движения возможны в полном объеме, но значительно затруднены, вследствие чрезвычайно сильной ригидности мускулатуры; наибольшая ригидность наблюдается в ногах. Все активные движения совершаются медленно и с трудом. При исследовании силы сначала больная дает хорошее сопротивление, но скоро оно ослабляется скачками. Объем произвольных движений также ограничен в суставах рук и ног. Особенно сильно ограничена тыльная флексия в голеностопных суставах. Стоять прямо больная не может и сейчас же падает назад. Ходит она сильно наклонив туловище вперед, мелкими шагами, подвигаясь вперед толчкообразно. Явление *propulsio* выражено чрезвычайно резко. Атрофий у больной не заметно. Во всех 4-х конечностях наблюдается беспрерывный мелкий ритмичный и стереотипный *tremor*. Разницы в дрожании правых и левых конечностей нет. В дрожании рук принимают участие плечо, предплечье и кисть. Пальцы рук, находящиеся в полусогнутом положении, обычно не дрожат и только при растопыривании их заметны мелкие сгибабельные и разгибательные движения. В ногах дрожание выражается в виде приведения и сведения бедра и в сгибании и разгибании стопы. Дрожание рук передается на туловище, но самостоятельного дрожания туловища не наблюдается. Не существует также дрожания головы, нижней челюсти и языка. По словам больной, дрожания нет во время сна, а также короткое время (15—25 минут) после сна оно бывает едва заметно. Когда на больную обращено внимание, а также и при всяком волнении, дрожание заметно усиливается. При произвольных движениях оно несколько уменьшается. Сухожильные и кожные рефлексы живые, а глоточный отсутствует. Клонусов и феномена Бабинского нет. Электровозбудимость слегка понижена количественно только на фарадический ток, а на постоянный вполне нормальна. Черепные нервы, а также чувствительность всех видов всюду на теле в полном порядке. Часто бывает ощущение жара во всем теле. Наблюдается довольно резкий красный дермографизм и сильная потливость. Тазовые органы в порядке. Трофических расстройств нет. Память и соображение хорошие. Сон плохой. Настроение угнетенное. Больная чрезвычайно впечатлительна. Поставлен диагноз *paralysis agitans + hysteria*.

### Наблюдение XIX.

Анна Ште—р, 51 года. Поступила в клинику 21 сентября 1913 года. Выбыла из клиники 21 ноября 1913 года. Больная жалуется на дрожание рук и головы и на чувство скованности во всем теле.

*Anamnesis.* Родители больной были здоровыми людьми: отец умер 60 л. от удара, а мать 64 л. от воспаления легких. У матери больной был 1 выкидыш и 9 человек детей, из которых пятеро умерло в детском возрасте от различных болезней (холера, простуда и др.), а один брат умер 5 лет тому назад от прогрессивного паралича. В настоящее время в живых, кроме нашей больной, только 2 сестры, которые страдают болезнью почек. Больная не помнит, чтобы у кого-нибудь в роду было какое-либо нервное заболевание. Вообще все родственники со стороны матери пользовались очень хорошим здоровьем; своих родственников со стороны отца больная знает плохо. Сама больная родилась в срок, кормилась грудью матери, ходить и говорить начала во-время и вообще росла здоровым и крепким ребенком. Родители ее были люди довольно зажиточные, и бедности она не видала. До 10-ти лет жила в деревне, а затем переехала в город и поступила в гимназию. Училась больная средне, но ни в каком классе не оставалась. По окончании гимназии думала поступить на медицинские курсы, но в это время умер отец, средств почти не осталось, и она принуждена была давать уроки. Регулы появились на 14-м году и ходили всегда правильно; теперь 2 месяца, как они прекратились. 22-х лет больная вышла замуж за здорового 24-летнего человека. Мертворожденных у больной не было, а выкидышей было 3, из которых один произошел на 2-м месяце после сильного сотрясения тела, а 2 были произведены искусственно по желанию больной. Кроме того было четверо детей—трое из них живы и здоровы, но очень нервные, а один умер в раннем детстве от какого-то кишечного заболевания. Больная всегда пользовалась хорошим здоровьем и ничем, до настоящего заболевания, не хворала. Характер ее был всегда веселый и жизнерадостный. Курит больная с 25-ти лет—папирс 12—15 в день. Вином никогда не злоупотребляла. Лет 7 тому назад правая рука больной приняла несколько странное положение—как будто больная протягивает кому-то руку. Все движения в руке оставались свободны, и по желанию больная могла изменять это положение правой руки, но когда она не обращала внимания на руку, то она опять принимала то же положение. Вскоре после этого в правой руке появилось небольшое дрожание, которое сначала было настолько незаметно, что оставалось незаметным для других людей. В это же время в правой руке появилась слабость и неловкость при движениях, так что больная стала даже работать левой рукой. Дрожание постепенно усиливалось и года 4 тому назад больная начала лечиться. Ей назначены были электрические ванны, массаж и внутрь мышьяк и бром. Во время этого лечения больная чувствовала сильную слабость, вялость и сонливость, но после лечения общее самочувствие улучшилось, и руки стали трястись немного меньше. Улучшение, однако, было непродолжительно, и скоро дрожание появилось с новой силой. Вибрационный массаж, назначенный больной после этого, также принес ей только временное улучшение. 3 года тому назад у больной во время ходьбы стали появляться судороги в пальцах правой ноги. Судороги эти чаще наступали в начале ходьбы, держались минут 5, и в это время больная должна была останавливаться. Когда начала трястись левая рука больная точно не помнит—года 2—2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> тому назад. Приблизительно в это же время постепенно развилось дрожание головы и связанность всех движений. Также посте-

пенно туловище больной начало сгибаться вперед, но первое время больная могла еще довольно легко выпрямиться, а с лета 1913 года согнутость значительно усилилась. Весной 1913 года у больной (по ее мнению простудилась) появилась ломящая боль в плече и кисти правой руки, а также в ступне правой ноги. Кроме того как кисть, так и ступня значительно припухли и были горячие на ощупь и красные. Припухлость эта держалась около 2-х месяцев. Больную начали лечить грязевыми ваннами, но это лечение плохо отзывалось на общем ее самочувствии и его скоро пришлось отменить. В это же время все болезненные симптомы усилились—дрожание увеличилось, связанность движений тоже, сон и аппетит стали плохи, и больная сильно похудела. Кроме того во всем теле появилось тягостное ощущение жара и больная стала сильно потеть. В августе больная чувствовала себя несколько лучше—ходить стала свободнее и не так согнувшись, дрожание несколько уменьшилось и сил как будто прибавилось; однако это улучшение держалось недолго (дня 4) и затем снова появилось прежнее состояние.

Status 22—29 сентября 1913 года. Больная среднего роста, нормального телосложения, плохого питания. Слизистые оболочки бледноваты. Кожа бледно желтого цвета, дряблая, рубцов нигде нет, на лице сильный фурункулез. Лимфатические железы не увеличены, щитовидная также. Костный скелет развит правильно. При взгляде на больную бросается в глаза характерное положение тела, которое постоянно остается стереотипным: туловище значительно согнуто вперед, голова полуопущена на грудь, руки, согнутые в локтовых суставах, приведены к туловищу; с правой стороны угол в локтевом суставе почти прямой, а слева тупой, открытый впереди; пальцы рук согнуты в пястном сочленении, сильнее на правой руке, а на левой руке большой палец подвернут под другие; ноги слегка согнуты в коленных суставах, и пятка правой ноги обычно немного приподнята от пола так, что этой ногой больная стоит обычно на пальцах. Лицо больной довольно выразительное, маскообразности не наблюдается. Границы сердца нормальны, тоны глуховаты, акцент на первом тоне. Пульс слабого наполнения—80 ударов в 1 минуту. Артерии склерозированы. Исследование крови показало: гемоглобина 58<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, лейкоцитов 4.000, а красных кровяных шариков 3.442.500 в 1 куб. сант. Границы легких нормальны. При перкуссии—притупление в области верхушки левого легкого; дыхание здесь несколько жестковато. Кашель бывает изредка, без мокроты. Со стороны органов пищеварения надо отметить запоры и идиосинкразию к некоторым вещам (напр., рис), от которых у больной появляются сильные боли, и спазмы в желудке и рвота. Мочеполовые органы в порядке. Моча: желтого цвета, мутноватая, кислой реакции, уд. в. 1023, белка и сахара нет.

Нервная система. Со стороны психической сферы никаких отклонений от нормы не отмечается. Обоняние хорошее и одинаковое с обеих сторон. У больной—пресбиопия—она хорошо видит вдаль и читает книгу держа ее далеко от себя. Очков не носит. Цвета различает хорошо. Поле зрения и дно обоих глаз нормальны. Зрачки равны, средней ширины, хорошо реагируют на свет, конвергенцию и аккомодацию. Движения глазных яблок совершаются свободно и в полном объеме во всех направлениях. Нистагма нет. Все виды чувствительности на лице в полном порядке. Жевательные и височные мышцы напрягаются хорошо и симметрично с обеих сторон. Движения челюстей вполне нормальны. Лицо больной слегка ассиметрично: рот слегка перекошен вправо; носогубная складка резче выражена с правой стороны; левый угол рта стоит несколько ниже правого. При оскаливании зубов и при

открывании рта асимметрия выступает еще резче. При зажмуривании глаз одинаково крепко закрываются оба; при наморщивании лба и сдвигании бровей складки равномерны с обеих сторон. Мимика большой довольно живая. Слух хороший с обеих сторон. Костная проводимость нормальна. Вкус не расстроен. Глотание свободно. Речь ясная, но замедленная и глухая. Небная занавеска не свисает, при фонации напрягается хорошо и одинаково с обеих сторон; uvula слегка отклонен влево. M-II scullares и sterno-cleido mastoidei напрягаются хорошо и с достаточной силой. Язык при высовывании слегка уклоняется вправо; движения его во всех направлениях совершаются свободно.

Ходит больная мелкими шагами, сильно согнувшись вперед, и закладывая, но большей части, руки за спину; правую ногу при ходьбе не отслаивает от пола, а слегка везет. При ходьбе у больной является ощущение, что ее кто-то толкает вперед и она не может сразу остановиться. Если ее слегка толкнуть вперед или назад, то она не может удержать равновесия и должна сделать несколько шагов вперед или назад, чтобы не упасть. Ходить она долго не может, так как быстро устает и тогда может упасть. Когда больная стоит, то пятка правой ноги не касается пола. Со сдвинутыми ногами больная слегка качается как с открытыми, так и с закрытыми глазами. Когда больная хочет сесть, то она сначала медленно опускается, а потом вдруг сразу падает на стул. Встать со стула она мо-

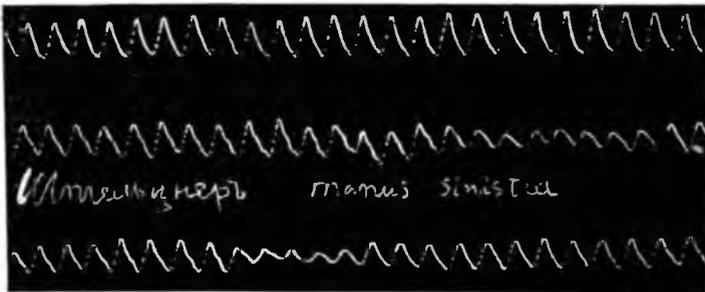


Рис. № 5.

жет только тогда, когда ее внимание отвлечено, а в противном случае она не может подняться, и ее слегка надо потянуть вперед, после чего она медленно поднимается. Оставаться долго в одном положении больная не может и часто меняет его. В постели больная с трудом может перевернуться, когда лежит на левом боку, и не может этого сделать при положении на правом. Движения позвоночника хороши и лишь слегка ограничены назад. Активные и пассивные движения головы значительно ограничены назад и слегка вперед; сила активных движений хорошая; при пассивных движениях наблюдается значительная ригидность. Активные движения во всех суставах левой руки совершаются в полном объеме и с хорошей силой, но слегка замедлены и затруднены; пассивные движения также нормальны по объему, но значительно затруднены, вследствие сильной ригидности. Активные движения во всех суставах правой руки значительно ограничены, а разгибательные движения в лучезапястных, пястнофаланговых и фаланговых сочленениях совершенно невозможны. Сила остальных активных движений вполне достаточная, но все движения очень замедлены и затруднены. При пассивных движениях во всех суставах правой руки заметна сильная ригидность, и объем пассивных движений не превышает объема активных. Пассивные

движения во всех суставах нижних конечностей совершаются в полном объеме, но весьма затруднены сильной ригидностью—особенно справа. Объем активных движений слегка ограничен в обоих тазобедренных суставах и в голеностопном справа. Сила активных движений нижних конечностей очень хорошая, кроме тыльного сгибания справа, которое несколько ослаблено. Все движения замедлены и затруднены. Вследствие сильной ригидности и дрожания координация движений значительно расстроена в ногах и несколько менее в руках. В пальцах и кистях обеих рук больной наблюдается непрерывное, ритмическое, довольно медленное дрожание; слева дрожание выражено сильнее (см. рис. 5.).

В лучезапястных суставах наблюдаются преимущественно сгибательные и разгибательные движения, но временами еще пронация и супинация; пальцы рук производят характерные движения, напоминающие скатывание пилулы, кручение веревки и т. д. При сильном волнении наблюдаются сгибательные и разгибательные движения в обоих голеностопных суставах. В плече, предплечьи и в туловище самостоятельных движений не наблюдается, но голова больной производит самостоятельные движения в стороны. При активных движениях, при волнении и усталости дрожание в руках и в голове усиливается. Во сне дрожание прекращается. Электровозбудимость больной слегка понижена количественно как на фарадический ток, так и на гальванический, и притом приблизительно равномерно во всех мышцах и нервах. Кроме того надо отметить довольно резко выраженную миастеническую реакцию, которая также наблюдается во всех мышцах, но выражена далеко не одинаково. Так например, *m. deltoideus* уже после 16—18 сокращений перестает реагировать на ток, а *m. biceps* дает такую же реакцию истощения только после 27—30 сокращений. Рефлексы кожные и со слизистых оболочек нормальны. Сухожильные рефлексы на верхних конечностях нормальны, а на нижних очень живые, особенно слева. Клонусов и феномена Бабинского не наблюдается. Объективно—все виды чувствительности всюду на теле в полном порядке. Исключение составляет электрокожная чувствительность, которая понижена на всем теле, в особенности же на обеих ладонях. Субъективно—больная жалуется на колющую боль в плече, икре и стопе справа. Больной постоянно жарко—она ходит без халата, ночью спит под одной простыней; временами это чувство жара значительно усиливается. Больная сильно потеет, утром она просыпается вся мокрая от пота, а затем в течение дня бывает еще несколько приступов потения; особенно сильно потеет правая сторона, а правая ладонь постоянно влажная от пота, что очень раздражает больную. Трофических расстройств у больной нет. Больной назначена общая франклинизация, теплые ванны и инъекции мышьяка. Выписалась больная через 2 месяца—без изменения.

#### Наблюдение XX.

Матвей Се—в, крестьянин 46 лет, посещал амбулаторию клиники 12—14 октября 1913 года. Больной жалуется на дрожание в руках и скованность всего тела.

*Anamnesis.* Родители отца и матери больного умерли в глубокой старости. Отец его, 65-ти летний старик, здоров, водку пьет в большом количестве. Мать умерла молодой от сибирской язвы. Дядя по отцу страдает какими-то припадками. 3 брата и 1 сестра больного пользуются хорошим здоровьем; один брат умер в раннем детстве от оспы. Душевно-больных, сифилитиков и туберкулезных в роду не было. Сам больной родился в срок, кормился грудью матери, ходить и говорить начал во-время,

но вообще рос хилым и слабым ребенком, хотя ничем не хворал, кроме оспы, которую он перенес в раннем детстве. Больной не учился, читать и писать не умеет; всю жизнь прожил в деревне и занимался хлебопашеством. В возрасте 10—12 лет некоторое время мастурбировал. Больной женат 3-й раз. Первый раз он женился 19-ти лет. У жены его был 1 выкидыш и 8 человек детей, из которых 5 умерли в раннем детстве от плохого ухода, а 3 живы и здоровы. Последние роды жены были тяжелые и от них она и умерла. 2-я жена умерла от туберкулеза. От 2-ой и 3-й жены у больного детей не было. Лет 15 тому назад больной перенес какое-то инфекционное заболевание (дня 3 был без сознания) и затем до настоящей болезни ничем больше не хворал. Вино пьет умеренно. Не курит. Условия жизни всегда были тяжелые, и часто приходилось сильно переутомляться физической работой. Года 2 тому назад у больного, без видимой причины, появилась сильная боль в пояснице. Вскоре после этого он почувствовал связанность во всем теле и общую слабость. Кроме того у него изменилась походка— во время ходьбы его что-то толкало, то вперед, то назад. Все эти явления медленно прогрессировали, кроме боли в пояснице, которая скоро прошла. 8 месяцев тому назад появилось незначительное дрожание в кисти правой руки. Дрожание это постепенно усиливалось и кроме того распространилось на всю руку, а 5 месяцев тому назад перешло и на левую руку, где распространилось в той же последовательности. Больной до настоящего времени не лечился, и все симптомы болезни продолжают усиливаться.

Status 12—14 октября 1913 года. Больной среднего роста, удовлетворительного питания; слизистые оболочки окрашены хорошо. На лице следы от перенесенной в детстве оспы. Сыпи и рубцов на коже нет. Лимфатические железы не увеличены, равно как и щитовидная. Костный скелет развит хорошо. Череп правильной формы, безболезнен при давлении и поколачивании. Органы дыхания и пищеварения в порядке. Границы сердца нормальны, тоны глухи, пульс 99 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Артерии склерозированы. Органы мочеполовые функционируют хорошо. Моча соломенно-желтого цвета, кислой реакции, уд. в. 1012, белка и сахара не содержит. При микроскопическом исследовании цилиндров нет, а наблюдается лишь небольшое количество клеток плоского эпителия. Психика больного вполне нормальна. Органы чувств в порядке. Мышцы глаз, а также жевательные и височные, функционируют хорошо. Зрачки равны, средней ширины; реакция их на свет, аккомодацию и конвергенцию нормальна. Лицо больного неподвижно, маскообразно, мимика очень вялая и бедная. X и XII пара черепных нервов в порядке. Никаких болей и парестезий у больного нет. Все виды чувствительности всюду на теле в полном порядке. Исключение составляет кожная чувствительность, которая понижена на всем теле и резче всего на обеих ладонях. Больного часто бросает то в жар, то в холод. Трофических расстройств нет. Туловище больного обычно согнуто вперед, хотя он и может его выпрямить, руки слегка приведены к туловищу и полусогнуты в локтевых суставах, пальцы рук также находятся в полусогнутом состоянии, а большие пальцы приведены к остальным. Это положение больного стереотипно. Ходит больной маленькими шагами, на цыпочках, постепенно ускоряя шаги и с трудом может остановиться, так как его неудержимо тянет вперед. Кроме того иногда больного настолько тянет назад, что он принужден бывает бежать назад, чтобы не упасть, и лишь с трудом может остановиться, а часто надает. Особенно резко явления пропульсии и репропульсии наступают тогда, когда больного слегка подтолкнешь вперед или назад. Пассивные движения совершаются в полном объеме во всех суставах, но со значительным сопро-

тивлением вследствие ригидности мускулатуры всего тела. Особенно сильно выражена ригидность в лучезапястных суставах и во всех суставах нижних конечностей. Все активные движения возможны, но сильно замедлены и затруднены. Сила активных движений достаточная. Атрофий не наблюдается. Атаксии нет. В обеих руках больного существует непрерывный, мелкий и стереотипный tremor.

В правой руке дрожание выражено несколько сильнее, чем в левой. Дрожание происходит в плечевых, локтевых и лучезапястных суставах, при чем в последних оно сильнее всего, и здесь наблюдаются непрерывные сгибательные, разгибательные, пронаторные и супинаторные движения. В локтевых же и в плечевых суставах дрожание происходит не одновременно: то можно видеть сгибательные и разгибательные движения в локтевых суставах и в это время дрожания в плечевых суставах нет, то наоборот в плечевых суставах происходит абдукция и аддукция, а локтевые суставы находятся в покое. При сильном дрожании рук наблюдается также дрожание туловища и движения головы в сторону, но это дрожание не является самостоятельным. При усталости и волнении дрожание заметно усиливается, а во сне проходит совершенно. Значительно ослабляется дрожание в начале произвольных движений и почти что прекращается при производстве пассивных движений. Электровозбудимость мышц и нервов слегка понижена количественно как на фарадический, так и на постоянный ток, но никаких качественных изменений не наблюдается. Рефлексы со слизистых оболочек вызываются—кожные нормальные, а все сухожильные живые кроме коленных, которые являются повышенными. Клонусов и симптома Бабинского нет.

#### Наблюдение XXI.

Вера Ив.—а, 57 лет, посещала амбулаторию с 20 по 24 ноября 1913 года. Больная желует на дрожание в руках и ногах и чувство связанности во всем теле.

*Anamnesis.* Отец больной умер 45 лет от удара, много пил; мать была здоровой женщиной, умерла 65 лет от воспаления легких. Дед по матери умер 70 лет, бабка 75 лет; дед по отцу умер также 70 лет, а бабка умерла молодой во время родов. Выкидышей и мертворожденных у матери больной не было. Детей было 4: 1) Наша больная, 2) сестра 55 лет, пользуется хорошим здоровьем, 3) брат умер 28 лет от тифа, 4) сестра умерла 25 лет от родов. В роду больной не отмечается никаких нервных и душевных заболеваний, равно как туберкулеза и сифилиса. Сама больная родилась в селе Сосновке Тамбовской губернии, где и прожила всю свою жизнь; родилась она в срок, ходить и говорить начала во время и росла здоровым и крепким ребенком. Читать, писать и считать выучилась дома. Детскими болезнями не хворала. Мастурбацию отрицает. Мenses пришли на 14 году и установились сразу правильно. 18-ти вышла замуж за фельдшера Луес у себя и у мужа отрицает. Выкидышей и детей не было. Условия жизни всегда были хорошие. До настоящего заболевания больная занималась домашним хозяйством. Не пьет и не курит. 23 лет учала в гололедицу на спину сильно перепугалась и ушиблась; с тех пор у нее появились ломящие боли в пояснице. 25-ти лет перенесла операцию—удаление фибромы матки. 24 года тому назад случился пожар в том здании, где жила больная, и во время суматохи ее сильно ударило чем-то по голове, так что она потеряла даже сознание. 17 лет тому назад случилась крушение поезда, на котором ехала больная, и с тех пор у нее появились головные боли. 5 лет тому

назад большая сильно перепугалась, когда воры забрались в ее сад. 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года тому назад у больной появились головокружения, чувство жара в голове и во всем теле и усилились головные боли. 4 года тому назад она стала замечать, что в правой руке появилась какая-то неловкость, и с тех пор больная уже не могла так быстро и ловко работать ею, как раньше. Эта затрудненность движения медленно прогрессировала, а через год после этого в правой же руке начало развиваться дрожание, которое было сначала незначительно и появлялось лишь при волнении и утомлении, но затем усилилось и стало постоянным. Еще через 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года появилось небольшое дрожание в мышцах правой половине лица и все лицо больной, по ее словам, „оде-ревенело“. Скоро к этому присоединилось дрожание глазных яблок и неловкость движения ими—больной, например, стало трудно при чтении быстро переводить глаза с конца одной строчки к началу другой. Приблизительно в это же время начало развиваться чувство связанности в правой ноге, а затем в ней же появилось и дрожание. За последний год постепенно развилась скованность и дрожание в левой руке, а наконец и в левой ноге. В настоящее время дрожание выражено сильнее всего в левой руке, а в правой руке оно по мере нарастания неловкости и связанности, стало как будто даже меньше. Лечилась больная мало—пила бром и iod. До настоящего времени болезнь медленно, но неуклонно прогрессирует.

Status 20—24 ноября 1913 года. Больная среднего роста, несколько избыточного питания; слизистые оболочки окрашены хорошо; кожа очень суха, сыпи и рубцов на ней нет; лимфатические железы не увеличены, щитовидная также. Костный скелет развит нормально; череп правильной формы, безболезнен при давлении и поколачивании. Со стороны пищеварительных органов надо отметить упорные запоры. Границы сердца нормальны, тоны глухи, пульс 96 ударов в 1' напряженный, артерии значительно склерозированы. Больная жалуется на тупые боли и замирания сердца. Органы дыхания и мочеполовые в порядке. Моча насыщенно-желтого цвета, прозрачная, кислой реакции, уд. в. 1015, белка, сахара и цилиндров не содержит. Довольно значительное количество фосфатов.

Нервная система. Со стороны психики надо отметить значительное ослабление памяти, которое доходит до того, что больная иногда забывает названия обыденных предметов и имена хорошо знакомых ей людей. Настроение мрачное и угнетенное; она легко волнуется и часто плачет без причины. Органы чувств в порядке. Движения глазных яблок замедлены, затруднены и атактичны; кроме того при движении их наблюдаются подергивания в горизонтальном направлении. Верхние веки больной сильно дрожат, особенно при закрытых глазах. У больной такое ощущение, что веки у нее стали „толстыми“. Больная не может по приказанию тотчас закрыть глаза, а также и открыть их. Зрачки равны, средней ширины, реакция их на свет и аккомодацию нормальна. Жевательные и височные мышцы напрягаются хорошо и симметрично с обеих сторон. Липо больной маскообразно, носогубные складки выражены резко. Мимика вялая и бедная в мышцах и иннервируемых нижним *facialis*’ом. Симптом Мачутковского выражен хорошо. Временами в мышцах лица, особенно справа, заметны легкие подергивания. Мягкое небо симметрично и напрягается хорошо. Глотание свободно. Голос глуховат. Больная при разговоре быстро устает. Язык высовывается по средней линии, движения его во все стороны совершаются нормально. При взгляде на больную бросается прежде всего в глаза ограничение общей подвижности; в течение долгого времени больная сидит не шевелясь, и только по глазам ее можно видеть, что это живой человек. Пассивные движения во всех суставах совер-

шаются в полном объеме, но со значительным сопротивлением. В правых конечностях и в шее гипертония выражена особенно резко. Все активные движения сильно затруднены, замедлены и сила их несколько понижена. Особенно сильно затруднены, замедлены и атактичны все сложные движения (причесывание, одевание раздевание и т. д.). Временами некоторые движения невозможны совершенно. Если больная хочет встать, то ей долго надо приготовиться, затем несколько раз покачаться вперед и назад, и только тогда она может быстро подняться. Желая повернуть лицо в сторону, больная поворачивается всем корпусом. Садясь на стуле, больная падает, как безжизненная масса. При сжимании руки в кулак наблюдается симптом Forster'a. Ходит больная маленькими шагами, и хотя ускорения походки и незаметно, но больная говорит, что ее что-то тянет вперед и ей приходится следить за тем, чтобы не идти быстрее. Назад она ходить не может—падает. Romberg отсутствует. Атрофий мышц нет. Пальцы рук больной слегка согнуты и большие приведены ко вторым, так что рука имеет положение пишущего. В пальцах и кистях рук наблюдается непрерывное, монотонное, мелкое дрожание; сильнее оно выражено в левой руке.

Дрожание ритмичное, довольно медленное (4—5 колебаний в секунду) и происходит непрерывно, прекращаясь лишь изредка на 2—3 секунды. Как при пассивных, так и при активных движениях дрожание значительно ослабевает. Во сне оно прекращается. При утомлении, а главным образом под влиянием психических факторов дрожание усиливается. Кроме дрожания пальцев, больная производит временами движения, напоминающие кручение пряжи, скатывание вилюль и т. д. При движениях одной рукой, дрожание в ней уменьшается, но значительно усиливается зато в другой руке. В ногах дрожание выражено слабо, и только иногда можно видеть несколько сгибательных и разгибательных движений в голеностопных и коленных суставах. При вызывании клонуса стопы на правой ноге получается „ложный стопный клонус“. Кожные рефлексы, равно как и со слизистых оболочек, нормальны. Феномена Бабинского нет. Все сухожильные рефлексы справа повышены, а слева—живые. Клонусов нет. Электровозбудимость слегка понижена количественно как на постоянный, так и на фарадический ток. Чувствительность всех видов всюду на теле в полном порядке. Исключение составляет электрочувствительность, которая ясно понижена, сильнее всего на правой ладони. Из субъективных расстройств можно отметить только ноющую боль в пояснице, которая существует у больной уже более 30 лет, появившись после простуды. Временами больную бросает в жар ( $t^{\circ}=36,7$ ) и лицо ее горит. Довольно резко выражен дермографизм. Часто бывают головокружения. Секреторных и трофических расстройств нет. Больной назначен *athropin + ergotin*, *NaIod* и *arsenicum*.

#### Наблюдение XXII.

Акулина Бу—ва, крестьянка 50 лет, посещала амбулаторию клиники с 20-го по 26 января 1914 г. Больная жалуется на общую слабость и дрожание в правой руке.

*Аnаmnesis*. Отец больной утонул в то время, когда она была еще грудным ребенком, и никаких сведений о его здоровье она сообщить не может. Мать больной пользовалась хорошим здоровьем и умерла 75 лет от удущья; у нее был один выкидыш и 12 человек детей, из которых 10 умерли в раннем детстве от разных инфекционных болезней. Брат больной умер 53 лет от какой-то душевной болезни. Бабка по матери умерла 90 лет; относительно деда со стороны матери больная ничего сообщить

не может; точно также она ничего не знает о родителях своего отца. 4 дяди со стороны отца были здоровыми людьми и умерли в возрасте около 80 лет. 4 тетки со стороны матери также умерли в преклонном возрасте. Были ли в роду алкоголики, сифилитики, туберкулезные, душевные и нервные больные—больная не знает. Сама больная родилась в срок, кормилась грудью матери, ходить и говорить начала во-время и росла здоровым и крепким ребенком. Рахита, золотухи, а также детских инфекционных болезней у нее не было. Грамоте больная не обучалась; до 12 лет жила дома в деревне, а затем в течение 6-ти лет служила прислугой. 18-ти лет больная вышла замуж и прожила с мужем 5 лет, после чего он умер от воспаления легких. Выкидышей у нее не было, а детей было 4, которые все живы и здоровы. Мenses пришли впервые 23-х лет и с тех пор до настоящего времени ходят правильно—без боли и в срок. Вскоре после смерти мужа больная переехала в Москву и до 40 лет служила прислугой, затем в течение 5 лет была прачкой, а последние 5 лет торгует „старьем“. Условия жизни всегда были тяжелые и больно пришлось пережить много огорчений и неприятностей. Больная не пьет и не курит. В 18-летнем возрасте у больной заболело горло, затем она начала говорить в нос, у нее отпала uvula и появилось прободение твердого неба. Больная пила К. I. и никаких других болезненных явлений больше не было. Через несколько лет в Москве ей сделали искусственное твердое небо. Никаким другим заболеваниями больная больше не подвергалась. 20 лет тому назад больная во время коронации была на Ходынском Поле, где ее „помяли“ до

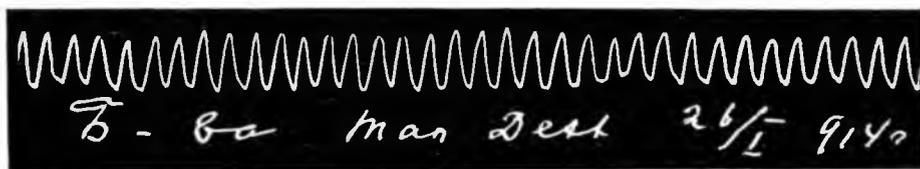


Рис. № 6.

потери сознания, но никаких дурных последствий не было. Года 2 тому назад у больной появилась ломота в суставах рук и, кроме того, в них было ощущение ползания мурашек, ладони же сильно чесались. Около года, как больная стала замечать слабость в правой ноге, а месяцев 6 тому назад после испуга эта слабость значительно усилилась, и, кроме того, появилась слабость и дрожание в правой руке. Месяца 3 как ослабла левая нога, а через месяц и левая рука. За последний месяц у больной при усталости и волнении дрожит нижняя челюсть. Больная пила К. J. и больше ничем не лечилась.

Status 20—26 января 1914 года. Больная среднего роста, удовлетворительного питания; видимые слизистые оболочки окрашены хорошо; на коже сыпи и рубцов нет; лимфатические железы не увеличены, щитовидная также. Костный скелет развит нормально. Суставы не изменены. Со стороны психики надо отметить понижение соображения и ухудшение памяти; настроение у больной угнетенное, и она часто плачет; кроме того наблюдается сильная раздражительность. Сон хороший. Все черепные нервы в полном порядке. Ходит больная маленькими шагами; propulsio выражено очень резко. Атрофий не наблюдается. В обеих ногах и в правой руке значительная гипертония. Все пассивные движения возможны в полном объеме. Все активные движения также совершаются в полном объеме, но несколько замедлены и затруднены. Мышечная сила, вполне достаточная

значает, быстро падает, и больная очень скоро утомляется. В правой руке существует постоянное, ритмичное и стереотипное дрожание—в локтевом и кистевом суставах наблюдаются сгибательные и разгибательные движения, а пальцы рук производят характерное движение, напоминающее скатывание хлебного шарика, сучение пряжи, счет денег и т. д. Дрожание значительно увеличивается при волнении и усталости и несколько ослабевает при произвольных активных движениях. Во сне оно прекращается совершенно. При волнении появляется небольшое движение нижней челюсти. (см. рис. 6.).

Электровозбудимость нервов и мышц на фарадический и на постоянный ток нормальна; миастеническая реакция выражена довольно резко в мышцах всего тела, но главным образом в мышцах правой ноги: уже после 8—10 сокращений наблюдается значительная усталость мышц, а после 24—28 сокращений мышцы бедра и голени правой ноги совершенно перестают реагировать на 1—2 минуты. Рефлексы со слизистых оболочек и кожные—нормальны. Все сухожильные рефлексы повышены. Клонусов и симптома Бабинского нет. Тазовые органы в порядке. Объективно все виды чувствительности всюду на теле нормальны. Никакой боли больная не ощущает. Временами у нее бывает ощущение ползания мурашек в правой руке. Часто больную бросает то в жар, то в холод. Наблюдается сильная потливость и значительное слюноотделение. Трофических расстройств нет. Органы дыхания и пищеварения в порядке. Увеличение сердечной тупости влево. Тоны глухи. Пульс 69 ударов в 1', среднего наполнения и напряжения. Артерии значительно склерозированы. Селезенка не прощупывается. Половые органы в порядке. Моча соломенно-желтого цвета, кислой реакции, уд. в. 1010, белка и сахара нет. При микроскопическом исследовании солей, цилиндров и клеток почечного эпителия не обнаружено. Исследование крови по Вассерману на присутствие специфических антител, произведенное 22 января 1914 года в химико-бактериологическом институте доктора М. В. Вермеля, дало отрицательный результат. Больной назначен атропин, бром и мышьяк. За неделю в состоянии ее здоровья никаких перемен не произошло.

### Наблюдение XXIII.

Пелагея Ма—ва, крестьянка 57-ми лет, посещала амбулаторию клиники с 21 по 23 января 1914 года. Больная жалуется на общую слабость и дрожание рук и ног.

Наследственность. Отец больной умер 60-ти лет от удара, был алкоголиком; мать была здоровой женщиной, причину ее смерти больная указать не может. Относительно других родственников больная ничего сообщить не может. Были ли в роду нервные и душевные больные, алкоголики, сифилитики и туберкулезные она также не знает.

Анамнез. Больная родилась в деревне где и прожила всю свою жизнь, занимаясь сельским и домашним хозяйством. Родилась она в срок, кормилась грудью матери, ходить и говорить начала во время, никакими детскими болезнями не хворала и вообще росла крепким и здоровым ребенком. Нигде не училась. Менес пришли 13-ти лет, ходили всегда правильно и без боли. Около 20-ти лет больная вышла замуж. Выкидышей у нее не было. Детей было 6 человек. 6 лет тому назад у больной было какое-то острое лихорадочное заболевание, так что она принуждена была пролежать в постели около 6-ти недель. Никакими другими болезнями она больше не страдала. Лиес у себя и у мужа отрицает. Водки не пьет. Не курит. Вследствие пьянства мужа, семейная жизнь больной сложилась довольно неудачно,

и у нее было много огорчений и неприятностей. Материальные условия жизни также были тяжелые. Настоящее заболевание начало развиваться около 4-х лет тому назад, и в качестве этиологического момента больная приводит сильное душевное потрясение, которое было вызвано внезапным известием об аресте ее сына. Сначала появилась слабость в правой руке, а вскоре после этого в ней же развилось дрожание. Дрожание наблюдалось только в кисти, было постоянно и являлось преимущественно при волнении и усталости, но с течением времени оно распространилось на всю руку и стало непрерывным прекращаясь только во сне. Года 2 тому назад стала слабеть левая рука, а 3 месяца тому назад в ней также появилось дрожание. Слабость в ногах начала развиваться 1½ тому назад, а за последний месяц больная начала замечать, что при волнении слегка трясутся ноги и голова. Больная не лечилась.

Status 21—23 января 1914 года. Больная среднего роста, удовлетворительного питания; видимые слизистые оболочки окрашены хорошо; на коже сыпи и рубцов не заметно; лимфатические железы не увеличены, щитовидная также; костный скелет развит правильно; суставы не изменены. При взгляде на больную получается впечатление общей скованности—лицо ее маскообразно, держится она прямо и неподвижно. Что касается до психической сферы больной, то здесь надо отметить некоторое ослабление памяти и соображения, угнетенное настроение духа и легкую возбудимость. Сон хороший. Речь больной связная, но несколько затрудненная, замедленная, монотонная и глухая. Обоняние, зрение, слух и вкус вполне нормальны. Зрачки правильной формы, средней ширины, на свет реагируют несколько вяло, а на конвергенцию и аккомодацию хорошо. Нистагма нет. Движение глазных яблок совершается в полном объеме. Жевательные и височные мышцы напрягаются хорошо и симметрично. Движения челюстей нормальны. Мимика вялая и бедная. Наблюдается лобный симптом Мачутковского. Небная занавеска не свисает, напрягается хорошо и симметрично. Глотание свободно. Движения языка нормальны. Объективно все виды чувствительности в полном порядке. Временами больная ощущает онемение и чувство ползания мурашек в конечностях, в особенности в ногах. Ходит больная быстро, маленькими шагами; явление пропульсии выражено довольно резко. Атрофий у больной не наблюдается. Тонус мышц повышен равномерно и значительно на всем теле хотя сильнее всего на правых конечностях. Контрактур нет, и объем пассивных движений не уменьшен. Активные движения во всех суставах совершаются в полном объеме, но значительно замедлены и затруднены, а в правых конечностях слегка ослаблены. Кроме того надо отметить очень быструю и сильную истощаемость мышечной силы. В обеих руках больной существует постоянное дрожание, которое в правой руке несколько сильнее. Дрожание мелкое, ритмичное и темп его не велик (3—4 раза в 1 секунду). В плечевых суставах наблюдается приведение и отведение, в локтевых—сгибание и разгибание, в лучезапястных—пронация, супинация, сгибание и разгибание; пальцы рук не дрожат.

Дрожание непрерывно и прекращается по словам больной только во сне. При произвольных движениях дрожание слегка ослабевает, а при усталости, и особенно при волнении, значительно усиливается, при чем в дрожании начинают принимать участие голова и ноги больной. Электровозбудимость слегка понижена количественно, как на фарадический, так и на постоянный ток. Миастенической реакции нет. Рефлексы со слизистых оболочек и кожные нормальны, а все сухожильные—повышены. Клонусов и симптома Бабинского не наблюдается. Тазовые органы в порядке. Вазомоторных, секреторных

и трофических расстройств нет. Органы пищеварения, дыхания и мочеполовые в порядке. Моча при анализе ничего патологического не представляет. Границы сердца нормальные, тоны глухи пульс 64 ударов в 1 минуту; артерии значительно склерозированы, а височная слегка извита.

#### Наблюдение XXIV.

Алексей Маш—ич, цеховой, 70 лет. Поступил в клинику 22 января 1914 года. Выбыл из клиники 22 марта 1914 года. Больной жалуется на общую слабость и дрожание головы, рук и ног.

Наследственность. Об отце и матери больной ничего сообщить не может, так как десяти лет был отдан в военную службу кантонистом и с тех пор родителей не видел. Больной помнит, что у него были брат и сестра моложе его. О других родственниках он также ничего не знает.

Апатия. Больной родился в городе Житомире. О годах своего раннего детства он ничего сообщить не может; насколько он помнит—он рос здоровым и крепким ребенком. 10-ти лет больной был отдан на военную службу, где пробыл 5 лет кантонистом, а затем 17 лет солдатом. 22-х лет он женился и имел 4-х детей, которые все умерли в раннем возрасте. 40-ка лет больной женился вторично и имел от второй жены 7 человек детей; четверо из них умерли маленькими от инфекционных болезней, один сын умер 9-ти лет от дифтерита, а двое (сын и дочь) живы и здоровы. 32-х лет больной ушел из военной службы, где служил последнее время унтер-офицером. После этого он занимался одно время портновским ремеслом, затем служил лет 8 курьером в Казенной Палате, и наконец стал заниматься торговлей; последние 12 лет он уже ничем не занимался. Вино больной пил но очень редко и по малу; никогда не курил. Венерические болезни отрицает. Лет 15 тому назад у больного был катар желудка и приблизительно в это же время острое воспаление почек; во время болезни почек сильно отекала нога. Другими болезнями больной до настоящего заболевания не страдал и всегда пользовался хорошим здоровьем. В течение своей жизни больному пришлось перенести много неприятностей, материальных лишений и душевных волнений. Лет 7 тому назад—после крупной неприятности—у больного появилось дрожание в левой руке. Дрожание сначала было незначительно и появлялось после какого-либо волнения, но с течением времени оно усилилось и стало постоянным, прекращаясь только во сне. 3 года тому назад появилось дрожание в правой руке, а через  $\frac{1}{2}$  года после этого в обеих ногах 2 года тому назад начала дрожать голова, и появилась общая слабость и быстрая утомляемость. 3 месяца тому назад больной заметил затруднение движений в левых конечностях, а через месяц развилась общая скованность всего тела. С того же времени больного стало клонить назад, и в настоящее время он не может сидеть, если за спиной его нет какой-либо опоры. Больной лечился различными внутренними средствами, но ничто не помогало, и болезнь медленно прогрессировала. Несколько дней тому назад больному поставили клизму (перед этим у него в течение недели был запор), после которой резко усилилась слабость, и в настоящее время он не только не может самостоятельно ходить и вставать с места, но даже и повернуться в постели.

St a t u s 22—25 января 1914 года. Больной выше-среднего роста, правильного телосложения и удовлетворительного питания. Окраска кожи и слизистых оболочек нормальна. На коже сыпи и рубцов нет. Лимфатические железы не увеличены и щитовидная также. Суставы не изменены. Костный скелет развит нормально. При осмотре больного в стоячем положении наблюдается несколько накло-

ненное вперед положение верхней части туловища и головы. Наоборот, в сидячем положении верхняя часть туловища быстро наклоняется назад и больной падает, если не имеет за спиной опоры. Больной дает общее впечатление неподвижности и скованности. Лицо маскообразно. Руки слегка согнуты в локтевых суставах и плотно приведены к туловищу. Пальцы рук находятся в полусогнутом положении, а большие приведены к остальным. Ноги несколько согнуты в коленных суставах. Это положение больного остается стереотипным. Со стороны психической сферы больного надо отметить понижение соображения и памяти в особенности относительно событий недавнего прошлого. Сознание ясное. Настроение угнетенное и подавленное. Больной легко волнуется. Сон тревожный. Речь связная, но замедленная и затрудненная. Голос глухой, тихий и монотонный. Больной может ходить только с чужой помощью и немного, так как быстро устает; ходит он мелкими шагами, наклонившись несколько верхней частью туловища вперед. Propulsio и repropulsio выражены очень ясно. Мышечных атрофий не наблюдается. Все пассивные движения возможны и совершаются в полном объеме, но при этом наблюдается значительная гипертония. Особенно значительное сопротивление получается при пассивных движениях в локтевом и голеностопном суставах левых конечностей. Все активные движения значительно замедлены, затруднены и ограничены в объеме, многие сложные двигательные акты совершенно невозможны. Движения головы значительно ограни-



Рис. № 7.

чены назад и вперед и несколько меньше в стороны. Сильно ограничены движения в плечевых суставах особенно слева—угол поднятия левой руки около 50°. Несколько ограничен объем движений в локтевых, лучезапястных, пястно-фаланговых и фаланговых суставах—особенно в левой руке. Ограничены также движения в тазобедренных, коленных и в правом голеностопном суставе, а движения в левом голеностопном суставе совершенно отсутствуют. Сила активных движений несколько ослаблена, сильнее в левых конечностях. Бросается в глаза чрезвычайно сильная утомляемость и истощаемость больного. При стоянии больной сильно качается во все стороны, как с закрытыми, так и с открытыми глазами. При лежании в постели больной не может самостоятельно ни повернуться, ни встать; также и при сидении он не может подняться со стула. Когда больной садится, то вначале он спускается очень медленно, а затем вдруг быстро падает на стул, как безжизненная масса. Писать больной не может; невозможны также и все мелкие движения пальцами. Во всех 4-х конечностях больного наблюдается непрерывное дрожание, которое сильнее выражено в руках, а в этих последних в наибольшей степени на периферии—кисти и пальцы. Колебательные движения состоят преимущественно в сгибании и разгибании, и кроме того большие и указательные пальцы двигаются друг против друга. Дрожание ритмично, довольно медленно (4—5 колебаний в 1''), равномерно (несколько менее на левой руке), и амплитуда его не велика (см. рис. 7).

Самостоятельное дрожание наблюдается в нижней челюсти и мышцах подбородка; что же касается до головы и туловища, то они самостоятельно не дрожат, а приходят только в колебательные дрожания при усилении дрожания в конечностях вследствие сильного сотрясения. Дрожание происходит непрерывно и прекращается только во сне. При произвольных движениях, при волнении и усталости оно резко усиливается. Электровозбудимость слегка понижена количественно, особенно в мышцах верхних конечностей. Кроме того довольно резко выражена реакция истощения (миастеническая), также сильнее всего в руках: полная невозбудимость на короткое время после 24—26 сокращений. Рефлексы со слизистых оболочек нормальны. Кожные рефлексы также нормальны, за исключением брюшных, которые отсутствуют. Сухожильные рефлексы на верхних конечностях, с *massetor'a* и коленные живые с обеих сторон, а оба ахилловы—вяловаты. Клонусов и феномена Бабинского не наблюдается. Тазовые органы в порядке. Вазомоторных, секреторных и трофических расстройств нет. Обоняние хорошее и одинаковое с обеих сторон. Поле зрения, дно обоих глаз и цветоощущение не изменены. Большой дальновзорок. Зрачки равны, средней ширины, хорошо реагируют на свет и на аккомодацию. Нистагма и диплопии нет. Все движения глазных яблок совершаются в полном объеме, но значительно замедлены и затруднены. Живательные и височные мышцы напрягаются хорошо и симметрично, но также несколько медленно и с трудом. Движения челюстей затруднены и замедлены. Все виды чувствительности на лице в порядке. Лицо больного маскообразно, мимика вялая и бедная, наблюдается лобный симптом Мачутковского. Явлений пареза нет. Слух хороший, костная проводимость также. Вкус не расстроен. Небная занавеска не свисает, напрягается хорошо и симметрично с обеих сторон, но несколько медленно. Глотание свободно. Пульс 66 ударов в 1'. *M. li sternocleidomastoidei* и *siculares* напрягаются с достаточной силой, но медленно и с трудом; кроме того объем движений несколько ограничен. Язык при высовывании слегка отклоняется вправо, движения его замедлены и затруднены; кроме того в нем наблюдается небольшое дрожание. Объективно все виды чувствительности всюду на теле в полном порядке. Исключение составляет электрокожная чувствительность, которая довольно значительно понижена на всем теле больного, в особенности на предплечьях (92—60), тыле кисти (88—55) и возвышении *thenaris* (76—14) правой руки. Больной жалуется на ломящие боли в левом плечевом и левом голеностопном суставах. Кроме того в левой голени и в пояснице временами является ощущение ползания мурашек. У больного существует левосторонняя паховая грыжа. Appetit хороший, тошноты, рвоты, изжоги нет. Легкие эмфизематозны. Левая граница сердца на  $1\frac{1}{2}$  пальца за сосковой линией. Тоны глухи. Пульс 66 уд. в 1'. Артерии значительно склерозированы, а височная извита. Моча темно-желтого цвета, кислой реакции, уд. в 1021, белка, сахара, крови и желчи не содержит, довольно значительное количество уратов. Больному назначен бром, франклинизация и теплые ванны, а через несколько дней после поступления в клинику еще *hyosciamin* 0,01:10,0. по одному делению через день. Далее, вследствие наступившей одно время сердечной слабости, больному давали *coffein* и *digalen*. 22 марта больной выписался без перемены.

#### Наблюдение XXV.

Дмитрий Кл.—ов, крестьянин 50-ти лет. Посещал амбулаторию клиники с 1-го по 6-е февраля 1914 года. Больной жалуется на быструю утомляемость, неловкость в руках и дрожание в правой руке.

**Наследственность.** Отец больного умер 55 лет от тифа, сильно пил; мать умерла 75-ти лет от старости; у нее был один выкидыш и 9 человек детей, из которых 8 умерло в раннем детстве. Дед больного по отцу умер 90 лет, и бабка по отцу также жила до глубокой старости. Дед по матери умер 75 лет, а бабка по матери 90 лет. Дядя со стороны отца жил до 90 лет, а 2 дяди со стороны матери умерли в возрасте 65—70 лет. Нервных и душевных больных, а также сифилитиков и туберкулезных в роду не было.

**A m n e s i s.** Больной родился в городе Орле, где и прожил всю свою жизнь, занимаясь тем, что торговал платьем на базаре. Родился он в срок, кормился грудью матери, ходить и говорить начал во время, никакими детскими болезнями не страдал и вообще рос здоровым и крепким ребенком. С 10 до 13-ти лет учился в школе —ученье давалось легко. 26 лет больной женился. У жены его был 1 выкидыш и 8 человек детей, которые все живы и здоровы по сие время. В 13-летнем возрасте больной, упражняясь на трапедии, упал головой на камень и впал в бессознательное состояние часа на 2; других последствий этого падения не было. Венерические болезни больной отрицает. Лет 20-ти перенес оспу и катарр кишек, а 25-ти лет брюшной тиф. Другими болезнями до настоящего заболевания не страдал. Водку пьет редко и мало. Не курит. Образ жизни всегда вел правильный. Условия жизни и питание всегда были удовлетворительные. Года 4 тому назад после целого ряда неприятностей у больного появилась общая слабость и быстрая утомляемость. Кроме того он стал очень раздражительным и чувствительным: музыка, похороны и т. д. вызывали у него слезы. Приблизительно в это же время несколько ослабла память, особенно на события недавнего прошлого. Года через 2 после этого появилось онемение в большом пальце правой руки и ощущение жара („как будто огнем палило“) в бедрах. 1 год и 2 месяца тому назад появилось чувство неловкости в правой руке и вскоре после этого больной заметил, что при волнении и усталости у него дрожит большой палец и кисть этой руки. С течением времени дрожание усилилось и стало постоянным, прекращаясь только во сне. Около года тому назад больной заметил, что ему стало несколько труднее говорить, и голос его стал глуше и тише. Месяцев 6 как больной стал ходить несколько согнувшись, и ему стало трудно разогнуть спину. 4 месяца тому назад появилась неловкость в левой руке. Больной много лечился электричеством, прожектором и внутренними средствами, но ничто не помогало, и болезнь медленно прогрессирует до настоящего времени.

**Status** 1—6 февраля 1914 года. Больной среднего роста, удовлетворительного питания; подкожной жировой слой развит достаточно; слизистые оболочки окрашены хорошо; на коже сыпи и рубцов нет; лимфатические железы не увеличены и щитовидная также; суставы не изменены; костный скелет развит нормально. При взгляде на больного бросается в глаза статуеобразная неподвижность его лица и всего тела. Симптом Стелвега выражен довольно ясно. Туловище слегка согнуто вперед; пальцы правой руки несколько согнуты, а большой палец приведен к остальным. Положение больного остается стереотипным. Что касается до психической сферы больного, то здесь надо отметить довольно резкое понижение памяти, главным образом относительно событий недавнего прошлого—он хорошо помнит то, что с ним было давно, и забыл многое из того, что с ним было вчера. Настроение у больного подавленное; он часто плачет, легко расстраивается и раздражается. Сон удовлетворительный. Речь связная, но замедлена и затруднена; голос глухой, тихий и монотонный. Черепные нервы в порядке. Походка никаких особенностей

не представляет. Атрофий у больного не наблюдается. Все пассивные движения совершаются в полном объеме, но при этом заметно выступает гипертония мышц всего тела и главным образом обеих верхних конечностей. Все активные движения возможны, совершаются в полном объеме и с достаточной силой, но заметно замедлены и затруднены, в особенности движения правой руки. Кроме того надо отметить быструю утомляемость больного. В правой руке больного существует беспрерывное дрожание, которое прекращается только во сне. Дрожанию подвержены кисть и большой палец, и заключается оно в сгибательных и разгибательных движениях. Дрожание довольно медленное (4—5 колебаний в 1 секунду), и то несколько затихает, то вновь усиливается. При волнении и усталости оно резко увеличивается, а при произвольных движениях слегка затихает.

Пишет больной медленно и с трудом; почерк его мелкий и дрожащий. Электровозбудимость слегка понижена количественно на обеих руках. Рефлексы со слизистых оболочек нормальны, кожные живые, а все сухожильные повышены, особенно резко коленные. Клонусов и симптома Бабинского не получается. Объективно все виды чувствительности всюду на теле в полном порядке. Исключение составляет электрокожная чувствительность, которая довольно резко понижена на всей правой руке и в особенности на тыле кисти (90—70 тт.).

В области обеих бедер у больного существует постоянное мучительное ощущение жжения; кроме того временами в правой руке является чувство ползания мурашек. Тазовые органы в порядке. Существует красный дермографизм. Наблюдается усиленное отделение слюны, в особенности по утрам. Трофических расстройств нет. Органы дыхания, пищеварения и половые в порядке. Моча как при химическом, так и при микроскопическом исследовании дала нормальный состав. Границы сердца нормальны, тоны глухи, пульс 82 удара в 1' среднего наполнения и напряжения. Артерии значительно склерозированы и височная извита. Больному назначен атропин, бром и мышьяк. За неделю никаких перемен в состоянии его здоровья не произошло.

#### Наблюдение XXVI.

Максим Гр—ов, крестьянин 60 лет, посещал амбулаторию клиники с 5-го по 10 марта 1914 года. Больной жалуется на дрожание рук и головы.

Наследственность. Отец больного умер 80 лет, был здоровым человеком, вино пил, но умеренно. Мать умерла 70 лет, также пользовалась хорошим здоровьем; выкидышей и мертворожденных у нее не было, а кроме нашего больного был только один сын, который пользовался хорошим здоровьем и умер в 30-летнем возрасте от случайной причины. Дед и бабушка по отцу умерли около 80 лет от роду; родители матери больной также жили до глубокой старости. Два дяди со стороны отца умерли около 70, 3 тетки со стороны отца умерли около 65—70 лет, а одна тетка, которой в настоящее время 75 лет, пользуется до сих пор хорошим здоровьем. Три тетки со стороны матери умерли лет 65—70. Нервных и душевных болезней, а равно сифилиса и туберкулеза, в роду больного не было.

Аmnesia. Больной родился в срок, кормился грудью матери, ходить и говорить начал во время, никакими детскими болезнями не страдал и вообще рос здоровым и крепким ребенком. Больной нигде не учился и грамоты не знает, до 12 лет он жил в деревне, а затем был отдан в Москву на суконную фабрику, где и служил 3 года „мальчиком“, далее он в течение 12 лет служил на ткацкой фабрике (ткачем), а затем в течение 30 лет на суконной фабрике; последние 2 года больной ничего не делает. Онаниз-

мом не занимался. Женился 21 года. Беременностей у жены не было. Никакими болезнями никогда в жизни до настоящего заболевания не страдал. Больной не курит; водку пьет с 20-летнего возраста, но умеренно, хотя иногда напивался и до пьяна. Питание больного всегда было удовлетворительное. Никаких душевных потрясений в жизни не было, но физическое переутомление было постоянное и значительное. На суконной фабрике больному часто приходилось одной рукой (правой) вместе с другим рабочим поднимать „валик“ весом около восьми пудов. Это физическое перенапряжение больной склонен выставить в качестве этиологического момента своего заболевания. Болезнь развивалась медленно и постепенно и началась года 4 тому назад ломотой в плечевых и локтевых суставах; в то же время появилась быстрая утомляемость. Года 3 тому назад больной принял несколько согнутое вперед положение; месяцев через 6 после этого начала тихонько трястись кисть правой руки. Дрожание сначала было незаметно, но через несколько месяцев усилилось ихватило всю правую руку. 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года тому назад дрожание начало развиваться и в левой руке, и приблизительно с этого же времени больной начал хуже ходить. 6 месяцев как начала трястись голова, а 3 месяца тому назад начал дрожать язык. Чувство связанности в правой руке появилось у больного, по его словам, только месяц тому назад. До последнего времени он ничем не лечился.

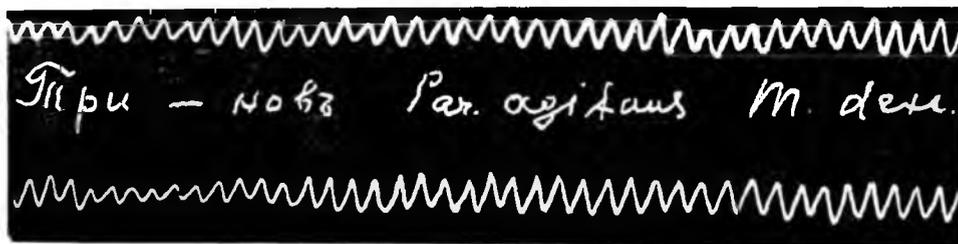


Рис. № 8.

Status 5—10 марта 1914 года. Больной среднего роста, хорошего сложения и питания; видимые слизистые оболочки окрашены хорошо; на коже сыпи и рубцов нет; лимфатические железы не увеличены, щитовидная также; костный скелет развит хорошо; суставы не изменены; позвоночник подвижен. Обычно больной держится слегка согнувшись, и обе кисти его находятся в положении „руки акушера“. Ходит больной маленькими шагами и быстро устает. Propulsio выражено очень хорошо. Мышечных атрофий не наблюдается. Пассивные движения совершаются во всех суставах в полном объеме, но при этом отмечается значительная ригидность мышц плеча и предплечья, в особенности правой руки. В лучезапястных и пальцевых суставах гипертония значительно меньше. В нижних конечностях мышечный тонус нормален. Все активные движения совершаются в полном объеме и с хорошей силой, но несколько замедлены и затруднены—в особенности движения обеих рук, а из этих последних—движения в локтевых суставах. В обеих руках больного наблюдается непрерывное мелкое дрожание, которое прекращается только во сне. Колебательные движения происходят в локтевых и лучезапястных суставах—в локтевых суставах существуют сгибательные и разгибательные движения, а в лучезапястных сгибательные, разгибательные, пронаторные и супинаторные. Дрожание ритмичное, довольно медленное (3—4 колебания

в 1<sup>ю</sup>) и амплитуда колебаний не велика. Дрожание в правой руке выражено несколько сильнее, чем в левой (см. рисунок 8).

Голова больного производит беспрерывные, мелкие самостоятельные кивательные движения. Язык при высовывании также дрожит. При волнении и усталости дрожание у больного усиливается, а в начале произвольных движений слегка затихает. Электровозбудимость как на фарадический, так и на постоянный ток, всюду вполне нормальна. Хорошо выражена миастеническая реакция в мышцах всего тела, но резче всего в мышцах правой руки: утомляемость мышц этой области сказывается уже после 8—10 сокращений, а после 22—24 сокращений на короткое время наступает полная невозбудимость. Рефлексы со слизистых оболочек и кожные нормальные, а все сухожильные—живые. Клонусов и феномена Бабинского не получается. Тазовые органы в порядке. Правый зрачок пошире левого; реакция их живая. Черепные нервы в порядке. Чувствительность всех видов всюду на теле в полном порядке. Больной жалуется на ломящие и мозжащие боли в плечевых и локтевых суставах. Секреторных, вазомоторных и трофических расстройств нет. Органы дыхания, пищеварения и мочеполовые в полном порядке. При химическом и микроскопическом исследовании состав мочи оказался нормальным. Левая граница сердца на сосковой линии; тоны сердца глухи; артерии значительно склерозированы; правая височная извита; пульс 66 удар. в 1', среднего наполнения и напряжения. Больному назначен атропин, иод и массаж. За неделю никаких перемен в состоянии его здоровья не произошло.

#### Наблюдение XXVII.

Наталья Ка—ва, крестьянка 50 лет, посещала амбулаторию клиники с 12 по 15 марта 1914 г. Больная жалуется на скованность всего тела и дрожание рук и головы.

Наследственность. Отец больной умер 72 лет от удара; пользовался хорошим здоровьем, хотя и пил очень много водки. Мать также была здоровой женщиной; умерла она 53 лет от тифа. Деды и бабки больной жили до глубокой старости (умирали в возрасте 75—80 лет). У матери больной выкидышей и мертворожденных не было; кроме нашей больной и нее было 2 дочери и 3 сына, из которых 4 живы и здоровы до сих пор, а один сын умер от „паралича“ 27 лет. Нервных и душевных больных, а также и туберкулезных, в роду больной не было.

Анаmnesis. Больная родилась в срок, кормилась грудью матери, говорить начала около 2 лет, а ходить—около 3 лет. До 6 лет росла здоровым ребенком, а 6 лет заразилась сифилисом: сама больная об этом не помнит, а говорит это со слов своей матери, которая обвиняла в этом мужа. Больную чем-то лечили, у нее отпала чучла, а затем, насколько она себя помнит, никаких проявлений lues больше не было. Затем до настоящего заболевания больная ничем никогда не страдала. Всю жизнь она прожила в деревне, занималась хлебопашеством и домашним хозяйством. Никогда не училась и грамоты не знает. Не пьет и не курит. Meneses пришли на 14 году и всегда ходили правильно—в срок и без боли, а теперь уже 10 лет, как кончились. Замуж больная вышла на 17 году; у нее был 1 выкидыш и 6 человек детей; все дети умерли маленькими от дифтерита и scarlatины. Семейная жизнь больной сложилась неудачно—муж ее алкоголик, и в течение многих лет она видела в жизни только неприятности и огорчения. Говоря о своем муже, больная прямо указывает на то, что он „погубил ее здоровье“. Настоящее заболевание начало развиваться 2 года тому назад, и первое проявление его заключалось в общей слабости, быстрой утомляемости

и неловкости и связанности в руках. Эти явления медленно прогрессируют до настоящего времени. Года 1½ тому назад больная заметила, что ей трудно держаться прямо и что ее клонит вперед; в это же время появилось явление пропульсии. Год тому назад начала тихонько трестись кисть левой руки и скованность захватила мышцы всего тела. 6 месяцев как дрожание появилось в правой руке и в голове. Больная пока не лечилась.

Status 12—15 марта 1914 г. Больная маленького роста, правильного телосложения и удовлетворительного питания. Видимые слизистые оболочки окрашены хорошо. На коже сыпи и рубцов нет. Лимфатические железы не увеличены и щитовидная также. Суставы не изменены. Костный скелет развит нормально. Череп правильной формы. Позвоночник подвижен. Органы растительной жизни в порядке. Артерии несколько склерозированы. Состав мочи нормален. При взгляде на больную прежде всего бросается в глаза статуеобразная неподвижность лица и туловища ее. Хорошо выражен симптом Стелвега. Лицо маскообразно. Туловище согнуто вперед и голова слегка опущена на грудь. Руки приведены к туловищу и согнуты немного в локтевых суставах. Пальцы рук полусогнуты, а большие пальцы приведены к остальным. Ноги чуть согнуты в коленных суставах. Это положение больной остается стереотипной. Ходит больная маленькими шажками и быстро устает. Propulsio выражено очень резко. Пассивные движения во всех суставах возможны в полном объеме, но сильно затруднены вследствие значительной гипертонии мышц всего тела; наибольшая ригидность наблюдается в левой руке. Все простые активные движения совершаются в полном объеме и с достаточной силой, но чрезвычайно медленно и с большим трудом; кроме того, отмечается очень быстрая утомляемость больной. Многие сложные активные движения, в особенности мелкие движения пальцев рук — невозможны. Для того чтобы подняться со стула, больной приходится сначала несколько раскататься всем туловищем. Когда больная садится, то сначала она опускается чрезвычайно медленно, затем вдруг падает, как безжизненная масса. Атрофий у больной не заметно. При беглом взгляде на больную она кажется неподвижной восковой фигурой, но, присматриваясь хорошенько, можно заметить, что она беспрерывно производит головой едва заметные кивательные движения, и кисти обеих рук также чуть-чуть дрожат. Дрожание очень незначительно. Под влиянием усталости и волнения оно несколько усиливается; и только благодаря этим двум обстоятельствам, да и то с большим трудом нам удалось записать дрожание левой руки; дрожание же правой руки записи не поддается и выходит в виде прямой линии.

Во сне и при произвольных движениях дрожание прекращается совершенно. Электровозбудимость больной понижена довольно значительно и очень равномерно на всем теле, но понижение остается чисто количественным. Рефлексы со слизистых оболочек и кожные нормальны. Все сухожильные рефлексы слегка повышены. Клонусов и симптома Бабинского нет. Тазовые органы в порядке. Черепные нервы уклонений от нормы не представляют. Все виды чувствительности всюду на теле в полном порядке. Вазомоторных, секреторных и трофических расстройств не наблюдается.

#### Наблюдение XXVIII.

Феодор Ченев, 52 лет. Поступил в клинику 2 сентября 1915 года. Выбыл из клиники 2 октября 1915 года. Больной жалуется на общую слабость, дрожание правой руки и изменение речи.

Наследственность. Отец умер от тбс. 35 лет. Спиртные напитки употреблял умеренно. Мать умерла 70 лет. Последние годы жизни страдала

болезнью сердца, а раньше пользовалась хорошим здоровьем. Детей у нее было 5 человек. В роду больного никаких нервных и душевных заболеваний не было.

*Amnesia.* Больной родился в срок, рос слабым ребенком и в детстве перенес оспу. Учиться грамоте начал рано, но в школу поступил только в 12 лет. В 15 лет заболел перемежающейся лихорадкой. Учился долго, окончил гимназию в 23 года и поступил в Московский Университет. В студенческие годы жил весело, кутил и в это же время заболел уретритом, от которого и лечился, но небрежно. По окончании университета больно́й поехал на Кавказ и поступил преподавателем в Пятигорске, затем перешел в контрольную Палату, а потом в казенную палату. За время своей службы часто менял местожительство, а последние 9 лет живет во Владимире. Женился 34-х лет; у жены его было много детей, из которых в настоящее время осталось в живых 8 человек. Среди последних беременностей ее были 2 выкидыша. 3 года тому назад больно́й стал замечать неправильности мочеиспускания: моча вытекала по каплям и ему приходилось часто мочиться. Врачи определили увеличение предстательной железы и назначили лечение. В феврале 1915 года он упал и вывихнул ногу в голеностопном суставе. Больно́й много пил пива, а водку умеренно. Не курит. *Lues* отрицает. Дрожание в руках у больно́го существует уже очень давно, но оно не мешало при писании—главной его работе. Года полтора тому назад он стал замечать, что правая рука начала дрожать сильнее и почерк его изменился. Дрожание постепенно увеличивалось и больно́й начал избегать много писать, не составлял более бумаг, а только подписывал свою фамилию. В мае 1915 года он уже с трудом мог подписываться. Изменение почерка, а затем и невозможность писать сильно волновали его. Общее состояние здоровья тоже стало ухудшаться. На службу он продолжал ходить ежедневно, но сравнительно хорошо чувствовал себя лишь до 11 утра, а затем у него появлялась общая слабость — ему трудно было двигаться, голос становился слабее, и к 2-м часам дня он ослабевал совершенно и принужден был прекращать работу. Возвращаясь домой, больно́й шел пошатываясь, как пьяный, ноги не слушались его и в голове ощущалась пустота. От всякой работы и ходьбы он утомлялся очень быстро. С этого же времени появилось изменение речи—она стала тихая и монотонная, а иногда язык как бы заплетался и он говорил неясно. Больно́го при ходьбе начало тянуть назад и, чтобы сохранить равновесие, он начал ходить наклонив туловище вперед. Кроме всего этого за последнее время у него отмечается некоторое напряжение в жевательных мышцах и иногда ему бывает трудно открыть рот. 2½ месяца тому назад больно́й поехал в Пятигорск, где ему назначили ванны и электризацию руки. После пребывания в Пятигорске ему стало лучше—он чувствовал себя окрепшим, стал ровнее ходить и лучше говорить. В конце августа больно́й вернулся во Владимир и сейчас же уехал в Москву, где и обратился в амбулаторию нервной клиники, а 2-го сентября и лег в нее для лечения.

*Status* 19 сентября 1915 года. Больно́й высокого роста, правильного телосложения, хорошего питания. Костный скелет развит нормально, существует хруст в коленных суставах и небольшая припухлость левого голеностопного сустава; позвоночник подвижен и не болезнен при исследовании. Кожа белая, ни рубцов, ни пятен на ней нет. Слизистые оболочки окрашены хорошо, жировой слой развит удовлетворительно, лимфатические железы, а также и щитовидная железа не увеличены. Органы кровообращения. Границы сердца расширены; правая граница заходит за пра-

вый край грудины; верхняя граница находится между 3 и 4 ребром. Сердечный толчок прощупывается на 4 пальца ниже соска. Тоны сердца глуховаты, есть акцент на аорте, пульс 96 в 1', жесткий. Артерии значительно склерозированы. Селезенка слегка увеличена. Органы дыхания. Грудь бочкообразной формы, притуплений нигде нет, дыхание всюду везикулярное, есть эмфизема. Органы пищеварения уклонений от нормы не представляют. Мочеполовые органы. Почки безболезненны при ощупывании. Мочевой пузырь растянут. Мочевыделение частое и затрудненное вследствие увеличения предстательной железы. Моча бледно-желтого цвета, мутновата, уд. в. 1008, реакция слабощелочная; сахара нет, но есть следы белка, солей мало; под микроскопом—незначительное количество гиалиновых и мелкозернистых цилиндров и небольшое количество лейкоцитов.

Нервная система. Со стороны психики можно отметить ухудшение памяти; далее больной жалуется на чувство пустоты в голове, апатию и тяжелое настроение; сон удолгительный. При взгляде на больного бросается в глаза общая скованность всего тела и почти полное отсутствие мимики в лице (маскообразность). При более внимательном наблюдении можно заметить мелкое ритмичное дрожание в пальцах правой руки, главным образом в большом пальце; это дрожание временами распространяется на всю руку; такое же дрожание, но еще менее заметное существует также в левой руке, в обеих ногах, в языке и иногда в нижней челюсти. При усталости, волнении и произвольных движениях дрожание слегка усиливается, а во время сна прекращается совершенно. Питание мышц не изменено, атрофий нигде не наблюдается. Все пассивные движения совершаются в полном объеме, но со значительным сопротивлением. Что касается до активных движений, то надо отметить невозможность для больного заложить руки за спину, а все остальные активные движения совершаются в полном объеме, хотя очень медленно и с большим затруднением. Сила движений вполне достаточная, координация движений сохранена. Пишет больной очень медленно и с большим трудом; почерк у него мелкий, дрожащий.

Садится и встает больной очень медленно; ходит слегка нагнувшись вперед, делая мелкие шаги и иногда пошатываясь в стороны; остановиться сразу не может, а должен прежде сделать еще 1—2 шага; иногда при поворотах или во время ходьбы его тянет назад. Все сухожильные рефлексы очень живы; клonusов не получается. Кожные рефлексы, за исключением брюшных, вызываются, брюшные же отсутствуют, но надо отметить значительную вялость брюшных стенок. Глоточный рефлекс отсутствует, а другие со слизистых оболочек существуют. Сфинктеры не расстроены. Электровозбудимость нормальна. Обоняние, зрение, вкус и слух в полном порядке. Цветовосприятие, поле зрения, острота зрения и дно глаз нормальны. Зрачки равны, реакция их на свет, конвергенцию и аккомодацию живая. Движения глазных яблок возможны в полном объеме, нистагма нет; со стороны V пары черепных нервов надо отметить небольшую ригидность жевательных мышц; лицо больного маскообразно, мимика бедна и затруднена; наблюдается легкое сглаживание левой носогубной складки и угол рта слева слегка опущен; речь ясная, но голос монотонный и тихий; во время еды пища иногда попадает в нос; небная занавеска слегка опущена с обеих сторон и при фонации напрягается вяло; со стороны XI пары черепных нервов уклонений от нормы нет, движения языка свободны и высовывается он по средней линии.

Чувствительная сфера в полном порядке. Временами больной бросает в жар. Есть красный дермографизм. Секреторных и трофических расстройств нет. Больному назначены теплые ванны, франклинизация, впрыскивание

scopolamin'a и бром. Больной пробыл в клинике месяц и за это время здоровье его как будто стало несколько лучше: он стал спокойнее, походка стала тверже, речь менее монотонна и почерк более разборчив, но в основе заболевания перемен не произошло и дрожание и тугоподвижность членов остались *in statu quo ante*; 2 октября 1915 г. больной выписался.

#### Наблюдение XXIX.

Моисей Ра—ч, портной, 49 лет. Вступил в клинику 21 октября 1915 г. Выбыл из клиники 21 ноября 1915 г. Больной жалуется на общую слабость и дрожание левых конечностей.

Наследственность. Отец умер 45 лет от нарыва в горле, был здоровым человеком и спиртных напитков не употреблял. Мать умерла 60 лет, пользовалась хорошим здоровьем и имела много детей, из которых в настоящее время в живых 6 человек. Дядя больного по матери был идиотом, а остальные родственники как со стороны матери, так и со стороны отца были здоровыми людьми. Старший брат больного 65 лет пользуется хорошим здоровьем, женат и имеет здоровых детей; 2-й брат 54 лет и 3-й брат 52 лет также здоровые люди; 2 сестры больного пользуются очень хорошим здоровьем и в настоящее время находятся в очень преклонных годах. Туберкулеза, сифлиса и алкоголизма в роду больного не было.

*Anamnesis.* Больной родился в срок последним по порядку рождений в семье, кормился грудью матери и рос здоровым ребенком. В раннем детстве перенес корь. Дома жил до 13 лет, а затем поступил в мастерскую обучаться портняжному мастерству, работал много; 16-ти лет оставил учение и переехал в Вильно, где и поступил в мастерскую. В это время он много учился, читал, выучился русскому языку и вообще занимался самообразованием. 23 лет переехал в Нижний-Новгород и поступил на место закройщика. 25 лет женился на дочери своего хозяина и вступил компаньоном в дело. После рождения дочери жена заболела. Всего у жены больного было 15 беременностей, которые приходилось прерывать, так как у нее развивались неукротимые рвоты. Почти каждый год жена лежала в больнице. Больной был хорошим семьянином и потому болезни жены, а потом и дочери сильно волновали его и расстраивали. После родителей жены больной стал хозяином дела, и всевозможные деловые отношения также служили источником волнений. С 33-х лет начались приступы аппендицита, которые повторялись 4 раза, но проходили без операции. *Lues* и *urethritis* больной отрицает. Раньше курил и пил умеренно, а теперь уже 15 лет как бросил и то и другое. Шесть лет тому назад дочери больного была сделана операция, по поводу чего он сильно волновался, плакал и не спал ночами, а вскоре после этого потрясения почувствовал небольшую слабость в левой руке (больной левша и всегда работает левой рукой). В то же время стало сводить 3-й палец на левой стопе; судороги очень болезненны, и, когда они случались, больной не мог ходить и стоять, а должен был садиться. Особенно уставала рука при кройке тяжелых материй и он не в силах был разрезать их. Через 1½ года после начала заболевания больной начал лечиться массажем и электризацией; лечился целую зиму, а на лето поехал в Ригу, где ему делали сильный массаж, четырех-камерные ванны и гальванизацию левых конечностей. После такого трехнедельного лечения больной сильно поправился—слабость в левой руке и ноге уменьшилась, он мог свободно одеваться и стал лучше писать и кроить. Это улучшение длилось у него целую зиму. Весной ему опять стало хуже и он опять в течение месяца лечился в Риге, но на этот раз поправился значительно меньше и не мог уже так свободно, как прежде,

писать и одеваться, а кройку пришлось бросить совсем. Очень мелкое дрожание появилось с 1913 года. Больной все время продолжал лечиться—принимал ванны, делал массаж, пил под и до декабря 1914 года чувствовал себя сносно, так как слабость, хотя и увеличивалась, но очень медленно. Затем после неприятностей он почувствовал себя опять хуже. В марте этого года значительно увеличилось дрожание в левых конечностях и временами речь больного стала замедленной, а в апреле появилась общая скованность всего тела и все движения стали медленны и ограничены. В это же время иногда во время ходьбы больного начало толкать вперед, а при стоянии—тянуть назад. В мае 1915 года больной обратился к профессору Даркшевичу и затем лег в санаторий, где и пробыл месяц, после чего состояние его здоровья значительно улучшилось—он окреп, легко мог подниматься со стула, переворачиваться в постели, одеваться и при ходьбе его не шатало; дрожание в левых конечностях также стало меньше. Улучшение это длилось месяц, и за это время больной продолжил и окончил начатое в санатории лечение—60 впрыскиваний *scopolamin'a*. Однако, несмотря на лечение, ухудшение постепенно прогрессировало—после всякого волнения или утомления появлялась настолько сильная слабость, что больной был принужден ложиться в постель, дрожание в левых конечностях опять усилилось, левая нога его стала тяжелой и непослушной и появилось головокружение. 15 сентября был консилиум, на котором больному был назначен курс лечения атропином, а 21 октября больной поступил в нервную клинику.

St at us 25—28, X 1915 года. Больной среднего роста, правильного телосложения и хорошего питания. Сливистые ободочки окрашены хорошо. Кожа белая, рубцов и пятен на ней нет; грудь, живот и конечности покрыты длинными и черными волосами. Лицо маскообразно и слегка ассиметрично—правая сторона немного сглажена. Лимфатические железы, а также и щитовидная не увеличены. Жировой слой и мускулатура развиты хорошо. Форма черепа нормальная. Костный скелет развит нормально. Позвоночник не искривлен и безболезнен при ощупывании. Со стороны органов кровообращения надо отметить значительный склероз артерий и глухие тоны сердца. Пульс 76 в 1', хорошего наполнения. Органы дыхания, пищеварения и моче-половые в полном порядке. Моча кислой реакции, уд. вес ее 1015, белка, сахара, крови и желчи нет.

Нервная система. Больной говорит, что он рос нервным ребенком и с детства отличался большой впечатлительностью; в юности он перенес много обид и унижений, а потому и стал очень обидчив и подозрителен. Способности к учению имел хорошие. Будучи уже взрослым, изучил язык „эсперанто“, любил много читать, посещал лекции по общеобразовательным предметам и интересовался общественными вопросами. Память имел хорошую: помнил все счетовые книги на память и хорошо запомнил имена и цифры. За время своей болезни он отмечает некоторое ухудшение памяти, но она еще достаточна как на дальние, так и на близкие события. Можно еще отметить довольно частые и быстрые смены настроения—благодушное настроение сменяется несколько тревожным и угнетенным. При взгляде на больного бросается в глаза общая скованность всего тела. Держится больной немного согнувшись вперед, голова слегка втянута в плечи, руки обычно находятся в полусогнутом положении, в левой руке заметно мелкое ритмическое дрожание, при чем в пальцах оно наиболее сильно. Движение „сучение нитки“ появляется только во временах во время сильного волнения, когда, вообще, дрожание усиливается. В левой ноге дрожание еще менее заметно, оно очень мелко и ритмично. Почерк дрожащий—характерный для *paralysis*

agitans. Атрофий нигде не наблюдается. Все пассивные движения головы, шеи и правых конечностей совершаются в полном объеме и с обычным для нормы сопротивлением. В левых конечностях существует сильная тугоподвижность, особенно в ноге, и пассивные движения слегка ограничены. Все движения больного очень медленны, и он быстро утомляется. Активные движения головы, шеи, правых конечностей и позвоночника совершаются в полном объеме и с хорошей силой. Активные движения левой руки также не ограничены в объеме, но совершаются чрезвычайно медленно. Активные движения в левой ноге ограничены довольно сильно: в тазобедренном и коленном суставах сгибание возможно лишь в половинном объеме, сгибание и разгибание в голеностопных суставах очень незначительно, а боковые движения в этих суставах отсутствуют совершенно, движения пальцев сохранены. Координация простых активных движений не нарушена—движения очень медленны, но верны. Сложные активные движения совершаются чрезвычайно медленно, во вполне координированны и не все возможны. При вставании со стула, больной делает несколько раз попытку встать, прежде чем подняться; когда он садится, то движение это он начинает делать очень медленно, а затем падает на стул, как безжизненная масса. В постели он с трудом меняет положение, а одеваться сам не может. При стоянии больной должен на что-нибудь опереться, так как его толкает назад (*retropulsio*). При ходьбе он слегка нагибается вперед, идет мелкими шагами и ускоряет свой шаг, так как его „что-то“ толкает вперед (*propulsio*). Остановиться сразу не может, а должен после команды „стой“ сделать еще  $1\frac{1}{2}$ —2 шага. При толкании больного вперед и назад—не падает. Кроме феноменов *propulsio* и *retropulsio* у больного во время ходьбы левая нога отстает от правой: шаг с левой ноги мельче, чем с правой, левая ступня отслаивается от пола хуже правой, и на левую ногу он слегка припадает. Электровозбудимость нормальна. Сухожильные рефлексы справа нормальны, а слева повышены; клонусов нет. Рефлексы со слизистых оболочек и кожные вызываются. Феномен Бабинского отсутствует. Сфинктеры не расстроены. Никаких болей и парестезий у больного нет. Все виды чувствительности как поверхностной, так и глубокой вполне нормальны. Обоняние, зрение, вкус и слух нормальны. Зрачки равны, реакция их на свет и аккомодацию хорошая. Движения глазных яблок кверху и книзу достаточны, но совершаются несколько медленно. Движения глазных яблок кнутри и кнаружи очень замедлены и объем их слегка ограничен, при чем более всего ограничено отведение правого глаза. Существует диплопия. Нистагма нет. Пятая пара черепных нервов уклонения от нормы не представляет. Мимика очень бедная и вялая. При оскаливании зубов рот слегка перекашивается вправо, левая носогубная складка выражена хуже и складки на лбу слева хуже собираются, чем справа. Небная занавеска не свисает, при фонации напрягается хорошо и симметрично с обеих сторон. Глотание не расстроено. Речь монотонная, но ясная и при разговоре голос больного заметно слабеет. Движения *m. cucularis* слева заметно ослаблены, *m. m. sterno-cleido—mastoides* сокращаются хорошо. Движения языка совершаются в полном объеме и высовывается он по средней линии. Секреторных, вазомоторных и трофических расстройств нет. Больному назначено следующее лечение: 1) франклинизация, 2) *Na bromatum* 8,0:200,0—2 раза в день, 3) световые ванны через день и 4) теплые водяные ванны через день. Больной пробыл в клинике 1 месяц и за это время самочувствие его стало значительно лучше, но объективно никаких перемен не произошло, и 21 ноября 1915 года он выписался в том же состоянии, в котором я его наблюдал при поступлении в клинику.

### III.

## ЭТИОЛОГИЯ.

Дрожательный паралич является довольно редким заболеванием не только по отношению к общему количеству внутренних больных, но и, в частности, по отношению к больным с заболеванием исключительно нервной системы. Eichorst нашел среди 13563 внутренних больных 14 случаев paralysis agitans (0,09%), а Leva среди 11000 только 8 случаев (0,07%). Прежние авторы не считали paralysis agitans редким нервным заболеванием, но мы не можем придавать большого значения их статистике, в виду недостаточности дифференцирования различных форм дрожания. Так, Sanders говорит, что в одной Англии ежегодно наблюдается 22 смертных случая от дрожательного паралича, а Ordenstein и Horieux считали, что paralysis agitans встречается чаще, чем tabes dorsalis. Позднейшие авторы дают следующие статистические данные:

К. Mendel	на 25000	нервно-больных	имел 50	случаев par. agit.	0,20%
Krafft-Ebing	" 34000	" "	" 77	" "	0,23%
Birnbaum	" 4738	" "	" 14	" "	0,28%
Eulenburg	" 10424	" "	" 46	" "	0,44%
Berger	" 6000	" "	" 37	" "	0,62%

Наши собственные данные получены на основании амбулаторного и клинического материала Московской нервной клиники в период 1890—1911 года: на 42890 больных приходится 106 страдающих дрожательным параличем, что составляет 0,25%. Итак, мы видим, что наши данные, а также и данные других авторов приблизительно совпадают, и средняя процентная цифра из вышеуказанных наблюдений будет равна 0,3. Судя по имеющейся литературе, можно думать, что чаще всего дрожательный паралич наблюдается в Англии и в Северной Америке, второе место занимают Франция и Бельгия, а затем уже идут Германия, Австрия и Швейцария. Вигг указывает на редкость paralysis agitans среди негров, а Krafft-Ebing наблюдал его особенно часто у евреев. Относительно того вопроса, какой пол дает больший контингент страдающих дрожательным параличем, наблюдения авторов расходятся между собой. Collins, Erb, Gowers, Hart, Heiman, Leva, Peterson, Rocholl и Stewart дают больший % заболевания мужчин, между тем как Holm, Ruhemann и Birnbaum указывают на женщин. Кроме того, существует и 3-я группа авторов (К. Mendel, Berger, Eulen-

burg), которая дает одинаковый % заболеваемости и считает, что пол вообще не имеет значения. На основании имеющегося у меня материала я должен присоединиться к последней группе, так как из 120 описанных мною выше больных мужчин было 62 человека, а женщин 58. Такое же разногласие возникает среди авторов и по поводу социального положения больных. В то время как Wollenberg считает дрожательный паралич преимущественно болезнью низших классов общества, Eulenberg и Glorieux, наоборот, отдают предпочтение людям более обеспеченным\*). Paralysis agitans начинается обычно в пожилом возрасте. Случаи до 40 лет являются уже редкостью, а случаи в молодом возрасте (до 30 лет) — исключением. Самые молодые больные K. Mendel'я и Orpenheim'a (по одному у каждого) были в возрасте 32-х лет. Ordenstein первый приводит статистические данные относительно начала заболевания paralysis agitans и хотя 50% его больных было в возрасте более 50 лет, он думает, что чаще всего болезнь развивается между 40 и 50 годами. Основанием для этого он считает то обстоятельство, что вследствие медленного развития и длительного течения болезни врачу приходится наблюдать больного много лет спустя после начала заболевания, и сами больные часто не помнят начальных симптомов. Если брать широкие границы, то средний возраст начала заболевания дрожательным параличом лежит между 40 и 60 годами. По Eulenburg'у средний возраст равняется 59,6 лет, Gowers дает цифру—52, Rocholl—54, Mendel—56, Vyshowsky—53. На основании своих собственных наблюдений, а также материала нервной клиники Московского Университета, мы можем дать среднюю цифру в 49,4 года. Несмотря на исключительную редкость заболевания дрожательным параличом в молодом возрасте (до 30 лет), в литературе имеются случаи, в которых начало болезни появилось даже до 20 лет. Такие случаи описал Lannois (начало в 19 лет), Rabot, Bury, Vanysek (18 л.), Berger (17 л.), Duchenne (16 л.), Ballet et Rose, Sachs, Fioupe (15 л.), Lanois, Meschede, Medea (12 л.), Weil et Rouvillois (10 л.) и, наконец, рекорд побил Huchard, который описывает 18-летнюю девушку, у которой болезнь началась с 3-летнего возраста. Надо сказать, что почти все эти наблюдения являются сомнительными в диагностическом отношении и до сих пор самым молодым, несомненным агитантом является 18-летний больной Duchenn'a, у которого болезнь начала развиваться в 16 лет. Willige собрал все случаи, в которых paralysis agitans появился до 30 лет (материал за 60 лет—с 1856 до 1911 года), и таких наблюдений оказалось 47. Разобрав их критически и отбросив все сомнительные случаи, Willige приходит к заключению, что вполне верных случаев начала Паркинсоновой болезни до 30 лет описано до сих пор только 14 (Gowers, Erb, Berger, Rabot, Buzzard, Rowillois-Bard, Charcot, Siehr, Clerici et Medea, Pennato, Wanysek, Duchenne и Recker). Сам Willige приводит 15 случаев, 16 описан в 1912 г.

---

\*) Имея в своем распоряжении исключительно материал клиники, мы, конечно, не можем делать по этому поводу собственных выводов.

Круковским. Среди моих наблюдений мне посчастливилось иметь 2 несомненных случая, которые являются, следовательно, наблюдениями 17 и 18. Один из этих случаев был мною опубликован в 1913 году и кроме того фигурирует в этой книге под № 9 собств. наблюд. Другой случай является комбинацией *paralysis agitans* с *hysteri'ей* (наблюдение XVIII) и был наблюдаем мною в сентябре 1913 года.

Переходя к вопросу о наследственности, постараемся, выяснить, какую роль играет она в этиологии дрожательного паралича. И здесь, как всегда, дело не обходится без увлечения, и в то время как одни авторы не придают наследственности никакого значения, другие считают ее чуть ли не единственную настоящею причиною болезни, а истина, повидимому, лежит в середине между этими 2-мя крайностями. Ordenstein, Charcot, Glorieux, Heimann, Krafft-Ebing, Gorski и Curschmann на основании своего материала не только не придавали никакого значения прямой наследственности, но и вообще не признавали у заболевших дрожательным параличем невропатического предрасположения. Случаи, в которых в семье больного наблюдалось несколько человек с дрожательным параличем, описывают Berger, Borgherini, Bury, Clerici и Medea, Collins и Muskens, Erb, Gowers, Günther, Hart, Holm, Jolly, Leroux, Lhironde, Lundborg, Mendel K., Maxons, Oppenheim, Pennato, Ricca, Siehr, Starr, Thiem, Terrien, Weber и Willige.

Кроме того существует много наблюдений (Eulenburg, Wollenberg Fürstner, Stewart и др.), в которых хотя и не было дрожательного паралича у нескольких членов фамилии, но зато было много других нервных и душевных заболеваний.

Приведем статистические данные авторов о невропатической наследственности в этиологии *paralysis agitans*:

Wollenberg	дает . . . . .	26 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Collins	„ . . . . .	26 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Stewart	„ . . . . .	21 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Eulenburg	„ . . . . .	20 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Gowers	„ . . . . .	15 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Allen Starr	„ . . . . .	4—5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Кроме того прямую наследственную передачу констатировали: Berger в 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>0</sup>/<sub>0</sub> случаев, а Erb в 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Особенно большое значение наследственности придавали в прежнее время (1880 год) Leroux, а в последние годы (1911 год) Willige. Leroux считал, что исключительно только наследственность является причиною Паркинсоновой болезни. Willige признает особое значение наследственности в тех случаях, когда *paralysis agitans* начинается в молодом возрасте и пытается даже выделить в особую группу, дав ей название „*Paralysis agitans juvenilis familiaris*“. Этот вывод Willige делает на основании того, что почти в половине всех описанных случаев с ранним развитием дрожательного паралича, эта болезнь наблюдалась у нескольких членов

семьи. Несмотря на все вышеуказанное, существует громадное количество наблюдений с совершенно чистой наследственностью, и даже те авторы, которые видели случаи дрожательного паралича у нескольких членов одной и той же семьи, не склонны придавать им особое значение. Так, К. Mendel имел 4 таких случая из 41 и, тем не менее, говорит по поводу наследственности следующее: „Auf Grund meines Materials kann ich dennach der ungleichartigen Heredität nur eine ganz untergeordnete Rolle zuschreiben, sofern dieselbe überhaupt einen wesentlichen Einfluss auf das Entstehen der Paralysis agitans hat“. Oppenheim также считает, что наследственность не играет выдающейся роли в этиологии paralytic agitans, хотя и имеется налицо в „nicht so geringen Teil der Fälle“. По вопросу о наследственности мы должны прибавить еще, что К. Mendel указывает на то, что дрожательный паралич появляется в здоровых семьях, в роду которых наблюдается редкое долговечие. Он приводит в своей монографии таблицу, из которой видно, что в 15-ти случаях из 41-го многие родственники больного, а в особенности матери (11 случаев), жили до глубокой старости. На этот же факт указывают Oppenheim и Glorieux. Затем надо упомянуть о том, что Charcot придавал большое значение артритической наследственности, а Glorieux в 4-х случаях отмечает в роду больных туберкулез. Перейдя теперь к нашему материалу (120 случаев), мы рассмотрим отдельно материал амбулатории (80 случаев) и материал клиники вместе с нашими собственными наблюдениями (40 случаев).

#### 80 случаев из амбулатории.

63 случая—наследственность чиста.

2 случая—наследственность неизвестна (21а и 36а).

2 случая—еще есть члены семьи с дрожательным параличом (4 а и 60 а).

1 случай—„какое-то“ дрожание у деда (53а).

5 случаев—алкоголизм отца (10, 10, 19, 45 и 46а).

3 случая—в роду туберкулез (62, 63 и 72 а).

2 случая—в роду апоплексия (15а и 51 а).

1 случай—в роду душевнобольные (12 а).

1 случай—отец эпилептик (22 а).

#### 40 клинических и собственных наблюдений.

12 случаев—наследственность чиста.

2 случая—наследственность неизвестна (II к. и XXIV с. н.).

2 случая—еще есть члены семьи с дрожательным параличом (I с. н. и XVI с. н.).

2 случая—„какое-то“ дрожание у матери (VIII к. и X к.).

15 случаев—алкоголизм отца (VII, X, XI к. и I, II, vI, VII, IX, XI, XIII, XV, XXI, XXIII, XXV, XXVII с. н.).

2 случая—алкоголизм в роду (XII с. н. и XVIII с. н.).

4 случая—в роду туберкулез (VI к. X, XIV и XXVIII с. н.).

1 случай—в роду апоплексия (VI к.).

3 случая—в роду душевнобольные (IV к, XXII, XXIX с. н.).

3 случая—в роду припадки (XVII, XIII и XX с. н.).

Сравнивая наши данные с наблюдением других авторов, мы не видим между ними существенной разницы, и скорее бросается в глаза несоответствие количества случаев, неотягощенных наследственностью, в наблюдениях клинических и наших собственных (12 из 40) с количеством таких же случаев из амбулатории (63 из 80). Это обстоятельство мы объясняем тем, что при амбулаторном исследовании больных нет достаточно времени для подробного расспроса о наследственности, таким образом, амбулаторные данные по этому вопросу являются не вполне точными. Артритической наследственности, на которую указывает Шарко, мы не могли констатировать ни в одном случае. В 2-х случаях в роду больных был *paralysis agitans*, но не в тех случаях, где болезнь началась в раннем возрасте, что говорит против взгляда Willige. Так же как и Glorieux, мы имеем среди наших наблюдений в наследственности туберкулез, но не придаем этому значения в виду большого распространения этой болезни. Некоторый интерес в наших наблюдениях, а так же в нашем амбулаторном и клиническом материале, представляет большое количество (40% соб. набл.) случаев, где в наследственности больных существует алкоголизм отца, а между тем в литературе дрожательного паралича об этом совсем не упоминается. Огромное, сравнительно с другими странами, распространение алкоголизма в России, особенно среди низших классов населения, отчасти объясняет этот факт. Принимая во внимание, что алкоголизм родителей играет большую роль в этиологии многих нервных болезней, мы можем думать, что и в этиологии *paralysis agitans* он имеет некоторое значение. В конце-концов, сравнивая наследственность агитанов с наследственностью огромного количества не только больных, но и здоровых людей, мы должны признать скудность наследственного отягощения больных с дрожательным параличом и тем самым отнести ему лишь незначительную роль в этиологии этой болезни. На основании собственных наблюдений (19 из 29), мы скорее примыкаем к мнению К. Mendel'я, Oppenheim'a и Glorieux, что *paralysis agitans* развивается в здоровых и долговечных семьях. Покончив с наследственностью и перейдя к анализу самих больных, мы, прежде всего сталкиваемся с тем фактом, что в огромном количестве случаев дрожательного паралича, несмотря на самое тщательное исследование, не только не удается отыскать какую-нибудь определенную причину заболевания, но даже во всей прошлой жизни больного не оказывается никаких ослабляющих организм влияний—будут ли то острые или хронические болезни, алкоголизм и психические или физические травмы. Таких случаев мы имеем среди наших собственных наблюдений 6 из 29 (I, VIII, XVI, XVIII, XX и XXVIII), что составит 20%, а среди амбулаторного и клинического материала 28 из 91. Затем в 36 случаях из 120 описанных нами выше, мы опять-таки не видим причины настоящей болезни, а должны довольствоваться тем

или другим ослабляющим фактом из жизни больного, который кроме, того, часто наблюдался за много лет до начала заболевания. И так мы видим, что приблизительно только в  $\frac{2}{5}$  всех случаев мы получаем от больного указание относительно той причины, которую он „приводит“ в качестве этиологического момента своего заболевания. Наблюдения многих авторов сходятся с полученными нами данными. Между предрасполагающими, способствующими и прямыми причинами дрожательного паралича почти все авторы ставят на первом плане психические и физические травмы, а также долго длящиеся физические напряжения и душевные волнения. По этому поводу существуют сотни достоверных наблюдений, но мы не можем заняться перечислением их, не рискуя чрезмерно увеличить объем нашего сочинения, и сошлемся только на приведенную в конце книги литературу. Среди нашего материала (120 случаев) мы также имеем 32 случая, в которых больные начало своего заболевания ставят в непосредственную связь с той или другой психической травмой; случаев, где в качестве этиологического момента выставляется физическая травма, мы насчитываем только 8. Кроме того в 23-х случаях мы имеем в анамнезе больных много душевных волнений и в 13 случаях чрезмерные физические напряжения и травмы. Многие авторы стараются найти связь между дрожательным параличом и суставными болями, придавая при этом особое этиологическое значение острому и хроническому суставному ревматизму. L'hirondel говорит по этому поводу следующее: *L'arthritisme joue un grand rôle dans l'étiologie de la maladie de Parkinson*. Vincent и Vessette выделяют даже особую форму— „*forme reumatismale de la paralyse agitante*“, с болями и деформациями суставов. Bachère, Bèchet, Bidon, Dana, Erb и Gorski наблюдали случаи, в которых дрожательному параличу предшествовал острый суставный ревматизм. Гораздо чаще констатированы были изменения в суставах, соответствующие хроническому суставному ревматизму. Подобные случаи видели: Bèchet, Berger, Bruns, Vychowski, Hecker, L'hirondel, Liebers, K. Mendel, Raymond, Spiller и многие другие авторы. Надо сказать, что не все авторы одинаково смотрят на изменения суставов при дрожательном параличе. Так, Bèchet, Bruns и Raymond говорят, то даже при значительной деформации суставов сами суставы остаются неизменными и объясняют деформацию ригидностью мускулатуры и неподвижностью. Еще недавно (1913 года) Günther, на основании тщательно исследованного клинически и патолого-анатомически случая, категорически высказался против связи Паркинсоновой болезни с суставным ревматизмом. В этом случае *paralysis agitans* была типичная клиническая картина хронического суставного ревматизма, а гистологическое исследование дало отрицательные результаты. В нашем материале боли в суставах наблюдались в 11% всех случаев. Простуду, промокание, жите и работу в холодных и сырых помещениях часто приводят в числе этиологических факторов. Bachère, Charcot, Eulenburg, Heimann, K. Mendel, Peterson и Weber описывают случаи, в которых *paraly-*

sis agitans появился непосредственно после простуды. Мы также имеем 5 клинических наблюдений (V, XI к. н. и V, XII, XV с. н.), в которых больные приводят простуду в качестве единственного и непосредственного этиологического момента своего заболевания. Кроме того в 8-ми амбулаторных случаях есть указания на вредное влияние холода и сырости. Многим острым, хроническим и инфекционным болезням приписывают известное значение в этиологии paralysis agitans: Borgherini, Eulenburg, Leroux и Romberg в качестве predisposing причины указывают на malarію; брюшной тиф не только часто существует в анамнезе больных (K. Mendel, Eulenburg, и др.), но, по наблюдениям Berger'a, Gower'a, Fry и de Saint-Leger'a, он является иногда прямым предшественником дрожательного паралича, а Ughetti после тифа видел усиление tremor'a; далее Eulenburg хочет видеть в качестве predisposing момента следующие болезни в анамнезе некоторых своих больных—зоб и артериосклероз, простаторею с хроническим катарром мочевого пузыря, хронический нефрит и плеврит, язву желудка, сифилис и морфинизм; наконец, один из больных Westphal'a приписывает свою болезнь ожогу. В анамнезе наших случаев также попадаются различные болезни, но все они не могут быть поставлены в непосредственную связь с дрожательным параличем.

В 120 случаях в анамнезе были:

Malaria . . . . .	10 раз
Typhus abdominalis . . . . .	10 раз
Urethritis . . . . .	5 раз
Оспа . . . . .	2 раза
Катарр кишек и желудка . . . . .	2 раза
Ulcus molle . . . . .	1 раз
Morbus Basedowii . . . . .	1 раз
Воспаление почек . . . . .	1 раз

Кроме того в одном нашем наблюдении (XI с. н.) больная в качестве непосредственной причины заболевания выставляла болезнь матки, и в одном амбулаторном случае (58 а), paralysis agitans появился у больного тотчас же после воспаления легкого. Сифилис, по мнению большинства авторов, не играет никакой роли в этиологии paralysis agitans, хотя и наблюдается иногда в анамнезе больных (Oppenheim, Eulenburg и др.). Среди наших собственных наблюдений он встречается 4 раза (III, VII, XXII и XXVII) и среди амбулаторного материала 6 раз (10, 22, 44, 51, 59 и 80). Алкоголю также не придают никакого значения. K. Mendel говорит даже по этому поводу следующее: „Der Alkohol spielt wohl sicher keine Rolle beim Entstehen der Schüttellähmung...“ Не делая никаких заключений, мы укажем только на то, что 13,3% (16 из 120) больных из нашего материала были алкоголиками, а более  $\frac{3}{4}$  остальных также выпивали хотя и умеренно. Относительно влияния других ядов мы не имеем собственных наблюдений, да и литературные данные по этому вопросу

очень скудны. К. Mendel сообщает об одном больном, которому пришлось долго работать с селитреной, серной, соляной кислотой, цианистым кали и дышать ядовитыми парами; Eulenburg наблюдал 2 случая, в которых началу дрожательного паралича предшествовало хроническое отравление свинцом, но в обоих этих случаях кроме того в анамнезе был lues. Итак, из нашего материала и из имеющейся литературы мы видим, насколько разнообразны те агенты, которые приводятся в качестве предрасполагающих и даже прямых причин заболевания дрожательным параличем. Как мы уже упомянули выше, наиболее частой и, повидимому, наиболее достоверной причиной являются физические и психические травмы, а также длительное влияние душевных волнений и физических напряжений. Мы лично рассматриваем эти причины исключительно, как ослабляющие организм вообще, и в некоторых случаях, где начало заболевания непосредственно следовало за травмой, как последний толчок, или как момент „ускоривший“ наступление болезни, все равно проявившейся бы впоследствии. Здесь мы видим аналогию со спинной сухоткой, которая часто начинается после той или иной психической или физической травмы, а между тем никто теперь не сомневается в том, что никакая травма сама по себе не может вызвать tabes dorsalis, без lues'a в анамнезе больного. Также на основании простого арифметического расчета, мы не можем отдавать травме предпочтения перед другими причинами. На самом деле, кто из людей в возрасте от 45—55 лет (обычное начало дрожательного паралича) может похвастаться, что во всю свою жизнь у него не было никаких волнений, неприятностей, душевных переживаний, физического переутомления и более или менее сильной физической травмы, а между тем острые, хронические и инфекционные болезни, продолжительное влияние холода и сырости и т. д. вовсе не обязательны для всего человечества. К. Mendel, один из наиболее горячих защитников травмы, как этиологического момента paralysis agitans, все же не может обойтись без предположения о „предрасположении“ к заболеванию. Указывая на те случаи, где травма непосредственно вызвала дрожательный паралич, он, тем не менее, принужден оговориться: *Immerhin kommen wir auch in diesen Fällen ohne di Annahme einer vorhandenen Prädisposition Zur Erkrankung nicht aus*“. Вот этим-то предрасположением, сущности которого мы не знаем, мы и должны пока довольствоваться, говоря об этиологии paralysis agitans. То обстоятельство, что в огромном большинстве случаев дрожательного паралича мы вообще не находим никаких причин, которые мы обычно привыкли считать предрасполагающими к нервным заболеваниям, наводит на мысль о том, что, может-быть, и существует какая-нибудь определенная причина заболевания; но не желая входить в чисто теоретические и бездоказательные рассуждения по этому поводу, мы лучше скажем „ignoramus“.

---

#### IV.

#### СИМПТОМАТОЛОГИЯ \*).

В громадном большинстве случаев дрожательный паралич развивается очень медленно, постепенно и незаметно, так что многие больные затрудняются определить в точности начало своего заболевания и делают при этом грубые ошибки в несколько месяцев и даже лет. Начало болезни обычно характеризуется появлением одного из двух главных симптомов *paralysis agitans*, а именно: 1) дрожанием и 2) изменением мышечного тонуса. Однако во многих случаях этому явному развитию болезни предшествует продромальный период, который выражается преимущественно различного рода болями и парестезиями. „Und es ist auffallend“, говорит по этому поводу К. Mendel—„das die Paralysis agitans, deren Erscheinungen sich vornehmlich auf motorischen Gebiete (Zittern, Muskelrigidität)! abspielen, für ihre Prodrome das sensible Gebiet bevorzugt. Ja, wir sehen nicht selten, dass mit dem wahren Beginn der Paralysis agitans die sensiblen Prodromalerscheinungen geringer werden bezw. ganz aufhören“. Боли, наблюдаемые в качестве предвестников, бывают самого разнообразного характера (рвущие, режущие, тянущие, давящие, стреляющие и т. д.) и локализуются часто в той конечности, которая впоследствии сильнее всего поражается дрожанием или ригидностью. Кроме того, как мы уже указывали выше, боли наблюдаются иногда в суставах, и многие авторы придают этому обстоятельству этиологическое значение. Далее, Bourneville, Gorski, К. Mendel, Oppenheim, Wollenberg и, в особенности, Grawitz считают довольно частыми и характерными продромальными явлениями сильные боли в животе, которые напоминают желудочные, кишечные, печеночные колики или гастрические кризы, наблюдаемые при *Tabes dorsalis*. Парестезии также бывают очень разнообразны: онемение и ползание мурашек в членах, ощущение укорочения сухожилий, местное ощущение жара и холода и пр. Кроме этих предвестников из чувствующей сферы, которые при дальнейшем развитии болезни часто исчезают, существуют еще другие продромальные симптомы, являющиеся уже симптомами самого дрожательного паралича, хотя не столь постоянными и характерными, как

---

\*) Эта глава была напечатана во 2-м выпуске „Трудов клиники нервных болезней и неврологического института Московского Университета“. 1917 г.

два вышеуказанных. Симптомы эти следующие: общая слабость, потливость, слюнотечение, чувство жара во всем теле, приливы крови к голове, легкая возбудимость, внутреннее беспокойство и ощущение страха. Вот этими-то явлениями и открывается иногда картина *paralysis agitans* и часто они задолго предшествуют кардинальным симптомам, но в виду их нехарактерности они не могут служить для правильного распознавания болезни. Часто наблюдается, что у одного и того же больного было несколько продромальных симптомов. Для полноты описания я должен упомянуть еще, что в одном случае Wollenberg'a в качестве первого расстройства был местный отек, который пропал после появления на этом месте дрожания и ригидности. Подобный же случай имеем и мы среди наших наблюдений. Амбулаторный материал нашей клиники дает только 20% случаев, в которых были те или другие предвестники, но в более тщательно исследованных клинических наблюдениях мы имеем продромы уже в  $\frac{2}{3}$  всех случаев.

Предвестники в 40 клинических наблюдениях.

Предвестников нет . . . . .	13	случаев
Боли в суставах рук и ног . . . . .	11	"
Боли в пояснице . . . . .	6	"
Боли и слабость в тех частях тела, в которых впоследствии развились дрожание . . . . .	8	"
Общая слабость . . . . .	9	"
Потливость . . . . .	1	"
Ощущение жара во всем теле . . . . .	4	"
Парестезии в конечностях . . . . .	4	"
Головокружение . . . . .	1	"

Мы видим, что наши данные приблизительно сходны с наблюдениями других авторов, но нам ни разу не приходилось слышать от больных о боли в животе, которую некоторые авторы причисляют к частым предвестникам. Покончив с продромальными явлениями, мы остановимся сначала на психической сфере больных, а затем уже перейдем к главнейшим двигательным расстройствам.

**Психическая сфера.**

Психическое расстройство не свойственно дрожательному параличу, и если в отдельных случаях и наблюдается резкое нарушение душевной деятельности, то на это надо смотреть как на осложнение или комбинацию. Против этого взгляда выступил в 1882 году Ball, который считал что те или другие психические симптомы не только встречаются при *paralysis agitans*, но и находятся в тесной связи с моторными проявлениями болезни. Свои выводы он резюмирует следующими словами: „*Les troubles psychiques sont presque toujours intermittents. Ils paraissent s'aggraver parallèlement aux troubles de la motilité, et se calmer lorsqu'il survient, au point de vue du troublement, une période de rémission*“. Но уже в следующем году Parant оспаривал этот параллелизм, и все позднейшие авторы также не

разделяли этих воззрений Ball'я. Случаи, в которых *paralysis agitans* сопровождался каким-либо определенным психозом (*dementia senilis*, *dementia arteriosclerotica*, циркулярный психоз и др.), сообщают нам следующие авторы: Parant, Roger, Peeters, Heiman, Wille, Wollenberg, Fürstner, Catola, Borghesio, Steindl, K. Mendel, Förster. Мы также наблюдали подобный случай, в котором на фоне артериосклеротического слабоумия развилось скоро прошедшее состояние галлюцинаторной спутанности и бредового возбуждения. Ball, Parant, а в последнее время (1912 г.) Forster, отмечают, что чаще всего *paralysis agitans* комбинируется с *dementia senilis* и *dementia arteriosclerotica*. Krafft-Ebing также придерживается этого мнения, но, кроме того, считает, что вообще во всех случаях дрожательного паралича, соединенного с помешательством, главную роль играет старческое одряхление („иногда преждевременное“). Но если резкое расстройство психики и не входит в картину болезни, то те или другие аномалии психической деятельности наблюдаются при *paralysis agitans* довольно часто. Уже старые авторы говорят о том, что в позднейших стадиях дрожательного паралича часто наступает ослабление умственных способностей. Trousseau говорит по этому поводу следующее: „L'intelligence, d'abord intacte, finit par s'affaiblir; la mémoire se perd, et les personnes, qui vivent dans la société du malade, s'aperçoivent bientôt qu'il n'a plus la lucidité ordinaire de son esprit; la caducité arrive bien avant l'âge“. Перечисляя симптомы конечной стадии Паркинсоновой болезни, Charcot, между прочим упоминает и о психике больных. — „A un moment donné, l'intelligence s'obscurcit, la mémoire se perd“. Эти слова Trousseau и Charcot остаются в силе и теперь, хотя, надо сказать, что наблюдается большое количество случаев, в которых, несмотря на конечный марантический стадий болезни, близко напоминающий по тяжести своего течения последний стадий бокового амиотрофического склероза, психика больных остается вполне ясной до конца. Но, помимо конечного стадия, и в более ранние периоды болезни часто наблюдаются различные отклонения от нормальной душевной деятельности. Так, многие авторы указывают на чрезвычайно подавленное, тоскливое и ипохондричное настроение, сильную раздражительность, плаксивость и даже попытки на самоубийство. Относительно этих явлений мнения авторов расходятся между собою, и в то время, как одни из врачей (Ball, Parant, Naka, Krafft-Ebing, Wollenberg, Wille и др.) видят в этом проявление большой психики, другие (K. Mendel, Forster и др.), к которым должны присоединиться и мы, усматривают в этом лишь явление физиологическое или нормально-психологическое, вытекающее из тяжелого положения больных. K. Mendel, указывая на невыносимую жизнь больных дрожательным параличем, заканчивает свои слова следующей патетической фразой: „Ja wer wollte es dem so ruhelos Gequälten verargen, wenn er, einem solchen Leben den Tod vorziehend, zum Revolver greift? Один из наших больных сам заявил, что его мрачное и подавленное настроение зависит исключительно от сознания своей беспомощности. Существуют отдельные случаи (Collins, Muskens,

Schwenn, K. Mendel, Gorski, Steind, Oppenheim, Wollenberg), в которых больные, несмотря на тяжесть симптомов, бывают очень веселы, юмористичны и беспечны; эту эуфорию, стоящую в резком контрасте с физическим состоянием больных, некоторые авторы (K. Mendel, Forster) рассматривают как известного рода психическое расстройство. Мы не имеем среди нашего материала ни одного подобного случая, но также готовы скорее считать ненормальной эту эуфорию, чем то состояние депрессии, которое свойственно большинству агитантов. Часто больные жалуются на „внутреннее беспокойство“ и страх „чего-то“, и эти явления должны быть отнесены к числу патологических. Forster наблюдал в нескольких случаях ярко выраженные идеи преследования и ипохондричные идеи. Так, например, один из его больных уверял, что у него в животе находится чертополох, помещенный туда врачом с целью мучить его. Бесспорно, по нашим наблюдениям (более 25% всех случаев), а также по литературным данным, чаще всего при Paralysis agitans наблюдается общий, хотя и не резкий, упадок умственной деятельности, который проявляется некоторым ослаблением памяти и соображения, быстрой утомляемостью и замедлением и затруднением мышления. Этот упадок психики, повидимому, зависит от артериосклероза, который, вследствие возраста больных, чрезвычайно часто сопровождает дрожательный паралич. В заключение мы должны сказать, что в случаях комбинации paralysis agitans с истерией мы обычно наблюдаем аномалии психики истерического характера с преобладанием депрессии.

### **Двигательная сфера.**

Дрожание. Parkinson считал дрожание самым важным, постоянным и характерным симптомом описанной им болезни, которую он и назвал „Shaking palsy“ или paralysis agitans. Однако уже Charcot обратил внимание на то, что в некоторых случаях дрожательного паралича дрожание совершенно отсутствует, или же, даже при продолжительном существовании болезни, бывает выражено крайне незначительно. Этому неполному виду Parkinson'овой болезни Charcot дал название—„forme fruste“. Случаи paralysis agitans sine agitative наблюдали и описали после Charcot следующие авторы: Amidon, Barbez, Beevor, Berger, Broadbent, Boucher, Bourneville, Bauzzard, Delemater, Erb, Górski, Hardy, Lennmalm, K. Mendel, Oppenheim, Ordenstein, Rosenbach, Ross, Wollenberg и Zingerle. На основании своих наблюдений Erb высчитал, что в 20% дрожательного паралича дрожание совершенно отсутствует, а Wallenberg повышает эту цифру до 33%. Среди наших 120 случаев нет ни одного paralysis agitans sine agitative и только 2 случая, которые могут быть названы „forme fruste“. Один из этих случаев был наблюдаем в 1902 году в амбулатории клиники: у 56-летнего мужчины с чрезвычайно сильной ригидностью всей мускулатуры существовало лишь незначительное дрожание языка, губ и нижней челюсти. Другой больной лежал в клинике в 1912 году; у него наблюдалось явление progulsio и настолько незна-

чительное дрожание в пальцах рук, что сам он даже не замечал его. Мы видим, что наши наблюдения значительно расходятся с наблюдениями иностранных авторов, и попытаемся найти для этого объяснение. Уже Gowers указал на то, что в 25% всех случаев *paralysis agitans* начинается не с дрожания, а с ригидности мускулатуры, и что часто эта ригидность может развиваться во всех мышцах тела, прежде чем появится дрожание. Вот эти-то случаи, в которых дрожание еще не появилось, но разовьется впоследствии, повидимому, и составляют большинство тех наблюдений, на основании которых некоторые авторы (Erb, Wollenberg) дают такой большой процент (20%—33%) *paralysis agitans sine agitatione*. Низкий уровень развития и бедность русского населения объясняют тот факт, что больные не обращаются к медицинской помощи до тех пор, пока могут еще работать. Что касается в частности нашей клиники, то она является уже „*ultimum refugium*“, и поэтому нам и приходится видеть больных уже в далеко зашедшей стадии болезни. При анализе наших наблюдений видно, что многие больные и в нашей клинике попали бы в рубрику *paralysis agitans sine agitatione*, если бы они обратились к врачебной помощи много раньше. Согласно мнению большинства авторов, к которым присоединяемся и мы, главным симптомом Паркинсоновой болезни является мышечная ригидность. С другой стороны, дрожание в большинстве случаев является первым симптомом, заставляющим больных обратиться к врачу, и потому заслуживает тщательного изучения. Посмотрим теперь, как развивается дрожание. Сначала оно появляется лишь временно, иногда без всякой причины, но чаще после душевных волнений или физических и умственных напряжений. В это время дрожание обычно бывает столь легким и незначительным, что не только не обращает на себя внимания окружающих, но иногда даже остается незаметным для самого больного. Кроме того, в начале заболевания дрожание наблюдается только в одной какой-нибудь части тела и в громадном большинстве случаев в кисти или пальцах одной из рук. С течением времени дрожание усиливается, появляется все чаще и чаще, постепенно распространяется на всю верхнюю конечность, в дистальной части которой оно появилось впервые, и, наконец, после целого ряда лет, становится постоянным и непрерывным во всех 4-х конечностях. Мы представили обычный тип развития дрожания, но здесь, так же как и во всяком другом заболевании, наблюдается масса вариаций. Несомненно, является правилом, что дрожание первоначально появляется в одной из верхних конечностей, но есть случаи, в которых оно сначала обнаруживается в одной из ног, сразу в обеих руках или ногах и, наконец, сразу в обеих левых или в обеих правых конечностях. Приведем данные, полученные нами из нашего материала.

Начало дрожания в 120 случаях	
С правой руки . . . . .	41 раз
С левой руки . . . . .	39 „
С правой ноги . . . . .	3 „
С левой ноги . . . . .	2 „

С обеих рук . . . . .	21	„
С обеих ног . . . . .	1	„
С обеих правых конечностей . . . . .	5	„
С обеих левых конечностей . . . . .	4	„
Осталось невыясненным . . . . .	4	„

Как видно из приведенной таблицы, дрожание довольно часто начинается в обеих руках одновременно. Что касается до того, в какой руке чаще начинается дрожание, то мы видим, что отношение это у нас приблизительно равно (41 и 39). Такое же отношение находили и другие авторы (K. Mendel, Oppenheim и др.). Borgherini, Eulenburg, Erb и Heiman указывают на то, что дрожание чаще начинается с правой руки, а Stewart в своих 28 случаях нашел преобладание левой стороны. Выше мы говорили о том, что дрожание в течение нескольких лет постепенно переходит на все 4 конечности; кроме того, на основании собственных наблюдений и литературных данных, мы видим, что постепенный переход дрожания имеет обычно известную последовательность. А именно—дрожание переходит с верхней конечности на нижнюю конечность одноименной стороны, затем на руку и, наконец, на ногу противоположной стороны. Есть случаи, в которых дрожание уже в течение нескольких месяцев распространяется на все 4 конечности, а с другой стороны, существует много наблюдений, где дрожание, захватив 1, 2 или 3 конечности, в продолжение многих лет не идет дальше. Как яркий пример подобной остановки дрожания, мы можем указать на один из наших случаев, в котором дрожание 9 лет существовало только в левой руке, а затем в течение года распространилось на все конечности. В зависимости от того, сколько конечностей и какие из них охвачены дрожанием, принято различать формы—моноплегическую, гемиплегическую и параплегическую. Ordenstein'a за ним и другие авторы (Charcot, Eulenburg, K. Mendel) различают еще перекрестную форму, при которой дрожание с руки одной стороны перескакивает затем на ногу противоположной стороны. Особенно часто наблюдается гемиплегическая форма, то-есть такая, в которой дрожание много лет ограничивается одной половиной тела.

По учению Charcot голова никогда не принимает самостоятельного участия в дрожании, а если это иногда и наблюдается, то происходит это потому, что дрожание передается голове с других трясущихся членов. Этому отсутствию дрожания головы Charcot придавал даже важное значение для отличия дрожательного паралича от рассеянного склероза и старческого дрожания. Однако многочисленные наблюдения (Bomberg, Westphal, Gorski, Heimann, Wollenberg, K. Mendel и др.) опровергли это воззрение и доказали, что голова при *paralysis agitans* может дрожать вполне самостоятельно. На основании имеющегося у нас материала, а также своих собственных наблюдений, мы присоединяясь к этому заключению, должны добавить, что при продолжительном существовании болезни и в далеко зашедших случаях дрожание головы есть явление даже и не редкое. Дрожание языка тоже встречается довольно часто; иногда дрожить и нижняя челюсть. Не

дрожат обычно лицевые мышцы и, наоборот, лицо больных представляет характерную неподвижность и маскообразность. Но и тут наблюдаются исключения. Дрожание глазных мышц, век, губ, подбородка, неба и гортани наблюдали следующие авторы: Beevor, Brisant, Meige, Bruns, Carrayron, Catola, Erb, Gorski, Klippel, Krause, Leva, Mahn, K. Mendel, Müller, Oppenheim, Stewart, Weil, Westphal, Wollenberg. Самостоятельное дрожание туловища наблюдается очень редко. Подобные случаи видели Eulenberg, Hess, K. Mendel, Thomayer. Среди нашего материала также есть случаи, в которых дрожание наблюдалось в разных частях тела.

В 120 случаях дрожания

Голова . . . . .	17 случаев
Язык . . . . .	22 "
Нижняя челюсть . . . . .	12 "
Губы . . . . .	2 "
Туловище . . . . .	1 "
Веки . . . . .	1 "

Покончив с локализацией дрожания, мы должны перейти к самому дрожанию. Дрожание при болезни Parkinson'a в громадном большинстве случаев настолько типично, что его трудно смешать с каким-либо другим видом насильственных движений. Оно состоит из равномерных колебаний, которые происходят довольно медленно, тихо, ритмично и с определенной, обычно незначительной, амплитудой. Частота и ритм дрожательных движений не обнаруживают особенно больших колебаний не только у одного и того же больного, но и вообще у больных, страдающих дрожательным параличом. Grashey при помощи сфигмографа Marey'a высчитывал у троих больных продолжительность каждого отдельного колебательного движения, и получил следующие результаты:

	Наблюдение I	Наблюдение II	Наблюдение III
Maximum §	0,271 сек.	0,197 сек.	0,194 сек.
Minimum	0,217 "	0,178 "	0,182 "
Средняя цифра	0,241 "	0,190 "	0,187 "

Многие авторы вычисляли число колебаний к 1 секунду и полученные ими данные приводятся К. Mendel'ем в его монографии:

Huber	нашел	3 43 — 5,57	дрожданий	в	1	секунду
Peterson	"	3,7 — 5,6	"	"	1	"
Charcot	"	4 — 5	"	"	1	"
Grashey	"	4,14 — 5,34	"	"	1	"
Parisot	"	4 5 — 6	"	"	1	"
Gowers	"	4,8 — 7	"	"	1	"
Marie	"	5	"	"	1	"
Ewald	"	5	"	"	1	"
Kollarits	"	5 — 7	"	"	1	"

Сам К. Mendel наблюдал только 2—3 дрожания в секунду. Eulenburg видел наименьшее число колебаний—140 в 1 минуту (=2,33 в 1 секунду), наибольшее—320 в минуту (=5,33 в 1 секунду),

в среднем же 200—210 в 1 минуту или 3,33—3,5 в 1 секунду. Число колебаний в наших наблюдениях было от 4 до 6. Из приведенных нами выше кривых дрожания видно, как равномерно происходят колебания и как невелик их размах. Выше мы указали на то, что дрожание, едва заметное вначале, в дальнейшем течении болезни постепенно усиливается; тем не менее, даже при продолжительном существовании болезни оно остается умеренным и лишь редко достигает такой интенсивности, что приводит в конце-концов в сильное сотрясение все тело больного. Отличительной особенностью дрожания при *paralysis agitans* является тот факт, что дрожание наблюдается преимущественно в покое, а при движении ослабевает или даже совсем пропадает. Эта особенность резко отличает дрожание при болезни Parkinson'a от интенционного дрожания множественного склероза, и прежние авторы с Charcot'ом на главе видели в нем главное различие между этими заболеваниями. Однако и здесь, как и всюду, нет правила без исключения, и теперь существует уже много наблюдений (Compin, Gerhardt, Hitzig, Hudovernig, Oppenheim, Pelz, Stewart, Wollenberg и др.), в которых дрожание появлялось именно только при произвольных движениях и, следовательно, было дрожанием интенционным. Далее есть случаи, в которых дрожание, наблюдаемое при покое, не только не уменьшается при произвольных движениях, а даже увеличивается. Мы также имеем несколько случаев, в которых дрожание наступало только при движении, и несколько случаев, в которых оно усиливалось при движении. Наконец, при сильном развитии болезни дрожание иногда остается непрерывным и неизменным как во время покоя, так и во время движений. Существует целый ряд моментов, усиливающих и ослабляющих дрожание. Безусловно усиливают дрожание душевные волнения и физическое утомление, и наоборот, при полном душевном и физическом покое, в особенности если больной находится один и думает, что за ним не наблюдают, дрожание часто ослабевает, а иногда даже на некоторое время прекращается совершенно в той или другой части тела. Успокоительно действует сон, во время которого дрожание, за исключением единичных случаев, прекращается совершенно. На 120 случаев мы имеем только один, в котором дрожание не прекращалось и во время сна. Выше мы указывали на то, что при произвольных движениях дрожание ослабевает или даже совсем прекращается; Oppenheim приводит по этому поводу любопытный случай, где больной с сильно выраженным дрожанием во время покоя, часами играл на бильярде, и в это время дрожание пропадало совершенно. Однако довольно часто случается, что дрожание ослабевает лишь в начале движения, а затем снова усиливается, хотя бы движение и продолжалось. Иногда дрожание прекращается при каком-либо энергичном движении, а при движениях медленных и слабых остается *in statu quo* или даже усиливается. При пассивных движениях дрожание значительно ослабевает или даже прекращается. К. Mendel в качестве характерного признака указывает на то, что поднятие одной руки

вызывает дрожание в другой руке, дотоле вполне спокойной. Мы лично не наблюдали подобного явления. Энергичным усилием воли иногда удается на короткое время ослабить или прекратить дрожание, но в некоторых случаях оно, наоборот, усиливается. В литературе отмечаются случаи (Parkinson, Lewa), в которых дрожание прекращалось при параличе дрожащей конечности, вследствие присоединившегося заболевания мозга, и вновь появлялось с улучшением паралича. Затем есть причины, изменяющие дрожание, но не подчиняющиеся никаким правилам, которые могут быть потому названы индивидуальными. Так, Eulenburg наблюдал больных, у которых дрожание сильнее всего было после сна, а затем несколько ослабевало, и наоборот. В одном из наших случаев дрожание было чуть заметно в течение 15—25 минут после пробуждения, а потом становилось много интенсивнее. Oppenheim и K. Mendel видели больных, у которых дрожание появлялось только при охлаждении (погружение руки в холодную воду). В одном из наших наблюдений дрожание, ослабевая в руке, усиливалось в это же время в ноге и, наоборот, утихая в ноге, становилось интенсивнее в руке. В другом случае дрожание беспрерывно происходило в лучезапястных суставах и по очереди наблюдалось в локтевых и плечевых суставах. В конце-концов надо отметить, что у некоторых больных без видимой причины временами наступает значительное усиление дрожания в виде настоящих пароксизмов. Gubler, Ordenstein и Charcot впервые указали на то, что ритмические движения при *paralysis agitans* являются очень характерными и типичными вследствие того, что напоминают известные координированные движения. И действительно, движение, которое происходит между большим и полусогнутыми остальными пальцами рук (главным образом участвуют 1 и 2 пальцы), напоминает нам знакомую картину счета денег, скатывания пилюль, поворачивания карандаша, разминания крошек хлеба, сучения нитки и прядения. Кроме того, в пальцах рук наблюдается иногда сгибание и разгибание в межфаланговых суставах, а также приведение и отведение с флексией первой и экстензией второй и третьей фаланг. В лучезапястном суставе происходит флексия, экстензия, пронация и супинация и комбинация этих движений напоминает нам перебирание четок, сбивание пены или отбивание барабанной дроби. В локтевом суставе наблюдается сгибание и разгибание, в плечевом—абдукция и аддукция. Голова обычно производит незначительные кивательные движения и лишь в редких случаях колеблется из стороны в сторону. Что касается до нижних конечностей, то здесь в голеностопных и коленных суставах происходят сгибательные и разгибательные движения, а в тазобедренных—абдукция и аддукция. В заключение мы должны сказать, что уже при слабом дрожании изменяется почерк больных, приобретающий волнистый характер, а при более интенсивном дрожании писание вообще становится невозможным.

Изменение мышечного тонуса. Вторым кардинальным симптомом дрожащего паралича является своеобразная мышечная

ригидность. В симптоматологии *paralysis agitans* прежние авторы отводили этому симптому лишь второе место, а главным признаком считали дрожание, но в настоящее время благодаря многочисленным исследованиям это изменение мышечного тонуса можно считать самым характерным симптомом. И действительно, как мы уже указывали выше, встречается большее или меньшее количество случаев, в которых дрожание совершенно отсутствует (*paralysis agitans sine agitatione*) или появляется лишь в незначительной степени и то только после многолетнего существования болезни. Между тем изменение мышечного тонуса есть явление постоянное и часто развивающееся очень рано. Есть авторы (Förster, Zingerle), которые вообще не считают возможным отсутствие этого симптома при дрожательном параличе, но, с другой стороны, описаны случаи (K. Mendel, Knoblauch), в которых несомненно в далеко зашедшей стадии болезни мускульная ригидность не наблюдалась. Среди нашего материала мы также имеем 2 бесспорных случая, в которых не существовало абсолютно никакого повышения тонуса, несмотря на много других симптомов и продолжительность болезни. Изучая мышечное напряжение при дрожательном параличе, мы видим, что оно носит все характерные признаки (Hitzig, Monakoff, Förster, Munk, Cowers, Zingerle и др.) центральных или спастических контрактур подобно тем, которые мы наблюдаем при заболевании пирамид, а не контрактур невротических и миопатических. На самом деле, мы видим, что распределение мышечной ригидности и контрактур при *paralysis agitans* часто носит моноплегический и гемиплегический характер. Далее, при пассивных движениях сопротивление ригидных мышц не является мертвым и непобедимым, а, наоборот, вполне преодолимым. Наконец, степень напряженности мышц очень изменчива и находится в полной зависимости от деятельности головного мозга: повышение тонуса наблюдается при раздражении кожи, при действии холода и, в особенности, при всяком психическом возбуждении; с другой стороны, значительное ослабление ригидности или даже полное исчезновение ее происходит во время сна, при наложении Эсмарховского бинта, под влиянием хлороформа, в теплой ванне, при массаже и, наконец, при долго повторяемых медленных пассивных движениях.

Указав на то, что контрактуры при дрожательном параличе носят спастический или центральный характер, мы должны теперь остановиться на тех особенностях, которые резко отличают повышение тонуса при *paralysis agitans* от ригидности, наблюдаемой при органических заболеваниях вследствие поражения пирамидных путей. На эти отличия впервые указал Oppenheim, а в последние годы этот вопрос был детально разработан в особенности Förster'ом и Zingerle. Большинство авторов в качестве главного отличия приводят тот факт, что сухожильные рефлексы при дрожательном параличе остаются нормальными, а K. Mendel даже отмечает довольно постоянное отсутствие ахиллова рефлекса. Мы лично, на основании наблюдений нашей клиники, а также своих собственных случаев, должны констатировать

очень частое повышение или живость рефлексов (подробно об этом будет сказано ниже), но, подобно другим врачам, мы также видели клонусы и феномен Babinsk'ого лишь в виде исключения, а между тем при заболевании пирамид эти 2 симптома бывают очень часто. Далее, мы можем отметить, что в напряженных мышцах при пассивном растяжении мы очень редко встречаем такое же сильное с сопротивление, как при гемиплегических контрактурах, но сопротивление это является более равномерным, восковидным и, по выражению Förster'a, „nicht elastisch federnd“. Уже давно Oppenheim указал на то, что повышение мышечного тонуса при болезни Parkinson'a отличается от обыкновенной спастической ригидности тем, что при пассивных движениях не усиливается и не вызывается ими, а существует постоянно в одинаковой степени, и что пассивные движения, производимые медленно, встречают такое же сопротивление, как и движения форсированные. Дальнейшие наблюдения показали, что при дрожательном параличе наибольшее повышение тонуса наблюдается именно в покое, а при пассивных движениях оно значительно ослабевает. Наконец, важным отличием является неодинаковое распределение ригидности и контрактур. При *paralysis agitans* очень рано и постоянно повышается тонус мышц лица, шеи и туловища и притом это повышение является двухсторонним и симметричным, а при поражении пирамид ригидность захватывает главным образом определенные группы мышц конечностей.

Итак, мы видим, что повышение мышечного тонуса при *paralysis agitans* значительно отличается от обыкновенной спастической ригидности.

Ближайшим следствием мышечной ригидности является чрезвычайно характерное положение и весь вид больных, благодаря которым мы во многих случаях можем поставить диагноз дрожательного паралича уже на расстоянии. Лицо больных неподвижно, маскообразно, туловище согнуто вперед и голова опущена на грудь, иногда настолько сильно, что подбородок касается грудины. Руки слегка приведены, в большей или меньшей степени согнуты в локтевых суставах и выпрямлены, а иногда и чрезмерно разогнуты в лучезапястных суставах; пальцы рук бывают иногда согнуты во всех суставах, но чаще только в пястно-фаланговых, а средние и концевые фаланги—разогнуты; кроме того, первый и второй палец находятся в том положении, которое они принимают во время письма (опозиция, аддукция и флексия большого пальца и сгибание первой фаланги с разгибанием второй и третьей указательного пальца); встречается иногда и такое положение пальцев, при котором форма костей становится очень похожей на уродство, наблюдаемое при *arthritis deformans* (основные фаланги согнуты, средние чрезвычайно разогнуты, а ногтевые опять слабо согнуты). Ноги слегка согнуты в коленных, а иногда и в тазобедренных суставах, при одновременном умеренном приведении бедер; стопы часто находятся в положении *equino-vagus*, а пальцы ног когтеобразно согнуты. Таков обычный характерный, так

называемый флексионный, тип дрожательного паралича, но наблюдается, хотя и очень редко, другой—экстензионный—тип. Мы не имеем подобных случаев, но их описали следующие авторы: Westphal, Charcot, Hasen, Dutil, Béchét (2 случая), Birnbaum, K. Mendel, Heiman, Wollenberg, Rosenberg и Bidon. В этих исключительных случаях голова бывает откинута назад и туловище перегнуто кзади. В одном из случаев Béchét голова была наклонена кпереди, а туловище в верхней своей части сильно перегнуто кзади. В случае Bidon'a флексионный тип перешел в экстензионный после того, как больной, заболев инфлюэнцей, очень долго пролежал в постели.

До настоящего времени характерное вынужденное положение тела больных об'яснялось исключительно мышечной ригидностью, хотя Oppenheim уже давно указал на то, что туловище больных часто бывает согнуто вперед уже в том периоде заболевания, в котором пассивные движения еще заметно не затруднены. В последние годы некоторые авторы (Kleist, Munk, Förster и Zingerle) пришли к заключению, что типичное вынужденное положение больных есть симптом самостоятельный и лишь отчасти зависящий от повышения мышечного тонуса. Доказательством этого служат следующие факты: во-первых, характерная поза больных наблюдается иногда в тех случаях, где мышечная ригидность отсутствует совершенно; во-вторых, мышечное напряжение при дрожательном параличе не всегда бывает выражено в определенных мышечных группах—иногда оно в одинаковой мере наблюдается и в сгибателях и разгибателях, а часто даже бывает равномерно повышен тонус мускулатуры всего тела; наконец, хотя и редко, наблюдается описанный только что нами экстензионный тип.

На основании имеющихся у нас в двух случаях, которых вынужденная поза больных была выражена очень ясно, а ригидность совершенно отсутствовала, а также на основании многих наших наблюдений, где был равномерно повышен тонус всей мускулатуры тела, и больные тем не менее имели характерный флексионный тип, мы также не считаем возможным об'яснить одним только мышечным напряжением это своеобразное положение больных и готовы признать известную самостоятельность этого симптома. В заключение мы должны упомянуть о том, что Vuchowski вообще не считает патогномичным типичное положение больных при paralysis agitans и что Meynert, Kleist и Verworn наблюдали подобное же не нормальное положение тела при заболеваниях определенных частей центральной нервной системы.

Теперь мы перейдем к целому ряду двигательных расстройств, которые одни авторы ставят в большую или меньшую зависимость от повышенного мышечного тонуса, а другие причисляют их к симптомам совершенно самостоятельным.

Одним из важных симптомов дрожательного паралича является статуэобразная неподвижность лица и всего тела (Oppenheim). Это отсутствие жизни и движения особенно резко выступает в случаях, где дрожание выражено слабо или совсем отсутствует. Однако, при-

глядываясь к лицам больных, мы видим, что паралича мышц нет: рот закрыт, углы рта не опущены и черты лица не вялы, а, наоборот, выражены чрезвычайно резко и как бы выточены из камня. Этот симптом, по мнению большинства авторов (Erb, Oppenheim, K. Mendel и др.), обуславливается исключительно мышечным напряжением, но в последнее время некоторые авторы (Kleist, Munk, Förster, Zingerle) трактуют это явление как самостоятельное и независимое от повышения тонуса. Характерным симптомом является затруднение и замедление произвольных движений. Это расстройство прежде рассматривалось также как следствие мышечной ригидности, но теперь оно объясняется различным образом. Признавая повышение тонуса одной из главных причин этого явления, Oppenheim первый указал на то обстоятельство, что это расстройство движений часто наблюдается уже в том периоде болезни, когда напряжение еще не появилось и что таким образом оно до некоторой степени самостоятельно. „Es dauert sogar eine Weile“, говорит Oppenheim по этому поводу, „ehe die Muskeln den Bewegungen geltend“. Более определенно высказываются по поводу этого симптома Catola и K. Mendel, хотя ничем и не обосновывают своего мнения. Они считают, что затруднение и замедление активных движений, так же как и все другие расстройства движения, о которых мы скажем ниже, зависят от 2-х причин: во-первых, от мускульной ригидности, а во-вторых, от замедленной проводимости волевых импульсов от коры мозга на периферию. К этим двум причинам Wollenberg без достаточного основания присоединил еще третий фактор, а именно—мышечную слабость. Kleist, Förster и Zingerle обратили внимание на то, что, кроме затруднения произвольных движений, существует еще известная бедность и недостаточность движений и что, в то время как волевые и обособленные движения конечностей совершаются сравнительно хорошо, все движения, производимые автоматически и совместно несколькими членами тела (по Munk'у—„Gemeinschaftsbewegungen“), бывают значительно расстроены. Исходя из этого наблюдения, Förster и Zingerle выделили в качестве характерного и самостоятельного симптома „общее ограничение подвижности“, которое может быть объяснено недостатком произвольной иннервации и повышением тонуса, и ярко выступает при совместных движениях, в особенности же при различных актах локомоции (ходьба, бег и т. д.).

Чрезвычайно характерным и очень частым двигательным расстройством является своеобразное изменение походки больных. Больные очень медленно приступают к движению—они встают с трудом, неуклюже и затем идут маленькими шагами. Первые шаги неуверенны и медленны, но затем походка больных помимо их воли все ускоряется и ускоряется и часто превращается в бег. Если больному приказать остановиться, то он не может этого сразу сделать, а должен еще пройти 2—3 шага. Это непреодолимое стремление к движению вперед носит название *propulsio*. Иногда мы наблюдаем у больных стремление двигаться назад, и больные бегут назад до

тех пор, пока не наткнутся на какое-нибудь препятствие или же, сделав несколько шагов назад,—падают. Этот симптом носит название *retropulsio*. Явления *propulsi*'и и *retropulsi*'и выступают особенно резко, если мы слегка подтолкнем больного вперед или назад. Если больного заставить двигаться в сторону, то в некоторых, довольно редких, случаях это движение также произвольно ускоряется (*lateropulsio*). Явление пропульсии наблюдалось нами более чем в половине всех случаев *paralysis agitans*; *retropulso* существовало только в 15% случаев, а *латеропульсию* мы лично не видели ни разу, но среди амбулаторного материала нашей клиники есть 2 таких случая. Непреодолимое стремление к ускорению движения объясняется авторами различным образом. *Parkinson* видел причину в том, что центр тяжести тела перемещается впереди, и больные, чтобы сохранить равновесие и не упасть, принуждены бегать итти все скорее и скорее. *Trousseau* также говорит об ускользящем центре тяжести, который больные тщетно пытаются догнать („L'individu, perdant l'équilibre à chaque instant, est obligé de courir après son centre de gravité, qui lui échappe constamment“).

*Erb* объясняет пульсовые явления перемещением центра тяжести тела и ригидностью мускулатуры. По его мнению, вследствие мышечной ригидности ноги остаются приставшими к полу, в то время как верхняя часть туловища устремляется вперед, и больные для того, чтобы не упасть, принуждены бегать. *Wollenberg*, *Catola* и *K. Mendel*, как мы уже упомянули выше, объясняют все двигательные расстройства, в том числе и явления *propulsi*'и, мышечной ригидностью в связи с замедлением проведения волевых импульсов. *Oppenheim* указывает на то, что больным очень трудно вызвать сокращение мышечной группы, и потому они и не способны остановить начатое движение и принуждены продолжать его в том же направлении. *Zingerle*, *Byschowski*, *Maillart* и *Förster* видят в пульсовых явлениях проявление расстройства координации двигательных центров. *Zingerle* говорит по этому поводу следующее: „Sie (Pulsionen) sind der Ausdruck der central bedingten Unfähigkeit Änderungen der Gleichgewichtslage des Körpers und durch Schwertsinsreise auf dem Wege des Kleinhirns oder niederer Centren ansgelöste Bewegungen, durch unwillkürliche zweckmässige Einstellungen der Muskeln und durch Gemeinschaftsbewegungen zu hemmen und auszugleichen“. Мы также склонны смотреть на пульсовые явления, как на своеобразное расстройство координации, и не считаем возможным объяснить эти явления ригидностью мускулатуры и перемещением центра тяжести тела. *Wollenberg* указывает на то, что *propulsio* бывает часто выражено хорошо уже в то время, когда положение тела больного еще мало изменено и мышечная ригидность очень невелика. С другой стороны, существуют болезни с резко выраженной ригидностью (напр., амиотрофический боковой склероз), в которых нет и намека на явление пропульсии. Наконец, *Zingerle* говорит о том, что у маленьких детей, которые еще не вполне выучились ходить, часто наблюдается явление очень

схожее с *propulsio*. В заключение мы должны сказать, что те авторы (Oppenheim, Wollenberg, Cotola и др.) которые объясняют явление пропульсии тем, что больные не могут вследствие тех или других причин регулировать движение своих мышц и тем самым констатируют известную степень расстройства координации. Кроме явлений пропульсии и ретропульсии, еще многие движения, совершаемые больными с дрожательным параличом, надо рассматривать, по мнению Förster'a, как следствие нарушения координации. Так, он указывает на то, что при сжимании руки в кулак у подобных больных отсутствует встречающаяся обычно легкая дорзальная флексия кисти. Далее он обращает внимание на то, что при вставании с места и при желании сесть больные не приводят свои нижние конечности в положение удобное для этих движений и вследствие этого не могут сразу встать, а желая сесть, стремительно падают на стул. Наконец, очень характерно положение больных при падении—они падают как безжизненная масса (кукла).

Настоящего паралича при болезни Parkinson не бывает и слово *paralysis* не должно бы иметь место в названии болезни. В исключительных случаях в конечном периоде болезни как будто и наблюдается полный паралич, но известная степень подвижности все же сохраняется до конца. Даже мышечная слабость не является характерной для болезни, хотя очень часто больные сообщают, что их заболевание началось именно со слабости (общей или частной), и в дальнейшем течении болезни эта последняя иногда является главным расстройством, на которое указывают больные. Однако при исследовании больных мы, а также и многие другие авторы (Bechet, Alquier, Compin, Дылева, Maillart, K. Mendel, Troussseau и др.) почти всегда отмечали несоответствие показаний больных с объективными данными: в то время как больные жалуются на сильнейшую слабость, они при пассивных движениях часто оказывают очень хорошее сопротивление. Д-р Дылева, проверявшая мышечную силу при дрожательном параличе в клинике Dejerine'a, пришла к следующему заключению: сила сопротивления при пассивных движениях стоит в сильном противоречии с силой активных движений: „в то время как последние слабы, медленно выполнимы, и малейшее препятствие их задерживает, больные могут оказать сильное сопротивление при пассивных движениях и протростоят всякой попытке привести их члены в другое положение; это значит, что больные сохраняют способность выполнять статическую работу и в то же время не могут выполнять работу динамическую“. Особенно резок этот контраст в далеко зашедшей стадии болезни, когда больные, сохранив значительную силу сопротивления, не могут иногда сделать почти никакого движения—встать, одеться, написать что-нибудь, перевернуться в постели и т. д. Большинство авторов объясняет эту кажущуюся мышечную слабость замедлением и затруднением движений в связи с повышением тонуса. По нашим наблюдениям, в начальной стадии болезни чувство связанности часто субъективно воспринимается больными как чувство сла-

бости. Несмотря на все сказанное, несомненно существует целый ряд случаев, в которых можно констатировать истинную мышечную слабость, иногда доходящую до степени пареза. Еще есть один симптом, который по нашим наблюдениям является очень характерным и постоянным для дрожательного паралича и которым легко можно объяснить частые жалобы больных на слабость—этот симптом состоит в ненормальной и быстрой истощаемости мышечной силы и вследствие того быстрой утомляемости больных. Старые авторы (Eulenbug) также неоднократно наблюдали это явление при *paralysis agitans*, но за последнее время даже те авторы, которые много занимались болезнью Paskinson'a (Oppenheim, Zingerle, К. Menbel, Förster), совсем не упоминают об этом симптоме, и он предан забвению. Нам кажется, что этот симптом является интересным еще в том отношении, что при *paralysis agitans* нередко наблюдается и другой характерный симптом миастении, а именно изменение электровозбудимости (миастеническая реакция). При опросе наших больных выяснилось, что самая легкая работа и даже умеренные движения вызывают у них несоразмерную и быструю усталость. Большинство больных заявляло, что им мешает писать не дрожание и не связанность, а главным образом почти моментально наступающая усталость. Это же явление мы неоднократно наблюдали при разговоре, жевании и питании больных, а также при помощи динамометра. Электровозбудимости при *paralysis agitans* уделяется вообще очень мало внимания, и большинство авторов кратко упоминают о том, что она обычно остается неизменной. Только Huet, Alquier и К. Mendel отмечают, что в нескольких случаях они видели легкое количественное понижение возбудимости как на фарадический, так и на постоянный ток. Также и профессор В. А. Муратов на своих клинических лекциях постоянно упоминал о том, что количественное понижение встречается довольно часто. В наших наблюдениях этот симптом был выражен с большим постоянством, и мы думаем, что он является довольно характерным для дрожательного паралича. Реакции перерождения мы, подобно другим авторам, никогда не наблюдали. Особенное внимание мы хотим обратить на наблюдающуюся нами неоднократно миастеническую реакцию. Эта реакция истощения была описана уже давно некоторыми авторами (Benedict, Remak, Erb), при многих заболеваниях (гемиплегии, опухоли мозга, дистрофии) и в том числе при *paralysis agitans*. Впоследствии, когда Erb выделил миастению (*Myasthenia gravis pseudoparalitica*) в качестве самостоятельной клинической формы, стало известно, что эта миастическая реакция особенно характерно выражена именно при этой болезни и является для нее патогностичной. И вот по нашим наблюдениям эта реакция бывает выражена иногда при *paralysis agitans* так же резко, как и при миастении, между тем как при всех других заболеваниях она встречается не часто и лишь в слабой степени. В заключение мы должны сказать о том, что описано 2 случая (Westphal и К. Mendel), в которых наблюдалась миастоническая реакция. В одном случае эта реакция была констатирована и нами. Заболевание суставов при дрома-

тельном параличе обычно не наблюдается, и те авторы (Hecker, Liebers, K. Mendel), которые видели изменения суставов, свойственные хроническому артриту, считали эти случаи комбинацией *paralysis agitans* с *arthritis chronica*. Только некоторые французские авторы вводят этот симптом в картину болезни и считают даже возможным говорить об особой форме „*arthropathies parkinsoniennes*“ (Cilli), хотя патолого-анатомические исследования давали всегда отрицательный результат. И несмотря на это, вследствие ригидности и неподвижности членов больных, мы иногда наблюдаем обезображивания, которые симулируют *arthritis deformans*. Особенно часто наблюдается это явление в пальцах рук. Искривления позвоночника, несмотря на ригидность мускулатуры, неправильное положение туловища и неподвижность больных, встречаются, по мнению большинства авторов, довольно редко, хотя Sicard и Alquier видели такие искривления в 12 случаях из 17. Мы наблюдали искривление позвоночника (сколиоз) только в одном случае.

Относительно состояния сухожильных рефлексов наблюдения авторов расходятся между собой, и в то время как одни из них видели частое повышение рефлексов (Alquier, Bruns, Heiman, Huet, Förster, Rieck и др.), другие указывают на то, что сухожильные рефлексы почти всегда остаются нормальными (Oppenheim, Strümpell, Wollenberg, Zingerle и др.). Некоторые авторы считают сухожильные рефлексы непостоянными (повышение, понижение, норма), но никто не указывает на отсутствие их. Исключение составляют К. Mendel и Graeffner, которые констатируют частое отсутствие ахилловых рефлексов при нормальном состоянии других, и даже считают это отсутствие характерным для дрожательного паралича. В громадном большинстве наших наблюдений, а также наблюдений нашей клиники, коленные рефлексы были повышены или по крайней мере живые. Отсутствие рефлексов было только в одном случае из 120, а понижение — в двух случаях. Отсутствие ахилловых рефлексов нами, а также и другими авторами, не наблюдалось. Как мы уже говорили выше, несмотря на частое повышение сухожильных рефлексов, клонус стопы бывает лишь в исключительных случаях (Gowers, Wollenberg, Ballet & Rose, Dufour, Wollenberg и Oppenheim), а клонус чашек вообще не наблюдается. Кроме того, как справедливо отметили Oppenheim и Frank, иногда наблюдается ложное дрожание стопы, которое не есть настоящий клонус, а должно рассматриваться как дрожание, свойственное самому дрожательному параличу. Среди нашего материала клонус стопы существовал только в трех случаях. Что касается до кожных рефлексов, то они обычно не представляют никаких изменений. Положительный рефлекс Бабинского является большой редкостью. Мы лично не видели его ни разу, но среди нашего амбулаторного материала есть 2 таких случая (Carrayon, Raymond и Scherb наблюдали пассивное положение Бабинского). Рефлексы со слизистых оболочек также не изменяются. В 2-х случаях, где *paralysis agitans* комбинировался с истерией, мы наблюдали отсутствие глоточ-

ного рефлекса. Расстройство мочеиспускания не принадлежит к картине дрожательного паралича, хотя Orpenheim нередко наблюдал частые позывы. Упорные запоры по Parkinson'у принадлежат к важным симптомам *paralysis agitans*. Новейшие авторы также нередко отмечают запоры, но ставят их в зависимость от других причин (гипертрофия простаты и др.) и не придают им большого значения. Один раз Orpenheim наблюдал недержание кала. По нашим наблюдениям, функции прямой кишки и мочевого пузыря не нарушаются.

Чтобы покончить с двигательными расстройствами, мы упомянем еще о том, что Orpenheim и Frank часто наблюдали ненормальные содружественные движения в пальцах здоровой стороны больных (при гемиплегической форме заболевания) при произвольных движениях пальцами больной стороны. Подобные же наблюдения были и у К. Mendel'я, хотя в одном из его случаев было как раз обратное явление, а именно, при сжимании в кулак здоровой руки сжималась в кулак и больная. Далее Negro и Treves видели при дрожательном параличе образование мышечного валика, который особенно резко просвечивал через кожу в *m. triceps brachii* при сгибании и разгибании в локтевом суставе. Наконец, Stewart наблюдал в 5 случаях судорожную сгибательную контрактуру 4-х последних пальцев ноги, которая обычно появлялась в начале ходьбы и мешала тем идти дальше.

### Черепные нервы.

Перейдем теперь к двигательным расстройствам со стороны тех мышц, которые иннервируются черепными нервами. Эти расстройства заключаются преимущественно в замедлении и затруднении движений, а также в некоторой недостаточности и неправильности их, но параличей почти никогда не наблюдается. О неподвижности и окаменелости лица мы уже упоминали выше. Черты лица бывают обычно выражены очень резко—носогубные складки глубоки (иногда на одной стороне глубже, чем на другой), и лоб собран в поперечные и продольные складки, что придает лицу больных выражение ожидания и делает их взгляд неподвижным. Симптом Stellwag'a (редкие мигательные движения), найденный К. Mendel'ем при Базедовой болезни, наблюдается, по его мнению, еще чаще при дрожательном параличе. Этот же симптом наблюдал и F. Schulze. Мочутковский видел почти постоянно при *paralysis agitans* „лобный симптом“, который заключается в следующем: если больной соберет лоб в складки и затем захочет их изгладить, то это ему не удастся сделать сразу и складки не изглаживаются еще в течение 40—60 секунд. Подобное же явление видели Мочутковский и Маркерав в *m. m. orbiculares oculi*: больные не могли быстро открыть глаза. Что касается до мимики больных, то большинство авторов указывают на почти полное отсутствие ее, вследствие чего больные лишены возможности выразить свои чувства и всегда выглядят одинаково. С другой стороны, некоторые авторы (Förster, Zingerle) наблюдали резкий контраст между лицами

больных в состоянии покоя и при мимических движениях. Эти авторы указывают на то, что движения лицевыми мускулами (оскаливание зубов, поднятие верхней губы и т. д.) совершаются большими очень хорошо и что при этих движениях маскообразность лица исчезает и лица больных оживляются. На основании нашего материала и собственных наблюдений мы должны занять среднее положение, так как в большинстве случаев мы видели бедную и вялую мимику, но в некоторых случаях она была вполне достаточной, несмотря на маскообразность лица в состоянии покоя. В некоторых случаях нами наблюдалось затруднение и замедление движений глазных яблок. Это явление мы констатировали, заставляя больных следить глазами за каким-нибудь двигающимся предметом; кроме того, оно мешает больным читать, так как они испытывают затруднение при переводе глаз с конца одной строки на начало другой. Подобное же явление наблюдали Vuchovski, Dobove и Neuman. Одна больная Debov'a испытывала особое затруднение при чтении чего-либо, напечатанного в несколько столбцов (газета): глаза ее невольно передвигались в конце строки к концу соответствующей строчки следующего столбца, а в начале строки они перебежали к соответственной строчке предыдущего столбца. Это расстройство, по мнению Debov'a, аналогично с явлениями *propulsio* и *retropulsio* и названо было им „*Latèropulsion oculaire*“. Другие симптомы со стороны глаз являются редкостью, и мы имеем по этому поводу лишь единичные наблюдения. Так, Janischevski, Vorkastner и Маркелов наблюдали больных, которые не могли по собственному желанию двигать глазами, в то время как глаза двигались свободно, когда производились пассивные движения головы; кроме того, эти больные могли следить глазами за предметом, который медленно передвигали перед ними. Wernicke называет подобное расстройство „*pseudo-ophthalmoplegie*“. Marie-Barrè и Saint-Léger наблюдали паралич *nervi oculomotorii*. Minkovski в одном случае дрожательного паралича видел *ophthalmoplegia externa totalis*. Oppenheim описал один случай, в котором наблюдался паралич конвергенции; он же видел в одном случае симптом Graeffe, Galezovski наблюдал протоз и сужение поля зрения. Klippel, Peltsohn и Weil имели больных с атрофией зрительного нерва. König и K. Mendel наблюдали случаи, в которых реакция на свет была нормальна, а на аккомодацию ослаблена. В одном из наших случаев был симптом Argil-Robertson'a, и этот же симптом видел K. Mendel, но не в чистом случае *paralysis agitans*, а в комбинации его с *tabes*ом. В нескольких случаях мы наблюдали расстройства движений со стороны жевательных мышц, челюстей, мягкого неба и языка, а также расстройства глотания и речи. Все эти движения производились правильно, но были затруднены и замедлены. Различного рода изменения речи вообще бывают нередко, о чем мы скажем ниже; что же касается до других расстройств, только что перечисленных нами, то по этому поводу мы странным образом не нашли никаких литературных указаний, если не считать нескольких случаев, в которых, на ряду с за-

труднением движений губ, языка и мягкого неба, существовало еще слюнотечение, тяжелая дисфагия и бульбарная речь. Подобные случаи наблюдали Oppenheim, Mackintosh, Ashly, Compin, Bruns, Souques и Zingerle и с полным основанием причисляют эти расстройства к бульбарным симптомам. Бульбарные симптомы вообще не принадлежат к картине болезни дрожательного паралича и наблюдаются лишь в виде исключения. Кроме перечисленных наблюдений, надо добавить еще, что Ferriens видел в одном случае Cheyne-Stokes'овское дыхание, а K. Mendel наблюдал у одного больного с бульбарной речью и усиленным слюнотечением заметную атрофию верхней губы и языка, в особенности с левой стороны, при чем левая половина верхней губы давала ясное количественное понижение электровозбудимости как на фарадический, так и на постоянный ток. Только один симптом, трактуемый некоторыми авторами как бульбарный, встречается при *paralysis agitans* довольно часто и был уже отмечен Parkinson'ом; симптом этот—усиленное слюнотечение. Oppenheim, Bruns, Mackintosh и Grategna считают это явление за настоящую гиперсекрецию, зависящую от поражения бульбарных секреторных центров. С другой стороны, Catola и Mail'ard объясняют слюнотечение чисто - механическими причинами; они думают, что, вследствие типичного перегнутого вперед положения больных слюна скопляется в передней части рта и проглатывается лишь медленно и не совершенно из-за неправильного глотания, которое зависит от паретического состояния мускулатуры глотки и дрожания мышц рта и языка. Подобного же взгляда держатся Souques, Janichevski и Förster. Мы лично полагаем, что механическая неисправность мускулатуры (дрожание, ригидность, слабость) губ, языка, неба и глотки лишь усиливает слюнотечение и часто делает этот симптом весьма тягостным для больных, но что это явление само по себе является настоящим секреторным расстройством, подобно усиленному отделению пота (Oppenheim Korczinski, K. Mendel и др.), которое также часто наблюдается при *paralysis agitans*. В одном случае Oppenheim'a вместе с слюнотечением была также и гиперсекреция слизистой оболочки носа. Изменение голоса и разговора больных, как мы уже говорили, наблюдается при болезни Parkinson'a довольно часто, и этим вопросом занимались многие авторы. Чаще всего речь больных становится монотонной, замедленной и затрудненной, а иногда глухой и тихой. Нередко, как и при миастении, больные очень быстро утомляются при разговоре. В единичных случаях речь бывает неясная, прерывистая, временами торопливая и спотыкающаяся и иногда с произвольными паузами между отдельными слогами. Настоящей дизартрии, а также скандированной речи не наблюдается. Ларингоскопическим исследованием больных с дрожательным параличом занимались следующие авторы: Graeffner, Fr. Müller, Rosenberg, Mosse, Sisber, Hohn, Buzzard и Hirt. Graeffner наблюдал преимущественно дрожание голосовых связок. Он различает 3 типа дрожания: в одних случаях дрожание голосовых связок происходит в одном темпе с дрожанием других частей тела, в других

случаях темп дрожания иной и, наконец, в третьих случаях настоящего дрожания голосовых связок не наблюдается, а существуют только отдельные подергивания их. Другие авторы также констатируют дрожание голосовых связок, но, кроме того, указывают на замедленное затрудненное, неравномерное и несимметричное напряжение их. Наконец, Нohn видел в двух случаях полный паралич голосовых связок. Перечисленными расстройствами вполне могут быть объяснены изменения речи больных; однако в наших наблюдениях, где речь была замедлена, затруднена, монотонна, тиха и где больные быстро утомлялись от разговора, ларингоскопическая картина была совершенно нормальна. Подобный случай описывает и К. Mendel.

Чтобы покончить с черепными нервами, мы должны здесь отметить, что никаких расстройств со стороны органов чувств при *paralysis agitans* никогда не наблюдается.

### **Чувствительная сфера.**

При описании *paralysis agitans* Parkinson указал на то, что чувствительность при этом заболевании остается неизменной, и это наблюдение остается верным и по сие время (Eulenburg, Charcot, Erb, Förster, Gorski, Gowers, Heiman, Oppenheim, Strümpell, Wollenberg и др.). Однако есть целый ряд авторов, которые видели об'ективные расстройства чувствительности, состоявшие, впрочем, обычно из гипестезии и гипальгезии (Ordenstein, Heiman, Holm, Karplus, Berger, Klieneberger, Palmieri, Arnaud, Herterich, Корнилович, Lantzius, Beningen, Franz Steiner, Vyehovski).

Кроме того, Ordenstein описал случай с понижением чувствительности на всей поверхности тела, Karplus видел понижение температурной чувствительности. Holm и Karplus наблюдали гиперальгезии, и, наконец, Науман констатировал в одном случае резкое изменение чувства давления при полной сохранности всех остальных видов чувствительности. Несмотря на самое тщательное исследование, мы не могли ни в одном из наших наблюдений найти какое-либо об'ективное расстройство чувствительности. Наш клинический и амбулаторный материал также соответствует нашим наблюдениям. Исключение составляет электрокожная чувствительность, которая в 25% наших наблюдений была ясно понижена, при чем в 3-х случаях это понижение равномерно распространялось по всему телу, а в 2-х случаях особенно сильно на ладонях больных. Подобное же наблюдение было сделано К. Mendel'ем, который говорит, что почти во всех его случаях электрокожная чувствительность была понижена, а все остальные виды чувствительности вполне нормальны. То обстоятельство, что во всей литературе не существует больше указаний по этому поводу, объясняется нами тем, что электрокожной чувствительности вообще до настоящего времени не придается большого значения и она даже мало исследуется. А между тем, судя по % отношению, полученному нами и К. Mendel'ем, электрокожная чувствительность

является, может быть, довольно характерным симптомом дрожательного паралича, в особенности принимая во внимание то обстоятельство что все другие виды чувствительности обычно бывают сохранены.

Переходя теперь к субъективным расстройствам чувствительности, мы прежде всего напомним о том, что эти расстройства самого разнообразного характера, очень часто наблюдаются в продромальном периоде *paralysis agitans* и затем исчезают по мере развития других симптомов. Однако и в период полного расцвета болезни эти расстройства несомненно наблюдаются. Довольно часто больные жалуются на ревматоидные и невралгические боли (ломящего, колющего, стреляющего, режущего и др. характера) в различных частях тела. Далее нередко наблюдаются всякого рода парестезии — ощущение ползания мурашек, зуд в разных частях тела, чувство онемения и покалывания и др. Одна из самых частых жалоб больных (в 45% наших наблюдений) — это тягостное ощущение жара или во всем теле, или в отдельных частях его (горячие ладони и т. д.). Это чувство жара или постоянно мучает больных, или наступает приступами. В некоторых случаях наблюдается ощущение холода во всем теле. Наконец, описаны случаи мускульной усталости и слабости без объективной потери силы, мучительная потребность изменять положение своих членов и тела и чувство внутреннего страха и беспокойства. Без сомнения, многие из перечисленных явлений могут быть объяснены сосудистыми и психическими расстройствами.

### **Вазомоторные и трофические расстройства.**

Эти расстройства довольно часто наблюдаются при дрожательном параличе, однако не являются, несмотря на утверждение некоторых авторов (Zingerle), характерными и постоянными симптомами этого заболевания. Тягостное ощущение жара, испытываемое больными, по наблюдениям некоторых авторов (Grosset, Appollinaris, Leva, Fuchs, Klieneberger, Strümpell, Gowers, Bychovski, Heiman, Alquier, Fürste, Zingerle), сопровождается иногда действительным повышением кожной температуры. Fuchs констатировал это повышение в 23,4% всех случаев. Grosset, Appollinaris и Leva видели повышение  $t^0$  только на стороне более сильного дрожания, а потому и считают его исключительно следствием дрожания. Klieneberger и Fuchs также наблюдали повышение  $t^0$  в 0,2°—0,4° на той стороне где было дрожание. Несмотря на это, как правильно указывает Alquier, мы не имеем права рассматривать повышение  $t^0$  в зависимости от дрожания, так как наблюдались случаи повышения температуры и при *paralysis agitans sine agitata*. Кроме того, при многих других болезнях с дрожанием (напр., хорея) повышения температуры не бывает. Другие авторы считают, что повышение  $t^0$  идет рука об руку с субъективным ощущением жара (Förster, Gowers, Fuchs), и рассматривают это повышение как следствие повреждения термических и вазомоторных центров.

Однако большинство авторов, к которым присоединяемся и мы (Chargor, Vomchard, Eulenburg, K. Mendel и мн. др.), никогда не видели повышения кожной температуры, несмотря на жалобу больных на ощущение сильного жара. Часто встречающиеся жалобы больных на приливы крови к голове, головокружение и головную боль некоторые авторы (Martha) объясняют преходящим спазмом сосудов головного мозга, но мы склонны рассматривать эти расстройства, как следствие мозгового артериосклероза. Здесь мы хотим обратить особое внимание на то, что во всех наших наблюдениях склероз артерий был выражен довольно резко и часто не соответствовал возрасту больных. Так, например, в одном случае артерии были очень жестки и извилисты, несмотря на 29-летний возраст больного и отсутствие в его анамнезе сифилиса, алкоголизма и курения. Большинство авторов также указывают на ранний и ярко-выраженный артериосклероз, и многие ставят его в тесную связь с патогенезом *paralysis agitans*. Одна часть исследователей не могла определить склероза периферических сосудов, а некоторые авторы (K. Mendel) обращают на это особое внимание, указывая при этом на высокий возраст больных. Многие авторы часто констатировали у своих больных тахикардию, скачущий пульс, артериальную напряженность и не обычную амплитуду пульсовой кривой (Pelz, K. Mendel, Sicard, Marie, Dana, Gnilain, Tixier, Peterson, Leva, Azonlein, Borgherini). Мы также видели эти расстройства, и в некоторых случаях они были выражены очень резко. Из других вазомоторных расстройств надо упомянуть следующие: покраснение лица (Erb), внезапно наступающие гиперемии отдельных частей тела (Wollenberg), цианоз рук (Chodzko, Mosse, Dirks, Klieneberger, K. Mendel, Schwartz) и, наконец, дермографизм (Borgherini, K. Mendel и Klieneberger). Последний симптом K. Mendel считает заслуживающих особого внимания. Мы также в двух случаях наблюдали явление дермографизма, но не придаем ему большого значения. Переходя теперь к трофическим расстройствам, мы прежде всего остановимся на изменении кожи, которое Frenkel наблюдал во всех случаях дрожательного паралича. Это изменение состояло в утолщении кожи и как бы спаянии ее с подкожной клетчаткой; иногда это изменение было выражено настолько резко, что кожу нельзя было собрать в складку. В некоторых случаях была изменена кожа всего тела, а в других—кожа отдельных конечностей или стопы. Подобное же утолщение кожи, описанное Frenkel'ем, наблюдали Nauman и Reuling. Compin, Bruns, Gowers, Wollenberg видели утолщение кожи, но оно сопровождалось отеком. В двух случаях мы также констатировали утолщение кожи, при чем в одном случае были увеличены сальные железки, и все тело больной представлялось маслянистым. На частое увеличение сальных железок указывает и Frenkel. Считаясь с фактом утолщения кожи, мы, тем не менее, должны присоединиться к тем авторам (Karplus, Klienenberg, Mendel, Forster и др.), которые не соглашались с мнением Frenkel'я, что этот симптом является характерным и постоянным для *paralysis agitans*. В отдельных случаях наблюдались

и многие другие трофические расстройства. Так, Compin, Bruns и Weber видели истончение кожи и глянцеvitость ее. В двух случаях Bruns'a было увеличение обеих рук без всяких других симптомов акромегалии. La Marche и Vincent упоминают о „la main succulente de Marinesco“. Pelz наблюдал типичное vitiligo на тыле обеих костей и на scrotum. Raymond, Clavaleira, Talaman, Carrière и Lécorché несколько раз констатировали на коже пятна pigur'ae и eschymos'ы. Alquier находил иногда отек при чем заболевания почек и сердца не было. Наконец, Monghal дважды видел самопроизвольные переломы костей. В нескольких случаях мы наблюдали на лице больных многочисленные аспе. Часто, по нашим наблюдениям, а также по наблюдениям других авторов, кожа больных бывает очень суха. Судя по разнообразию и вместе с тем малочисленности трофических изменений, мы не можем отрешиться от мысли, что эти изменения не принадлежат к картине paralysis agitans и, может быть, стоят в зависимости от других причин (артериосклероз, пожилой возраст больных и др.).

### **Внутренние органы.**

Изменения органов растительной жизни не принадлежат к картине дрожательного паралича, а если они и наблюдаются, то на них надо смотреть как на complication. В 80% всех наших наблюдений были налицо те или другие расстройства со стороны сердца, которые преимущественно носили характер хронического миокардита, и легко могут быть объяснены артериосклерозом, наблюдавшимся нами, как мы уже говорили выше, во всех наших случаях. Изменения со стороны сосудистой системы констатированы и многими другими авторами (Catola, Terrier и др.). Далее, среди нашего клинического и амбулаторного материала были отдельные случаи, в которых наблюдались эмфизема, хронический бронхит, геморрой, запоры и цирроз печени. Качественные и количественные анализы мочи производились многими исследователями в большом количестве случаев. Chéron, Pfeiffer, Peltz, Oppenheim, Gauthier, Scholz указывают на то, что очень часто при paralysis agitans наблюдается полиурия, но Laporte, Leva и Saint-Léger не подтверждают этого. Из трех случаев Gürtler'a полиурия была только в одном. Chéron утверждает, что резкое увеличение количества фосфатов (почти в 3 раза) имеет место во всех случаях paralysis agitans. Эта фосфатурия, по мнению автора, является патогномичной для дрожательного паралича и часто обнаруживается задолго до явного начала болезни. Фосфатурию наблюдали также Pfeiffer, Scholtz, Gauthier, Oppenheim, Laporte и Dénombré. Между тем Panal, Borgherini, Ewald, Mosse, Gürtler, Leva и Saint-Léger никогда не видели увеличения количества фосфатов, а Robert и Parisot в течение долгого времени констатировали уменьшение фосфорной кислоты. Pfeiffer и Scholtz определяли количество выделяемого с мочей креатинина и сульфатов и нашли это количество нормальным. Chéron, Leva и Borgherini говорят то же самое по поводу выделения

сульфатов, но Boucher, Regnard Dénmbre постоянно наблюдали уменьшение количества серной кислоты. Chéron и Gürtler нашли, что количество выводимой мочи остается нормальным Boucher и Regnard констатируют несколько уменьшенное количество, а Borgherini, Mosse—Banal и Setti указывают, наоборот, на увеличение его. Shaefer видел в одном случае чрезвычайно повышенный белковый обмен. Dana, Klienenberger и Topinard наблюдали гликозурию, Heiman имел случай с diabetes mellitus и Gauthier—один случай с настоящим диабетом. Что касается до наших собственных наблюдений, то мы можем сказать, что во всех случаях моча не представляла никаких изменений. Такой же нормальный состав мочи был найден и многими другими авторами. Принимая же во внимание те противоречивые данные, которые, как мы только что указали, были получены разными исследователями, мы полагаем, что те или другие изменения мочи не могут считаться характерными для дрожательного паралича.

Исследование крови, произведенное нами в 5-ти случаях, показало постоянное резкое уменьшение количества гемоглобина (45%—60%), между тем как количество красных кровяных шариков было понижено лишь весьма незначительно, а в одном случае мы насчитали даже 5.500.000 эритроцитов в 1 к. с. Количество белых кровяных шариков в трех случаях было нормальным, а в 2-случаях пониженным (4000—4900). Никаких других изменений крови нами найдено не было. Литературные указания по поводу состава крови при *paralysis agitans* вообще очень скудны. Peltz и Sonthword, подобно нам, наблюдали уменьшение количества гемоглобина. Последний автор вместе с Dana видел еще в одном случае недостаток эозинофиловых клеток. Что касается до реакции Wassermann'a, то, по нашим наблюдениям, а также по наблюдениям других авторов, это реакция обычно дает отрицательный результат, кроме тех единичных случаев, где в анализе больных отмечается *lues*.

В трех случаях нами было предпринято исследование цереброспинальной жидкости, которая показала нормальный состав ее. То же самое констатируют и другие авторы (Klieneberger).

---

## V.

### ТЕЧЕНИЕ, ПРЕДСКАЗАНИЕ, РАСПОЗНАВАНИЕ И КОМБИНАЦИИ С ДРУГИМИ БОЛЕЗНЯМИ.

Течение. Дрожательный паралич есть заболевание хроническое и медленно прогрессирующее. Как мы уже упоминали выше, развитие болезни идет столь незаметно, что многие больные даже не могут с точностью указать ее начало. Часто в течение многих лет существует различного рода продромальные явления, прежде чем появится один из характерных симптомов *paralysis agitans* — дрожание или повышение мышечного тонуса. Дальнейшее течение болезни всегда почти затяжное, но настойчиво и неуклонно прогрессирующее, хотя могут пройти годы и даже десятки лет, прежде чем больной сделается совершенно беспомощным и в конце-концов погибнет или вследствие какого-нибудь интеркуррентного заболевания (бронхит, пневмония, инфлуэнца, апоплексия и др.), или от какой-либо случайной причины (один больной Strümpel'я упал лицом в лужу и, не будучи в состоянии подняться, захлебнулся в ней). Таков обычный ход болезни, но нередко наблюдаются и отклонения как в худшую, так и в лучшую сторону. Есть случаи, в которых болезнь наступает сразу, и затем за короткое время (несколько месяцев) быстро появляются все тяжелые симптомы и общее истощение. С другой стороны существуют наблюдения, где все явления выражены очень слабо и в течение многих лет остаются стационарными или прогрессируют весьма незначительно. Так, Heiman описал один случай, в котором болезнь не усиливалась в продолжение 25 лет. Приведем кратко 3 случая из нашего материала: 1) Быстрое начало с дрожания в правой руке после сильного физического напряжения этой рукой. В течение 15 лет присоединилось только дрожание в нижней челюсти (набл. 10 а.). 2) Быстрое начало с дрожания в руках после испуга. Через 15 лет незначительное усиление дрожания (набл. 22 а.). 3). Через 20 лет после начала болезни—слабый тремор в кистях и пальцах рук и небольшая ригидность мускулатуры (набл. 47 а.). Далее надо отметить, что развитие всех симптомов вовсе не обязательно; мы уже говорили о том, что нередко случаи *paralysis agitans sine agitatione*, кроме того, наблюдаются больные, у которых долго отсутствует мышечная ригидность или же она бывает выражена очень слабо. Значительные колебания в интенсивности симптомов бывают редко, но все же встречаются.

Многие авторы описывают продолжительные ремиссии и улучшения болезни. Мы также наблюдали улучшения, но все они были очень нестойки и в конце концов сводились к суб'ективным ощущениям больных. Самочувствие больных действительно меняется чрезвычайно и зависит от самых разнообразных причин: одни больные чувствуют себя лучше утром, а другие вечером, одни летом, другие зимой, одни после обеда, другие до обеда и т. д. Только душевные волнения радостные или печальные—безразлично, во всех случаях приносят ухудшение болезни.

Предсказание. Quo ad valitudinem абсолютно неблагоприятно, и до сих пор мы еще не знаем ни одного случая полного излечения, а если таковые и описаны, то они основаны на неправильном распознавании. Об'ективное и продолжительное улучшение также не наблюдается. Таким образом все, на что мы можем рассчитывать — это временное улучшение самочувствия больных и более или менее продолжительные ремиссии. В каждом отдельном случае мы должны выяснить соответствуют ли об'ективные данные суб'ективным ощущениям больных и, в зависимости от большего или меньшего количества функциональных наслоений, которые никогда почти не отсутствуют при *paralysis agitans*, подавать больным надежду на улучшение. По мнению некоторых авторов (Eulenburg), утешением для больных может служить то обстоятельство, что болезнь протекает очень медленно. Однако сами больные, повидимому, держатся другого мнения, и те из них, которые окончательно потеряли надежду на выздоровление, нередко пытаются прекратить свое жалкое существование самоубийством. В конце-концов, почти все больные утрачивают способность к движению и становятся в полную зависимость от окружающих, так как сами не могут ни есть, ни причесываться, ни одеться, ни раздеться и часто не в состоянии даже без посторонней помощи перевернуться в постели. Общее питание значительно страдает, при малейшем недосмотре развиваются пролежни, и летальный исход наступает от общей слабости и маразма.

Распознаванию<sup>1)</sup> дрожательного паралича большинство авторов уделяет лишь несколько строк, указывая на то, что в настоящее время мы знаем настолько характерные симптомы этого заболевания, что смешать *paralysis agitans* можно разве только с истерией, которая так совершенно симулирует часто различные болезни. И, действительно, в громадном большинстве случаев, в той стадии болезни, когда характерные симптомы *paralysis agitans* выражены хорошо, ошибочный диагноз невозможен — положение тела больного, маскообразность лица, общая неподвижность, походка, дрожание, своеобразное повышение мышечного тонуса и другие явления так типичны, что позволяют нам распознать болезнь уже при входе больного, на расстоянии. Однако, не говоря уже об отдельных случаях дрожательного паралича, протекающих вообще атипично и с несобычными симптомами, надо сказать, что раннее распознавание почти всегда затруднительно. Обычная легкость диагноза зависит, по нашему мнению,

<sup>1)</sup> Смотри—введение I.

от того, что даже интеллигентные больные часто обращаются за врачебной помощью только тогда, когда болезнь выражена уже достаточно типично и значительно мешает их работе. Что касается до продромального периода, который часто тянется несколько лет, то в это время правильное распознавание болезни почти что невозможно. Продромальные явления настолько разнообразны (различные боли и парестезии, потливость, слюнотечение, пугливость и внутреннее беспокойство, общая слабость, раздражительность и др.) и в конце-концов так не характерны, что всегда почти вводят в заблуждение и чаще всего принимаются за неврастенические симптомы. Напомним здесь один из наших амбулаторных случаев (56 н. а.): больной Ох—ий, 61 года, никогда ничем не хворавший и без наследственного отягощения, пришел с жалобами на боли в груди и спине, раздражительность, пугливость и плохой сон. Об'ективно никаких расстройств со стороны нервной системы найдено не было, и был поставлен диагноз — *neurasthenia*. Через 3½ года больной вторично был в амбулатории с типичной картиной *paralysis agitans* (*tremor* рук, мышечная ригидность и *propulsio*). По словам больного, дрожание появилось у него месяцев 6 тому назад. Как же надо трактовать этот случай? Нам кажется, что во время своего первого посещения клиники больной находился в продромальном периоде *paralysis agitans*; кроме того, судя по степени ригидности, которая была констатирована при вторичном посещении больного, можно думать, что она появилась не одновременно с дрожанием (за ½ года), а много раньше, то-есть вскоре после тех явлений, с которыми больной пришел первый раз. Итак, продромальные явления не могут служить для распознавания, но они являются важным подспорьем для ранней постановки диагноза, когда появится хотя бы один из характерных симптомов, даже слабо выраженный. В прежнее время диагноз дрожательного паралича становился почти исключительно на основании типичного дрожания; в настоящее время, как мы уже упоминали выше, дрожание уже не имеет этого решающего значения, и раннее распознавание должно производиться на основании совокупности всех явлений и главным образом при изменении мышечного тонуса. Дрожание очень похожее на *Parkinson*'овское, встречается и при других заболеваниях, а с другой стороны, существуют случаи *paralysis agitans*, в которых оно долго не появляется или совсем не бывает. Эти случаи *paralysis agitans sine agitatione* не представляют особенной трудности для распознавания, так как в них как раз все другие характерные симптомы, и в особенности повышение мышечного тонуса, бывают выражены очень резко. Приведем по этому поводу случай, который описывает профессор Mendel: „Als ich am Schlusse der Poliklinischen Sprechstunde den bereits über 20 Jahre in der Poliklinik tätigen Diener fragte, ob noch ein Patient zum ersten Male da sei, antwortete er mir: „Ja, ein Fall von *Paralysis agitans sine agitatione*“, und — es stimmt!“ . Гораздо труднее диагностировать те случаи, в которых долго не наблюдается повышения мышечного тонуса, и здесь при-

ходится принимать во внимание второстепенные симптомы, а также возраст больных и продромальные явления, если они вообще наблюдались. Для раннего распознавания *paralysis agitans* важно обратить внимание на следующие симптомы: 1) затруднение и замедление произвольных движений является часто первым проявлением дрожательного паралича и, как отметил уже давно Oppenheim, в это время не наблюдается иногда еще никакой ригидности мышц; 2) общая слабость также является одной из самых частых и первых жалоб больных — по нашим наблюдениям здесь дело заключается не столько в слабости, сколько в несоразмерной и быстрой утомляемости и истощаемости мускулатуры (дальнейшие наблюдения покажут может ли иметь цену для раннего распознавания электрическая миастеническая реакция, которая была констатирована нами во многих случаях; 3) вазомоторные и трофические расстройства могут быть первыми проявлениями *paralysis agitans*, но они являются только подспорьем к другим более характерным симптомам; 4) наконец, расстройство электрокожной чувствительности, найденное нами во многих случаях, а К. Mendel'ем чуть ли не во всех, которое, очень возможно, будет считаться современем очень ценным и, может быть, ранним симптомом, особенно же в виду того, что все остальные виды чувствительности остаются при этом нормальными. Случайные бульбарные и психические симптомы, по нашему мнению, часто только затрудняют и затемняют диагноз, а не служат подспорьем к правильному распознаванию, как указывает на это К. Mendel. Указав на те симптомы, которые служат для раннего распознавания дрожательного паралича, мы перейдем теперь к дифференцированию его от других заболеваний. Симптомы продромального периода *paralysis agitans* (различные боли и парэстезии, общая слабость и утомляемость, раздражительность и др.) настолько схожи с явлениями неврастения, что несомненно, по нашему мнению, очень часто и ставится диагностика этого заболевания, и только дальнейшее течение болезни выясняет дело. Как мы уже упоминали выше, наибольшее сходство с дрожательным параличом дает в некоторых случаях истерия. Описаны случаи (Boinet, Chabert, Erb, Ewart, Flatau, Saussel, Грейденберг, Krafft-Ebing, Mendel, Müller de la Fuente, Oppenheim, Rendu, Renzi и Wollenberg), в которых истерия настолько совершенно симулировала *paralysis agitans*, что только длительное наблюдение давало в конце концов возможность распознать ошибку и поставить верный диагноз. Такие случаи получили даже особое название — *pseudoparalysis agitans hysterica*. И несмотря на все сходство, есть масса моментов, которые помогают правильной дифференцировке. Прежде всего, на что мы обращаем внимание — это возраст больного; мы знаем, что в громадном большинстве случаев *paralysis agitans* начинается в среднем и даже пожилom возрасте, а истерия, наоборот, избирает свою жертву среди молодых индивидуумов. Некоторое значение имеет и пол, так как истерия отдает предпочтение женщинам, а при болезни Parkinson'a этого предпочтения не наблюдается. Большое значение имеет

тщательно собранный анамнез, который часто дает ценные указания на те или другие проявления истерии до начала заболевания. Чрезвычайно важно установить в сомнительных случаях не было ли психической заразы, то-есть не имели ли пациенты в своей жизни того или иного соприкосновения с больными, страдавшими дрожательным параличом. Подобные случаи описали Gaussel и Müller de la Fuente. В случае Gaussel'я одна истеричка лежала в больнице рядом с больной, страдавшей дрожательным параличом, и кроме того, имела двоюродную сестру с этою же болезнью; в результате у нее самой развился *pseudoparalysis agitans hysterica*. Müller de la Fuente наблюдал *pseudoparalysis agitans hysterica* у больной, ухаживавшей за своею матерью с дрожательным параличом и прочитавшей в книге о заразительности этого заболевания. Этиологические моменты часто не дают нам прочных данных для распознавания, так как различного рода физические и психические травмы приводятся в качестве причины заболевания как при настоящем дрожательном параличе, так и при *pseudoparalysis agitans hysterica*. Быстрое начало и развитие всех симптомов скорее говорит за истерию, но мы знаем, что в некоторых случаях подобное же течение наблюдается и при болезни Паркинсона. Самая тяжесть симптомов не говорит за *paralysis agitans* и, наоборот, многие явления бывают более резко выражены при истерии. Эта выпуклость или, если можно так выразиться, шаржирование того или другого симптома часто даже помогает дифференцированию. Так, К. Mendel наблюдал больную, у которой были чрезвычайно сильно выражены явления пропульсии и ретропульсии, но при этом больная бежала слишком быстро, легко и эластично и никогда не падала. Что касается до дрожания, то оно имитируется истеричными очень совершенно, но и здесь, при внимательном наблюдении, можно найти некоторые отличия. Так, при истерии дрожание обычно развивается сразу в полной силе, а не медленно прогрессируя, как это бывает при дрожательном параличе. В дальнейшем колебания интенсивности и распространения дрожания при истерии выражены слишком резко. При *paralysis agitans*, как известно, чаще всего и сильнее дрожат пальцы рук и вообще проксимальные части членов, а при истерии наоборот—дистальные. Наконец, надо сказать, что при пассивных и активных движениях дрожание при истерии не уменьшается, а нередко даже усиливается. Очень ценным для дифференциального диагноза является то обстоятельство, что самый главный симптом дрожательного паралича—повышение тонуса—при *pseudoparalysis agitans hysterica* почти всегда отсутствует или бывает выражен очень несовершенно. Истеричные больные раздражительны, капризны, настроение духа у них быстро меняется, но память и соображение у них не расстраиваются. В противоположность им агитанты покорны, с преобладанием депрессивного состояния и часто с некоторым понижением умственных способностей. Расстройства со стороны органов чувств и чувствительной сферы, столь часто и сильно выраженные при истерии, совершенно не свойственны дрожательному параличу.

Наконец, надо сказать, что все явления при истерии подвержены очень значительным колебаниям, и многие из них уменьшаются или даже исчезают под влиянием гипноза и психотерапии.

Итак, мы видим, что при внимательном и продолжительном наблюдении существует много данных, по которым можно бывает отличить болезнь Паркинсона от истерии, но настоящая трудность возникает при комбинации этих двух страданий, которая встречается далеко нередко. Вот здесь-то, на основании характерных симптомов истерии (расстройство со стороны органов чувств и чувствительной сферы, припадков и др.), не трудно впасть в ошибку и признать за истерию настоящий дрожательный паралич. Но даже и поставив правильный диагноз (комбинация), часто почти невозможно решить, какие симптомы принадлежат истерии, какие *paralysis agitans* и какие обоим вместе. В заключение повторим кратко одно из наших наблюдений (XVIII. С. Н.), где сначала был поставлен диагноз истерии, а затем дрожательного паралича; случай, который по нашему мнению, является комбинацией этих двух страданий.

Больная Александра О-ва, 36 лет, поступила в клинику 20 сентября 1904 года. Со стороны наследственности отмечается алкоголизм дедов и дядей с отцовской и материнской стороны; кроме того мать больной была нервная и страдала какими-то припадками. У самой больной было ненормальное половое возбуждение с 14-ти лет, которое она удовлетворяла мастурбацией. 25-ти лет—психическая травма (больной не удалось выйти замуж за любимого человека), после которой наблюдались психические симптомы истерического характера, а вскоре появились и явления *paralysis agitans*, наступившие сразу после выпитого стакана воды. Дальнейшее течение болезни со значительными колебаниями. *Status* через через 9 лет после начала заболевания, 20 ноября 1904 года. Со стороны психики отмечается сильная раздражительность, внушаемость, впечатлительность, плаксивость и смена настроения, но преобладает недовольство всем окружающим. Глоточный рефлекс отсутствует а сухожильные—живые. Во всех 4-х конечностях существует непостоянное и прерывистое дрожание, которое не зависит от состояния покоя или движений. Небольшая ригидность мускулатуры и *propulsio*. Других расстройств нет. Больная пробыла в клинике 6 месяцев, и, хотя течение болезни шло с большими колебаниями, но в общем со значительным улучшением. Был поставлен диагноз *hysteria* и под двумя знаками вопроса (?) *paralysis agitans*. Через год больная вторично поступила в клинику. В это время констатированы: значительная ригидность мускулатуры, маскообразность лица, характерное для *paralysis agitans* положение тела и типичный *tremor* в руках и ногах. В остальном *status* тот же, что и год тому назад. Пробыв в клинике 4½ месяца, больная выписалась без улучшения. Далее в течение 7½ лет болезнь медленно прогрессировала, не давая уже таких колебаний, как в первые годы заболевания. В сентябре 1913 года больная была исследована мною в амбулатории клиники, при чем она представляла

в это время типичную картину дрожательного паралича с психическими аномалиями истерического характера. Нами был поставлен диагноз *paralysis agitans + hysteria*. Итак мы видим, что даже при продолжительном клиническом наблюдении в первый раз был поставлен неправильный диагноз, хотя и тогда уже возникло сомнение относительно *paralysis agitans*. Действительно, много говорило тогда за истерию: 1) наследственное отягощение, 2) молодой возраст больной (27 лет), 3) ненормальное и раннее проявление полового чувства, 4) психическая травма, после которой появились психические симптомы истерического характера, 5) внезапное начало и течение с большими колебаниями, 6) отсутствие глоточного рефлекса, 7) нетипичное дрожание, 8) незначительная ригидность и, наконец, 9) отсутствие маскообразности лица и характерного положения туловища, несмотря на то, что прошло уже 9 лет после начала заболевания. Продолжительное клиническое наблюдение, которое обычно способствует правильному распознаванию, в этом случае как раз еще более затемнило дело и именно вследствие того, что тут была комбинация обеих болезней. Надо думать, что явление *propalsi'u*, исчезнувшее окончательно, было в этом случае истерического характера; что же касается до ригидности, то ее надо отнести на *paralysis agitans*, хотя она и казалась при поступлении сильнее выраженной вследствие функционального наслоения. Покончив с истерией, перейдем теперь к дифференцированию *paralysis agitans* от других заболеваний. До середины прошлого столетия дрожательный паралич часто смешивали с хореей, и только See (1851 года) и Troussseau (1859 год) провели резкую дифференциальную диагностику между этими обеими болезнями. Смешать в настоящее время болезнь Parkinson'a с хореическими судорожными формами едва ли возможно. Непреодолимые трудности представлял в прежнее время дифференциальный диагноз между дрожательным параличом и множественным склерозом. Charcot и Ordenstein'у принадлежит заслуга разграничения этих двух болезней. В качестве краеугольного камня для диагностики эти авторы выдвинули различие между интенционным дрожанием *sclerosis disseminata* и дрожанием в покое *paralysis agitans*. Как нам известно, в настоящее время эти симптомы не могут считаться важнейшими диагностическими признаками, так как известны случаи *paralysis agitans*, в которых дрожание носило именно интенционный характер. И, несмотря на это, дифференциальная диагностика между болезнью Parkinson'a и множественным склерозом обычно не представляет особых трудностей, так как симптоматология обоих заболеваний разработана до малейших подробностей. Начало болезни в молодом или среднем возрасте, изменения со стороны глазного дна, нистагм, расстройства со стороны тазовых органов, распределение и характер мышечной ригидности, клonusы, симптом Бабинского, отсутствие брюшных рефлексов, скандированная речь и, наконец, распределение и характер дрожания (интенционное), все это говорит за *sclerosis disseminata* и против *paralysis agitans*. Гораздо труднее для распознавания те случаи, в которых наблюдается комбинация обеих

болезней. Надо сказать, что подобных наблюдений существует лишь весьма немного (Jolly, Krause, Oppenheim и Sachs) и что некоторые авторы (Forster) вообще не считают их за комбинацию, а причисляют ко множественному склерозу.

Дрожание при прогрессивном параличе иногда очень похоже на дрожание Parkinson'овское, но все же оно имеет обычно больший размах, не так ритмично и не стоит в зависимости от состояния покоя или движения; кроме того, дизартрия, расстройство со стороны зрачков, психические аномалии и другие явления *paralysis progressivae* помогают постановке верного диагноза.

Дрожание при базедовой болезни едва ли может представить серьезные затруднения для распознавания. То же самое надо сказать и относительно интоксикационных дрожательных форм (алкогольное, никотинное, ртутное, свинцовое и др.), в особенности если обратить внимание на другие явления, которые наблюдаются при этих болезнях, а также на этиологические моменты. Для дифференцирования дрожательного паралича от старческого дрожания могут служить следующие данные: 1) *tremor senilis* появляется в большинстве случаев лишь в глубокой старости, 2) дрожание поражает преимущественно голову и подбородок, 3) оно менее интенсивно, чем при *paralysis agitans*, но при активных движениях часто усиливается и, наконец, 4) другие симптомы, свойственные дрожательному параличу, отсутствуют. Существует целый ряд наблюдений, в которых самые разнообразные процессы (опухоль, размягчения, кровоизлияния, воспаления, склеротические изменения), в различных частях головного мозга, давали картину, очень сходную с дрожательным параличом. Назовем некоторые из этих случаев: *paralysis pseudobulbaris* (K. Mendel); *endothelioma piae matris*, которая сдавливала *cerebellum* (Baldwin); *paralysis bulbaris* (K. Mendel); *encephalomalacia pontis* (K. Mendel); *tuberculum pontis* (K. Mendel); заболевание путей от *cerebellum* к *thalamus* (Cassirer); *tumor pedunculi* (Charcot); *encephalitis in pedunculus* (Oppenheim); *tuberculum in pedunculus dextra* (Blocq et Martinesco); *osteofibroma corporis striati dextra* (Boucher); *sarkoma in thalamus sinistra* (Leyden); индурация правой височной доли и правого аммониева рога. Однако, при всех подобных заболеваниях, несмотря на кажущееся сходство их с дрожательным параличом, обычно наблюдаются те или иные симптомы (параличи черепных нервов, расстройство чувствительности, клонусы, симптом Бабинского и др.), которые врываются резким диссонансом в картину болезни и помогают правильному распознаванию. Таким образом в этих случаях приходится говорить лишь о симптомокомплексе *paralysis agitans*, и явления, наблюдаемые при этом, должны быть признаны симптомами очаговыми. С другой стороны, как мы увидим ниже, существует огромное количество наблюдений, в которых патолого-анатомические изменения при дрожательном параличе локализовались как-раз в тех же отделах центральной нервной системы, о которых мы только что говорили. Однако, обычно эти изменения носят более тонкий и деликатный характер.

Покончив с распознаванием, мы перейдем к комбинациям *paralysis agitans* с другими болезнями. О частоте комбинации с истерией и об единичных случаях, в которых одновременно наблюдались симптомы дрожательного паралича и множественного склероза, мы говорили только что. Следующие авторы наблюдали комбинации *paralysis agitans* с *tabes*'ом—Bychowski, Dupré, Eshner, Heimann, Hess, Karplus, Koddermann, K. Mendel, Penzoldt, Placzek, Rhein, Seiffer, Stintzing, Weil и Wertheim—Salomonson. Большинство этих авторов считает эту комбинацию чисто случайною, но К. Mendel, указывая на то, что подобные случаи очень нередки, не соглашается с этим воззрением. Wertheim—Salomonson говорит, что к этим двум болезням присоединяется еще *dementia paralytica*, и на этом основании хочет даже выделить особую форму болезни, которую он называет—„*Tromparalysis tabioformis (cum dementia)*“.

Согласно с мнением большинства авторов, мы также признаем комбинацию этих болезней случайной, а то обстоятельство, что *paralysis agitans* комбинируется с *tabes*'ом охотнее, чем с другими заболеваниями (первое место все же принадлежит истерии), объясняется тем, что спинная сухотка является одной из самых частых болезней нервной системы.

Из других заболеваний нервной системы также, по нашему мнению, случайно комбинирующихся с дрожательным параличом, мы должны указать на следующие: *morbus Basedovii* (Möbius, K. Mendel, Goldstein, Гобилевич и Танатоп); *myxödema* (Lundborg, Möbius и Luzzatto); *sclerodermia* (Luzzatto) увеличение *glandulae parathyreadae* (Gjestland); *morbus Addisoni* (Hecker, K. Mendel); *elephantiasis* (Lundborg); *myoklonia* (Lundborg); *myotonia* (Roux); *ophthalmoplegia ptogressiva* (Bruns); *ophthalmoplegia externa* (Minkowski); *cysticercus racemosus* с симптомокомплексом *paralysis agitans* (Falk); корковая слепота (Marie); *epilepsia* (Gowers, Bourilhet, Combemale); *ischias* (K. Mendel); *paralysis facialis* (Heimann), *musculi serrati* (Moncorgé), *tie convulsif* (Bychowski), *chorea* (Boinet), *meningomyelitis* (Maragliano), *athétose* (Huet et Joffroy).

В заключение надо сказать, что *paralysis agitans* нередко осложняется апоплексией, с последующей гемиплегией (Grashey, Koller, Naka, K. Mendel, Parkinson и др.). Эта комбинация является вполне понятной, если принять во внимание высокий возраст больных и сильный артериосклероз, наблюдаемый у агитантов.

## VI.

### ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ПАТОГЕНЕЗ<sup>\*)</sup>.

Насколько типичны, постоянны и однообразны симптомы дрожательного паралича, настолько же различны, не ясны и не характерны патолого-анатомические изменения, находимые при этом заболевании. Многочисленные аутопсии с тщательным микроскопическим исследованием мышц нервов, спинного и головного мозга, сосудов и желез внутренней секреции, до сих пор не только не подвинули нас в деле уяснения патогенеза *paralysis agitans*, но еще более затемнили этот вопрос. Происходит это потому, что изменения, найденные в одних случаях, не подтверждаются в других, и, кроме того, многие авторы, не считаясь с наблюдениями других, а основываясь лишь на своих собственных, часто весьма немногочисленных случаях, считают своим долгом предлагать все новые и новые теории для объяснения патогенеза этого страдания. К сожалению, нам пришлось обработать патолого-анатомически только один случай и потому, несмотря на весь его интерес в смысле найденных нами изменений, мы можем в своих заключениях основываться главным образом лишь на своих клинических наблюдениях, предпослав сначала краткий обзор литературных данных. Почти до конца прошлого столетия в науке господствовал взгляд, что *paralysis agitans* есть заболевание функциональное, а не органическое. Основанием для этого служили отрицательные данные, получавшиеся у прежних исследователей, зависевшие, по видимому, от недостатка и несовершенства техники. Подобные отрицательные результаты опубликовали следующие авторы—Westphal (исследование спинного и головного мозга только макроскопически), Ordenstein, Ollivier, Kühne, Simon, Buresi, Vulpian, Fürstner. Из 6-ти случаев, исследованных Charcot, 3 дали совершенно отрицательный результат, а в 3-х случаях были найдены изменения в спинном мозгу (облитерация центрального канала, пигментация ганглиозных клеток и амиллоидные нельца), которые автор признает несущественными и считает за явления старческой дегенерации. Наконец, в одном случае, описанном Heimann'ом, Oppenheim также не нашел никаких изменений как в головном, так и в спинном мозгу, если не считать несколько сомнительной окраски голевских столбов.

---

\*) Смотри—введение I и II.

В настоящее время вряд ли найдутся приверженцы старых авторов, смотревших на дрожательный паралич как на моторный невроз без анатомической подкладки и не только вследствие того, что те или другие патолого-анатомические изменения обычно находят в каждом случае, но главным образом потому, что клиническая картина и течение болезни всегда стоят в резком противоречии с нашим понятием о функциональном заболевании. И, действительно, возраст больных, медленное развитие, прогрессивное, хроническое течение и отсутствие не только излечения, но даже и значительного или продолжительного улучшения—все это несомненно говорит за тяжелое органическое страдание.

Перейдем теперь к изменениям, найденным в мышцах, и к тем теориям миопатического происхождения дрожательного паралича, которые были построены на основании этих находок. В 1876 году Leyden впервые произвел микроскопическое исследование мышц при *paralysis agitans* и нашел в них следующие изменения: поперечная полосатость мышц сохранена, но сами они несколько атрофированы, бледны и жирны и между мышечными пучками попадают зернистые шары; кроме того местами встречается разрастание интерстициальной ткани. Затем в 1888 г. Blocq нашел гипертрофию и атрофию волокон, увеличение количества ядер соединительной ткани и пролиферацию ядер сарколеммы и на основании этих изменений высказался за мышечную локализацию страдания. Далее Borgherini, Sass, Ketscher, Dana, Redlich, Wollenberg, Hayashi, Sanna, Salaris, Moriyasu, Alquier видели следующие изменения: атрофию, жировое и гиалиновое перерождение мышечных волокон, вокуализацию и увеличение интерстициальной ткани. Более серьезные изменения видели Schiefferdecker и Schwenn, которые и являются главными защитниками мышечной теории. Так, Schiefferdecker указывает на то, что все мышечные волокна довольно сильно атрофированы, но, кроме того, он различает еще несколько сортов атрофии: 1) „Einfache Atrophie“ (простая атрофия) с исходом в простую атрофическую дегенерацию и 2) „Lückenatrophie“ (атрофия с пропусками, промежутками и пустотами, или такое состояние мышечной ткани, когда в волокнах находятся неравномерные угольчатые и окончатые промежутки, которые связаны между собой тонкими мостиками и перемычками) с переходом в дегенеративный распад. В этом последнем виде атрофии, который будто бы является характерным для мышечной дегенерации при *paralysis agitans*, Schiefferdecker и видит причину заболевания. Idelsohn также подтверждает данные, найденные Schiefferdecker'ом, Buck-Demog отрицает их, а Naka рассматривает „Lückenatrophie“ как артефакт. Последний автор со своей стороны нашел изменения, похожие на те, которые являются типичными для *distrophia musculorum progressiva*. В случае Schwenn'a головной и спинной мозг, были не изменены, мышечные волокна также были нормальны, но среди них наблюдалось разрастание интерстициальной ткани и сильное размножение ядер в ней. По мнению автора, дрожательный паралич является заболеванием мышц, при

котором постепенно разрастающаяся соединительная ткань заменяет собою мускулатуру. Указывая на мышечную ткань, как на исходный пункт заболевания, Schwenn пытается подтвердить свой взгляд, основываясь на клинических симптомах ригидности, понижении электро-возбудимости и мышечных параличах. Со своей стороны мы можем сослаться на нашу главу о симптоматологии *paralysis agitans*, где мы ясно доказали, что повышение тонуса является несомненно центрального происхождения; что же касается до изменения электровозбудимости и параличей, то эти расстройства вовсе не характерны для дрожательного паралича, а все остальные симптомы прямо говорят против мускульного заболевания. Чтобы покончить с мышечными теориями, мы должны упомянуть о том, что Catola нашел изменения, свойственные хроническому нодулярному миозиту, который, по его мнению, является следствием интоксикации, лежащей в основе дрожательного паралича. Мнение этого автора является переходом к гипотезам, объясняющим *paralysis agitans* как заболевание, зависящее от интоксикации, аутоинтоксикации, инфекции и расстройства деятельности желез внутренней секреции. Так, Strümpell по этому поводу говорит следующее — „возможно, что некоторые аномалии внутренней секреции (щитовидной или добавочной щитовидной железы?) вызывают путем токсических влияний болезненное состояние мышц“. Camp считает, что изменение секреции паратиреоидных желез (*Hyperparathyreoidismus*) вызывает заболевание мышечного аппарата (*toxämie*), которое в свою очередь является причиной дрожательного паралича. *Hyperparathyreoidismus* наблюдал также в одном случае Alquier и в нем же видит причину заболевания и Berkeley. Наоборот, Roussy и Clunet в 4-х случаях констатировали гиперплазию *Gl. parathyroideae* и на этом основании строят свою гипотезу патогенеза *paralysis agitans*. В конце концов, надо сказать, что Parhon, Goldstein и Thompson не нашли никаких изменений в добавочных щитовидных железах, но эти же авторы наблюдали в одном случае изменения в *hypophysis cerebri*. Alquier во многих случаях находит то же самое. Lundborg и Möbius видят причину страдания в заболевании щитовидной железы. Castelvi также в 2-х случаях наблюдал изменения в *Gl. thyroideae*, а Alquier находил ее в нескольких случаях совершенно нормальной, а в нескольких — измененной. Далее надо упомянуть о том, что Eulenbug прямо говорит о специальном „токсине“ дрожательного паралича. Frenkel видит причину в изменении химизма в самом широком смысле этого слова, а Bigzio говорит об аутоинтоксикации. Dana считает, что болезнь Паркинсона есть хроническое, прогрессивное воспаление спинного мозга, причиной которого является опять таки какой-то эндогенный бактериальный или гуморальный токсин („*microbic of humoral*“). Наконец, есть авторы (Spiller), которые, усматривая сходство дрожательного паралича с артритом, причисляют *paralysis agitans* к экзогенным инфекционным ревматоидным поражениям.

Надо сказать, что все только что перечисленные гипотезы должны быть в настоящее время оставлены, как не имеющие за собой ника-

кого научного основания, как противоречащие друг другу, как основанные на случайных и малочисленных находках и как необъясняющие совершенно клинической картины болезни.

Перейдя теперь к изменениям, найденным при *Paralysis agitans* в периферической нервной системе, мы можем ограничиться немногими замечаниями.

Исследуя в 1876 году мышечную систему при дрожательном параличе, Leyden в этом же году впервые подробно исследовал и периферическую нервную систему. Изменения, найденные им, давали картину хронического интерстиционального неврита с липоматозом нервных пучков и значительным развитием соединительной ткани. Подобные же невритические изменения нашли позднее следующие авторы: Borgherini, Hayashi, Joffroy, Ketscher, Naka, Redlich и Sass. Менее значительные изменения видели следующие авторы: Moriyasu и Karplus (утолщение сосудов в эндо-периневрии) и Skoda (утолщение неврилеммы).

В самое последнее время (1912 год) Haskovec и Basta на основании двух случаев описали своеобразные изменения в периферической нервной системе при дрожательном параличе. Эти авторы констатировали звездообразные фигуры, расположенные симметрично внутри нервной оболочки, и дали им название— „звездных интрамедулярных образований“. Кроме интрамедулярных образований, авторы видели еще другие—периаксиальные, которые отличались от первых только своими маленькими размерами, и перимедулярные вдоль Шванновской оболочки. От всех этих образований отходят волокна в разных направлениях и образуют внутри оболочки паутину. Исследуя спинной мозг, Haskovec и Basta нашли в белом веществе его сплетения, которые по своему строению являются аналогичными интрамедулярной сети периферического нерва. Далее при исследовании центральной нервной системы авторы нашли только регрессивные и старческие изменения и тогда сделали вывод, что интрамедулярные сплетения в периферических нервах и в белом веществе спинного мозга и являются характерными для дрожательного паралича.

Несмотря на все вышеуказанные изменения, мы никоим образом не можем смотреть на периферическую нервную систему, как на исходный пункт заболевания. И действительно, все симптомы (дрожание, отсутствие расстройств чувствительности, отсутствие атрофии и параличей и мышечная гипертония) совершенно не согласуются с картиной периферического нервного заболевания. Таким образом все невритические изменения должны считаться второстепенными; что же касается до изменений, найденных последними 2-мя авторами, то многие даже отрицают прижизненное существование интрамедулярных сплетений и рассматривают их как искусственные.

Теперь мы подошли к тем изменениям, которые находили и находят в центральной нервной системе, и к патогенезу дрожательного паралича, основанного на этих находках. Сам Parkinson, на основании одного описанного им случая, высказал предположение, что анатомическую основу болезни представляет оплотнение Варолиевого моста,

продолговатого мозга и шейной части спинного мозга. Вслед за Parkinson'ом, и другие старые авторы (Bamberger, Skoda, Luys, Cohn, Oppolzer Meschede и др.) находили различные изменения в головном и спинном мозгу, но большинство этих случаев, повидимому, надо отнести к множественному склерозу, с которым часто смешивали *paralysis agitans*. Исследования, производимые в восьмидесятых и девяностых годах прошлого столетия, с поразительным согласием давали отрицательные данные, и дрожательный паралич был причислен к неврозам без анатомической подкладки. С развитием микроскопической техники за последнее двадцатилетие те или другие патолого-анатомические изменения находят с большим постоянством. Выше мы упомянули о тех изменениях, которые были находимы отдельными авторами в мышцах, периферических нервах и в железах внутренней секреции. Однако, теории патогенеза дрожательного паралича, основанные на этих находках, держались недолго, и в настоящее время громадное большинство авторов смотрит на *paralysis agitans* как на страдание центральной нервной системы. В виду многочисленности и разнообразия патолого-анатомических изменений, а также вследствие различной локализации их мы приведем сначала литературные данные по этому вопросу, а затем уже займемся патогенезом страдания.

Остановимся прежде всего на изменениях в спинном мозгу, которым издавна придавали большое значение, считая дрожательный паралич заболеванием спинно-мозговым.

Наблюдения по поводу изменений белого спинно-мозгового вещества следующие. Gordinier, Demange и Dubief видели отечное состояние и варикозные изменения осевых цилиндров. Moriyasu и Sander—распад осевых цилиндров, в особенности на периферии, Wollenberg—значительное уменьшение количества нервных волокон с заменой их глиозной тканью. Teissier в 2-х случаях наблюдал диффузный склероз боковых столбов; склероз боковых столбов видели также Lewy, Dowse, Burzio, Camp и Redlich.

Ratner описывает отщепление оболочки и выпадение осевых цилиндров в области боковых и задних столбов.

Склероз и дегенерацию задних столбов констатировали Burzio, Lewy, Coller, Naka, Spielmeyer, Redlich и Moriyasu, при чем Naka и Moriyasu указывали на поражение главным образом Голлевских столбов, а Burzio на поражение Бурдаховских.

В спинных ганглиях Borgherini видел уменьшение количества клеток, а Burzio склеротические и атрофические изменения.

Многочисленные амилоидные тельца, рассыпанные по всему спинному мозгу, в особенности же в задних столбах наблюдали следующие авторы: Burzio, Dubief, Gordinier, Hunt, Joffroy, Karplus, Ketscher, Naka, Redlich и Sass.

Утолщение оболочек спинного мозга описали Burzio, Dana, Dubief и Redlich. Облитерацию центрального канала, видели Burzio, Dana, Joffroy, Moriyasu, Naka, Redlich и Sass; Murchison и Chayley нашли его

заполненным клетками, похожими на лейкоциты, а в случае Demange'a он был закрыт эпителиальными разрастаниями.

Почти все авторы (Ballet и Faure, Ratner, Borgherini, Burzio, Dana, Demange, Dowse, Dubief, Hayashi, Hunt, Jelgersma, Joffroy, Ketscher, Moriyasu, Naka, Ratner и др.) видели значительную пигментацию ганглиозных клеток спинного мозга, при чем в одних случаях сильнее всего были пигментированы клетки передних рогов, а в других случаях—клетки Кларковых столбов. Только Dana, Wollenberg и Follender находили в своих случаях клетки мало пигментированными. Большие изменения в клетках передних рогов спинного мозга видел Ratner—тигроидный распад, вакуализацию, различным образом измененные ядра и, наконец, очень расширенные перичеселлулярные лимфатические пространства вокруг ганглиозных клеток. Moriyasu описывает атрофии, гомогенную набухлость и распад клеток передних рогов шейного утолщения. Ketscher, Caterina, Dubief, Dana и Demange также наблюдали различные изменения в клетках передних и задних рогов и в особенности изменения в ядрах этих клеток, а Ballet и Faure наблюдали сильные изменения в их протоплазматической субстанции.

Многие авторы констатируют изменения глии спинного мозга. Разрастание *Gliae Marginalis* наблюдали Jelgersma, Schultze, Dubief, Dana, Chayley и Murchison; Sass, Karpus и Ketscher описывают поражение глии главным образом в белом веществе, а Naka, Borgherini и Sander видели значительный глиоз также и в серой субстанции преимущественно в передних рогах и в области кларковых столбов.

В последнее время Spielmeier описал своеобразное изменение глии, которое заключалось в том, что он наблюдал значительное количество элементов, микроскопически похожих на амeboидные клетки глии, но все же отличавшихся от них как по своему виду, так и по расположению и количеству их. Наконец, чтобы покончить со спинным мозгом, надо добавить, что все почти авторы указывают на значительный склероз сосудов.

Перейдя к продолговатому мозгу, надо отметить, что Parkinson, Skoda и Luys видели плотную склеротическую консистенцию его. Далее изменение сосудов (склероз, аневризмы, расширения и т. д. наблюдали в этой области Naka, Moriyasu, Borgherini и Ketscher; Dowse указывает на дегенерацию и пигментацию ганглиозных клеток, а Herterich и Sass видели очаги размягчения.

Особенно сильные изменения в мозжечке и главным образом в клетках Purkinie находил Moriyasu. Кроме него изменение в Purkinjevских клетках наблюдали Naka и Philipp, а Dowse описал пигментацию и дегенерацию ганглиозных клеток. Наконец, Borgherini указал на разрастание глиозной ткани и изменение сосудов мозжечка.

В области моста никаких существенных изменений авторы не находили и только один Carraugon указывает на изменение вен в этой области. Что касается до желудочков мозга, то здесь можно только отметить найденные Sass'ом эпендимит 4-го желудочка и склероз стенок, который наблюдал Skoda.

Поражение ядер черепных нервов описывает один лишь Dana. Уже Virchow и Leiden при вскрытии нескольких случаев дрожательного паралича находили tumor в зрительном бугре, а за последние годы все чаще и чаще находят изменения в стволовой части и в больших ганглиях мозга. Так, Jelgersma наблюдал сильную атрофию волокон чечевичного ядра; эта атрофия захватывала также Ansa lenticularis и peduncularis вместе с волокнами чечевичного ядра к телу Luys'a, далее сильно атрофировано было также наружное ядро зрительного бугра так же как поля H<sub>1</sub> и H<sub>2</sub>.

Подобные же изменения видел и Winkler. Dowse наблюдал пигментацию и дегенерацию ганглиозных клеток зрительного бугра. Naka констатирует большие кровоизлияния в Putamen правого чечевичного ядра. Maillard описывает изменения nucleus ruber и его окрестности а Brissau в области substantia nigra.

Наконец, Lewy в своих многочисленных (60) патолого-анатомических исследованных случаях с большим постоянством находил изменения главным образом в 3 местах: 1) в чечевичном ядре, 2) в ядре ножки мозга и 3) симпатическом ядре блуждающего нерва.

В некоторых случаях чечевичное ядро было уменьшено почти наполовину, в других случаях, в Putamen и в Globus pallidus, наблюдалось сильное увеличение элементов глии и то же время уменьшение ганглиозных клеток; клетки ядра, ножки мозга, а также иногда и Putamen показывали старческие изменения; подобные же изменения были и в симпатическом ядре Vagus'a; кроме того существовали элементы, напоминающие Corpora amylosea.

Теперь, чтобы покончить с патологической анатомией дрожательного паралича, надо сказать еще о находках в коре головного мозга; к сожалению, эти находки крайне разнообразны и противоречивы. В то время, когда Burzio, Caterina и Ratner находят различные изменения в клетках и волокнах коры, Ketscher, Wallenberg, Ballet и Faure настаивают на том, что кора является вполне нормальной. Сильные повреждения (исчезание тангенциальных волокон и изменения в клетках) парацентральных извилин наблюдали Karpus, Philipp, Naka и Raymond и те же извилины Morigasu находил вполне нормальными.

Philipp не находит никаких изменений в лобной и затылочной частях, а Morigasu здесь именно и видел значительные разрушения.

В заключение я приведу результаты исследования центральной нервной системы, полученные мною при обработке одного случая дрожательного паралича.

Сначала представлю краткий скорбный лист.

### **Скорбный лист.**

Ефросинья Се—ва, портниха, 67 лет, поступила в Старо-Екатерининскую больницу 10 апреля 1903 года с жалобами на боли в суставах ног и слабость всех четырех конечностей. До настоящего заболевания ничем никогда не страдала. Около года тому назад на-

чала развиваться слабость в руках и ногах и стало труднее ходить. Нервная система и внутренние органы в порядке. Белка и сахара в моче нет. Температура 37°. Больная очень грузна и ожирела; огромные скопления жира вокруг лучезапястных и голенопястных суставов; суставы болезнены при давлении и движениях. Был поставлен диагноз *rheumatismus*, и помещена больная во внутреннее отделение больницы. Здесь она пробыла около 7 месяцев. Затем появилось дрожание в кистях рук, при разгибании в лучезапястных суставах и скованность в теле. 12 ноября 1903 года больная переведена была в нервное отделение больницы, где и был поставлен диагноз *paralysis agitans*. 9 декабря 1903 года найдено: маскообразность лица, ригидность мускулатуры всего тела, живые сухожильные рефлексы, явление ретропульсии и дрожание в кистях обеих рук. В нервном отделении больная пробыла 5½ месяцев и в это время дрожание в руках, ригидность мускулатуры и общая слабость все усиливались. 1-го мая 1904 года больная умерла от присоединившагося к болезни цистита и общего маразма. *Sectio* 2-ю мая 1904 года. *Obesitas cordis et universalis, miocarditis, arteriosclerosis aortae et arteriarum coronarium, hyperemia pulmonum, hepatis et renum, cystitis chronica exacerbata, hyperemia meningum et cerebri*. Головной и спинной мозг положены в формалин и доставлены в лабораторию нервной клиники, где и были мною обработаны в 1912 году.

Изменения, полученные мною, касаются главным образом сосудов как спинного, так и головного мозга. В спинном мозгу наблюдается резкий гиалиноз сосудов (рис. 3—v)—стенки их представляются двухконтурными и совершенно бесструктурными. Далее в спинном мозгу заметно сильное разрастание глиозной ткани, главным образом *gliae marginalis* (рис. 2—g).

Белое вещество не изменено, но в сером веществе большинство клеток передних и задних рогов в состоянии жирового перерождения. В головном мозгу, кроме повсеместного изменения сосудов, поражение коснулось только *nuclei lenticularis* обоих полушарий. Здесь видны многочисленные *état marbré* которые придают ткани характер изъеденной молью и расположенные главным образом периваскулярно (рис. 4—а). Далее наблюдаются многочисленные глиозные бляшки (рис. 6) и, наконец, надо отметить недостаточно хорошую способность клеток к окраске.

Сделав краткий обзор патолого-анатомических изменений, найденных в центральной нервной системе при дрожательном параличе, мы вновь обратимся к патогенезу этого страдания. Выше мы уже установили тот факт, что *paralysis agitans* есть органическое заболевание центральной нервной системы, и теперь нам надо решить еще 2 вопроса—во 1) поражение какой части центральной нервной системы вызывает картину заболевания и во 2) какого рода болезненный процесс происходит в пораженном месте?

Мы видели, что громадное количество патолого-анатомических изменений падает на спинной мозг и лишь скудное количество на

головной, и тем не менее, сообразуясь с клиническим проявлением заболевания, лишь очень незначительное количество авторов (Redlich, Gordinier) решается весь симптомокомплекс болезни объяснить поражением спинного мозга. С большой натяжкой эти авторы объясняют мышечную ригидность поражением пирамидного столба, а дрожание — состоянием возбуждения клеток передних рогов спинного мозга. Большинство авторов (K. Mendel, Moriyasu, Spielmeyer, Ketscher и др.) придерживаются того взгляда, что в основе заболевания лежит поражение как спинного, так и головного мозга более диффузного характера. Однако в новейшее время многие авторы на основании патолого-анатомических изменений или клинического анализа пытаются определить уже известные точные области, как типичные места заболевания. Так, Eggers на основании своих клинических наблюдений видит причину заболевания в мозжечке. Maillard в своей большой работе „Mesocephalische Zentrum des statischen Gleichgewichts“ указывает как на причину болезни на *nucleus ruber* и его окружность. Brissaud также склонен видеть причину в заболевании стволовой части мозга по близости *Substantia nigra*. Основываясь на своих наблюдениях, Naka видит причину дрожательного паралича в заболевании клеток коры мозга и мозжечка, а Souque высказывает гипотезу, что *paralysis agitans* зависит от поражения двигательных центров коры. Наконец, в самое последнее время Forster, Kleist и Zingerle на основании клинических наблюдений и анализа их и Lewy также на основании своих многочисленных патолого-анатомических случаев пришли к заключению, что главную роль в заболевании играет поражение субкортикальных центров (центров для автоматических движений) и принадлежащих к ним путей, между тем как центры и пути произвольных движений остаются неизменными. Принимая во внимание частые чувствительно-вазомоторно-трофические расстройства, Zingerle придает особое значение зрительному бугру, а Lewy, на основании патолого-анатомических находок главным местом заболевания считает чечевичное ядро. Обратимся теперь ко второму вопросу и посмотрим какого рода болезненный процесс происходит в пораженном месте или, иначе говоря, в чем кроется причина заболевания. Мы уже упоминали выше о том, что почти все авторы с большим постоянством находили различные изменения сосудов во всех отделах центральной нервной системы. Многие авторы (Borgherini, Alquier, Ketscher, Redlich, Dana, Gordinier, Wollenberg и др.) специально занимались этим вопросом и установили, что особенно сильно были изменены маленькие сосуды. Далее они указывают, что иногда дело идет о склеротических процессах с периваскулярным склерозом в окружности, но большей частью наблюдается пери-и эндоартериит с переходом на окружающую ткань, где вторичным образом происходят воспаления, дегенерации, склеротические очаги и очаги размягчения. Кроме сосудов, некоторые авторы (Spielmeyer) придают большое значение заболеванию, невроглии и, наконец, лишь немногие (Naka) берут в качестве причины заболевания изменения в клетках мозга.

Целый ряд авторов (Ketscher, Sander и др.) указывают на то, что при дрожательном параличе наблюдаются лишь те же самые изменения, которые мы наблюдаем и при старческой дегенерации нервной системы; таким образом качественно эти изменения одинаковы и при *paralysis agitans* являются лишь количественно сильнее выражены. Исходя из этого, эти авторы говорят, что дрожательный паралич есть лишь выражение необыкновенно сильно выраженной и часто преждевременной сильной инволюции центральной нервной системы. Однако надо заметить, что многие авторитетные наблюдатели (Erb, Oppenheim, Nonne, Furster, Spielmeyer и др.) категорически высказываются против этой теории. Надо упомянуть о том, что Wollenberg, к которому присоединяется и K. Mendel, высказывается по поводу патогенеза дрожательного паралича очень осторожно; он говорит, что при *Paralysis agitans* „дело должно идти о дегенеративных процессах, которые преимущественно поражают моторную сферу и может быть берут свое начало из сосудов“. В заключение надо сказать, что в то время, когда большинство авторов строго отличают генуинный дрожательный паралич, как самостоятельное заболевание, от симптоматологического *paralysis agitans*, который иногда наблюдается после или в течение других заболеваний, существуют авторы (Gilli, Ronvillos, Vincent, Teissier и др.), которые вообще не признают болезни Parkinson'a, как болезнь *sui generis*, а смотрят на нее лишь как на симптомокомплекс или синдром, который может быть вызван различными причинами. Что касается до наших собственных взглядов на патогенез дрожательного паралича, то, не желая повторяться и увеличивать объем книги, мы подробно скажем об этом в главе VIII (заключение и выводы).

---

## VII.

### ТЕРАПИЯ \*).

Тяжелая и неблагодарная задача выпадает на долю тех врачей, которым в течение долгого времени приходится лечить больных, страдающих дрожательным параличем. Печально и предостерегающе звучат слова Oppenheim'a, сказанные им по поводу терапии этого заболевания: „Der Arzt can bei dieser Krankheit viel schaden und wenig nützen“ (1905 год). Однако в дальнейшем (1908 и 1913 год) тот же автор высказывается более оптимистично: „Die Therapie ist keine sehr dankbare, kann aber doch viel zur Enderung der Beschwerden beitragen und den Charakter der Krankheit milden“. В старой литературе мы находим отдельные случаи излечения дрожательного паралича и притом от самых различных средств. На первом плане здесь надо поставить углекислое железо, которое рекомендовал еще Parkinson, а впоследствии Elliotson. Далее надо упомянуть о том, что Brown-Sequard вылечил одного больного хлористым барием, Trousseau стрихнином, Remak и Roussel-Reynolds гальваническим током, Jones беленой, Villemin—иодистым кали и Betz—теплыми ваннами. При критическом разборе этих излеченных случаев оказывается, что тождество их с настоящим paralysis agitans являются очень сомнительным, и потому они и имеют для нас только исторический интерес.

При современном состоянии наших знаний дрожательный паралич надо признать болезнью неизлечимой и прогрессирующей. И, несмотря на этот суровый приговор, мы считаем необходимым не констатировать равнодушно факта неизлечимости, а, наоборот, стараться успокоить больного и убедить его, если и не в излечении, то в улучшении и остановке его болезни. Громадное количество средств и мероприятий, предложенных и предлагаемых до сих пор при лечении дрожательного паралича, уже само по себе говорит за бессилие нашей терапии, хотя многие из них и приносят паллиативную пользу. Этиология paralysis agitans является еще настолько темной, что о какой либо специальной профилактике не может быть и речи. Чрезвычайно важно захватить болезнь вначале и затем диетическо-гигиеническими мероприятиями остановить, насколько

---

\*) Эта глава была напечатана в журнале невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова, год 1913, кн. 5—6.

можно, дальнейшее развитие и противодействовать постепенно развивающемуся истощению. Известно много случаев, когда болезнь в течение долгого времени оставалась в слабо выраженной форме, а затем вследствие какого-нибудь, часто незначительного, вредного обстоятельства быстро начинала прогрессировать. Определенный режим играет большую роль при болезни Паркинсона. Больной должен вести спокойный регулярный образ жизни; стол должен быть смешанный и питательный, но не тяжелый; алкоголь, крепкий чай, кофе и курение должны быть воспрещены; надо остерегаться всяких волнений, а также тяжелой физической и умственной работы. Oppenheim рекомендует продолжительное спокойное пребывание в деревне или лесу и предостерегает от шумных и людных курортов. Собственно терапия должна вестись сообразно с индивидуальностью каждого больного, но во всяком случае все энергичные способы лечения чаще приносят вред, чем пользу. Не зная причины и самой сущности заболевания при *paralysis agitans*, мы конечно, не можем говорить о каузальной, специфической терапии, а должны довольствоваться лечением симптоматическим.

Терапию дрожательного паралича мы разделим на 7 групп.

- 1) Лекарственная терапия.
- 2) Органотерапия.
- 3) Гидротерапия.
- 4) Электротерапия.
- 5) Механотерапия (гимнастика, массаж и др.).
- 6) Хирургическая терапия.
- 7) Психотерапия.

1) Лекарственная терапия. Из средств, употреблявшихся прежде, а ныне оставленных вследствие их полной бесполезности или даже вредного влияния, мы укажем на стрихнин, хлористый барий, углекислое железо, белену, эрготин, опий, белладонну, хлорал-гидрат, кураре, калабарский боб, кониин, сулему и азотнокислое серебро.

Изо всех лекарств, которые дают в настоящее время, как по обширности применения, так и по достигаемым благоприятным результатам, надо поставить на первом плане *Hyoszin* и *Duboisin*. В 1882 году Gnauck впервые ввел в терапию дрожательного паралича *Hyoszin*, который он употреблял, как *Hyoszinum hydrojodicum* по 0,00025 на инъекцию 2 раза в день. Затем, в 1887 году Erb начал применять 0,0002—*Hyoszinum (scopolaminum) hydrobromicum* и давал его внутрь или подкожно 1—2 раза в день по 0,0005. *Duboisin* был предложен в 1893 году E. Mendel'ем, который назначал его подкожно 2—3 раза в день по 0,0002—0,0003. Обладая теми же свойствами что и *scopolamin, duboisin*, повидимому, менее токсичен. Эти 2 средства являются до настоящего времени наиболее излюбленными почти всеми врачами, которые единодушно указывают на их полезное действие. Хорошие результаты от применения *hyoscini hydrobromici* видели Higier, Hilbert, Marie, Enlenburg, K. Mendel, Oppenheim, Parisot, Souques, Roussy, Peterson

и др. Даже Placzek, который вообще скептически относится к медикаментозной терапии при *paralysis agitans*, признает некоторую пользу от *hyoscin'a*. Точно также и Williamson считает *scopolamin* единственным средством, которое может оказать хотя какую-нибудь пользу. Peterson остался доволен результатом применения *scopolamin'a* с *codein'ом*. Значительное облегчение от *duboisin'a* наблюдали главным образом Erb, Francotte, Орpenheim и Kurt-Mendel. Последний автор, много работавший над дрожательным параличем, особенно горячо восхваляет действие *scopolamin'a* и *duboisin'a*.

Признавая за этими средствами действие только симптоматическое, К. Mendel говорит, что во многих случаях он видел от них значительное и продолжительное улучшение дрожания и мышечной ригидности, ослабление слюнотечения, усиленного потоотделения и тягостного ощущения жара. На ряду с другими авторами К. Mendel указывает на часто наступающие явления интоксикации, в особенности от *scopolamin'a*; сухость в горле, общая слабость, жар, головокружение, неясность зрения, парез аккомодации, отсутствие аппетита, тахикардия, нефрит и даже психические расстройства. Несмотря на более слабую токсичность *duboisin'a*, в некоторых случаях наступали настолько тяжелые явления отравления, что автору приходилось оставлять это средство. Особенно К. Mendel настаивает на том, чтобы препарат был свеж и хорошо растворен. Побочное действие *scopolamin'a* и *duboisin'a* доказано очень многими врачами, но, повидимому, индивидуальность играет здесь значительную роль.

Так, Hilbert, Prentue и Higier безнаказанно применяли *hyoszin* в течение нескольких лет у одних и тех же больных, а Marie и Roussy доходили до 0,002 в день и не видели никаких явлений интоксикации.

Сравнительно хорошие результаты наблюдали многие авторы от применения мышьяка, который особенно рекомендует Erb и Elenburg. К. Mendel относится к мышьяку довольно холодно, считая его только средством общеукрепляющим и тонизирующим, а Forster говорит, что при *paralysis agitans* он никогда не видал от мышьяка никакой пользы. Наилучшая формула по Erb'у следующая:

Rr. Solut. arsen. Fowleri  
Tinct. nuc. vomic.  
Ap. foenicul. aa.

M. D. S. 3 раза в день по 6--12 капель.

Другие авторы рекомендуют подкожно *Natr. arsenic.*, *Acid. arsen.*, *Salut. Arrhenal*, *Sacodylate de soude Cbir* и др. препараты. В тех случаях когда *scopolamin* и *duboisin* не переносятся, а также при сильном слюнотечении применяют *Atropin* введенный в употребление Hansen'ом Elenburg'ом и Verhoogen'ом. Elenburg особенно рекомендует комбинацию атропина с эрготином, назначая пилюли по следующей формуле:

Rp. Extr. secalis cornuti 3,0  
Atropini sulf. 0,02

Pulv. et extr. liquir. q. s.  
ut. f. pil. N 30  
D. S. 2—3 раза в день по 1 пилюле.

Против внутреннего беспокойства, столь часто мучающего больных с дрожательным параличем, хорошо помогают большие дозы брома, а в случаях с тяжелой бессонницей можно давать Bromural, Veronal, sulfonal и др. снотворные. Большое облегчение обычно приносит морфий, но вследствие быстрого привыкания к нему лучше беречь это средство до последней, наиболее мучительной, стадии болезни. Против дрожания Oppenheim с успехом применял Tinct. veratri viridus и Tinct-Gelsem Sempervir., но K. Mendel от этих средств не видел никакой пользы. Из других употребляемых в настоящее время средств можно указать следующие: Rhusoma Scopoliae carnial. (Podack и Kötly) Opium и Natr Salicyl. (Dana) и Codein (Peterson).

2) Органотерапия была испробована при дрожательном параличе на основании взгляда некоторых авторов, что paralysis agitans зависит от заболевания желез внутренней секреции. Считая, что paralysis agitans есть результат заболевания щитовидной железы, Mobius и Lundborg пробовали в нескольких случаях давать thyreoidin, но никаких результатов не получили, а Alquier во всех случаях применения thyreoidin'a видел даже ухудшение. Исходя из своей теории, что болезнь Паркинсона зависит от атрофии или недостаточной деятельности gland. parathyreoideae, Berkley в 11 случаях пробовал давать внутрь маленькие дозы этих желез и в 9-ти случаях наблюдал значительное улучшение. Alquier также видел улучшение (уменьшение ригидности мышц) в нескольких случаях применения parathyroidin'a. Наоборот, Roussy и Clunet в 5-ти случаях, пользованных препаратом gl. parathyreoideae, отмечают ясное ухудшение в состоянии больных, а в одном случае даже последовала смерть. Это ухудшение вполне гармонирует с их теорией, по которой paralysis agitans зависит от гиперплазии gl. parathyreoideae. С своей стороны эти авторы предложили и испытали с хорошим результатом в 3-х случаях лечение радием области щитовидной и паращитовидных желез. Parhon и Urechil наблюдали в одном случае значительное улучшение от употребления глициринового экстракта Hypophysin'a. Goldstein, Parhon, Delille остались довольны комбинацией из Hypophysin'a с parathyroidin'ом K. Mendel во многих случаях дрожательного паралича пользовался органотерапией и никогда не получал никакого результата. Forster, Oppenheim и многие другие одинаково безнадежно отзываются об этом способе лечения, так что в настоящее время эта терапия оставлена как бесполезная и не имеющая за собой никаких положительных данных.

3) Гидротерапия во всех ее видах оказывает, по мнению большинства врачей, известную паллиативную пользу надо только остерегаться всех энергичных водолечебных процедур, а довольствоваться нежными способами. Сообразно с особенностями каждого случая можно рекомендовать следующие способы: тепловатые и теплые,

половинные и частичные ванны, купанье, прохладные обтирания, ванны соленые из соснового экстракта и легкие обливания. Особенно хорошие результаты получаются от применения продолжительных теплых ванн. В отдельных случаях помогают и более сильные способы: Орпенгейм рекомендуют холодные ванны и души, К. Mendel видел в 1-м случае пользу от горячих ножных ванн, Wollenberg от продолжительных теплых купаний совместно с прохладными обтираниями и Lebert от морских купаний. По мнению Erb'a, Placzek'a и др. полезны индифферентные термы, как-то Wildbad, Schlangenbad, Johannisbad, Ragaz и Wiesbaden. К. Mendel считает поездки на купанья противопоказанными в виду беспомощности больных и тех неудобств, которые часто приходится испытывать на курортах.

4) Электротерапия, на которую в прежнее время возлагали большие надежды, в настоящее время играет в терапии *paralysis agitans* лишь очень скромную роль. Как мы уже упомянули выше два случая Remak'a и Russel-Reynolds'a, в которых было достигнуто излечение пре помощи гальванического тока, являются весьма сомнительными в диагностическом отношении. То же самое надо сказать о случае Maпп'a, где было получено исцеление при помощи центральной гальванизации, общей фарадизации, белены и бромистого натрия. Benedict, Onimns, Chéron и Jugria получили также благоприятные результаты от постоянного тока, но Erb, Орпенгейм, Enlenburg, К. Mendel и многие другие авторы никогда не видели успеха от гальванизации. Enlenburg впервые испробовал при дрожательном параличе гидроэлектрические ванны в виде фарадизационных однополярных и двуполярных ванн и получил от них паллиативную пользу. Erb также хвалит действие этих ванн. Орпенгейм рекомендует четырехкамерные ванны, от которых он часто видел временное улучшение. Для борьбы с мышечной ригидностью Verhoogen предложил фарадизацию антагонистов и гальванизацию анодом самих ригидных мышц. В 5-ти случаях, пользованных статистическим электричеством, Enlenburg не видел никаких результатов. Вообще надо сказать, что в отдельных случаях может быть получена паллиативная польза от различных электрических процедур, но сильные токи противопоказаны, так как под влиянием их часто наступает даже ухудшение болезни.

5) Механотерапия. Charcot применил при дрожательном параличе метод подвешивания, и в 4-х случаях наблюдал при этом улучшение всех симптомов кроме дрожания. Хорошие результаты видел от подвешивания и Gilles de la Tourette, а также в одном случае Eulenburg и E. Mendel. Во всех остальных случаях последние 2 автора, а также целый ряд других врачей, не видели никаких результатов от этого способа лечения, и в настоящее время подвешивание больше не применяется. Ничего также не слышно больше о знаменитом в свое время во Франции „Fauteuil trépidant“, но усиленная езда в экипаже, омнибусе, трамвае и по железной дороге все же рекомендуется некоторыми врачами (Glorieux, Williamson др.). Иначе обстоит дело с массажем, от которого большинство авторов получали боль-

шую пользу. Friedlander, Roth Tels. Oppenheim, Taylor, Placzek и Foerster с большой похвалой отзываются о лечении пассивной и активной гимнастикой. Roth и Friedlander выработали даже целую систему различных упражнений и последовательность в применении их.

К. Mendel также горячо настаивает на терапии упражнений и в своей монографии (1911 год) говорит по этому поводу следующее: „Ich bin auf die Ubungstherapie der Paralysis agitans etwas ausführlicher eingegangen, weil man-wie ich mich selbst in mehreren Fällen überzeugte damit entschiedee viel erreichen kann; allerdings gehört eine kolossale Geduld und Ausdauer seitens des Patienten und nicht minder seitens des Arztes dazu. Die erste Bedingung ist die, dass keine Ermüdung bei dem Kranken eintritt; die Ubu gen sind nie länger als 5—10 Minuten Hintereinander Auszuführen, können aber mehrmals an Tage wiederholt werden. Nicht zu unterschätzen ist ihre Wirkung auf die Psyche des Kranken: der Patient sieht, wie allmahlich bei den passiven Bewegungen „Lebens in die tote Masse hineinkomт“, schopft Hoffnung und wird dann auch in seinen aktiven Bewegungen freier und elastischer. Es gilt dies ja gleichfalls von der Ubungstherapie dei Tabiken. Vorgeschnittene Falle eignen sich nicht zur Ubungstherapie, man sollte sie in Ruhe lassen und nicht quälen. In einzelnen Fallen sah ich nach den Ubungen eine Zunahme des Zitterns, ich errachte deshalb auch die Bewengungstherapie da besonders indiziert, wo das Symptom der Muskelrigidität gegenüber dem Tremor überwiegt“.

б) Хирургическая терапия была испробована при дрожательном параличе в двух видах—во-первых, вытяжение нервов, а, во-вторых, операция Foerster'a. Вытяжение нервов применялось несколько десятков лет тому назад, и благоприятные результаты от этого лечения опубликованы почти исключительно американскими авторами. В Европе же пользу от вытяжения нервов видели только Westphal и Berger, а все дальнейшие опыты не подтвердили этого, и эта операция в настоящее время больше не применяется. По поводу задней радикотомии van Gehuchten в 1910 году говорит следующее: „Nous iggnorons complétement si la radicotomie postérieure peut avoir une influence favorable sur le tremblement parkinsonien, mais nous croyons qu'a'le serait en état de diminuer dans une large mesure l'hyper-tonicité des muscles et que, par là, elle permettrait à ces malheureux malades de récupérer une partie au moins de leur motilité volontaire. Une tentative dans cette ou, surtout dans les cas oie la contracture est intense, nous parait hautement recommandable“.

На деле операция Foerster'a была применена при paralysis agitans только один раз доктором Leriche'ом, который и опубликовал этот случай в 1912 году. Дело шло о тяжелом „агитанте“ и вместе с тем морфинисте. Операция состояла в двусторонней перерезке 5, 6 и 8 задних шейных корешков. Суб'ективно после операции больной чувствовал себя много лучше, так что явилась возможность понизить ежедневную дозу морфия до двух тјетей, но об'ективно, по словам самого автора, не получалось почти никаких результатов. По мнению

проф. В. А. Муратова, операция Förster'a противопоказана при *paralysis agitans* по двум причинам: во-первых, она не безопасна для больных с дрожательным параличом потому, что почти все они страдают тем или другим расстройством сердечной деятельности, а, во-вторых, вследствие того, что заболевание это имеет прогрессирующее течение. Вполне присоединяясь к В. А. Муратову, мы также полагаем, что эта операция не приобретет прав гражданства, а будет оставлена, подобно вытяжению нервов.

7) Психотерапия, по наблюдениям большинства авторов, может принести при дрожательном параличе большую пользу. Не говоря уже о том, что при такой тяжелой и продолжительной болезни, как *paralysis agitans*, врач обязан утешить больного, поддержать в нем надежду и не допустить его окончательно упасть духом, применение психотерапии имеет и чисто специальные показания. На почве дрожательного паралича часто вырастают различного рода навязчивые идеи, которые значительно ухудшают положение больных; и вот они-то часто хорошо поддаются психическому воздействию. Широкое поле действия открывается для психотерапии также в виду склонности дрожательного паралича комбинироваться и осложняться истерией. Бывают случаи, где симптомы истерии даже преобладают над симптомами *paralysis agitans* и тогда, конечно, с устранением их, получается если и не выздоровление, то значительное улучшение болезни. Только психическим влиянием мы склонны объяснять тот факт, что многие авторы констатировали улучшение симптомов дрожательного паралича от самых разнообразных средств и мероприятий, которые в других случаях не приносили никакой пользы. В отдельных случаях (Gampert, K. Mendel) наблюдалось улучшение и от гипноза.

Сделав обзор применяемой прежде и в настоящее время терапии дрожательного паралича, мы остановимся еще несколько на собственных наблюдениях и на наблюдениях из амбулатории и клиники нервных болезней в московском университете. Из 79 больных, обращавшихся в амбулаторию клиники в период 1890—1910 года, только 14 человек являлись повторно. Лечили больных следующими средствами: *Scopolamin*, *duboisin*, *atropin*, *Na. Br.*, *Arsenicum*, массаж и гимнастика. В 2-х случаях наблюдалось некоторое улучшение болезни, в 4-х случаях последовало ухудшение, а в остальных 8-ми случаях никаких перемен не произошло.

Больные, пользовавшиеся клиническим лечением в период 1890—1906 г.

1) Бром, гальванизация позвоночника и *hyoscinum* в пилюлях. Течение с колебаниями. Выписка через 3 месяца без перемены.

2) Бром. Выписка через месяц без перемены.

3) Бром, мышьяк, теплые ванны и общая франклинизация. Выписка через 3 месяца и 10 дней с некоторым уменьшением ригидности и исчезновением парестезий. Вторичное поступление в клинику через год с ухудшением болезни. Терапия та же. Через 3 месяца выписка с теми же улучшениями, что и первый раз.

4) Бром, гальванизация позвоночника, общая франклинизация и теплые ванны. Выписка через 5 месяцев с некоторым уменьшением ригидности.

5) Бром, атропин и фарадизация рук. Выписка через 3 месяца с улучшением: тремор меньше, ходит свободнее, ощущение жара прошло.

6) Бром, атропин, теплые ванны, массаж ног и фарадизация рук. Выписка через месяц без изменений.

7) Бром с иодом. Выписка через месяц без перемены.

8) Фарадизация. Выписка через месяц без перемены.

9) Атропин и общая франклинизация. Выписка через 6 недель с некоторым уменьшением дрожания.

10) Атропин. Выписка через месяц без перемен.

11) Скополамин и атропин. Выписка через 5 месяцев без изменения. 18 собственных наблюдений в клинике за 1907—1914 г.

1) Мышьяк и теплые ванны. Выписка через месяц с некоторым уменьшением дрожания и ригидности. Наб. 1.

2) Скополамин. Теплые ванны и мышьяк. Выписка через месяц без перемены. Наб. 2.

3) Бром и скополамин. Выписка через 1½ месяца с резким усилением дрожания. Наб. 3.

4) Бромурал, теплые ванны, массаж и общая франклинизация. Выписка через месяц без перемены. Наб. 4.

5) Бром, скополамин, теплые ванны и общая франклинизация. Выписка через 2 месяца без перемены. Наб. 5.

6) Бром, теплые ванны и общая франклинизация. Выписка через месяц без перемены, но с улучшением самочувствия. Наб. 6.

7) Мышьяк, общая франклинизация; затем через 2 недели веронал, иод и инъекции ртути, после чего сильная слабость. Наб. 7.

8) Бром и скополамин. Выписка через 5 недель без перемены. Наб. 8.

9) Бром и скополамин. Выписка через месяц без перемен. Наб. 9.

10) Бром, мышьяк и теплые ванны. Выписка через 6 недель без перемены. Наб. 10.

11) Скополамин. Бром, теплые ванны и общая франклинизация. Выписка через 1½ месяца без объективных изменений, но с улучшением самочувствия. Наб. 13.

12) Бром, скополамин, теплые ванны, световые ванны в 35°. Выписка через 3 недели без перемены. Наб. 15.

13) Мышьяк, атропин, теплые ванны, массаж, пассивная и активная гимнастика. Выписка через ½ года со следующим улучшением: явление ргорulsis исчезло, маскообразность лица и сутулое положение туловища гораздо меньше. Вторичное поступление в клинику через 7 месяцев с ухудшением ригидности. Лечение—атропином и скополамином. Выписка через 4½ месяца без перемены. Через 7½ лет ухудшение всех симптомов болезни. Наб. 18.

14) Мышьяк, теплые ванны и общая франклинизация. В течение первого месяца улучшение всех симптомов, в течение 2 месяца опять

ухудшение. Выписка через 2 месяца с теми же явлениями, что и при поступлении. Наб. 19.

15) Бром, общая франклинизация, теплые ванны и гиосциамин. Выписка через 2 месяца без перемены. Наб. 24.

16) Бром, общая франклинизация, теплые ванны и scopolamin. Выписка через месяц без перемен. Наб. 28.

17) Бром, общая франклинизация, теплые ванны и световые ванны. Выписка через месяц без об'ективных изменений, но с улучшением самочувствия. Наб. 29.

18) Бром и теплые ванны. Выписка через 5 $\frac{1}{2}$  недель без об'ективных перемен, но со значительно лучшим самочувствием. Наб. 11.

Мы видим, что терапия нашей клиники является схожей с терапией других клиник и авторов, но результаты, получаемые нами, являются еще более скромными (почти все больные выписались без перемены). Последнее обстоятельство мы склонны об'яснять двумя причинами. Во-первых, большинство наших больных находились уже в довольно тяжелой стадии болезни, а функциональные наслоения, которые лучше всего поддаются лечению, были у них не велики, во-вторых, почти все больные пользовались клиническим лечением лишь в течение месяца, что, конечно, является сроком весьма недостаточным. Некоторое облегчение получили как-раз те больные (клинич. набл. 3, 4 и 5 и собств. наблюд. 13), которые оставались в клинике на более продолжительное время.

Только относительно наиболее восхваляемых средств, а именно скополамина и дюбуазина, наши наблюдения идут вразрез с мнением большинства авторов. Все наши больные, пользовавшиеся этими препаратами, выписались без всякого улучшения, а в одном случае (3 соб. набл.) на наших глазах, исключительно под влиянием скополамина, наступило резкое усиление дрожания. Правда, и мы с большим постоянством видели уменьшение дрожания, которое наступало вскоре после инъекции, но через несколько часов оно возобновлялось с новой силой; принимая же во внимание, что это краткосрочное уменьшение дрожания получается ценою интоксикации, которую мы наблюдали в большинстве случаев даже от минимальных доз, мы полагаем, что эти средства вообще не должны употребляться при *ragalysis agitans*. Вследствие благоприятных результатов, получаемых от препаратов мышьяка, у нас явилась мысль испробовать действие *salwarsan'a*, но, в виду сердечных расстройств и сильной слабости большинства наших больных, мы не считали себя в праве производить опыты в этом направлении.

В заключение мы хотим еще раз подчеркнуть, что психотерапия, в самом широком смысле этого слова, должна быть использована в каждом случае дрожательного паралича, и благодаря ей мы можем достигнуть хотя бы временного и суб'ективного улучшения некоторых симптомов и тем самым скрасить и облегчить мучительное и тягостное положение больных.

## VIII.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ.

Окончив свой труд, мы видим, что дрожательный паралич, так прекрасно описанный Parkinson'ом более чем 100 лет тому назад, то-есть в то время, когда вся невропатология находилась еще в зачаточном состоянии, почти что до настоящего дня являлся одним из наименее изученных заболеваний нервной системы и это касалось не только патологической анатомии и патогенеза страдания, но также этиологии и терапии его. Даже симптоматология так блестяще и полно разработанная многочисленными авторами, за последнее время уже не имеет определенности и однообразия в воззрениях ученых и претерпевает резкие колебания, как в смысле выдвигания на первый план того или другого симптома, так и в смысле трактования давно известных и, казалось, незыблемых явлений. Не вдаваясь в излишний оптимизм, я должен, однако, сказать, что завеса, скрывающая самую сущность болезни, уже колеблется, и если моя работа заставит ее хотя бы немного приподняться, я сочту себя вполне удовлетворенным. Благодаря тщательному изучению литературы и своему собственному материалу, мне, кажется, удалось достаточно полно представить картину наших современных знаний о дрожательном параличе; и теперь, сделав краткое резюме и подведя итоги всему вышесказанному, я приведу те выводы и предположения, которые я почерпал в результате своей работы.

Переходя к сопоставлению мнения различных авторов со своими собственными наблюдениями и исследованиями, я, в порядке последовательности, начну с этиологии страдания.

К сожалению, те данные, которые были мною получены в результате исследования по этому вопросу, носят скорее отрицательный характер и резко расходятся с довольно прочно установившимся взглядом большинства авторов. Резюмируя кратко то, что было мною сказано в главе об этиологии, я принужден подтвердить, что на те причины, которые выдвигаются обычно в качестве причин прямых или производящих страдание (физические и психические травмы), я склонен скорее смотреть лишь как на причины „ускоряющие“ и „предрасполагающие“ к нему, а то обстоятельство, что в 3/5 всех наших наблюдений мы вообще не находим никаких причин, которые мы привыкли считать предрасполагающими к нервным болезням, наводит

нас на мысль, что может быть и существует какая-нибудь одна определенная причина, которую мы пока не знаем.

Переходя к симптоматологии, я прежде всего отмечу, что хотя и бесспорно, что все главные симптомы *paralysis agitans* касаются моторной сферы, тем не менее не надо пренебрегать и другими, часто встречающимися симптомами, и здесь на первом месте надо поставить психику больных. По нашим наблюдениям (более 25% всех случаев), при дрожательном параличе очень часто существует общий упадок умственной деятельности, который проявляется быстрой утомляемостью и замедлением мышления, ослаблением памяти и соображения и каким-то беспричинным страхом и внутренним беспокойством. Кроме того встречаются иногда даже бредовые идеи или такие аномалии, как, например, эйфория, которая стоит в резком контрасте с тяжелым физическим состоянием больных. Возвращаясь к моторной сфере, я припомню, что уже в начале этой главы я говорил о том, что в настоящее время произошел резкий сдвиг в укоренившемся уже давно воззрении на характерность и кординальность того или другого симптома, при чем различные авторы выдвигают на первый план то один, то другой симптом. Происходит это, по нашему мнению, главным образом потому, что многие действительно важные симптомы (см. мою главу о симптоматологии), как то: бедность и недостаточность движений, своеобразная походка больных, вынужденное положение тела и пр., не считались прежними авторами за симптомы самостоятельные, а ставились в зависимость от одного главного симптома—напряженности или ригидности мышц. Я не стану здесь спорить о том, какой из симптомов надо признать самым важным и поставить впереди всех других, так как полагаю, что многие из них настолько характерны для *paralysis agitans*, что одинаково заслуживают быть помещенными в качестве кординальных, но прибавлю к этому длинному ряду важнейших симптомов еще один, который также должен быть поставлен на первом месте. Это явление, по моим наблюдениям, заключается в ненормальной и быстрой истощаемости мышечной силы и вследствие того быстрой утомляемости больных. Этот симптом я считаю важным и типичным для *paralysis agitans*, и к тому же появляющимся в ранней стадии болезни, и мы знаем многих больных, которые в течение долгого времени жаловались лишь на это явление и на те аномалии психики, на которые мы указывали выше, а потому и трактовались как неврастеники, впоследствии же делались типичными агитантами. В связи с этой быстрой истощаемостью мышечной силы нами часто наблюдалась и резко выраженная миастеническая реакция. Чтобы не увеличивать объема книги и не повторяться, я не буду здесь говорить больше о тех многочисленных и общеизвестных симптомах, которые наблюдаются при дрожательном параличе, а также и о тех редких явлениях, которые отмечали лишь отдельные немногие авторы, так как все это сделано мною в главе о симптоматологии, а обращаю внимание лишь на один симптом, который, по нашим наблюдениям,

встречается очень часто и, будучи описан старыми авторами, почему-то в настоящее время основательно предан забвению: этот симптом заключается в количественном понижении электровозбудимости как на фарадический, так и на постоянный ток. Чтобы покончить с симптоматологией, я должен указать еще на тот факт, что в 25% наших собственных наблюдений у больных была понижена электрокожная чувствительность. Насколько я знаю, в литературе это явление описано только К. Mendel'ем и однако должно считаться одним из характерных признаков дрожательного паралича, в особенности принимая во внимание то обстоятельство, что все другие виды чувствительности обычно бывают сохранены.

Говоря о течении, предсказании, распознавании и комбинации дрожательного паралича с другими болезнями, я буду очень краток, так как мои исследования по этим вопросам почти что сходятся с мнением других авторов, могут считаться твердо установленными и ничего нового не прибавят, подробно же обо всем этом было сказано в главе пятой этой работы.

Течение *paralysis agitans* хронически прогрессирующее, хотя *status quo* часто наблюдается в течение многих лет. Предсказание *quo ad vitam* хорошее, но *quo ad validitatem* абсолютно неблагоприятно.

Распознавание большинства случаев болезни Паркинсона благодаря богатству характерных симптомов не представляет обычно никаких затруднений и одна лишь истерия может симулировать ее довольно совершенно.

Комбинации с другими болезнями не часты, значения особого не имеют и лишь иногда затрудняют дифференциальный диагноз.

Более подробно я остановлюсь на главе о патологической анатомии и патогенезе дрожательного паралича, так как вопрос этот бесспорно самый интересный и существенный в учении об этом страдании и составляет, так сказать, программу дня. Своей главной задачей я также поставил себе, если не выяснить, то хотя бы немного приблизиться к объяснению патогенеза болезни. Патологическая анатомия и патогенез рисуют нам длинный этап человеческих заблуждений и ошибок, и здесь вполне применима латинская пословица: „*errare humanum est*“. И действительно—где только и чего только не находили при многочисленных аутопсиях и микроскопических исследованиях случаев дрожательного паралича: исследовались мышцы, нервы, спинной и головной мозг, сосуды и железы внутренней секреции и всюду в различное время и разные авторы описывали те или другие изменения.

Мне лично пришлось, к сожалению, обработать патолого-анатомически лишь один случай и я повторил бы ошибку других исследователей, если бы начал строить теорию патогенеза лишь на основании этого исследования. Только большая клиническая работа в связи с тщательных изучением литературы, беспристрастная критика главных симптомов болезни и чисто теоретические рассуждения на

основании накопленных в науке данных о физиологии и функциях отдельных частей как головного, так и спинного мозга, главным образом, и позволили мне притти к тем предположениям о патогенезе страдания, о которых я скажу ниже. Я позволю себе сделать здесь небольшое литературное отступление и применить к патологической анатомии одну евангельскую истину, а именно „вера без дел мертва есть“, то-есть одна патологическая анатомия без клиники ничего нам не даст. В этом-то обстоятельстве я и вижу причину тех неудач, которые постигали многих авторов при попытке их построить теорию патогенеза исключительно на основании тех или других изменений, которые были ими найдены при микроскопическом исследовании случаев дрожательного паралича, при чем эти авторы совершенно не считались с клиникой и закрывали глаза на те симптомы, которые стояли в явном противоречии с найденными ими патолого-анатомическими исследованиями.

Возвращаясь обратно, мы прежде всего должны припомнить, что сам Parkinson на основании одного описанного им случая высказал предположение, что анатомическую основу страдания составляет поражение центральной нервной системы. Позднее большинство авторов склонялось к тому, чтобы признать дрожательный паралич за заболевание функциональное, а не органическое. Основанием для этого служили отрицательные данные, получавшиеся у прежних исследователей, которые повидимому зависели от недостатка техники, тем более, что в большинстве случаев, как это нам известно, в настоящее время патолого-анатомические изменения при *paralysis agitans* носят исключительно микроскопический характер. Далее (см. главу VI) причину болезни видели в заболевании мышечного аппарата, периферической нервной системы и наконец желез с внутренней секрецией. Лишь за последние годы мы снова вернулись к тому, чтобы связать происхождение болезни с центральной нервной системой, и теперь, тот фундамент, на котором зиждется это заключение, повидимому настолько прочен, что все прочие гипотезы должны быть оставлены навсегда, так как все они не имеют за собой достаточного научного основания, часто основаны на случайных и малочисленных находках, стоят в противоречии друг с другом, а главное не объясняют нам симптомов и клинической картины болезни. Ограничась вышесказанным и признав за аксиому, что болезнь Паркинсона есть заболевание центральной нервной системы, мы перейдем к вопросу— в каком же отделе центральной нервной системы надо видеть корень страдания. Начав в порядке последовательности со спинного мозга, мы видим, что громадное количество патолого-анатомических изменений падает именно на спинной мозг, и тем не менее, сообразуясь с клиническим проявлением заболевания, лишь очень незначительное количество авторов решаетя весь симптомокомплекс болезни объяснить поражением спинного мозга, а большинство придерживается того взгляда, что в основе страдания лежит диффузное поражение как спинного, так и головного мозга. И мною в спинном мозгу най-

дены довольно значительные изменения (см. рисунки), а именно— гиалиноз сосудов, значительное разрастание гиозной ткани и жировое перерождение клеток передних и задних рогов. Однако, ни одно из этих изменений совершенно не объясняет нам тех симптомов, которые наблюдались у больной, а присматриваясь к ним ближе, мы видим, что изменения эти чрезвычайно характерны для артериосклероза и старческой дегенерации, что вполне вяжется с годами (67 лет) больной и тем обстоятельством, что она погибла от общего старческого маразма. Таким образом, эти изменения мы не ставим ни в какую связь с дрожательным параличем, а признаем их лишь как нечто добавочное. Подвигаясь выше, мы не будем опять повторять всего того, что уже говорили в главе о патологической анатомии, а припомним лишь то, что во всех отделах головного мозга различными авторами были наблюдаемы те или другие изменения, при чем работы самых последних лет все чаще и чаще указывают нам на изменения в стволовой части и больших ганглиях мозга. И мы в нашем случае нашли изменения в головном мозгу (см. рисунки), которые представляют тот интерес, что кроме повсеместного изменения сосудов, которые мы трактуем подобно спинномозговым лишь как старческо-артериосклеротические, они коснулись исключительно *nuclei lenticularis* обоих полушарий. Эти изменения очень значительны и видны на препаратах даже макроскопически; заключаются же они в обширных разреженных участках мозговой ткани и в продырявленных пространствах (*état marbré*), что придает ткани характер как бы изъеденной молью. Затем надо отметить многочисленные глиозные бляшки, увеличение периваскулярных пространств и плохую способность клеток к окраске. Сравнивая данные, полученные нами с наблюдениями других авторов, мы с удовольствием констатируем, что находка самых последних лет также указывает нам на чечевичное ядро, как на главное место заболевания. Теперь, конечно, является большой соблазн поставить точку и лишь прибавить при этом: нами найдены изменения в *nucleus lenticularis*, некоторые авторы также находили в нем изменения, *ergo-paralysis agitans* зависит от поражения чечевичного ядра. Однако, такое заключение было бы слишком легковесно и мало убедительно, а потому мы и должны вновь вернуться к симптоматологии страдания и оценить главные симптомы болезни в связи с данными физиологии мозга и найденными изменениями. Выше я говорил уже о том, что такой кординальный симптом дрожательного паралича, как напряженность мышц, зависит от поражения экстрапирамидных путей, а не пирамидных. Если мы возьмем теперь такие постоянные и характерные явления, как бедность и недостаточность движений, общее ограничение подвижности больных и главным образом расстройство всех движений, производимых автоматически, то мы должны прийти к заключению, что все эти расстройства зависят от поражения центров для автоматических движений, то есть субкордикональных и принадлежащих к ним путей, тогда как центры и пути произвольных движений остаются свобод-

ными от заболевания. Хотя функции *corpore striati* почти что неизвестны и наши познания о нем очень сбивчивы, однако, наша патолого-анатомическая находка в нем, так же как и указания других авторов, все же наводит меня на мысль, не есть ли *corpus striatum* с принадлежащими к нему путями одним из главных центров для всех автоматических движений. Чтобы не вдаваться уже в чисто теоретические рассуждения и гипотезы и приняв во внимание и другие симптомы *paralysis agitans*, мы удовольствуемся пока лишь тем положением, что дрожательный паралич есть органическое страдание центральной нервной системы, с преимущественным поражением субкортикальных центров и принадлежащих к ним путей, в особенности же *nuclei lenticularis*. Кроме того, на основании собственного наблюдения и находок большинства авторов мы должны сказать, что патолого-анатомические изменения при дрожательном параличе определяются, как артериосклеротические и дегенеративные.

В заключение, говоря о патогенезе, я должен еще раз вернуться к одному найденному мною и чрезвычайно характерному на мой взгляд симптому дрожательного паралича, а именно—быстро наступающей утомляемости и истощаемости мышечной силы больных и в связи с этим также часто наблюдаемой миастенической реакции. Здесь сразу бросается в глаза аналогия с другим нервным заболеванием с довольно темным патогенезом, а именно, с миастенией, так как кординальным симптомом этого последнего страдания также является вышеуказанный симптом. Признав дрожательный паралич за заболевание центральной нервной системы, мы тем не менее не можем закрывать глаза на те изменения, которые находимы были различными авторами в нервно-мышечном аппарате и в железах внутренней секреции; вместе с тем мы знаем, что за последние годы существует тенденция связать миастению именно с заболеванием желез внутренней секреции, развившемся на почве аутоинтоксикации. Теперь у нас невольно напрашивается мысль о том, не играет ли какую-нибудь роль также и в патогенезе дрожательного паралича изменение химизма, скажем пока, в самом широком смысле этого слова.

Покончив с патогенезом дрожательного паралича и заканчивая наш труд, мы не станем повторять всего того, что мы говорили о терапии в VII-ой главе нашей работы, а лишь кратко укажем, что лечение *paralysis agitans* может быть лишь симптоматическое, что вполне гармонирует с воззрением на это страдание, как на тяжелое органическое поражение мозга.

---

## IX П О Л О Ж Е Н И Я

1. Этиология дрожательного паралича до настоящего времени неизвестна, так как мы не знаем причин, „производящих“ страдание, а знаем лишь причины, „предрасполагающие“ к нему и „ускоряющие“ его.

2. Изменение мышечного тонуса зависит от поражения экстрапирамидных путей, а не пирамидных.

3. Бедность и недостаточность движений, вынужденное положение тела и своеобразная походка больных являются симптомами самостоятельными и не зависят от ригидности мышц.

4. Ненормальная и быстрая истощаемость мышечной силы и вследствие того быстрая утомляемость являются одним из самых характерных симптомов дрожательного паралича.

5. При болезни Паркинсона очень часто наблюдается количественное понижение электровозбудимости.

6. Резко выраженная миастеническая реакция нередко сопутствует дрожательному параличу.

7. Из всех видов чувствительности при дрожательном параличе изменяется лишь чувствительность электрокожная, понижение которой констатируется довольно часто.

8. Течение *paralysis agitans* — хронически прогрессирующее и предсказание *quo ad valetudinem* абсолютно неблагоприятно.

9. Дрожательный паралич есть органическое страдание центральной нервной системы, с преимущественным поражением субкортикальных центров и принадлежащих к ним путей, в особенности же *nuclei lenticularis*.

10. Патологические изменения при *paralysis agitans* те же самые, которые мы наблюдаем при артериосклерозе и старческой дегенерации.

11. В громадном большинстве случаев патологические изменения при дрожательном параличе носят исключительно микроскопический характер.

## X

### ЛИТЕРАТУРА.

#### А. Хронологический список работ.

До 1870 года.

- 1) Parkinson, James. An essay on the shaking palsy. Member of the royal college of surgeons. London. Printed by Whittingham and Rowland, G. swell street For sh. rwood, Neely, and Jones, Pat nster. Row 1817.
- 2) Elliotson. Varles, B. 3. 1839.
- 3) Marshall Hall. Ueber die krankheiten des Nervensystems; übers. v. Behrend. 360 s. Leipzig 1842.
- 4) Romberg. Paralysis agitans. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1, Aufl. 1850.
- 5) Basedow. Stabilitätsneurosen. Casper's Wochenschr. f. d. ges. Heilk. № 33. S. 524. 1851.
- 6) Blasius. Stabilitätsneur. sen. Archiv d. physic. l. Heilk. S. 225. 1851.
- 7) Todd Art. Paralysis. Cyclopaedia of pract. med. T. III. p. 259. 1851.
- 8) Séé, Germain. De la chorée et des affections nerveuses. Paris. 1851. p. 100.
- 9) Kanschtat, Karl. Паралитическое дрожание с трясением. Руководство к медицинской клинике. Перевод с немецкого доктора А Реми. Москва. 1853 год.
- 10) Hasse, K. Schüttellähmung. Handbuch der spes. Pathol. и Therap. redigirt v. Rud. Wirhow. B. IV. S. 306. 1855.
- 11) Bamberger, H. Beobachtungen und Bemerkungen über Hirnkrankheiten. Verhandl. d. Physikal—Med. Gesellsch. in Würzburg. S. 318. 1856.
- 12) Remak. Galvanotherapie. Berlin. S. 219. 1858.
- 13) Sanders. Reynolds system of. medicine VI. II p. 184. 1859.
- 14) Trousseau. Leçons sur la chorée. Union médical, 8 févr. 1859.
- 15) Cohn, B. Ein Beitrag zur Lehre der Paralysis agitans. Wiener med. Wochenschr. № 18. 1860.
- 16) Charcot-Vulpian. Gaz. hebdomadaire. p. 765, 816. 1861.
- 17) Griesinger. Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. S. 256. 1861.
- 18) Charcot et Vulpian. Gaz. hebdomadaire. p. 54. 1862.
- 19) Skoda. Wien. Med. Halle. 13. 1862.
- 20) Leyden F. Fall von Paralysis agitans des rechten. Armes infolge der Entwicklung eines sarkoms im linken Thalamus. Virchow's Arch. 29 S. 187. 1864.
- 21) Berger. Paralysis agitans. Real—Encyclopaedie der gesamten Med. 1865.
- 22) Trousseau, A. Tremblement sénile et paralysis agitans. Clinique Médicale de l'Hotel Dieu de Paris. T. X. p. 213. 1865.
- 23) Topinard, P. Paralysis agitans, glycosurie. Gaz. des Hôpit. № 21. 1866. Ref. Wirchow's Jahresbericht. 2. 20.
- 24) Topinard, R. Paralysis agitans trèsavancée. Gaz. des hôpit. № 46. 1866. Ref. Wirchow's Jahresbericht. B. 2. S. 20.
- 25) Ordenstein. Sur la paralysie agitante et la sclérose en plaques. These de Paris. 1867.
- 26) Chéron, I. De la paralysie agitante et de son traitement par les courantes continus constans. Journ. des connaiss. méd. chir. № 16—18. 1869. Ref. Wirchow's Jahresbericht. B. 1. S. 383.

1870.

- 27) Aethaus. *Med. Times and. Gaz.* 11. 643.  
28) Ball, B. On shaking palsy. *Med. Tim. and. Gaz.* Oct. 1 p. p. 385. Ref. *Wirchow's Jahresbericht.* 2. 43.  
29) Betz, Fr. Heilung einer schüttellähmung. *Memorab.* № 3. Ref. *Wirchow's Jahresbericht.* 2. 43.  
30) Bourillon. Nécrose du coccyx. Paralyse générale précédée d'une affection de la moëlle. Symptomes de Paralysis agitans Autopsie. *Gaz. des hôpit.* № 50, 51. Ref. *Wirchow's Jahresber.* 2. 43.  
31) Clymer Meredith. Lectures on the palsies and kindred disorders of the nervens system., *méd. record.*  
32) Jones Handfield, studies on functional nervous diseases. p. 382.  
33) Kunze. Tremor (Ballismus). Zittern und Paralysis agitans, schüttellähmung. *Lehrbuch der practischen Medicin.* Leipzig. B. 1. S. 190.  
34) Meschede. *Virchow's. Archiv.* B. I. H. 2.  
35) Rosenthal, M. Paralysis agitans. *Handbuch der Nervenkrank.* S. 396. Erlangen.  
36) Villemain. Sur un cas de paralysie agitante. Leçon clinique à l'Hôpital du Val de Grâce. *Recueil de memiores de medicine de chirurgie et de pharmacie militaires.* A. 3. ser. XXV, p. 116. Ref. *Wirchow's Jahresber.* 2. 43.

1871.

- 37) Chayley W. and Murchinson, C. Case of paralysis agitans. *Transations of the path. soc. of London.* XXII p. 24. Ref. *Wirchow's Jahresber.* 2. 46.  
38) Chvostek. Fr. Encephalitis der Gebilde de r. Ammonshorns mit dem Ausgang in sclerose. Paralysis agitans der linksseitigen Extr. mitäten. *Wien. med. Wochenschr.* № 37—39. Ref. *Wirchow's Jahresber.* 2. 46.  
39) Eulenburg, A. Paralysis agitans und verwandte Zustände von paralytischem Tremor. *Lehrbuch der functionellen Nervenkrankheiten.* § 410—417. S. 700.  
40) Joffroy, Anatomie pathologique de la paralysie agitante. *Gaz de hôpit.* № 157. Ref. *Wirchow's Jahresber.* 11. 46.  
41) Lebert. *Handbuch der prakt. Medezin.* B. 11.

1872.

- 42) Charcot. De la paralysie agitante. *Leçons sur les maladies du systeme nerveux fait a la Salpetriere.* p. 139. Recueillies et publiées par Bourneville. Paris. 1872—1873.  
43) Charcot. Faits de tremblement unilatéral ou d'hémichorée. *Soc. de Biolog.* 23 März. 1872. *Gaz Méd.* 36.  
44) Claveleira. De la paralysie agitante. Thèse de Paris.  
45) Eulenburg, A. Zur Therapi: des Tremor. *Berl. klin. Wochenschr.* № 46. Ref. *Wirchow's Jahresber.* 11. 40.  
46) Joffroy, A. Trois cas de paralysie agitante suivis d'autopsie. *Arch. de physiol. norm. et patholog.* № 1. Ref. *Wirchow's Jahresber.* 11. 40.  
47) Kuehne, F. Paralysis agltans Inaug-Dissert. Berlin. Ref. *Wirchow's Jahresber.* 11. 40.

1873.

- 48) Allan, I. Case of p-ralysis agitans. *Med. Times u. Gaz.* Ref. *Wirchow's Jahresber.* 2. 45.  
49) Jones, C. Clinical lecture on cases of Paralysis agitans *Brit. Med. Journ.* Ref. *Wirchow's Jahresber.* 2. 45.  
50) Kohls. Über den Einfluss des Schreckens beim Bombardement von Strassburg auf die Entstehung von Krankheit n. *Berl. klin. Wochenschr.* № 24.  
51) Moxon. *Lancet,* Feb. 15 p. 236.  
52) Nixon. Peculiar post-mortem appearances of the heart and brain in a case of paralysis agitans following nervous shock. *Medic Press. and. Chirc. F.* 26. Ref. *Wirchow's Jahresber.* 2. 45.  
53) Oulmont. Traitement du tremblement mercuriel et du tremblement sénile par l'hyoscyamine. *Gazette des hôpitaux.* № 4. Ref. *Wirchow's Jahresber.* 2. 45.

**1874.**

- 54) Benedikt. Nervenpathologie und Elektrotherapie. Leipzig.  
55) Rabot M. Observation de la paralysie agitante. Lyon médical. № 22, p. 217. Ref. Virchow's Jahresber. 2. 128.  
56) Rubini, A. Sopra un caso di tremore essenziale. Lo sperim. ntale Maggio. Ref. Virchow's Jahresber. 2. 123.

**1875.**

- 57) Bernhardt. Beiträge zur Hirnpathologie. Berl. klin. Wochenschr  
58) Eulenburg. Paralysis agitans. Ziemssen's Handbuch der spec pathol. u. Ther. B. XII. H. 2. S. 375.  
59) Huchard, Henry. Observation de paralysie agitante datante de L'âge de troisagns. L'Union médicale. № 7, p. 76.  
60) Revillont. Paralyse agitante. Gaz. des hôp. № 95, p. 755. Ref. Virchow's Jahresber. 2. 103.  
61) Toniatti, G. Sopra un caso di paralyse agitante. Le sperim. Giugno. Ref. Virchow's Jahresber. 2. 103.

**1876.**

- 62) Charcot. Leçons sur les mal. du syst. nerv. Progr. méd. № 49.  
63) Lautenbach, B. The Lesions in paralysis agitans. Journ l of Nervous Mental. Disease. V. III. p 385.  
64) Leyden. Beitrag zur pathol. Anatomie der atroph. Lähmuugen. Arch. f. Psychiatrie.  
65) Pierson, R. Paralysis agitans. Compendium der Krankheiten des Nervensystems. S. 209. Leipzig  
66) Westphal. Paralysis agitans mit vorwiegender Bethilung der linken. Extremitäten, des Kopfes, Unterkiefers und der Mundmuskulatur. Autopsie mit negativem. Befund. Annalen der Charite. III Jahrgang. Ref. Virchow's Jahresber. 1878. 11. 90.

**1877.**

- 67) Aethaus, J. Paralysis agitans. Diseases of the nervous system. p. 168.  
68) Boucher. De la maladie de Parkinson (paralyse agitante) et en particulier de la forme fruste. Thés de Paris.  
69) Chéron. Progres médical. № 48, p. 908.  
70) Debove. Progres médical. p. 116.  
71) Hardy. Paralyse agitante à forme fruste. Gaz. des hôp. № 115. Ref. Virchow's Jahresber. 2. 108.  
72) Westphal. Ueber paralysis agitans. Char-Ann. IV p. 405. Ref. Centr. f. Nerv. u Psych. 1879. S. 175.

**1878.**

- 73) Charcot. Paralyse agitante ou maladie de Parkinson. Forme fruste. Gaz. des hôp. № 2.  
74) Charcot. Maladies à tremblements: maladie de Parkinson ect. Gaz. des hôp. p. 147.  
75) Debove, M. Note sur un cas de latéropulsion oculaire dans la paralysie agitante. Soc. méd. des hôp. 25 janv. 1878. Progr. méd. № 7.  
76) Dowse. The pathol. of. a case of paral. agit. Transact. of the path. Sos. of London. XXIX.  
77) Eulenburg, A. Paralysis agitans. Lehrbuch der Nerwenkrankheiten. Berlin. B. 11. S. 679.  
78) Grasset, J. et Apolinari, B. Note sur l'état de la température pcripherique dans un cas de paralysie agitante et sur l'influence de contractions, musculaires snr la température pcripherique normale. Progr. med. № 12. Ref. Virchow's Jahresber. 2. 90.  
79) Gray. American journal of insanity.  
80) Hamilton, A. Paralysis agitans. Nervous diseases. London p. 406.  
81) Horterich, M. Zur Lehre der Paralysis agitans. Inaug Dissert. Würzburg.  
82) Fleury. Paralyse agitante. Insomnie pendant sept mois Suérison. Gaz. des Hôp. № 96. Ref. Virchow's Jahresber. 2. 90.

1879.

83) Bouchut. Des localisations cerebrales. Tubercules ayant detruit la totalité des couches optique; hyperesthésie cutanée amaurose et névrotinite; paralysie agitante. Gaz. de hôrit. p. 1186.

84) Demange. Essai sur l'anatomie et la physiologie pathologique de la paralysie agitante. Revue méd. de l'Est. Ref. Journ. of. Nerv. and ment disease p. 346. 1880.

85) Duckworth, D. On the occurrence of sweating in cases of paralysis agitans. St. Barthol. Hosp. Rep. XV. Ref. Wirchow's Jahresber. 2. 82.

86) Duckworth, D. On a case of unilateral paralysis agitans. Lanset. Sept. 6. Ref. Медицинское обозрение, стр. 504.

87) Grasset, I. Paralysie agitante. Maladies du systeme nerveux. т. III. p. 500. Paris.

88) Neimeyer, F. Paralysis agitans. Lehrbuch der spec. Pathol. n. Therap. B. 2. S. 461. Berlin.

89) Saint-Léger. Paralysie agitante. Etude clinique Thèse de Paris.

1880.

90) Buzzard, A. clinique lecture on shaking. palsy. Brain.

91) Magnon. Paralysie agitante. Caz. méd de Paris. № 2.

92) Mendelsohn. Arch. de Psych.

93) Leroux, P. Contribution à l'étude des causes de la paralysie agitante. Thèse de Paris.

94) Luys, J. Contribution à l'étude anatomopathologique de la paralysie agitante. De l'hypertrophie des cellules nerveuses de la region protuberantielle. Gaz. méd. de Paris. № 29 et Gaz. des hôp. № 78.

95) Pitts. Tremor in a childress embling. Paralysis agitans. Brit. Méd. Journ. 2. p. 547.

96) Prast, C. Das Zittern bei Paralysis agitans und multiple Hirn- und Rückenmarkssclerose. Inaug. Dissert. Berlin.

97) San Martin. Paralysie agitante consecutiva a ferita del nervo radiale. Gazzetta medica italiana lombardia. Auch Cron. med. quir de la Habana. № 5. Ref. Wirchow's Jahresber. 2. 92.

1881.

98) Auerbach, B. Uber posthemiplegische Krampfformen, insbesondere Paralysis agitans posthemiplegica. Verhandlungen des allgem. arztlichen Vereins in Cöln. Sitzung vom 11. Juli 1881. Deutsche med. Wochenschr. S. 29. (Fall von doppelseitiger Paralysis agitans posthemiplegica).

99) Ball. On Moral Derangement and Insanity in cases of Parasis agitans. Transactions of the interanat. med. congr. Vol. 3 p. 603.

100) Denambre. De la maladie de Parkinson. These de Paris. Ref. Wirchow's Jahresber. 2. 84.

101) Hadden. W. Case of paralysis agitans; condition of the tendon reflexes; remarks. Under the cure of Dr. Ord. Brit. med. Journ.

102) Maeltzer. Inaug.-Dissert. Breslau.

103) Mann, E. A case of paralysis agitans cured by cetral galvanizatiin sodium Bromide and hyoscyamus. Journal of nervous and mental disease. p. 124. Ref. Arch. de neuralg. p. 95. 1882.

1882.

104) Berger. Paralysis agitans. Eulenburg's Real Encyclop. B. X.

105) Dana. Journ. of nervous and mental disease.

106) Demange. Le tremblement sén. et ses rapports avec la Paral. agit. Rev. de méd.

107) Gürtler. Uber Veränderungen in stoffwechsel unter dem Einfluss per Hypnose und bei Paralysis agitans. Inaug.-Dissert. Breslau.

108) Huet. Weckblad van het nederl. tydschrift voor Geneeskunde p. 18.

109) Lindh. Paralysis agitans. Eira. VI. 18.

110) Morton, W. A contribution to the subjech of nervestretching in paralysis agitans. p. 133. The journal of nervous and mental disease. Ref New-York med. record.

111) Ricoux. Des hémitremblements pro et postparalytiques. These de Nancy.

112) Scubic, V. Beitrag zur Paralysis agitans. Inaug-Dissert. Iena Ref. Virchow's Jahresber. 1884. 11. 70.

113) Séquin London med. record. 15 j.

114) Veselle. Essai sur une forme rhumatismale de la paralysie agitante. Thèse do Lyon. Ref. Arch. de neurolog p. 263.

### 1883.

115) Amidon, R. A contribution to the study of Parkinson's disease anomalous cases without tremor. The New-york. med. rec. Ref. Centr. f. nerwenh. ilk. 1884. S. 128.

116) Erlenmeyer, A. Beitrag zur symptomatischen Behandlung der Paralysis agitans. Centralbl. f. Nerwenheilk. № 9. S. 193. Ref. Arch. f. neuralg. 1885. p. 83.

117) Ewald, C. Ueber Phosphorsaureausscheidung bei Paralysis agitans und verwandten Formen der Zitterlähmung. Berl. klin. Wochenschr. № 52, 53. Ref. Врач 1883 года, стр. 730.

118) Féris, B. De la guérison du tremblement par la vér. trine. Compt. rend de la soc. de diol. p. 460. Progrès méd. p. 28. Ref. Virchow's Jahresber. 11. 72.

119) Gougelet, A. Du Tremblement. Thèse de Paris.

120) Kornilowicz. Случай дрожательного паралича. Gaz. lekarska № 27.

121) L'Hirondel. Antécédents et causes dans la maladie de Parkinson. Thèse de Paris.

122) Moebius. Eine Combination von morbus Basedowii und Paralysis agitans. Memorabilien. H. 3.

123) Parant. La paralysie agitante examinée comme cause de folie. Annales médico-psychologiques, Juil.

124) Peeters. Paralysie agitante avec troubles intellectuels. Bulletin de la soc. de méd. mentale de Belgique. № 9.

125) Raymond. Note sur l'apparition de taches purpuriques symétriques, dans le cours d'une paralysie agitante. Gaz. méd. de Paris. № 35.

126) Wernicke, C. Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. B. 3. S. 43<sup>a</sup>.

### 1884.

127) Bergesio, B. Un caso di malattia di Parkinson complicata da disturbi psichici. Arch. ital. per. le mal. neuros. XXI. p. 260. Ref. Neurolog. Centralbl. 1885. B. VI. № 1, S. 15.

128) Rummo, G. Considérations cliniques sur la paralysie agitante. Union méd. № 106. Ref. Virchow's Jahresber. 11. 70.

129) Strümpell, A. Paralysis agitans. Lehrbuch der spec. Pathol. u. Therap. B. 11, S. 398.

### 1885.

130) Boucher, A. Observation d'un cas de maladie de Parkinson (paralysie agitante) causé par l'action du froid humide longtemps prolongée. Le progrès Médical, № 30 25 juillet 1885.

131) Grashy. Ueber Paralysis agitans. Wanderersammlung südwestde scher Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden. (Sitzungsbericht.). Neurolog. Centralbl. B. IV № 13, S. 308. Arch. f. Psych. XVI, S. 857. Berliner Klinik. Wochenschr. № 30, S. 487. Arch. de neurolog. 1886 p. 312.

132) Haye, J. Bijrage tot de casuistiek der paralysie agitans. Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voer Geneesk. № 40.

133) Marie, P. et Azoulay, L. Consultation externe de la clinique de maladies du système nerveux. Le Progrès méd. № 49. Ref. Centr. f. nervenheilkunde 1886. № 1, S. 22.

134) Mendel. Berlin klin. Wochenschr.

135) Roger. Deux observations de paralysie agitante accompagnée de trouble intellectuels. L'encéphale. № 6. Ref. Centr. f. nerveheilk. 1886. S. 278 и Архив Ковелевского 1887 года. Том 7, стр 92.

136) Tabes und Paralysis agitans nach peripheren Verletzungen. Sanitätsbericht über die deutschen Heere im Kriige gegen Frankreich 1870/71. VII. Bd. Erkrankungen des Nervensystems IV Capitel. Ref. Centr. f. nervenheilk. 1886. S. 207.

### 1886.

137) Erb, W. Paralysis agitans. Handbuch der Elektrotherapie. S. 615. Leipzig.

138) Jacobson, L. Ueber Paralysis agitans, Schüttel-Zitterlähmung. Berl. klin. Wochenscher. № 34. S. 565. Ref. Centr. f. nervenheilk. S. 590. u Virchow's Jahresbericht. B. 2. S. 161.

- 139) Ingria. La corrente elettrica in un caso di paralysis agitans. La Psichiatria. IV. p. 31. Ref. Neurolog. Centralbl. B. V. № 24. S. 581.  
140) Lavers. The Lancet, 16 p. 142. Ref. Centr. f. nervenheilk. S. 247 и в Медицинском обозрении, стр. 924. (Серные ванны при paralysis agitans).  
141) Machol, H. Ein Fall von Paralysis agitans nach einer Ulnaris-verletzung. Inaug.-Dissert. Berlin.  
142) Peltessohn, N. Ursachen und Verlauf der sehnervenaphie. Centr für prakt. Augenheilkunde. Februarheft, Märzheft und Aprilheft Ref. Neurolog. Central. B. V. № 14. S. 326.  
143) Siotis. Thés de Paris.  
144) Vandier. De la paralysie agitante de cause traumatique. Thése de Paris.

1887.

- 145) Dubief. Essai sur la nature des lési ns dans la maladie de Parkinson. Thése de Paris.  
146) Erb, W. Ueber Hyoscin. Therapeut. Monatshefte Juli. Ref. Neurolog. Centralbl. Bd. VI. № 17. S. 405.  
147) Huber. Myographische studien bei Paralysis agitans. Virchow's Archiv. 1. S. 45.  
148) Lacoste. Contribution à l'étude de la Maladie de Parkinson. Thése de Paris.  
149) LantziusBeninga, E. Ein Beitrag zur Kenntniss de Paralysis agitans. Inaug.-Dissert. Göttingen.  
150) Mazzoli, L. Rammollimento dei pedunculi cerebrali in un caso di paralsi agitante. Il Raccogli. Med. № 10. Ref. Virchow's Jahresber. S. 111.  
151) Müller, E. Uber Paralysis agitans mit Betheiligung der Kehlkopfmuskulatur. Charité Annalen. S. 267.  
152) Oppenheim. Ungewöhnlicher Fall von Paralysis agitans. Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin. Sitzung von 5 januar. 1887. Berlin. klin. Wochenschr. № 21. S. 384.  
153) Riess. Berlin klin. Wochenschr. № 22.  
154) Seeligmüller, A. Paralysis agitans. Lehrbuch der nervenkrank. Braunschweig. Bd. 2. S. 673.  
155) Sternberg. Centr. ftr. Physiolog.

1888.

- 156) Bloccq. Des contractures. Thése de Paris.  
157) Charcot. Leçons du Mardi la salpêtrière. Policliniques 1887—1888 p. 169, 171, 402—442.  
158) Грейденберг. К казуистике мужской истерии. Врач. № 44. Ref. Neurolog. Centr. Bd. 8. № 2. S. 49.  
159) Gauthier, G. Quelques considérations sur la maladie de Parkinson. Lyon méd. № 35 et 36.  
160) Heilmann, A. Ueber Paralysis agitans. (schüttelähmung) Inaug.-Diss. Berlin. Ref. Neurolog.-Centr. 1889. Bd. 111. № 12 1365 и в Вестнике Мерзеевского, стр. 353.  
161) Martha. Etude clinique sur la paralysie agitante Paris.  
162) Richer, P. Habitude extérieure et facies dans la paralysie agitante. Nouv. Iconographie de la Salpêtrière № 6. Ref. Centr. f. nervenheilk. 1889. № 19. S. 554.  
163) Teissier, M. Pathogénie de la paralysie agitante. Lycin med. № 28.  
164) Weber, L. Paralysis agitans and a consideration of some cases of this disease. Journ. of nervous and mental disease. XV. p. 356. Ref. Centr. f. nervenheilk. 1889. № 4. S. 128.  
165) Wille. Ueber Paralysis agitans und die dabei vorkommende centralen störungen. Medic. Geselsch. in Basel. sitzung v. 20 oct 1887. Centr. f. nervenheilk № 9. S. 271. (sitzungsbericht).  
166) Vincent. Thése de Lycin.

1889.

- 167) Beevor, C. On cases of Paralysis agitans without shaking. Medical society's Proceedings. Vol. 8. p. 8. Ref. Neurolog. Centr. Bd. 8. Nr. 12, S. 366.  
168) Berbez, P. La maladie de Parkinson hémiplegique. Gaz. hebdom. № 21.  
169) Borgherini. Della paralysie agitante, studio clinico. Riv. sperim. di freniatria e di Medicina legale. XV. p. 1. Ref. Neuralg. Centr. 1890. Bd. IX, № 7. S. 210.  
170) Charcot. De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive et der quelques autres maladies du système nerveux. Progr. méd. Ref. Neurolog. Centr. B. 8. № 7. S. 206.

171) Dutil, A. Sur un cas de paralysie agitante à forme hemiplegique avec attitude anormale de la tête et du trouc (extension). Gaz. m. d. de Paris № 38 p. 449. Ref. Neurolog. Centr. 1890. B. IX. № 7. S. 211. и Centr. f. nervenheilk № 19. S. 584.

172) Edwards-Blanche, A. De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses (ataxie locomotrice progressive, sclérose en plaques, hystérie, paralysie agitante). Publications du progres medical. Paris. Bibliographie: Neurolog. Centralbl. 1890. B. IX № 13. S. 416.

173) Eisenlohr Jahrb. d. Hamburger stadtkrankenhaus

174) Eulenburg und Mendel. Ergebnisse der suspensionsbehandlung bei Tabes dorsalis und anderen chronischen Nervenkrankheiten. Neurolog. Centralbl. Bd. 8. № 11. S. 314.

175) Можаров, П. И. Paralysis agitans. Труды Общества врачей Енисейской губ. в 1888—89 году Реф. Мед. Обзор. 1892 г., стр. 385.

176) Mossé, Gefühl von Wärme bei paralysis agitans. Deutsche Medicinal-Zeitung. № 81. (Französischer Verein f. den Fortschritt der Wissenschaften). Ref. Centr. f. nervenheilk. S. 700.

177) Mossé, A. et Banal. Recherches sur l'excretion urinaire dans la paralysie agitante Revue de Médecine. № 7, p. 593. Ref. Centr. f. nervenheilk. № 19. S. 585; Neurolog. Centr. 1890. B. IX. № 11. S. 337; Врач, стр. 823.

178) Oppenheim. Ueber eine der paralysis agitans verwandte Form der traumatischen Neurose (Pseudo-Paralysis agitans). Charité—Annalen. XI. S. 396.

### 1890.

179) Benedikt, M. Strychnin als Antispasticum. Wien. Blätter. № 33. S. 517.

180) Gilles de la Tourette. Modifications apportées à la technique de la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, troisième année, № 3. Ref. Neurol. Centr. B. IX. № 15. S. 474.

181) Hadden, W. Paralysis agitans in a young man. Brain. XIII. p. 465. Ref. Neurolog. Centr. № 20 S. 638. 1891. j. и Centr. f. Nervenheilk. 1891. S. 485.

182) Hirt. Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten.

183) Petersen, F. A clinical study of paralysis agitans. New-York m. d. Journ. Ref. Neurolog. Centr. 1891. № 20, S. 638 и Centr. f. Nervenheilk. 1891. S. 486.

### 1891.

184) Bidon. Changement de l'attitude de corps dans le cours de la Maladie de Parkinson. Revue de Médecine. № 1. p. 75. Ref. Centr. f. nervenheilk. 1891. S. 141.

185) Borgherini, A. Nuova contribuzione alla patologia della paralisi agitante. Riv. sperim. di Freniatr. XVII. Fasc. 1/3. Ref. Neurolog. Centr. № 20, S. 635; Centr. f. Nervenheilk. S. 473.

186) Galezowski. Des troubles visuels dans la maladie de Parkinson. Société de Biologie. Paris. Séance du 7 fevr. Rec. d'opht. Febr. p. 72. Ref. Neurolog. Centr. № 7. S. 224.

187) Hückel, A. Paralysis agitans. Lehrbuch der Krankheiten des Nervensystems. Leipzig und. Wien. 1891. S. 262.

188) Knapp, P. (Boston): Astasia—Abasia with the report of a case of paroxysmal trepidant abasia associated with paralysis agitans. The journal of nervous and mental disease. Ref. Centr. f. Nervenheilk. S. 317. 1892 j.

189) Koller, H. Beitrag zur pathologischen Anatomie der paralysis agitans. Wirochow's Arch. B. 125 H. 2. S. 287. Ref. Neurolog. Centr. № 20. S. 636.

190) Mohr, C. Ueber paralysis agitans. Inaug.-Dissert. Würzburg.

191) Moncorge. Note sur les paralysis dans la maladie de Parkinson. Lyon m. d. № 6. Ref. Arch. de neurolog. 1892. p. 108.

192) Засс. К патологической анатомии дрожательного паралича. Петербургская медицинская газета № 19 и 20. Ref. Neurolog. Centralbl. № 24. S. 756; Centralbl. f. nervenheilk. S. 310.

193) Wollenberg. Chorea, paralysis agitans. Paramyoclonus multiplex. Wien.

### 1892.

194) Bèchet. Formes cliniques et diagnostic de la maladie de Parkinson. Thèse de Paris. Ref. Centr. f. Nervenheilk. 1893. S. 143.

195) Bèchet. Notes sur quelques attitudes rares observées dans la maladie Parkinson. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. № 4.

196) Bernabei, C. Contributo allo studio grafico del tremore nella malattia di Parkinson. Bollet. della soc. Lancisiana di Roma. Anno. XI.

197) Glorieux, D. Paralyse agitante et tram car. Policlinique. 1892. № 17. Ref. Neurolog. Centr. 1893. № 5. S. 161.

198) Gowers. Handbuch der Nervenkrankheiten Deutsch. Bonn.

199) Ketscher. Zur pathol. Anatomie der paralysis agitans Pragér. Zeitsch. f. Heilk. H. 6. S. 445. Ref. Neurolog. Centr. № 5. S. 158.

200) Lennmalm, F. Ett fall of paralysis agitans sine agitatione. Hygiea. 54. 12. p. 55. Ref. Врач 1893 года, стр. 957; Neurolog. Centr. 1894. Bd. 13. № 13. S. 482; Centr. f. Nervenheilk. S. 242.

201) Leva, I. Klinische Beiträge zur paralysis agitans mit besonderer Berücksichtigung des Verhaltens des Harns. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. II. S. 75. Ref. Neurolog. Centr. 1893. № 5. S. 159.

202) Kürtz, F. Zur Frage der traumatischen Neurosen Inaug.—Dissert München.

203) Ptaczek. Combination von Tabes dorsalis und paralysis agitans Deutsche Wochenschr. № 27. Ref. Врач № 9, стр. 212, Neurol. g. Centr. Q 1. S. 1; Centr. f. Nervenheilk. S. 51.

204) Quintard. Paralyse agitante chez une jeune fille de 16 ans. Bull de la soc de med. d'Angers.

205) Rosenbery, A. Die Störung der sprache und stimme bei paralysis agitans. Berliner klin. Wochenschr. № 31. S. 771. Ref. Neurolog. Centr. 1893. № 5. S. 160; Centr. f. Nervenheilk. 1893. S. 142.

206) Schäfer, A. Stoffwechseluntersuchung in einem Falle von nicht typischer paralysis agitans. Arch. f. Psych. B. 24 H. 3. Ref. Neurologi Centr. 1893. № 5. S. 161; Archives de neurolog. 1894 p. 155.

207) Wermser. Ein Fall von „Morbus Parkinsonii“ a forme fruste. Strassburg.

### 1893.

208) Blocq, P. et Marinesco, S. Sur in cas de tremblement parkinsonien hémiplegique symptomatique d'une tumeur du peduncle cerebral. Soc. de Biol. Seance du 27 mai 1893. Ref. Rev. Neur. 1894 p. 265; Neurolog. Centr. 1894. № 13. S. 483; Centr. f. Nervenheilk. S. 482.

210) Dana, I. Shaking palsy; a clinical and pathological study with the report of two autopsies. New-York med Journ. № 23 p. 629. Ref. Rev. Neurol. p. 442; Neurolog. Centr. 1894. № 13. S. 483.

211) Dignat, P. Note sur un cas de tremblement monoplégique à forme parkinsonienne, avantageusement traite par les courants induits. Revue internationale d'électrothérapie, févr. p. 199. Ref. Neurolog. Centr. № 1. S. 132.

209) Chabbert. Paralyse agitante et hystérie. Arch. de neurologie. № 76. Ref. Rev. Neurolog. 1894. p. 296.

212) König. Troubles de l'appareil de la vision dans la maladie de Parkinson. Société de Biologie. Paris. Bulletin médical. Ref. Rev. Neurolog. 1894. № 9. p. 265. Neurol. Centr. 1894. № 13. S. 481. Медиц Обзор. 1894 г. стр. 835.

213) Köppen. Demonstr. anatom. Präpar. von paralysis agitans Berliner Gesellschaft für Psych. und Nervenkr. Sitzung vom 10 Juli. 1893. Neurolog. Centr. № 13. S. 531.

214) Krafft-Ebing Lehrbuch der Psychiatrie. 5. Aufl. Stuttgart.

215) Mendel, E. Ueber Duboisin. Vortrag gehalten in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 9. Januar. 1893. Neurolog. Centr. № 3. S. 89.

216) Sacaze Sem. méd. janvier. 1903.

217) Wiener. Paralysis agitans boy of seventeen years. New-Yorker Poliklinik.

### 1894.

218) Алелеков, А. Случай paralysis agitans. Демонстрация больного в обществе военных врачей в Москве. Заседание 1 марта 1894 г. Медицинское Обозрение, стр. 1018.

219) Clerici. Sopra un caso di malattia di Parkinson. La Pollambulanza. Milano. Ref. Rev. Neurolog. № 16. p. 451.

220) Grawitz, E. Ueber Prodormalsymptome bei paralysis agitans. Deutsche med. Wochenschr. № 31. S. 625.

221) Fuchs, A. Zur Symptomologie der paralysis agitans. Zetschr. f. klin. Med. Bd. XXV. S. 320. Ref. Rev. Neurol. p. 53; Neurolog. Centr. 1895. № 1. S. 29.

222) Lannois, M. Paralyse agitante chez un jeune sujet. Lyon méd. № 14 p. 465. Ref. Rev. Neurol. p. 420; Neurol. Centr. 1895. № 1. S. 29; Centr. f. Nervenheilk. S. 98.

223) Norbury, F. A case of paralysis agitans, showing unusual contractions. The Journal of nervous and mental disease, № 6. p. 365. Ref. Rev. Neurol. p. 530.

224) Redlich, E. Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Anatomie der paralysis agitans und deren Beziehungen zu gewissen Nervenkrankheiten, des Greisenalters. Arb. a. d. Obersteinschen Inst. Heft 2. Wien. Ref. Centr. f. Nervenheilk. 1894. S. 660; Neurolog. Centr. № 13. S. 484; Jahrb. f. Psych. 1895. XII. 1 2; Медиц. Обзор. стр. 444.

225) Rummo, G. Lezioni di clinica medica. Malattie del sistema nervoso. Napoli. p. 309.

### 1895.

226) Becker. Paralysis agitans nach einem Fall auf die Schulter. Arztl. Sachverst. Ztg. № 3.

227) Berthormeyer. Maladie de Parkinson à forme hémiplegique. Thèse de Toulouse.

228) Brissaud. Pathogénie et symptômes de la maladie de Parkinson. Leçons sur les mal. nerv. p. 469.

229) De Grazia. Sulla patogenesi del morbo di Parkinson a proposito di un'asserzione clinica seguita da autopsia. Riv. m. d. № 70.

230) Gauthier, G. Nouvelles considérations sur la maladie de Parkinson. Lyone méd. № 42 et 43. Ref. Centr. f. Nervenheilk. 1 98. S. 43; La Semaine méd. 1895.

231) Krauss, W. Amyotrophic lateral sclerosis in a man 68 years old, simulating at first paralysis agitans. Med. News 3 p. 64.

232) Marie Médecine moderne. № 94.

233) Nissim, I. Des troubles de la parole dans les névroses (hystérie, chorée, paralyse agitante). Gaz. de hôpit. № 45.

234) Pel. Geval van paralysis agitans. Weekblad v. het Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II № 18.

235) Richer, P. et Meige, H. Etude morphologique sur la maladie de Parkinson. Nouv. Iconogr. de la Salp. 6 p. 362. Ref. Arch. de neurolog. 1896 p. 293.

### 1896.

236) Blocq, P. Maladie de Parkinson. (paralyse agitante). Manuel de Méd. publis sous la direction de m. m. G. M. Debove et Ch. Achard. T. IV. Paris.

237) Carrière. Presse méd. 17 sept.

238) Cuyllits, Pechere, Le Boeuf. Pathogénie de la paralyse agitante. Presse méd. Belg. № 16; Gaz. hebdom. T. 44 № 36 1897.

239) Dana, Ch. and Elliot. G. Paralysis agitans. The Post-Graduate Vol. 11 p. 332.

240) Eichhorst. Handbuch der spec. Pathol. u. Therapie 5 Aufl. Bd. 3. S. 557.

241) Francotte, X. Du sulfate de duboisine dans le traitement de la paralyse agitante. Journ. de neurol. et d'h. p. n. l. № 5 p. 92. Ref. Centr. f. Nervenheilk. 1897. S. 540; Neurolog. Centr. 1897. № 9. S. 423.

242) Gerhardt. Zur symptomatologie der paralysis agitans. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden am 6 u. 7 Juni. 1896. Sitzungsbericht-Neurol. Centr. № 14. S. 667.

243) Hunt. A contribut to the pathol. of, paralysis agitans. Journ. of nerv. andment. dis. V. 23. № 3. p. 184. Ref. Neurol. Centr. 1897. № 9. S. 422; Centr. f. Nervenheilk. S. 624

244) Kraepelin. Psychiatrie. 1896.

245) Lutz, I. Ueber 46 Fälle traumatischer Neurose. Inaug.-Dissert. München.

246) Luzzatto, A. Ricerche sulla secrezione urinaria nella malattia di Parkinson. Riv. ven. ta di scienze med. Anno 13, fasc. 8. Ref. Rev. neurolog. 1897. p. 53.

247) Magnol. Congrès de Nancy.

248) Мачутковски й. Новый симптом при дрожательном параличе. Пироговский съезд в Киеве, в апреле 1896 г. Ref. Neurolog. Centr. 1897. № 2. S. 96.

249) Meige, H. L'habitus extérieur dans la maladie de Parkinson. Journ. des con-naiss. méd. № 5.

250) Meessen. Quelques remarques à propos de la paralyse agitante. Presse méd. Belg. № 45. Ref. Rev. intern. de l'électrothérapie. 1897. № 11 et 12 p. 346.

251) Panegrossi. Scleroderma e gozzo associati a malattia di Parkinson. Cura tiroidea. Bull. della Soc. Latis. XVI f. 46.

252) Raymond. Forme fruste de paralyse agitante etc. Bull. méd. X. p. 507.

253) Райхлин, А. Спинная сухотка, осложненная дрожательным параличем и органической гемиплегией. Обзор. Психиатрии. № 2, стр. 92 и 176.

254) Walz. Die traumatische paralysis agitans. Vierteljahrsschrift für geschichtliche Medicin und Sanitätswesen. B. XII. Herausg. von Dr A. Wernich. Berlin. Ref. Neurolog. Centr. 1897. № 4. S. 184; Berlin. klin. Wochenschr. № 52. S. 1155; Centr. f. Nervenheilk. 1898. S. 434.

1897.

255) Banhöffer. Ein Beitrag zur Lokalisation der choreatischer Bewegungen. M natschr. f. Psych. u. Neurol. 1. S. 6

256) Frank, R Fry, M. Paralysis agitans at thirty four years of age immediately following typhoid fever. The Journ. of. nerv. and dis. V. 8 p 465. Ref. Neurolog. Centr. 1898. № 10. S. 468.

257) Fürstner. Ueber multiple sklerose und paralysis agitans. Wandervers d. Südwestdeut. ch. Neurol. zu Baden-Baden am 22 Mai 1897. Ref. Neurol. Centr. B. XVI. № 13. S. 609; Arch. f. Psych. Bd. XXX. H. 1 S. 1000; Медиц обо р. 1893, стр. 700.

258) Gerhardt Ueber das Zittern bei Paralysis agitans. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 9 H. 5—6. S. 305. Ref.: Neurolog. Contr. 1898. № 10. S. 468; Centr. f. Nervenheilk. 1898. S. 244.

259) Glorieux. Maladie de Parkinson. Polynévríte Journ. de neurol. et d'hypnot. T. II, p. 409; Rev.: Neurolog. № 21, p. 62; Gaz hebdom. P. 44. № 80. Medecine mod. T. 8, p. 619; Le progr. méd. p. 230.

260) Holm, N. Paralysis agitans. Aarsager Symptømer og Forlob. Bibl. f. Laeger, p. 1. Eira XXII. № 11.

261) Krafft-Ebing. Die Aetiologie der paralysis agitans. Wiener klin. Wochenschr. 262) Luzzatto, A. Proposito di uno recente lavoro sull urologia nel morbo di Parkinson. Riv. Veneta di scienze med. XXII, f. 4.

263) Podack. Zur Anwendung des Rhizoma scopoliae carniolicae bei Paralysis agitans. Deutsche med. Woch. № 48.

264) Prentice. The action of hyoscyamine in Paralysis agitans. The New-York. Med. Journ. P. 24.

265) Sander, M. Ueber Paralysis agitans und ihre Beziehungen zu den Altersveränderungen des Rückenmarks Wandervers. der Südwestdeut. Neurol. und. Irrenärz. zu Baden-Baden. Ref.: Neurol. Centr. B. XVI. № 13. S. 610; Arch. f. Psych. B. 29. S. 1002.

266) Setti, G. Contributo all urologia del morbo di Parkinson. Arch. ital. di klin. med. XXXVI f. 262.

267) Verhoogen. Traitement de la paralysie agitante. Congres intern. de neurol. ect Tenu à Bruxelles du 14 au 19 sept. 1907. Journ. med. de Bruxelles № 3; Ref. neurol. T. 5. № 21, p. 627; Journ. de neurol. et de d'ypnot. II p. 407. Ref: Neurol. Centr. № 20. S. 941. 1899.

1898.

268) Ballet, G. Lésions médullaires dans la maladie de Parkinson. Soc. méd. des hôpit. 21 Jan. Ref.: L'Indep. méd № 4 p. 30; Ref. neurol № 4; Med mod. 9 p. 63; Gaz. hebdom. 45. № 8; Centr. f. Nervenheilk. S. 208

269) Ballet, G et Taure, M. Lésions des cellules de la moelle dans un cas de maladie de Parkinson. Rev. neurol. № 4, p. 94. Ref: Centr. f. Nervenheilk. S. 604.

270) B y c h o w s k i, Z. Beiträge zur Nosographie der Paralysis agitans. Arch. f. Psych. Bd. 30 H. 3. S. 722. Ref. Rev. neurol. 1899. № 1 p. 19.

271) Caterina, E Sulla alteraz. delle cellule nerv. in alcune malattie infettie, tifo, rabbia, infezione puerperale, nell avvelenamento per. morina e nel morbo di Parkinson. Riv. di Patol. nerv. e ment. V. 3 f. 8 p 360. Ref.: Neurolog. Centr. № 20. S. 934. 1899; Rev. neurol. 1899 p. 15.

272) Clarke, M A case of Paralysis agitans. Ref. Brist. Med. Chir. Journ. № 60 p. 178.

273) Crosin. Paralysie agitante. Bull. med. de l'Algerie. März. 10. Rev. Neurol. № 8 p. 211.

274) Deutsch, R. Beitrag zur klinik der paralysis agitans Wien. med. Wochenschr. Bd. 48. № 19—22.

275) Donkin. Paralysis agitans. Brain. sprig. p. 141.

276) Erb, W. Ueber paralis agitans und ihre Behandlung. Zeitschr. f. pract. Aerzte. № 5. Ref. Neurol. Centr. № 10. S. 466.

277) Halban. Paralysis agitans. Monatsschr. f. Unfalh. № 6. S. 195. (Sitzungsber. des. Ver. f. Neurol. u. Psych. zu Wien); Wiener klin. Wochenschr. № 21; Neurol. Centr. 1899. № 4. S. 186.

278) Jolly. Obergutachten betr. den Zusammenhang einer Schüttelähmung Paralysis agitans mit einem Unfall. Monatsschr. f. Unfallheilk. S. 162; Aerzte Vereinsbl. Bd. 27. № 369. Amtl. Nachricht. d. Reichs-Versicherungsamts № 2.

279) Krafft-Ebing. Fall von paralysis agitans. Wiener klin. Wochenschr. № 52. Ref. Neurol. Centr. 1899. № 15. S. 718.

280) Krafft-Ebing. Ueber eine typische, an Paralysis agitans erinnernde Form von hysterischen Schütteltremor. Wien. klin. Woch. № 49. Ref.: Centr. f. Nervenheilk. 1899. S. 295.

281) Krafft-Ebing. Die Aetiologie der Paralysis agitans. Wiener klin. Wochenschr. № 1. S. 17. Ref.: Neurol. Centr. № 12. S. 574.

282) Lev et. Un cas fruste de maladie de Parkinson. Le Dauphiné méd. № 3 p. 61. Rev. Neurol. № 22 p. 806.

283) Middleton, G. A case of Paralysis agitans. Glasg. Med. Journ. V. 50 p. 337.

284) Rouvillois. Du syndrome de Parkinson chez les jeunes sujets. Thèse de Lyon. Ref. Gaz. Lebdom. de Méd. et de Chir. 1899. № 47. Rev. neurol. 1899. № 23. p. 871.

285) Sander, M. Paralysis agitans und Senilität. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. № 2. S. 155. Ref.: Rev. Neurol. 1899. 8. S. 286; Медиц. Обзор 1899 г. стр. 175; Neurol. Centr. № 18. S. 467; Centr. f. Nervenheilk. S. 693; Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 17; Jahresb. S. 523.

284) Sachs, B. The relation of multiple sclerosis to multiple-cerebro-spinal-syphilis and to Paralysis agitans. Philad. med. Journ.

285) Skála, I. Ovztáhn zachvatu aoplektických ku paralysis agitans. Cas. cesk. lek.

286) Stempa. Trauma und paralysis agitans. Inaug.-Dissert. Berlin.

287) Stewart, P. Paralysis agitans with an account of a new symptom. The Lancet № 12 p. 1258.

288) Terrien. Respiration de cheyne-stokes chez un Parkinson. IX me congrès des Méd. al et neurol. de France et de pays de langue française. Tenu a Ang. du 1-er au 6 am 1898. Ref. Rev. Neurol. V. VI. № 16, p. 582.

289) Weil. Fall von Paralysis agitans. Berl. Gesell. f. Psych. u. Therapie. Bd. XII. Th. 2 Abth. Wien. Hölder.

290) Wollenberg, K. Paralysis agitans. Nothnagels specielle Pathol. u. Therapie. Bd. XII. Th. 2 Abth. Wien. Hölder.

### 1899.

291) Allbutt, Th. Abstract of a clinical lecture over two cases of Parkinsons disease. The Polyclin. London. V. 1. № 2.

292) Brown, E. Hereditary paralysis agitans cured by nasal treatment. Journ of the americ. med. ass c. V. 32. № 1.

293) Bryant. Functional tremor closely simulating paralysis agitans. Brain 85 Spring p. 159.

294) Burzio, F. Tremblement Parkinsonien consécutif à un Traumatisme. Bolletino del Policlino generale di Torino an IV. № 7 p. 78. Ref. Neurol Centr. № 18. S. 663.

295) Cestan et Le Sourd. Gaz des hôp. 23 nov. 1899.

296) Clerici, A. e Medea, E. La malattia di Parkinson e l'eredito-familiarita. Boll. clin.-scient. della soliambul. di Milano. Ref.: Neurol. Centr. № 20. S. 939; Rev. neurol. № 13 p. 495.

297) Collins, I and Muskens, I. A clinical study of 24 case of Paralysis agitans. New-York Wed. Journ. 70 p. 41. Ref. Centr. f. Nervenheilk. 1900. S. 466.

298) Combremole. Maladie de Parkinson et épilepsie chez le même sujet, L'Echo méd. du Nord. № 20 p. 229. Ref. Rev. neurol. № 18 p. 671.

299) Dana, Ch. Paralysis agitans and sarcoma. Repert of a case, with autopsy. The Americ. Journ. of the med. sciences. Nov. V. 118 p. 503. Ref. Neurol. Centr. 1900. № 14. S. 671.

300) Demoor et De Buck. Maladie de Parkinson; Eiopsie. Ann de la Soc. de med. de Gand; Belgique méd. № 27. Ref. Rev. Neurol. № 21 p. 770.

301) Dirks, E. Ein Fall von paralysis agitans traumatica. Inaug. Dissert. Göttingen.

302) Fels, I. Przegląd lekarski № 24. Ref. Beitrag zur Paralysis agitans. Jahresbericht.

303) Fixier, F. De la pression artérielle et de ses modifications dans l'hémiplégie et la maladie de Parkinson. Thèse de Paris.

304) Frenkel. Die Veränderungen der Haut bei Paralysis agitans. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. Bd. XIV. S. 423. Ref. Centr. f. Nervenheilk. 1900. S. 104; Berlin. klin. Wochenschr. № 33. 1899; Neurol. Centr. № 20. S. 938 1899.

305) Francotte. Le sulfate de deboisine dans le traitement de la paralysie agitante Journ. de neurol. et d'hypnol. № 10 p. 18. (Bruxelles). Ref: Neurol. Centr. № 20, S. 941  
Centr. f. Nervenheilk. S. 370.

306) Germani, A. Contributo clinico alle studio del morbo di Parkinson. Gazz. degli osped. T. 20. № 94.

307) Gordinier, H. The Pathology of Paralysis agitans. The Amer. Journ. of the Med. scien. V. 118. № 6 p. 648. Ref. Jahresbericht 1899.

308) Gorski. Aetiologie und Symptomatologie der Paralysis agitans. Inaug-Diss. Berlin. Ref. Neurol. Centr. № 20, S. 939.

309) Halban. Paralysis agitans. Ref. Monatsschr. f. Psych. Ed. V und Neurol. Centr. H. 3. S. 186.

310) Köhler. Fall von Paralysis agitans nach trauma. Monatsschr. f. Unfallheilk. H. 2.

311) Koranyi, A. Parkinson-féle kettös hemiplegia crete. Orvosi Hetilap. 23. Ref. Wien med. Woch. Ed. 49. № 15. (Fall von Parkinsonscher doppelter Hemiplegie)

312) Krafft-Ebing Ueber paralysis agitans durch mechanisches Trauma. Wiener klin. Woch. Ed. 12. № 2. Ref: Centr. f. Nervenheilk. S. 296; Neurol. Centr. № 20. S. 940.

313) Krafft-Ebing Ueber lokale surmenage als Ursache von Paralysis agitans. Wien. klin. Woch. № 5. S. 98. Ref. Neurol. Centr. № 20. S. 939.

314) Lamarche, L. De la paralysie agitante Maladie de Parkinson. Evolution, formes cliniques, pathogenie. Thèse de Montpellier.

315) Linow, C. Ueber traumatische Entstehung der Paralysis agitans. Berlin. klin. Woch. № 44. S. 962. Ref. Centr. f. Nervenheilk. 1900. S. 463.

316) Luzzato, A. Un caso di malattia di Parkinson associata a mixedema. Riv. Ven. di sc. med. Ref. Méd. mod. T. 10 p. 119.

317) Mahn. Vorstellung eines Falles von Paralysis agitans Allgem. Med. Centralzeitung 20 Dec. Sitz. der med. Section der Schles. Gesell. f. Vaterl. Cult. 3 Nov.

318) Меринг. Случай paralysis agitans alternans sensitiva. Обзор. Псих. № 12, стр. 992.

319) Palmieri, M. e Arnaud, S. Disturbi della sensibilità nella malattia di Parkinson. Clinica med ital. № 6, f. 377. Ref: Academia med. di Genova 3 juill. 1899; Rev. Neurol. № 23, p. 871.

320) Pfeiffer, Th. u. Schatz, W. Ueber den Stoffwechsel bei Paralysis agitans und im Senium überhaupt (mit Berücksichtigung des Einflusses von Schilddrüsen-tabletten) Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 63. Ref. Centr. f. Nervenheilk. 1900 S. 468.

321) Philipp. Anatomischer Befund im centralen Nervensystem bei einem Falle Schüttellähmung. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. XIV. S. 413. Ref: Мед. Обзор. стр 177; Neurol. Centr. № 20. S. 938; Berlin. Klin. Woch. № 33; Centr. f. Nervenheilk. 1900. S. 88.

322) Sachs, H. und Freund, C. Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. S. 303. Berlin.

323) Salomonson, W. Tremorparalysis tabioformis (cum dementia). Psych. neurol. Bladen. 3.

324) Schwenn, P. Ueber die Pathogenese der Paralysis agitans. Deutsch. Arch. f. klin. med. Bd. 70. S. 193. Ref: München. med. Woch. № 35; Rev. neurol. 1902. № 11 p. 512.

325) Sicard, A. et Guillaïn, G. L'hypotension arterielle dans la maladie de Parkinson. Bull. de la Soc. med. des hôpit. p. 459; Ref: Gaz. hebdom. № 38; Progres med. Nov. 19; Rev. neurol. № 22 p. 832.

326) Siehr, P. Zwei Fälle von Paralysis agitans in jugentlichem Aelter. Inaug-Diss. Königsberg

327) Weill, E. et Rouvillois Du syndrome de Parkinson chez les enfants et les jeunes sujets. Extrait de la Revue mens. des mal. de l'enfance. T. XVII. Ref: Neurol. Centr. № 20. S. 938; Berl. klin. Woch. 1900. № 12. S. 18; Centr. f. Nervenheilk. 1900. S. 397.

328) Williamson. Palliative treatment of paralysis agitans The brit. med. journ. June 3. Ref. Berl. klin. Woch. № 19. S. 38.

#### 1900.

329) Aldrich, Ch. Paralysis agitans Bull. of. the clev. Gener. Hosp. July.

330) Belkowsky. Fall von Paralysis agitans. Ref. New-Jork. med. Journ. V 12 p. 67.

331) Camia, M. Cerebroplegia infantile con sintomi di paralysie agitante. Riv. di Pat. nerv. e ment. Ref: Neurol. Centr. 1901, № 18. S. 859.

332) Dana, Ch. Pathologic anatomy of cord in paralysis agitans and senility. Am. Journ. of the med. scienc. June.

333) Frank, D. Zur Symptomatologie der Paralysis agitans. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. B. № 8. H. 3. S. 223. Ref.: Rev. neurol. 1902. № 6, p. 258.

334) Гамбургер. Случай дрожательного паралича. Прот. Кавк. Мед. Общ. Год 37. № 12

335) Gilli, J. Etude sur le syndrome de Parkinson. Thèse de Paris.

336) Herdtmann. Zwei Fälle von traumatisch entstandener Schüttelzitterung. (Paralysis agitans) Monatsschr. f. Unfall. Bd. 7. S. 175.

337) Hess. Vorstellung eines Kranken mit Paralysis agitans und Tabes. Aertz. Ver. zu Hamb. Sitz. von 8 Mai 1900. Sitzungsbericht: Neurol. Centr. № 12, S. 583; Deutsche Med. Woch. № 37. S. 222.

338) Jerábek, O. Un cas de maladie de Parkinson (forme fruste). Časop. lek. česk. Praha. 39 p. 1035—1039.

339) Jolly, F. Paralysis agitans. Ebstein's Handb. der pract. Med. Bd. IV. S. 863.

340) Karplus, I. Sensibilitätsstörungen bei Paralysis agitans. Verrein f. Psych. u. Neurol. in Wien. klin. Woch. 1899. № 5. Ref.: Jahrb. f. Psych. Bd. 19. S. 171; Centr. f. Nervenheilk. 1901. S. 742. Rev. neurol. 1902. № 6 p. 258.

341) Krafft-Ebing, R. Ein scheinbarer Fall von Paralysis agitans. Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk. XVI. H. 5—6. S. 492. Ref.: Neurol. Centr. № 14. S. 671.

342) Lundberg, H. a) Studier norande paralytis agitans patogenesis. Ein Fall of Paralysis agitans med. ats rillige myxoedemsymptom. Hygiea 62. 1 p. 21; b) Ein Fall von Paralysis agitans mit verschiedenen Myxoedemsymptomen combinirt. Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk. 1901. Bd. XIX. H. 2—4. S. 263. Ref.: Журнал имени С. С. Корсакова. 1900. Кн. 5; Schmidt's Jahrb. 1900. S. 134; Мед. Обозр. 1902. Стр. 21; Вопросы невропсих. мед. 1903 г. Стр. 441.

343) Muller et Rosenberg. Sem. méd. p. 219.

344) Nonne, M. On the spinal cord changes in paralysis agitans. Amer. Journ. of the med. scienc. June

345) Reuling, R. Changes in the skin in paralysis agitans. Maryland. med. Journ. March.

346) Scuderi, F. Stato attuale delle nostre conoscenze sul morbo di Parkinson. Gazz. Lomb. f. 331

347) Seiffer, Zwei Fälle von Paralysis agitans mit tabes dorsalis. Berlin. Gesell. f. Psych. u. Nervenkr. Sitz. v. 12. Nov. 1900. Sitzungsber. Neurol. Centr. № 23. S. 1119; Berlin. klin. Woch. 1901. S. 867. № 33; Centr. f. Nervenheilk. S. 730 (Autoreferat).

348) Sinkler, W. Paralysis agitans. Journ. of the am. med. Assoc. Vol. 33.

349) Spiller, W. A case of atypical tremor. Ref. The Journ. of. nerv. and. ment. dis.

350) Spiller, W. Paralysis agitans. The Journ. of the Am. med. Assoc

### 1901.

351) Arnedh, I. Ein Fall von Paralysis agitans im Anschluss an ein Schädeltrauma. Monatsschr. f. Unfall. S. 166.

352) Bohöffer. Zur Auffassung der posthemiplegischen Bewegungsstörungen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. X. S. 333.

353) Erb, W. Paralysis agitans (Parkinson'sche Krankheit). Deutsche Klinik. Wein. u. Berlin. Leif. 5, Abt. 1, 31—50.

354) Eschner, A. Paralysis agitans Without tremor. The Journ. of the Am. Med. Ass. № 7, p. 422; Pansylvan. Med. Journ. (Pittsburg).

355) Grande, P. Maladie de Parkinson contribution à l'étude des formes unilatérales. Gaz. hebdom. de Med. № 52, p. 016; Lyon. Médic. № 21. Ref.: Revue neurolog. 1902. № 6, p. 257.

356) Grosset, I. Tremblements du Tonus. Paralyse agitante. Mouvements posthémiplegiques. Les maladies de l'orientation et de l'équilibre. p. 270.

357) Франк. К симптоматологии paralysis agitans. Русский Медицинский Вестник. Т. III. № 4. Ref. Врач № 12. Стр. 363.

358) Hilbert. Zur Behandlung der Paralysis agitans mit Hyoscininjectionen. Die Heilkunde. Ref. Врач № 16. Стр. 511.

359) Krauss, W. A typical case of Parkinson's disease. Internat. Clin. IV.

360) Leube, W. Paralysis agitans. Sp. cielle Diagnose der inneren Krankheiten Bd. II. S. 345. Leipzig.

361) Michaux, L. Etude clinique des formes unilatérales de la paralyse agitante. Thèse de Lyon.

362) Omerad, I A clinical lecture on paralysis agitans. Clin. S. London. XVII. 353—357.

363) Pearce, T. Trauma as an exciting cause of paralysis agitans Philad. Med. Journ. 1. p. 1017

364) Sabrazès et Muratet. Lymphocytes dans le liquide céphalorachidien chez un malade atteint de paralysie agitante. Actes Soc. Linneenne de Bordeaux. IV. p. 132.

365) Scherb. Signes périphériques d'une altération organique dans la maladie de Parkinson. Revue neurolog. № 3. Ref. Neurologie Centr. S. 633.

366) Schlapp, D A case of paralysis agitans with ut tremor junct of Nerv. and Ment. Disease. p. 102

367) Schwartz, L Paralysis agitans mit ungewöhnlichen Reizerscheinungen. Prager. Med. Woch. S. 63. Ref. Jahresber. 1901.

368) Taylor, J The amelioration of paralysis agitans and other forms of Tremor by systematic exercises. Journ. of Nerv. and Ment. Diseases Vol. 28. № 3. p. 133. Ref. Revue neur. log. 1902. № 3. p. 147.

369) Walbaum. Beitrag zur pathologischen Anatomie der paralysis agitans Arch. f. path. Anat. u. Phys. Bd. 165. S. 227.

### 1902.

370) Бельский и Каплан. Редкий случай травматического дрожательного паралича. Медицинское Обозрение. № 13—14.

371) Bury, I. Two cases of paralysis agitans in the same family, in which improvement followed the administration of Hyoscine. The Lancet. p. 1097

372) Buy, I Un cas de monoplégie parkinsonnienne. Echo méd. 36.

373) Buy, I Un cas de maladie de Parkinson Toulouse med. IV. 109—111.

374) Burzio. Alterazione anatomiche ed istologiche del sistema nervoso nel morbo di Parkinson. Riv. sperim. di Freniatria. V. 28 p. 117; Annali di Freniatria e scienze affini juin 1902. V. XII f. 2. p. 151. Ref. Revue neurolog. p. 310; Журнал имени С. С. Корсакова 1903 года, стр. 626—639 (доклад 6-го заседания XI-го съезда итальянского психиатрического общества в Анконе); Gaz. hebdom. de Méd. 1902. № 60 p. 701.

375) Collet Des formes anormales de la maladie de Parkinson Lyon médical. Tome XXVIII p. 681. 1902; Lyon médical T. C. № 5 r. 149. 1903. Annali di Freniatria. 1902. Fasc. 2. Berlin klin. Wochenschr. 1903.

376) Compain, P. Etude clinique des formes anormales de la maladie de Parkinson. Thèse de Lyon.

377) De Renzi Merbus Parkinson. Gaz. degli ospedali № 104.

378) Follet et Marquis. Un cas de maladie de Parkinson fruste, peut-être d'origine polynévritique. Bull. soc. scient. et med. de l'Onest. XI. p. 104.

379) Gebhardt, T. 2 случаи Паркинсоновой болезни. Венгерская медицинская пресса, стр. 469 (доклад).

380) Goldsbrough, G Ein Fall von paralysis agitans, compliciert mit Traumatismus spin. lis. Allg. homoop. Zeitung. S. 125.

381) Gonzales, P. e Pini, P. Contributo allo studio del morbo di Parkinson. Rivista di Patologia nervosa e mentale. An. VII fasc. 3. p. 120—126. Ref. Revue neurolog. p. 1122.

382) Jally Zwei Fälle von paralysis agitans. Neurolog. Centralbl. S. 518\* (tätungsbericht).

383) Lamy, M Hémiplegie Parkinsonnienne succédant immédiatement à un ictus chez un vieil Arterio-scleroux. Société de Neurologie de Paris séance du 6 janv. 1902. Revue Neurolog. Vol. X. № 1. p. 62.

384) Lylo, W. Paralysis agitans. Hahnemanns M. nat. 37. S. 430—435.

385) Mc. Carthy, D. Overflow facial contraction from the orbicularis palpebrarum in paralysis agitans and spastic conditions of the face (a preliminary note) Internat. Med. XI. p. 159.

386) Michalsky, H Ueber paralysis agitans und ihre Beziehung zum Trauma. Inaug.-Diss. Leipzig.

387) Minkowski, O. Ophthalmoplegia externa bei paralysis agitans Sonderab. Jr. aus der Leyden-Festschrift.

388) Oppenheim, O Zur symptomatologie der paralysis agitans Journ. f. Psychologie u. Neurolog. 1. p. 134.

389) Pearce, F. Savary. Paralysis agitans; Shaking palsy Med. Fortnightly XXI. p. 232.

- 390) Pezza. О моноплегической форме дрожательного паралича. II M rgagni  
391) Reck, Th. Beitr g zur sympt matologie der paralysis agitans. Inaug.-Diss. Ki l.  
39 ) Renzi, E. De morbo di Parkinson. Nuova Riv. clin.-terap. V. 393—400.  
393) Schunda. Beiträge zur Behandlung der apoplektiformen und epileptiform n  
Anfälle infolge von paralysis agitans. Spitalbul. № 8.  
394) Sicard, I. et Alquinr, L. Les déviations de la colonne vertebrale dans la  
malade de Parkinson. Nouvelle Iconogr. de la scolp. № 5. p. 377. Ref. Iuhresber. 1902.  
395) Singer. Fall von Paralysis agitans. Vereinsbeil. Deutsch. Med. Wochenschr. № 1.  
S. 7 (Sitzungsbericht).  
396) Thomayer, I. Bemerkungen zur Kenntniss der Paralysis agitans. Arch. Bohem  
de med. klin 3 p. 297.  
397) Тихиенко, А. К казуистике Паркинсоновой болезни. Военно-медицинский  
журнал. Март—июнь 1902 года.

1903.

- 398) Alquier, L. Pathogénie de la maladie de Parkinson. Gazette des hôp taux.  
№ 68—71.  
399) Boucher, J. Contribution à l'étude des réflexes dans la maladie de Parkinson.  
Thèse de Paris.  
400) Burzio. Ricerche sulla anatomia patologica del morbo di Parkinson. Annali di  
Freniatria. V. XIV. fas. 1.  
401) Вучовски. Гипотония и гипертония у одного и того же больного. Меди-  
цына № 43. (По польски) Ref. Neurolog. Centr. 1904. № 17.  
402) Carrayron, E. Etude clinique et anatomo-pathologique sur la maladie de  
Parkinson. Thèse de Paris.  
403) Castebvi. El teroides y las paralysis agitans. Riv. di med. y Cirurg. prat.  
Madrid.  
404) Chodzko в случая дрожательного паралича. Chronika lekarska. С. 608.  
(По польски).  
405) Cister, I. Zur Pathologie der laryngalen störungen bei paralysis agitans.  
Casopis Iekaru ceskych böhm'sch. № 16. S. 395; Arch. Bohem de med clin. VI S. 133. 1905  
406) Hansen, H. Ueber paralysis agitans mit Extensionstypus Inaug. Diss Kiel.  
407) Hayashi, N. Pathologisch-anthomischer Be und bei der Paralysis agitans  
nebst einigen Bemerkungen über Muskelspindel. Neurologia. Bd. II. Heft. 2.  
408) Huet et Alquier. Note sur l'et t des réflexes tendineux et des réactions  
electriques dans la maladie de Parkinson. Archives de Neuro T. XXI. p. 73  
409) Hunt, R. Paralysis agitans. The Journ. of Nerv. and Ment. Disease p. 566.  
410) Jacobson, L. Paralysis agitans. Handb. d. pathol. Anat d. N rvensistems. Berl n.  
V. Karger  
411) Jolly. Fall von Paralysis agitans mit sehr ausgesprochener Muskelstarre. Münch.  
Med. Wochenschr. s. 922. (Sitzungsbericht).  
412) Koddermann. Tabes und Paralysis agitans. Inaug.-Diss. Jena.  
413) Köster. Fall von Paralysis agitans. Vereinsbeil. Deutsche Med. Wochenschr.  
s. 160. (Sitzungsbericht).  
414) Krause. Ueber das combinirte Vorkommen von multipler sklerose und Paraly-  
sis agitan. Charité Annalen XXVII. S. 525.  
415) Mackintosh and Ashley. Bulbar Symptoms in Paralysis agitans The  
scottish Medical and Surgical Journ V. XIII. № 4.  
416) Moravcsik. Paralysis agitans mit Demenz. Gesellsch. der spit lärzte in Bu-  
dapest. VI. 3.  
417) Науман. Об изменении чувствительности кожи при дрожательном параличе.  
Врачебная газета. № 35. Ref. Neurolog. Centr. S. 896.  
418) Patrick, H. Chronic progressive Paralysis agitans Without tremor. The Journ.  
of Nerv. a. Ment. Disease.  
419) Puntón. Paralysis agitans complicated with delusional mania. The Kansas-City  
Medical index. Lancet.  
420) Rose. Hyoscine as a specific in paralysis agitans. British Med. Journ.  
421) Rossi, O. A proposito della patogenesi del morbo di Parkinson. Note semio-  
logiche. Gaz. med. Lombarda. № 30. Ref. Rev. Neurol. 1907. № 18 p. 1012.  
422) Sachs, B. Paralysis agitans. The Journ. of nerv. a. ment Dis. p. 567.  
423) Schiefferdecker. Beiträge zur Kenntnis der Myotonia congenita, der Tet-  
anie mit myotonischen sympt men, der Paralysis agitans, und einiger anderer Muskelkrank-  
heiten, zur Kenntnis der Aktivitäts.—Hypertrophie und des normalen Muskelbau s. Deutsche  
Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 20. № 1—4.

424) Strümpell. Behandlung der Paralysis agitans. Handbuch der Therapie innerer Krankheiten herausgegeben von F. Penzoldt u. Stintzing. Bd. V. S. 453.

425) Taylor, J. Remarks on the Treatment of Paralysis agitans. The Therapeutic Gazette XXVII. p. 43.

426) Terrien. Respiration de Cheyne—stokes pendant 5 mois chez un parkinsonien à crises d'angine de poitrine. Le Progrès médical 12. p. 201.

427) Williams. Paralysis agitans leftsided with right infantile hemiplegia. Brain.

#### 1904.

428) Alquier. Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la maladie de Parkinson. Gaz. des. hôp. № 64. p. 642. (Thèse de Paris 1903).

429) Ballet et Rose. Maladie de Parkinson ayant débuté à l'âge de 15 ans. Revue Neurologique № 14. p. 189.

430) Bendix. Paralysis agitans sine agitatione. Deutsche med. Wochenschr. S. 1405.

431) Bruns L. Zur symptomatologie der Paralysis agitans. Neurol Centralblatt Nr. 21. S. 978.

432) Friedlaender. Bewegungstherapie bei Paralysis agitans. Zeitsch. f. diätet. und physikal. Therapie Nr. 12. S. 655

433) Gordon, A. A note on the role of the thyroid gland in exophthalmic goitre associated with paralysis agitans. New-York. med. Journ. 80.

434) Gordon, H. Case of mid-brain lesion with unilateral tremor. Brain.

435) Hart, T. Paralysis agitans: some Clinical Observations based on the study of 219 Cases seen at the Clinic of Professor M. Allen Starr. The Journ. of Nerv. and Ment. Disease V. 31 p. 177.

436) Head and Gardner. Tremor in case of familiar spastic paralysis Brain.

437) Idelsohn. Lésions musculaires dans la maladie de Parkinson. Revue neurolog. № 8.

438) Joelsohn. Préparations de muscles provenant d'un cas de maladie de Parkinson. Arch. de Neurol. T. XVII. p. 418.

439) Johnston, G. A Case of Paralysis agitans with Intention Tremor. Brain CVI p. 287.

440) Krauss, O. Ueber einen Fall von Paralysis agitans traumatica. Inaug-Diss. München.

441) Luzzatto, A. Paralysis agitans o sclerodermia. Ass. Scient. dell'Ord. dei med. d. Città e prov. di Venezia. 8. marzo.

442) Manuëlidés. Maladie de Parkinson posthémiplegique. Club médical de Constantinople. 1. Déc.

443) Manschot, G. Paralysis agitans. Amsterdam (диссертация).

444) Raymond, F. La maladie de Parkinson. Nouvelle Iconogr. de la sal.étr. № 1 p. 1. Ref.: Журнал имени С. С. Корсакова, книга 5, 1904 года. Arch. de neurologie V. XX. p. 130. 1905.

445) Rocholl, B. Ein Beitrag zur Lehre von der Paralysis agitans. Inaug-Diss Bonn.

446) Ruhemann, K. Paralysis agitans nach Trauma. Monatsschr. f. Unfallheilkunde Nr. 2 s. 55; Berlin Klin. Wochenschr. Nr. 13—15 (Über Schüttellähmung nach Unfall'en).

447) Schmidt. Paralysis agitans nach Trauma. Monatschr. f. Unfallheilk u. Invaliden. Nr. 2; Aerztliche Sachverstand. Zeit. Nr. 20.

448) Spiller, W. Points of Resemblance between Paralysis agitans and Arthritis Deformans. Univ. of Penns. Med. Bulletin XVII. p. 96; Fr. Coll. Phys. Philad. XXVI p. 60—69.

449) Spiller, W. and Camp, C. A. Pathological studies of six Cases of Paralysis agitans. The Journ. of Nerv. and Ment. Dis. V. 31. p. 693.

450) Steinde, K. Die nervösen und psychischen störungen bei Paralysis agitans. Friedleichts Blätter für gerichte. Medizin. Nov. Dez. S. 401.

451) Valéry. Étude sur la pathogénie de la maladie de Parkinson. Thèse de Paris.

452) Williams, L. Tremor of Unusual Distribution Associated with Parkinson's Disease. Brain. CVI p. 286.

#### 1905.

453) Alquier, V. Sur le traitement médicamenteux de la maladie de Parkinson. Revue Neurolog. № 12.

454) Benonati, U. Le trauma psichico nella etiologia della morbo di Parkinson. Gior. internaz. d. Sc. med. Napoli XXVII p. 74—79.

- 455) Berkeley, W. Is Paralysis agitans caused by Defective secretion or Atrophy of the Parathyroid Glandules. *Medical News*. V. 87. № 23 p. 1060. Ref. Jahresbericht 1905.
- 456) Brandeis, R. L'urine des parkinsoniens. *Gaz. hebdomadaire de Bordeaux* XXVI p. 291.
- 457) Brissaud et Meige. Maladie de Parkinson tremblement des paupières etc. *Rev. neurolog.* p. 746.
- 458) Brower, S. Paralysis agitans, Hemiplegia, Combined Sclerosis and Ataxic Paraplegia, Locomotor Ataxie, Acute Confusional Insanity. *Internat. Clin. Vol.* 3.
- 459) Catola, G. Quelques considérations sur certains symptômes de la maladie de Parkinson. *Revue de Médecine* n° 6 p. 451. Ref. Журнал имени С. С. Корсакова 1906 года книга I; *Revue neurologie* p. 138. (La sialorrhée dans la maladie de Parkinson).
- 460) Christensen, V. Paralysis agitans sine agitatione, pseudoparalysis agitans post trauma. *Nord. Tidsskr.* 4, 133.
- 461) Collomb. Des troubles intellectuels dans la maladie de Parkinson. Thèse de Bordeaux.
- 462) Flatau, G. Ueber einen Fall Traumatischer Nervenkrankung mit Paralysis agitans ähnlichen symptomten. *Aerztliche Sachverständigen-Zeitung*. № 4 s. 70. Ref. Jahresbericht 1: 65.
- 463) Grasset, I. Paralyse agitante. *Les centres nerveux*. p. 285. Paris.
- 464) Grasset, I. et Rauzier, G. Maladie de Parkinson. *Traité de médecine et de thérapie*. Journal sous la direction de Guérandel et Gilbert. T. X. p. 597.
- 465) Hess. Fall von Paralysis agitans mit Abweichungen. *Neurolog. Centralbl.* S. 724. (Sitzungsbericht).
- 466) Holsti, H. Paralysis agitans. *Finska Lakarsällsk. handl.* XI VII. p. t. 2. 160.
- 467) Hüttenbach, F. Ein Beitrag zur Frage der Combination organischer Nervenkrankungen mit Hysterie. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk.* XXX s. 103.
- 468) Kapozyński. Fall von Paralysis agitans. *Neurolog. Centralbl.* s. 735. (Sitzungsbericht).
- 469) Krohl. Fall von Paralysis agitans. *Vereinsheft. d. Deutsch. Med. Wochenschr.* Nr. 30 s. 1215.
- 470) Lamy, H. Paralyse agitante. *Traité de Médecine publique* sous la direction de mm. Bouchard et Brissaud. Tome X. p. 429. Paris; *Revue neurolog.* № 24 (Ecriture dans la maladie de Parkinson).
- 471) Lasarow, W. Ein Fall von schüttelähmung durch Uebungstherapie gebessert. *Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therapie*. Okt. s. 445.
- 472) Leyden. Ein Fall von Schrecklähmung. *Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 8.
- 473) Lévill, L. et Taguet. Maladie de Parkinson et état pré-tétanosique. *Arch. de Neurol.* XIX p. 250; *Revue neurolog.* № 4; *Journ. de Neurologie* № 7.
- 474) Muskens, L. Onderzoek van het ruggemerg van een lijder aan paralysis agitans. *Psych. en neurol. Blad. Amsterdam* IX 1: 6—117, 2 pl.
- 475) Oppenheim, H. Zur Diagnose, Prognose und Therapie der Paralysis agitans. *Klinischer Vortrag. Deutsche Med. Wochenschr.* Nr. 43 s. 1705. Ref. журнал имени С. С. Корсакова 1905 года, книга I.
- 476) Pennato, P. Morbo di Parkinson post infettivo e familiare. *Riforma med.* XXI p. 150—154.
- 477) Raymond. Hémitemblement parkinsonien. *Journ. de med.* IX p. 233.
- 478) Rhein, J. A Case of Locomotor Ataxie with a Tremor resembling that of Paralysis agitans. *The Journ. of the Amer. med. Assoc.* Vol 44, № 8 p. 603.
- 479) Rogues de Firsac. Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales. Paris p. 71.
- 480) Roussy, G. Les injections sous-cutanées de scopolamine dans la maladie de Parkinson. *Revue neurolog.* № 12 p. 644.
- 481) Salaris, S. Nota di istologia patologica sulla fibra muscolare striata nel morbo di Parkinson. *Rivista di Patol. nerv. e ment.* Vol X fasc. 8, p. 383.
- 482) Savill, T. Two cases of generalised tonic muscular spasm in middle-aged men, probably paralysis agitans. *Brain* CIX p. 96.
- 483) Souques. Paralyse agitante et troubles labio-larynges. *Archives de Neurologie* Vol XIX p. 160; *Revue neurolog.* p. 134.
- 484) Winkler, C. De ruggemers veranderingen by paralysis agitans. *Psychiat. en Neurol. g. Bl.* IX p. 427—434.

#### 1906.

- 485) Bachmann, F. Ein Fall von Paralysis agitans sine tremore mit ausgesprochenen hysterischen symptomten; eine differentialdiagnostische studie. *Rucht. Arzt* 46 s. 193—193.

- 486) Bramwell, B. Paralysis agitans without Tremor. Clin. stud. 1905—6. IV. p. 131—136.
- 487) Camp, C. Pathology of Paralysis agitans. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 48. № 15 p. 1230; Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift 1906. Nr. 47 u. 48 (Pathologie der Paralysis agitans sam. Bericht über vierzehn zur section gelangte Fälle).
- 488) Catòla, G. Contributo allo studio dell'anatomia patologica della malattia di Parkinson. Riv. di pat. l. nerv. e ment. XI. Fak. 4. 145—170.
- 489) Codina. Paralysis agitans und schilddrüse. Rev. de med. Cir. Pract. Ref. Münchner med. Wochenschr. Nr. 30 s. 1483.
- 490) Eshner, A. Paralysis agitans with ut Tremor. Medicine Dec.
- 491) Guzmán R. Un caso de enfermedad de Parkinson. Bol. Asoc. med. de Puerto-Rico Iv. 13<sup>a</sup>—141.
- 492) Hecker. Zur symptomatologie der Paralysis agitans. Neurol. Centralbl. s. 1071. (Sitzungsbericht).
- 493) Juarros C. Contribution lie studio de las formas atípicas de la enfermedad de Parkinson. Rev. de med. y cirugía pract. 72 p. 161—168.
- 494) Lambrior, A. Trois cas de maladie de Parkinson. Bull. Soc. de méd. et nat. de Jassy XX. p. 49—59. Ref. Revue neur. log. 1907. № 18 p. 1012.
- 495) Lambrior et Horowitz. Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la maladie de Parkinson. Bull. Soc. de méd. et nat. de Jassy XX. p. 121—127.
- 496) Menier M. Anosmia e malattia di Parkinson. Arch. ital. di Otologia. Vol. XVII. № 5 p. 377.
- 497) Mosse, M. Zur symptomatologie der Paralysis agitans. Berliner klin. Wochenschr. № 10. S. 285.
- 498) Mosse, M. Fall von typischer, seit 2 Jahren bestehender Paralysis agitans. Neurolog. Centr. S. 141. (Sitzungsbericht).
- 499) Nakka, K. Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans. Archiv f. Psychiatrie Bd. 41 H. 2 s. 787.
- 500) Parisot, J. Le tremblement dans la maladie de Parkinson. (Etude graphique et clinique). Nancy.
- 501) Parisot, J. Action thérapeutique de la scop lamine dans la maladie de Parkinson. (Etude de physiologie clinique). Nancy.
- 502) Raymond. Paralyse agitante à forme hemiplegique. Journ. de méd. et chir. pract. 77 p. 888.
- 503) Robert, H. et Parisot, J. Les phosphates urinaires dans la paralyse agitante. Compt. rend. hebd. de la s. c. de P. l. T. 6<sup>e</sup> s. 23 p. 1034.
- 504) Röher, H. Paralysis agitans und Trauma im Lichte der Unfallheilkunde. Inaug. Dissert. Rostock.
- 505) Shoemaker, I. Paralysis agitans. Canad. Journ. of Med. and Surg. XIX p. 357.
- 506) Thompson, R. A study of the Parathyroid Glandules in Paralysis agitans. Journ. Med. Research. XV. p. 339—423.
- 507) Wideröe. Sindsygdot og Paralysis agitans. Tidsskr. f. nordisk. ratsmedicin og psykiatrie.

1907.

- 508) Birnbaum, H. Ueber Paralysis agitans mit besonderer Berücksichtigung ihrer geographischen Verbreitung. Inaug. Dissert. Rostock. 1906.
- 509) Broadbent, I. Early Case of Paralysis agitans with ut Tremor. Trans. of the Med. Soc. London XXX. p. 366.
- 510) Engel, H. Beitrag zur Kasuistik der traumatischen Paralysis agitans. M. d. z. Klinik. Nr. 28 s. 842.
- 511) Friedländer, B. Zur Übungsbehandlung der Paralysis agitans. Zeitschrift f. physikalische und diätetische Therapie Bd. XI. H. 8 s. 463. Ref. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1908. II. 25 s. 1152.
- 512) Gausseil, A. La paralyse agitante hystérique. Gaz. des hôp. № 127 p. 1515.
- 513) Kurrer. Über die Zitterkrankheit. Medic. Corresp. Blatt des Würt. mb. ärztl. Landesvereins Bd. 77. Nr. 40 s. 821.
- 514) Liebers. Fall von Paralysis agitans. Münchn. Med. Wochenschr. s. 696. (Sitzungsbericht).
- 515) Mailard. Considerations sur la maladie de Parkinson et sur quelques fonctions nerveuses, tonus, équilibration, expression. Thèse de Paris.
- 516) Marie, A. Troubles oculaires et mentaux dans un cas de maladie de Parkinson unilatérale. Bulletins et Mémoires de la soc. Med. des hôpitaux de Paris. № 17.

- 517) Marie et Mennier. Sur quelques enregistrements graphiques dans la maladie de Parkinson. Journ. de Psychol. norm. et path. № 6 p. 547.
- 518) Parhon et Urechie. Note sur les effets de l'opothérapie hypophysaire dans un cas de syndrom de Parkinson. Revue neurol. Vol. XV. № 22. p. 1230. Ref. Neurolog. Centr. 1908. s. 192.
- 519) Ratner. Untersuchungen zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans. Vereinsbeil. der Deutsch. Med. Wochenschr. S. 738; Neurolog. Centr. S. 427; Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1910. Bd. 38. H. 5 u. 6.
- 520) Sailer, I. Unilateral Paralysis agitans occurring After Hemiplegia. The Journ. of New. and ment. Disease. Vol. 34. № 7. p. 425.
- 521) Сапожников, Г. К терапии дрожательного паралича. Неврологический Вестник 1907 г. Том XIV, т. 2.
- 522) Schuster. Tromboralyis tabioformis. Deutsch. Med. Wochenschr. S. 777.
- 523) Stephens, T. Personal Observations of a Case of Paralysis agitans. Med. Bull. XXIX. p. 106.
- 524) Weisenburg, T. A Case of Robably Paralysis agitans in a Boy of Twelve years. The Journ. of Nerv. and Ment. Dis. XXXII. p. 327.

1908.

- 525) Bourilhet, H. Maladie de Parkinson survenue chez une demente épileptique. Gaz des hôpitaux. № 2 p. 15.
- 526) Boveri, P. Un case de trembre postemplegice simulante il morbo di Parkinson. Corriere san XIX. p. 81.
- 527) Дылева. Отличительные свойства мышечной работы при болезни Parkinson'a. Врачебная газета 1908 года № 30; L'Encéphale 1909. № 7 p. 28; Revue neurolog. 1908. p. 680; Psych. d. Gegenw. 1910. IV. 63.
- 528) Hagen, T. Paralysis agitans bij een Inlander Geneesk. Tijdsch voor Nederl. Indie Deel. 48. A. 1. p. 60.
- 529) Harris, W. Paralysis agitans. Rec of the Royal Soc. of Med. Vol. 1. № 9; Neurolog. Sect. p. 98.
- 530) Hudovernig, C. Ungewohntes Auftreten des Tremor bei Paralysis agitans. Psych-neurolog. Section des Budapester Arztevereins. 18 v. (Ungarisch) Ref. Jahrsbericht 1908.
- 531) Jelgersma. Neue anatomische Befunde bei Paralysis agitans und bei chronischer Chorea. Neurolog. Centralbl. S. 995. (Sitzungsbericht).
- 532) Klieneberger, O. Beitrag zur symptomatologie der Paralysis agitans. Monatschr. f. Psych. Ed. XXIII. H. 1 S. 37.
- 533) Klippel et Weil. Tremblement des paupières et atrophie pupillaire dans la maladie de Parkinson Arch. de Neurol. T. 11. p. 72; Revue Neurolog. № 11; Zentralbl. f. Nervenheilk. Nr. 22. S. 863.
- 534) Круг. О дрожательном параличе. С.-Петербургская медицинская газета стр. 640.
- 535) Mirallie et Cesbron. Maladie de Parkinson fruste; tremblement isolé du membre inférieur gauche. Caz. méd. de Nantes. XXI p. 674—678.
- 536) Monghal. Deux cas de fractures spontanées dans la maladie de Parkinson. Thèse de Paris.
- 537) Moriyasu, R. Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans. Arch. f. Psych. u. Nervenkrank. Bd. 44. H. 2. S. 789.
- 538) Oppenheim, H. Die Paralysis agitans. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Bd. II S. 1495. 1908. Berlin.
- 539) Pelz, A. Ein Beitrag zur symptomatologie der Paralysis agitans. Neurolog. Centr. Nr. 15. S. 720.
- 540) Ricca, S. Due Casi di morbo di Parkinson atipici in fratello e sorella. Riforma med. XXIV. 1007—1074.
- 541) Schroeder, G. Et Tilfaelde af Paralysis agitans and intentions tremor. Hesp. Tid. 1. 553.
- 542) Siemon, G. Ein Fall von traumatischer schüttellähmung. Zeitschr. f. Bahn und Bahnkassenärzte 11. 170.
- 543) Takasu. Zwei sezierte Fälle der Paralysis agitans. Neurologia VII. 8.
- 544) Valentin. De la Paralyisie agitante. Hystérique. These de Montpellier.

1909.

- 545) Alquier, L. La maladie de Parkinson. Gaz des Hôpit № 129, p. 1611 et № 132 p. 1661.
- 546) Alquier, L. Parathyroides et maladie de Parkinson. Revue neurolog. p. 934.
- 547) Candela, M. e Caccipnotti, G. Morbo di Parkinson a forma emiplegica; grafica del tremore. Gaz internaz di med. XII p. 507.
- 548) Cassirer. Erkrankungen der vom Kleinhirn zum Thalamus Ziehenden Bahnen. Neurolog. Centralbl. Nr. 1.
- 549) Casteran. Pathogénie de la maladie de Parkinson. Thèse de Paris.
- 550) Delamater, N. Paralysis agitans without Tremor. Clinique. XXX p. 31.
- 551) Eshner, A. Locomotor Ataxia and Paralysis agitans in the same Patient. The Amer. Journal of the Med. Sciences Vol CXXXVIII № 5 p. 729.
- 552) Falk, H. Ein Fall von Cysticercus racemosus des Gehirns mit symptom. n der Paralysis agitans. Inaug-Dissert. Königsberg.
- 553) Gramagna, A. Sulla sialorea nella paralysi agitante. Riv. di pat. nerv. XIV. 160—163.
- 554) Janischewsky, A. Un cas de maladie de Parkinson avec syndrome pseudo-bulbaire et pseudo-ophthalmoplogique. Quelques considerations sur la pathogénie de cette maladie. Revue neurolog. № 13 p. 823.
- 555) Knoblauch. Krankheiten des Zentralnervensystems. S. 363.
- 556) Mallie. Les troubles psychiques chez les pareins niens. Thèse de Boerdex.
- 557) Marie, A. Maladie de Parkinson avec demence et cocité corticale. Revue de Psychiatrie XIII. p. 211.
- 558) Markelloff, G. Zur Symptomatologie de Paralysis agitans. Neurolog. Centr. Nr. 22, S. 1202.
- 559) Marogna, P. La paratiroidina nel morbo di Parkinson. Gaz. d osp. XXX. p. 450.
- 560) Müller. Pseudo-paralysis agitans Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23.
- 561) Nolda. Ueber die Indikationen der Hochgebirgskuren für Nervenkrankk. C. Marhold. Halle 1909.
- 562) Parhon et Goldstein. Les sécretions internes. Paris. 1909.
- 563) Parhon, C., Dumitresco, G. Nissipesco, C. Note sur la teneur de la glande thyroide en iode et en phosphore dans un cas de gêtre kystique avec scoliose de L'adolescenc ainsi que dans deux cas de syndrome de Parkinson. Journal de Neurologie № 11. p. 201.
- 564) Perez Pastrana. C. Paralysis agitans Rev. espec. méd. XII p. 265—284.
- 565) Raymond. Paralyse agitante avec hemi-tremblement Journ. de med. et chir. prat LXXX p. 649.
- 566) Sataban. Hyoscyamin Przel. lek. № 40.
- 567) Schlam m, H. Ueber Paralysis agitans Inaug-Dissert. Würzburg.
- 568) Steward, P. Paralysis agitans. Hospit l XXVI p. 511.
- 569) Vanysek. Paralysis agitans у 29-летнего мужчины. Cas p. ces. lek. стр. 471.
- 570) Zingerle, H. Ueber Paralysis agitans. Journal f. Psychol. u Neurolog. Bd. XIV. H. 3—4.

1910.

- 571) Barré, A. Paralyse faciale et diplopie dans la maladie de Parkinson. Revue neurolog. № 30.
- 572) Baumann. Fall von Paralysis agitans. Berl. klin. Wochenschr. S. 1203. (Sitzungsbericht).
- 573) Berkley, W. Further Notes on the Treatment of Paralysis agitans with Parathyroid Gland. Medical Record Vol. 78. № 26. p. 1146.
- 574) Bing, R. Die parathyreogene Theorie der Paralysis agitans. (Übersichtsreferat). Medizin Klinik Nr. 38 s. 1506.
- 575) Donath. Sensibl sensorische Hemiplegie mit Paralysis agitans-artigem Tremor. Med. Klin. Nr. 40.
- 576) Egger. Ueber den Bewegungsmechanismus des Stehens und Gehens. Neurolog. Centralbl. S. 173.
- 577) Goldstein, M. et Cobilovici, A. Un cas de paralyse agitante chez une ancienne basedowienne Revue neurolog. № 11 p. 680 et № 21 p. 444.
- 578) Halban. Zwei Fälle von Paralysis agitans Wiener klin. Wochenschr. S. 231.
- 579) Kollarits. Ueber das Zittern. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XXXVIII. H. 5—6. S. 450.

- 580) Lowinsky, J. Schreck als Betäubungsfall und Ursache von Paralysis agitans. *Arzte Sachverst-Zeitung*, Nr. 15 S. 301.
- 581) Maillard, G. Un cas de paralysis Générale avec syndrome parkinsonien du bras gauche. *Revue neurolog.* № 24.
- 582) Marie Pierre et Barré. Paralyse faciale et cécopie dans la maladie de Parkinson. *Revue neurolog.* p. 772.
- 583) Mc Carthy, D. Paralysis agitans. *Modern. med.* VII p. 588—598.
- 584) Mendel, K. De Paralysis agitans. Eine Monographie. Berlin S. Karger.
- 585) Palmer. Parkinsons Disease. *West London Med Journ.* XV. p. 137.
- 586) Parchon, C et Goldstein, M. Note sur le rapports du syndrome de Parkinson avec les altérations des glandes endocrines. *Revue neurolog.* 2 p. 240.
- 587) Pick, A. Fall von Paralysis agitans ähnlichen Bewegungsstörungen der linken Hand. *München. Mediz. Wochenschr.* S. 1717.
- 588) Placzek. Die Therapie der Paralysis agitans. *Zentralbl. f. die ges. Medizin Juli* S. 839.
- 589) Placzek. Schüttellähmung nach Pferdebiß. *Medizin Klinik* Nr. 35 S. 138.
- 590) Roussy, Get Clunet, L. Les parathyroïdes dans la maladie de Parkinson; *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique* № 3, p. 462; *Comt. rend. Soc. de Biologie* I. XVIII. № 7 p. 320; *La press. med.* p. 141.
- 591) Roussy. Présentation d'un parkinsonien traité depuis cinq ans par la scopolamine. *Revue neurolog.* № 6.
- 592) Roux, J. De la myotonie dans la maladie de Parkinson. *Revue neurolog.* № 4, p. 201.
- 593) Rummo, G. Su d'una eccezionale affezione del tono muscolare, associazione delle sindromi parkinsoniana, miotonica e catalettica. *Studium* III p. 291—299.
- 594) Spielmeier. Zur Histopathologie der Paralysis agitans. *Neurolog. Centralbl.* Nr. 12, S. 666. (Sitzungsbericht).

### 1911.

- 595) Alzheimer. Über eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters. *Zeitschr. f. d. ges. Neurolog. u. Psych.* IV.
- 596) Becker E. Die Differentialdiagnose zwischen dem Tremor der Hysterie und dem Tremor bei Paralysis agitans. *Inaug.-Dissert.* Berlin.
- 597) Bonhoeffer. Juvenile Paralysis agitans. *Erlanger klin. Wochenschr.* S. 1250. (Sitzungsbericht)
- 598) Cardarelli, A. Considerazioni sul morbo di Parkinson. *Studium*. IV, p. 51.
- 599) Clemens. Diabetiker mit Paralysis agitans. *Deutsche med. Wochenschr.* S. 1331.
- 600) Förster. Fall von Paralysis agitans. *Neurolog. Centr.* S. 954. Krankendemonstration. *Psychiatr. Verein* zu Berlin. 26 Juni 1911.
- 601) Frugoni. Contributo clinico e critico a proposito del morbo di Parkinson con speciale riguardo alla forma unilaterale. *Riv. crit. di Clin. medica.* XII 29—32.
- 602) Graeffner. Das Verhalten des Kehlkopfes bei Paralysis agitans nobst einigen Bemerkungen über die Krankheit. *Bel. klin. Wochenschr.* Nr. 38 S. 1709. *Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol.* Bd. IV. H. 2.
- 603) Klippel et Monier-Vinard. Syndrome paratonique on forme fruste de la maladie de Parkinson. *Revue neurolog.* II. p. 774.
- 604) Marañón, G. Las lesiones paratiroides en la enfermedad de Parkinson. *Boletín de la sociedad, Española de Biología* № 3.
- 605) Mirallié. Paralyse générale et tremblement parkinsonien. *Gaz. med. de Nantes* № 14.
- 606) Moyer, N. A. New Symptom in Paralysis Agitans, The Cog-Wheel Resistance of the Extremities. *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.* Vol. XVII. № 27 p. 2125.
- 607) Schulzke, F. Zur symptomatologie der Parkinsonschen Krankheit. *Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 37 s. 2026; *Ref. Zeitschr. f. die ges. Psych.* H. 6. s. 621.
- 608) Seglas et Logre. Délire hypochondriaque, toxicosis mental, tics multiples, aspect parkinsonien. *Revue neurolog.* Nr. 1.
- 609) Spielmeier. Über die Alterserkrankungen des Zentralnervensystems. *Deutsche med. Wochenschr.*
- 610) Stambolieff. Pathogénie de la maladie de Parkinson. *Tèse de Montpellier.* *Ref. Revue neurolog.* 1912. № 3, p. 193.
- 611) Tilney. Some illustrations of a syndrome commonly observed in Paralysis agitans. *Neurographs.* № 1 p. 206—211.
- 612) Tilney. Some clinical notes on paralysis agitans. *Neurographs.* № 1 p. 202—203.

613) Williamson, R. Paralysis agitans. A Review of Recent Literature. The Medical Chronicle. Vol. XX. № 4 p. 227.

614) Willige, H. Ueber Paralysis agitans im Jugentlichen Alter. Zeitschr. f. d. ges Neurolog. u. Psych. Bd. IV. s. 520. Ref. ibidem s. 1123.

615) Владычко. Особенность мускульной работы и дрожания при Паркинсоновой болезни (Paralysis agitans). Врачебная газета. 18 стр. 1581; Ref Zeitschr. f. die ges Neurolog. und Psych. H. 10 s. 1122.

### 1912.

616) Alexander, W. Fall von Paralysis agitans. Berlin klin. Wochen s 2435 (Sitzungsbericht).

617) Apert et Bouillard. Mal perforant palmaire chez un parkinsonien. Revue neurolog. 1 Sem. p. 585.

618) Berliner, M. Beitrag zur Lehre von den psychischen Veränderungen bei Paralysis agitans. Inaug-Dissert. Kiel.

619) Castro, A. de. Ueber einige Zeichen bei Paralysis agitans. Autoreferat in Neurolog Centr. 1912. № 22 s. 1445 u. Brasil Medico 1912. (Riv de Janeiro). Ref. Revue Neurolog. № 14 p. 233. 1913.

620) Ebstein, E. James Parkinson Essay on the shaking Palsy. Eine bibliographische Notiz. Ref. Neurolog. Centr. № 4 s. 222.

621) Flatau, C. Paralysis agitans nach psychischen Trauma. Arzte sachverst-Ztg. № 18 s. 174. Ref. Zeitschr. f. d. ges neurolog. u. Psych. s. 212

622) Forster, E. u. Levy, F. Paralysis agitans. Handbuch der Neurolog. herausgegeben von M. Lewandowsky. B. 3 s. 920. Berlin 1912.

623) Gallais, A. Syndrome de Parkinson chez un Délirant chronique Interprèteur Soc. de Psychiatr. de Paris Séance du 18 fevr. 1912. Résumé: Revue Neurolog. № 8 p. 584

624) Gelma, E. Tremblement rythmé oscillatoire et maladie Parkinson. La Province médicale № 17 p. 199.

625) Gjestland, G. Ein Fall von Paralysis agitans mit bedeutender Vergrößerung der Glandulae parathyreoidae. Zeitschr. f. klin. Med. B. 76. H. 3-4. S. 237. Ref. Münchener. Med. Wochen 1913 № 2.

626) Haskovec u. Basta. Zur Frage der Neurologia der markhaltigen peripheren Nerven mit besonderer Berücksichtigung der Paralysis agitans. Neurolog. Centralbl. № 22, s. 1410.

627) Kaess. Paralysis agitans als Folge eines psychischen Traumas. Med. Klin. № 40 s. 1641. Ref. Zeitschr. f. d. g. neurolog. u. Psych. s. 441.

628) König, N. Zur Psychopathologie der Paralysis agitans. Archiv. f. Psychiatrie. Bd. 50 H. 1. S. 285. Ref. Zeitschr. f. d. g. Neurolog. u. Psych. S. 263.

629) Krabbe, K. Ueber Paralysis agitans ähnlichen Tremor bei Dementia paralytica. Zeitschr. f. die ges Neurolog. u. Psychiatrie B. IX, H. 5 S. 571.

630) Krukowski, G. Ein Fall von Paralysis agitans im jugentlichen Alter. Neurolog. Centralbl. № 22 S. 1427 u. Medycyna № 22 (по польски).

631) Leriche, R. Ueber chirurgischen Eingriff bei Parkinsonscher Krankheit. Neurolog. Centralbl. Nr. 17 s. 1093. Ref. Revue neur. l. g. 1913 № 8 p. 516.

632) Lundborg, H. Mehrere Fälle von Paralysis agitans in einem schwedischen Bauerngeschlecht. Neurolog. Centralbl. Nr. 4 S. 219.

633) Luzzatto. Paralysis agitans et sclerodermia. Accademia di scienze mediche e naturali di Ferrara, 4 T. 1911. Il Policlinico an. XVIII, fasc. 25 p. 791. Ref. Revue neurolog. 1912. № 9 p. 620.

634) Maillard, G. Des troubles d'apparence myotonique dans la maladie de Parkinson. L'Encephale, № 12 p. 433. Ref. Neurolog. Centr. 1912. Nr. 19. S. 1277 u. Revue neurolog. 1913. № 8. 546.

635) Maillard, G. et Le Maux. Maladie de Parkinson atypique. Affaiblissement de la Mémoire Arteri. sclerose. Soc. de psych. de Paris. Séance du 18 fevr. 1912. Revue neurolog. № 6 p. 477; L'Encephale № 7 p. 275; Zeitschr. f. d. ges Neurolog. u. Psych. S. 88.

636) Quonzel. Paralysis agitans nach Trauma. Med. Klinik Nr. 18, S. 703. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurolog. u. Psych. S. 212.

637) Rowntree. James Parkinson Bull. of the Johns Hopkins Hosp. F

638) Souques. Le siège des lésions de la paralysie agitante peut-il être cortical? Soc. de neurolog. de Paris Séance du 9 mai 1912. Revue Neurolog. № 10 p. 718; La presse médicale № 40 p. 43U; Arch. de Neurolog. V. I. № 10 p. 391.

639) Танатар, Л. Случай комбинации дрожательного паралича с Базедовой болезнью. Неврологический вестник № 19 стр. 324.

640) Trömmner. Demonstration einen durch Beginn mit epileptiformen Anfällen bemerkenswerten Fall von Paralysis agitans. Sitzungs vom 30 Januar, 1912. Arztl. Verein in Hamburg. Neurol. Centralbl 1912, Nr. 9 S. 607.

641) Ubandt, H. Les troubles psychiques dans la maladie de Parkinson. These de Montpelier. 1912—1911. Ref. Rev. Neurolog. № 4 p. 234, 1913.

### 1913.

642) Burr W. Charles. (Philadelphie). The Journal of the American medical Assoc. vol. IX. 1913. Ref. Revue Neurolog. № 8 p. 683. 1913. Maladie de Parkinson chez les Negres; Neurolog Centralbl. 1913. Nr. 19 s. 1277.

643) Sacciapuoti. Morbo dell Parkinson in un antico Basedowiano. Ann. di neural XXXI fasc. 2 bis 3 Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurolog. u. Psychiatr. P.d. 9. H. 3. s. 354.

644) Decker. Paralysis agitans und Trauma; Zeitschr. f. Versicherungsmed. 6. 353 1913 Ref. Zeitsch. f. d. ges. Neurolog. u. Psych. Bd. 9 H. 4 s. 482, 1913.

645) Дехтерев, В. В. Паркинсонова болелъзъ в молодом возрасте. Журнал Невропатолог. и Психиатр. имени С. С. Корсакова 1913 г. кн. I.

646) Дехтерев, В. В. Терапия дрожательного паралича. Журнал Невропатологов и Психиатров имени С. С. Корсакова 1913 г. кн. 5—6.

647) Gauthier, I. Recherches sur la Pathogenie et l'Etologie de la Paralysis agitante. 1912—1913. Theses de Lyon

648) Günther, H. Ueber Paralysis agitans. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 47 и 48 1913 Ref. Neurolog. Centralbl. 1913. № 19 s. 1276.

649) Haskowec et Basta. Contribution a l'etude du système nerveux dans la paralysie agitante. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière (26 Année № 2) Mars—Avril. 1913.

650) Hudovernig. Orvosí Hétlap 1913. № 16. Autoreferat. Neurolog. Centralbl. 1913. Nr. 19 s. 1276; Paralysis agitans traumatica.

651) Lafora, G. B. Contribution à la histologia de la paralysis agitante. Trab del laborat de investig. biol. de la Universidad. de Madrid. 1913. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurolog. u. Psych. Bd. 9 H. 3 s. 344, 1913.

652) Lundborg. Familienstors. hung. Iena. 1913.

653) Marinisco, G. et Papazelu, A. Sur la spécificité des fermens présents dans le sang des parkinsoniens. Compt. rend de la Soc. de Biol. 71 p. 1419. 1913. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurolog. u. Psych. Bd. 9 H. 1. s. 103, 1913; Neurolog Centralbl. 1913. № 19, s. 1276.

654) Mirallic. La maladie de Parkinson. Gazette médicale de Nantes an LXXI, n. 1 p. 1—13, 1913 Ref. Revue neurolog. № 8, 1913.

655) Piraino. Remarques sur un cas de Maladie de Parkinson. JI Policlinico an XX fasc 20 p. 706. 1913.

656) Sainton P. et Barre. A. Etat des parathyroides dans un cas de Maladie de Parkinson. Rev. Neurolog. 21, 1913.

657) Sterling, W. Contribution a l'etude du bispasme facial et de l'hémispasme faciale alterne combiné a l'épilepsie arteriosclerotique et a un syndrome mésencephalique pseudo-parkinsonien.

### 1914.

658) Buia, I. N. (de Bucarest). La nucléinotherapie dans la maladie de Parkinson. La semaines Médicale p. 155 № 13. 1914.

659) Duschak. Combinaison de tabes et de parlysie agitante. La semaines Médicale № 18 p. 216. 1913.

660) Friedländer. Zur Uebungstherapie der Paralysis agitans. Zeitschr. f. psych. und diaet. Ther. Bd. 18. H. 2. 1914. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurolog. und Psych. Bd. 9. H. 4 s. 454, 1914. Вопросы психиатрии и неврологии № 3. 1914.

661) Greenwald, I. The supposed relation between paralysis agitans and insufficiency of the parathyroid glands. Americ. Journal of the med. sciences 147. 1914. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurolog. u. Psych. Bd. 9. H. 7 s. 777, 1914.

662) Kramer. Paralysis agitans ähnliche Erkrankung. Berliner Gesell. f. Psychiatr. u. Nervenkr. Sitzung 11 mai 1914. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurolog. u. Psych. Bd. 9 H. 8. s. 813. 1914.

663) Lewi. Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans. Siebente Jahrsvers d. Gesell. Deut. Nervenär. in Breslau. Deutsch. Zeitsch. f. Nervenheilk. B. 30 H. 1—4.

664) Parhon, C. et Parhon M. Sur la Séro réaction d'Abderhalden avec la Glande thyroïde dans le syndrome de Parkinson. Société de Neurolog. de Paris Séan e du 2 avril 1914. Revue Neurolog. № 8 1914.

665) Schiötz, C. Blutdrüsen und Parkinsonsche Krankheit Zeitsch. f. d. ges Neurol. и Psych. Bd. 9 H. 1. 1914.

666) Stiefler. Pantopon bei Paralysis agitans. Med. Klinik. № 8 1914.

667) Stier. Juvenile Paralysis agitans (Demonstration). Berliner. Ges. f. Psychiatr. и Murvenk. Sitzung 15 Juni 1914. Ref. Neurolog. Centr. 1914. № 13 1. Juli s. 862.

668) Дехтерев, В. В. Симп:оматология дрожательного паралича Труды клиники нервных болезней и невропсихического института Московского Университета. Выпуск II, стр. 271.

669) Даркшевич, Л. О. Дрожательный паралич. Курс нервных болезней. Том 3, выпуск 3, стр. 692.

---

## АЛФАВИТНЫЙ СПИСОК АВТОРОВ.

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aethaus J. 27, 67.</li> <li>2. Aldrich Ch. 329.</li> <li>3. Ателокв А. 218.</li> <li>4. Alexander W. 616.</li> <li>5. Allan S. 48.</li> <li>6. Allbutt Th. 291.</li> <li>7. Alquier L. 394, 398, 408, 428, 545, 516.</li> <li>8. Alquier V. 453.</li> <li>9. Alzheimer. 595.</li> <li>10. Amidou R. 115.</li> <li>11. Apert. 617.</li> <li>12. Apolinari B. 78.</li> <li>13. Arnaud S. 319.</li> <li>14. Arnedh J. 351.</li> <li>15. Ashley. 415.</li> <li>16. Auerbach B. 98.</li> <li>17. Azonlay L. 133.</li> <li>18. Bachmann F. 485.</li> <li>19. Bail B. 23, 29.</li> <li>20. Ballet G. 266, 267, 429.</li> <li>21. Bamberger H. 11.</li> <li>22. Banal. 177.</li> <li>23. Barre A. 571, 582, 656.</li> <li>24. Basedow. 5.</li> <li>25. Basta. 626, 649.</li> <li>26. Baumann. 572.</li> <li>27. Bechet. 194, 195.</li> <li>28. Becker E. 226, 596.</li> <li>29. Beev r C. 167.</li> <li>30. Belkowsky. 330.</li> <li>31. Бельский. 370.</li> <li>32. Benedikt M. 54, 179.</li> <li>33. Benedix. 430.</li> <li>34. Benenati N. 454.</li> <li>35. Berbez P. 168.</li> <li>36. Berger. 21, 104.</li> <li>37. BORGESIO B. 127.</li> <li>38. Berkley W. 455, 573.</li> <li>39. Berlin z M. 618.</li> <li>40. Bern bei C. 196.</li> <li>41. Bernhardt. 57.</li> <li>42. Berthormeier. 217.</li> <li>43. Betz Fr. 29.</li> <li>44. Bychowski Z. 268, 401.</li> <li>45. Bid n. 184.</li> <li>46. Bing R. 574.</li> <li>47. Birnbaum H. 508.</li> <li>48. Blasius. 6.</li> <li>49. Blocq P. 156, 208, 235.</li> <li>50. Borgherini A. 169, 185.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>51. Bonhöffer. 255, 352, 597.</li> <li>52. Boucher A. 68, 130.</li> <li>53. Boucher S. 399.</li> <li>54. Bouchut. 83.</li> <li>55. Bourilhet H. 525.</li> <li>56. Bourillard. 617.</li> <li>57. Bourillon. 30.</li> <li>58. Boyer P. 526.</li> <li>59. Brandeis R. 456.</li> <li>60. Brissaud. 228, 457.</li> <li>61. Bryant. 293.</li> <li>62. Broadbent J. 509.</li> <li>63. Bromwell B. 486.</li> <li>64. Brower S. 478.</li> <li>65. Brown E. 292.</li> <li>66. Bruns L. 431.</li> <li>67. Bury J. 371, 372, 373, 658.</li> <li>68. Burr W. Ch. 642.</li> <li>69. Buzzio F. 294, 374, 400.</li> <li>70. Buzzard A. 90.</li> <li>71. Caccioputti G. 547, 613.</li> <li>72. Camia M. 331.</li> <li>73. Camp C. 449, 487.</li> <li>74. Candela M. 547.</li> <li>75. Carrayron E. 402.</li> <li>76. Carriere. 237.</li> <li>77. Cassirer. 548.</li> <li>78. Castelar. 403.</li> <li>79. Castro A. de. 619.</li> <li>80. Casteran. 549.</li> <li>81. Catherine E. 269.</li> <li>82. Catola G. 459, 488.</li> <li>83. Chabbert. 209.</li> <li>84. Charcot. 16, 42, 43, 62, 73, 74, 157, 170.</li> <li>85. Chaylev W. 37.</li> <li>86. Cheron J. 26, 69.</li> <li>87. Chodzko. 404.</li> <li>88. Christensen V. 460.</li> <li>89. Chvostek. Fr. 38.</li> <li>90. Cesbron. 535.</li> <li>91. Cestan. 291.</li> <li>92. Cisler J. 405.</li> <li>93. Clarke M. 270.</li> <li>94. Claveleira. 41.</li> <li>95. Clemens. 590.</li> <li>96. Clerici A. 219, 296.</li> <li>97. Clunet J. 590.</li> <li>98. Clymer M. 31.</li> <li>99. Cobilovici, A.</li> </ol> |
|---|--|

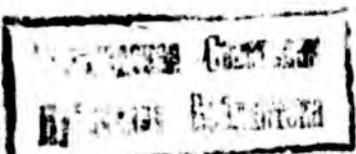
100. Codina. 489.
101. Cohn B. 15.
102. Collet. 375.
103. Collins J. 297.
104. Collomb. 461.
105. Combremole P. 298.
106. Compin P. 376.
107. Cordarelli A. 598.
108. Crespin. 271.
109. Cuylyts. 238.
110. Dana Gh. 239, 299, 332.
111. Даркшевич Л. О. 669.
112. Dana L. 105, 210.
113. Debove M. 70, 75.
114. De Buck 300.
115. Дехтерев В. 645, 646, 668.
116. Decker. 144.
117. De Grazia 229.
118. Delamater N. 550.
119. Demange. 84, 106.
120. Democr. 300.
121. Denambre. 100.
122. Deutsch R. 272.
123. Дьлевич. 527.
124. Dirks E. 301.
125. Dignat P. 211.
126. Dcnath. 575.
127. Donkin. 273.
128. Dowse. 76.
129. Dubief. 145.
130. Du kworth D. 85, 86.
131. Dumitresco P. 562.
132. Duschak. 659.
133. Dutil A. 171.
134. Ebstein E. 620.
135. Egger. 576.
136. Eichherst. 240.
137. Elliot G. 239.
138. Elliotson. 2.
139. Engel H. 50.
140. Erb W. 137, 146, 274, 353.
141. Eisenlohr. 173.
142. Eschner A. 351, 490, 551.
143. Eulenburg A. 39, 45, 59, 77, 174.
144. Ewald C. 117.
145. Falk J. 302.
146. Féris B. 118.
147. Fixier F. 303.
148. Fleury. 82.
149. Flatau G. 461, 621.
150. Follet. 378.
151. Föster E. 600, 622.
152. Frank D. 333, 355.
153. Fröcotte X. 241, 305.
154. Frenkel. 301.
155. Freund C. 322.
156. Friedlaender B. 432, 511, 660.
157. Frugoni. 601.
158. Fuchs A. 221.
159. Fursak J. 479.
160. Fürshner. 27.
161. Gllais A. 623.
162. Galezowsky. 186.
163. Гавбуреп. 314.
164. Gardner. 436.
165. Gauthier S. 159, 230, 617.
166. Gausset A. 512.
167. Geim E. 624.
168. Gerhardt. 242, 258, 379.
169. Germani A. 346.
170. Gilles de la Tourette. 182.
171. Gilli J. 335.
172. Gjestland G. 625.
173. Glorieux D. 197, 259.
174. Goldstein. 562, 577.
175. Goldsbrough G. 380.
176. Gonzales P. 81.
177. Gordinier H. 307.
178. Gordon A. 423.
179. Gordon H. 434.
180. Gorski. 308.
181. Gougelet A. 110.
182. Gowers. 193.
183. Graffner. 602.
184. Gray. 79.
185. Gramegna. 553.
186. Grange P. 356.
187. Grashay. 131.
188. Grasset J. 78, 87, 357, 463, 464.
189. Grawitz E. 220.
190. Greenwald J. 661.
191. Грейенберг. 158.
192. Griesinger. 17.
193. Guillain G. 325.
194. Gunther H. 618.
195. Gürtler. 107.
196. Guzman R. 491.
197. Hadden W. 101, 181.
198. Hagen T. 528.
199. Hayashi N. 407.
200. Have J. 132.
201. Halban. 275, 309, 573.
202. Hamilton A. 80.
203. Handfield J. 32.
204. Hansen H. 406.
205. Hardy. 71.
206. Harris W. 529.
207. Hart P. 435.
208. Haskovec. 626, 649.
209. Hasse K. 10.
210. Hecker. 492.
211. Heimann A. 160.
212. Herdtmann. 332.
213. Herterich M. 81.
214. Hess. 337, 465.
215. Hend. 436.
216. Hilbert. 358.
217. Hirt. 182.
218. Holm. 260.
219. Holsti H. 466.
220. Horevitz. 495.
221. Huber. 147.
222. Huchard H. 59.
223. Huckel A. 187.
224. Hudovernig C. 530, 650.
225. Huët. 108, 408.
226. Hunt R. 243, 409.
227. Huttenbach F. 467.
228. Jackson L. 138, 410.
229. Janischewsky A. 554.

230. Jdelsohn. 437.  
 231. Jelgersma. 531.  
 232. Jerabek O. 338.  
 233. Jngria. 139.  
 234. Johnston G. 439.  
 235. Joelsohn. 438.  
 236. Joffroy A. 40, 46.  
 237. Jolly F. 276, 339, 382, 411.  
 238. Jønes C. 49.  
 239. Juarros C. 493.  
 240. Kaess. 627.  
 241. Kanschtat К. 9.  
 242. Каплан. 370.  
 243. Karozyński. 468.  
 244. Karplus J. 310.  
 245. Ketscher. 199.  
 246. Klieeneberger O. 532.  
 247. Klippel. 533, 603.  
 248. Knapp P. 188.  
 249. Knoblauch. 555.  
 250. Köbler. 310.  
 251. Röddermann. 412.  
 252. Kohts. 50.  
 253. Kollarits. 579.  
 254. Koller H. 189.  
 255. König. 212, 628.  
 256. Kör en. 213.  
 257. Koranyi A. 311.  
 258. Kornilowicz. 120.  
 259. Köster. 413.  
 260. Krabbe K. 620.  
 261. Kraepelin. 244.  
 262. Krafft-Ebing. 214, 261, 278, 279, 277,  
 312, 313, 341.  
 263. Kramer. 662.  
 264. Krause. 414.  
 265. Krauss. 231, 359, 440.  
 266. Krehl. 469.  
 267. Крѣг. 534.  
 268. Krukowski G. 630.  
 269. Kuehne F. 47.  
 270. Kunze. 33.  
 271. Kurrer. 513.  
 272. Kurtz T. 200.  
 273. Lacoste. 148.  
 274. Lafora G. 651.  
 275. Lamarche L. 314.  
 276. Lambrior A. 494, 495.  
 277. Lancy. 3+3, 470.  
 278. Lannois N. 222.  
 279. Lantzius-Beninga E. 149.  
 280. Lasarew W. 471.  
 281. Lautenbach B. 63.  
 282. Lavers. 140.  
 283. Lebert. 41.  
 284. Le Boeuf. 238.  
 285. Leyden. 20, 64, 472.  
 286. Le Maux. 635.  
 287. Lennmalen F. 201.  
 288. Leriche R. 631.  
 289. Leroux P. 93.  
 290. Le Sourd. 295.  
 291. Leube W. 360.  
 292. Leva J. 202.  
 293. Léwi. 473, 622, 663.  
 294. Levet. 280.  
 295. l Hir ndel. 121.  
 296. Liebers. 514.  
 297. Lyle W. 394.  
 298. Lindh. 109.  
 299. Linow. C. 315.  
 300. Logre. 608.  
 301. Lowinsky J. 510.  
 302. Luys. 94.  
 303. Lundborg H. 342, 632, 652.  
 304. Lutz J. 245.  
 305. Luzzatto A. 246, 262, 316, 441, 633.  
 306. Machol H. 141.  
 307. Mackintosh. 415.  
 308. M eltzer. 102.  
 309. Magnol. 247.  
 310. Magnon M. 91.  
 311. Mahn. 317.  
 312. Mailard G. 515, 581, 634, 635.  
 313. Mallie. 556.  
 314. Mann E. 103.  
 315. Manschotq. 443.  
 316. Manuéliides. 412.  
 317. Maranon G. 604.  
 318. Marie A. 516, 517, 557.  
 319. Marie P. 133, 232.  
 320. Marinesco. 208, 653.  
 321. Marogna P. 559.  
 322. Markeloff G. 558.  
 323. Marquis. 378.  
 324. Marshall Hall. 3.  
 325. Martha. 161.  
 326. Мачут ов кий. 248.  
 327. Mazzotti L. 150.  
 328. Mc. Carthy D. 385, 583.  
 329. Medea E. 296.  
 330. Meessen. 250.  
 331. Meige H. 235, 241, 457.  
 332. Mendel E. 134, 174, 457.  
 333. Mendel K. 584.  
 334. Mendelsohn. 92.  
 335. Menier M. 496, 517.  
 336. Меринге. 318.  
 337. Merschede. 34.  
 338. Michalsky H. 386.  
 339. Michaux L. 361.  
 340. Middleton G. 281.  
 341. Minkowski O. 387.  
 342. Mirallié. 535, 605, 654.  
 343. Mohn C. 190.  
 344. Moebius. 122.  
 345. Можаров П. 175.  
 346. Moncorge. 191.  
 347. Monghal. 536.  
 348. Monier Vonard. 603.  
 349. Moravcsik. 416.  
 350. Morujasu R. 537.  
 351. Morton W. 110, 556.  
 352. Mossé A. 176.  
 353. Mosse M. 497, 498.  
 354. Mex n. 51.  
 355. Moyer H. 606.  
 356. Müller. 151, 343, 560.  
 357. Muratet. 364.  
 358. Murchinson C. 37.

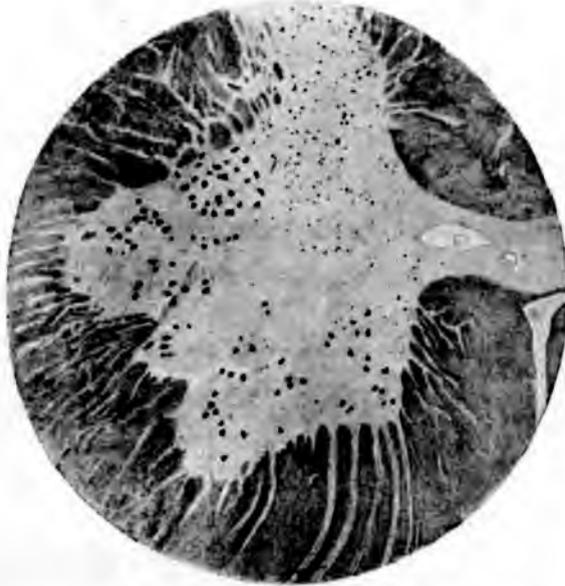
359. Muskeus. 297, 471.  
360. Naka K. 499  
361. Найдман 417.  
362. Niemejer F. 88.  
363. Nissim J. 233  
364. Nssipesco J. 233.  
365. Nixon 52.  
366. Nolda. 561.  
367. Norbury F. 223.  
368. Nonne N. 344.  
369. Omer d J. 362.  
370. Oppenheim. 152, 178, 388, 475, 538.  
371. Ord nstem 25.  
372. Culmont. 53.  
373. Palmer 585.  
374. Palmieri M. 319.  
375. Panegrossi. 251.  
376. Papazoli A. 653.  
377. Parant. 123.  
378. Parhon C. 518, 562, 563, 586, 661.  
379. Parhon M. 664.  
380. Parisot S. 500, 501, 503.  
381. Parkinson James. 1.  
382. Patrick H. 418  
383. Philipp. 321.  
384. Pearce F. 363, 389.  
385. Pechere. 238.  
386. Peeters 124.  
387. Pel 234  
388. Peltesh N. 142.  
389. Pelz A. 539.  
390. Pennato P. 476.  
391. Perez Pastrana C. 564.  
392. Petersen F. 183.  
393. Pezza. 390.  
394. Pfeiffer Th. 320.  
395. Pick A. 587.  
396. Pierson R. 65.  
397. Pini P. 381.  
398. Piraino. 655.  
399. Pitts 95.  
400. Placzek. 203, 538, 559.  
401. Podack. 263.  
402. Prast C. 96.  
403. Prentice. 264.  
404. Puntton. 419.  
405. Quensel. 636.  
406. Quintard. 204.  
407. Rabot M. 55.  
408. Rachoff B. 445.  
409. Raymond F. 125, 252, 444, 477, 502,  
565.  
410. Райхлин А. 253.  
411. Ratner. 519.  
412. Rauzier G. 464.  
413. Rhein J. 478.  
414. Reck Th. 391.  
415. Redlich E. 224.  
416. Reynold 13.  
417. Remak 12.  
418. Renzi E. 392.  
419. Reuling R. 345.  
420. Revillont. 60.  
421. Rieca S. 540.  
422. Richer P. 162, 235

423. Ricoux. 111.  
424. Riess. 15.  
425. Robert H. 503.  
426. Roher H. 504.  
427. Roger. 135.  
428. Rognes 479.  
429. Rcmberg 4.  
430. Rose 4 0, 423.  
431. Rosenbe g A. 205, 318.  
432. Rosenth l M. 35.  
433. Rossi O  
434. Roussy G 480, 590, 591  
435. Reux J 592  
436. Rouvillois 282, 327.  
437. Rowntree. 63.  
438. Rubini A. 56.  
439. Ruhemann K. 446.  
440. Rumm - G 128, 225, 593.  
441. Sabrazès. 361.  
442. Sacaxe 216.  
443. Sachs B. 284, 422.  
444. Sachs H. 322.  
445. Sailer J. 520  
446. Sainton P. 656.  
447. Saint Léger. 89.  
448. Salaris S. 431.  
449. Salamons n W. 323.  
450. Sander M. 265, 283.  
451. San Martin. 97.  
452. Сапожников Г. 521.  
453. Засс. 192.  
454. Savary F. 389.  
455. Savill T. 452.  
456. Satalon 566.  
457. Schafter A. 206.  
458. Schalz W. 365.  
459. Scherb. 395.  
460. Schiefferdecker. 423.  
461. Schiotz C. 605.  
462. Schlamm K. 567.  
463. Schiapp D. 366.  
464. Schmidt. 447.  
465. Schoemaker J. 505.  
466. Schr eder G. 541.  
467. Schultze F. 607.  
468. Schunda 394.  
469. Schuster 522  
470. Scuderi T. 346.  
471. Schwartz L. 367.  
472. Schwenn P. 324.  
473. Scubic V. 112.  
474. See G s.  
475. Seeligmüller A. 154.  
476. Seglas. 608.  
477. Seiffer. 347.  
478. Sguin. 113.  
479. Setti G. 266.  
480. Simon G. 542.  
481. Sicard. 325, 394.  
482. Siehr P. 326.  
483. Singer. 395.  
484. Sinkler W. 348.  
485. Siotis. 143.  
486. Skála J. 285.  
487. Skoda 19.

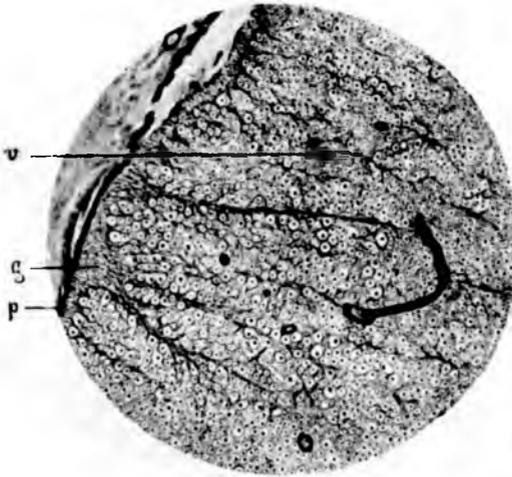
488. Souques. 483, 633.  
489. Spielmeyer 594, 609.  
490. Spieler W. 349, 350, 448, 449.  
491. Stambolieff 610.  
492. Steinde K. 450.  
493. Steinpe. 236.  
494. Stephens P. 523.  
495. Sterling W. 657.  
496. Sternbe g. 155.  
497. Steward P. 237, 568.  
498. Stiefler 666.  
499. Stier. 667.  
500. Strümpfll A. 129, 424.  
501. Spielmeyer. 594, 609.  
502. Spill r W. 349, 350, 448, 449.  
503. Taguet 473.  
504. Taylor J. 368, 425.  
505. Takasu 543  
506. Тагагср .I. 639.  
507. Traure M. 267.  
508. Teissuer M. 163.  
509. Terrien 288, 426.  
510. Thomayer J. 396.  
511. Thompson R. 506.  
512. Тихоженко А. 397.  
513. Tilnev. 611, 612.  
514. Todd A.  
515. Tonietti G. 61.  
516. Toninard P. 23, 24.  
517. Trömner. 640.  
518. Trousseau. 14, 22.  
519. Uhland H. 641.  
520. Urechie. 518.  
521. Valentin. 544.  
522. Valery 451.  
523. Vandier. 144.  
524. Vanysek 569.  
525. Verhoogen 265.  
526. Veselle. 114  
527. Vilielin. 36.  
528. Vincent 166.  
529. Владычно. 615  
530. Vulpirn. 16.  
531. Walbaum. 569.  
532. Walz. 254  
533. Weber, L. 164.  
534. Weill E. 289, 327, 533.  
535. Weisenburg T. 524.  
536. Wernike C. 126.  
537. Westphal. 66, 72.  
538. Widerbe. 507.  
539. Wiener. 217.  
540. Wille. 165.  
541. Williams L. 427, 542.  
542. Williamson R. 328, 613.  
543. Willige H. 614  
544. Winkler C. 484.  
545. Wollenberg K. 193.  
546. Worsmer. 207.  
547. Zingerle H. 570.



1.



2.



3.

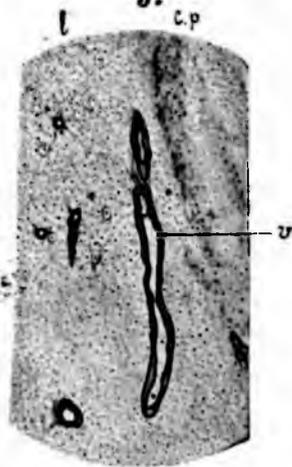


Рис. 1. Спинной мозг. Окраска осмием по способу Буша. В белом веществе нет никаких изменений. В сером веществе передних и задних рогов большинство клеток (не все) окрасились осмием в черный цвет. Увел. 1 : 20.

Рис. 2. Спинной мозг. Окраска по van Gieson'y. Резкое разрастание глиозной ткани, особенно gliae marginalis (g). Гиалиноз сосудов (v), pia. Увел. 1 : 100.

Рис. 3. Спинной мозг. Окраска по van-Gieson'y. Гиалиноз сосудов (v). Стенка сосуда представляется двуконтурной и совершенно бесструктурной. L—боковой столб; с-р. задний рог. Увел. 1 : 100.

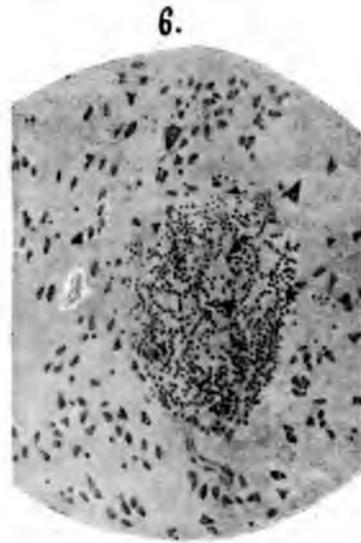
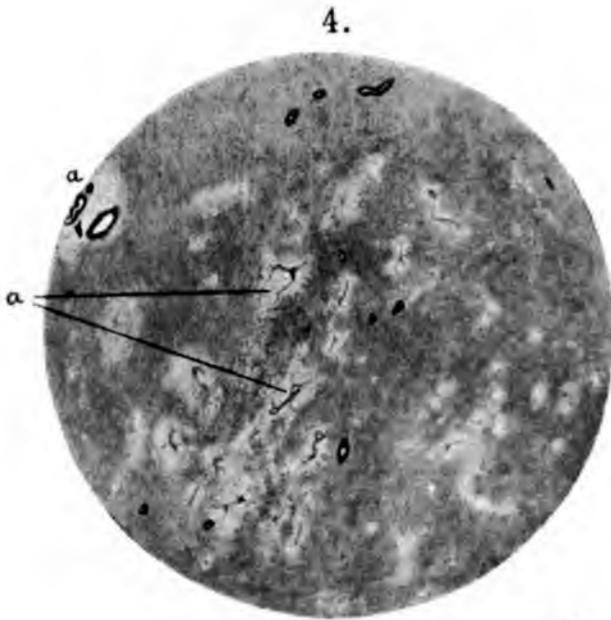


Рис. 4. Nucl. Lenticularis. Окраска по van Gieson'у. Etat marbré; ткань как бы из'едена молью; пораженные участки располагаются главным образом периваскулярно (а). Увел. 1 : 20.

Рис. 5. Как и предыдущий. Увел. 1 : 100.

Рис. 6. N. Lenticularis. Окраска thionin'ом. Глиозная бляшка. Увел. 1 : 100.



Наблюдение III. Варв. Б-ва, 55 лет.



Наблюдение IV. Иоанн В-ов, 48 лет.



Наблюдение V. Осип Р-ко, 48 лет.



Наблюдение IX. Степан И-ов, 29 лет.



Наблюдение X Над Ло-ва, 43 лет.



Наблюдение XIII Дмитр. Ле-в, 45 лет.



Наблюдение XIV. Анна К-ва, 73 лет.



Наблюдение XXIII. Педагея М-ва 57 лет.

## О Г Л А В Л Е Н И Е.

	<i>Стр.</i>
Введение I . . . . .	3
"    II . . . . .	11
Предисловие . . . . .	15
I. Исторический очерк . . . . .	17
II. Казуистический материал . . . . .	22
а) Материал из Клиники нервных болезней I МГУ:	
1) Амбулатория . . . . .	22
2) Клиника . . . . .	50
б) Собственные наблюдения . . . . .	64
III. Этиология . . . . .	130
IV. Симптоматология . . . . .	138
V. Течение, предсказание, распознавание и комбинации с другими бо- лезнями . . . . .	163
VI. Патологическая анатомия и патогенез . . . . .	172
VII. Терапия . . . . .	182
VIII. Заключение и выводы . . . . .	191
IX. Положения . . . . .	197
X. Литература:	
а) Хронологический список работ . . . . .	198
б) Алфавитный список авторов . . . . .	222

