

Случай ложно-бульбарнаго паралича травматическаго происхожденія ¹⁾.

(Доқладъ, читанный на III научномъ собраніи врачей при клиникѣ нервныхъ болѣзней при Имп. Каз. Унив.).

В. К. Полънова.

Существованіе отдѣльныхъ центровъ въ корѣ большаго мозга для артикуляціи рѣчи, глотанія, фонаціи и др. актовъ, разстройство которыхъ носитъ общее названіе бульбарнаго паралича, доказанное экспериментально относительно многихъ изъ этихъ разстройствъ для животныхъ, разумѣется не можетъ быть обнаружено этимъ-же способомъ у людей. Съ этой точки зрѣнія отдѣльные казуистическіе случаи, клинически доказывающіе существованіе такихъ центровъ, представляютъ несомнѣнный интересъ, такъ какъ путемъ накопленія подобныхъ фактовъ можетъ быть наконецъ пролить свѣтъ на эту, еще темную, область нервной физиологіи. Нельзя отрицать, какъ указываетъ *Kattwinkel*, что клиническіе факты подобнаго рода наблюдались и прежде, но имъ придавалось значеніе только побочной находки, не имѣющей никакого патогностическаго интереса. Причины малой оцѣнки этихъ явленій для цѣлей діагностики и заключаются именно въ томъ, что въ прежнихъ изслѣдованіяхъ не допускалось центральной иннерваціи названныхъ функцій. Задача новѣйшихъ наблюдателей—отнестись къ этимъ фактамъ съ должнымъ вниманіемъ и строгимъ систематическимъ подборомъ ихъ разрѣшить рядъ упомянутыхъ вопросовъ.

Исходя изъ этихъ соображеній, я позволяю себѣ сообщить здѣсь случай псевдобульбарнаго паралича, наступившаго внезапно

¹⁾ Я считаю долгомъ высказать здѣсь свою благодарность доктору *Г. Д. Петрову*, принимавшему дѣятельное участіе въ составленіи исторіи болѣзни, а равно и въ наблюденіи за теченіемъ ея.

послѣ травмы, нанесенной здоровому, крѣпкому мужчине въ правую темянную область, случай, въ которомъ поврежденіе корковыхъ центровъ хотя и не получило подтвержденія въ аутопсии, однако клинически протекавшій въ достаточной мѣрѣ характерно для такого предположенія.

Больной М. К., мастеровой Н. Салдинскаго завода, 19 лѣтъ отъ роду, доставленъ былъ въ завѣдуемый мною Н. Салдинскій заводскій госпиталь 25-го мая 1899 года съ поврежденіями полученными имъ въ дракѣ. При осмотрѣ оказалось слѣд., больной выше средняго роста, съ хорошо развитой костной и мышечной системой, никакихъ врожденныхъ уродствъ не имѣетъ. Находится въ полубезсознательномъ состояніи, во время изслѣдованія лежитъ съ закрытыми глазами; на вопросы, хотя и не каждый разъ, отвѣчаетъ непонятными односложными звуками. По временамъ дѣлается безпокойнымъ: двигаетъ руками и ногами, поворачивается съ боку на бокъ. Во время изслѣдованія нѣсколько разъ замѣчались судорожныя подергиванія въ отдѣльныхъ мышечныхъ группахъ верхнихъ и нижнихъ конечностей. Лицо багрово-красное; сосуды conjunctiv'ymъ налиты кровью; лѣвый зрачекъ по сравненію съ правымъ—расширенъ; реакція на свѣтъ сохранена. Изъ ноздрей выдѣляется кровянистая слизистая жидкость; слизистая оболочка губъ цианотична; при дыханіи крылья носа раздуваются, дыханіе хриплое неравномѣрное, свистящее, около 30 разъ въ минуту. Въ гортани слышно клекотаніе слизи. Пульсъ слабъ, 65 ударовъ въ минуту, температура 37,5° При выслушиваніи легкихъ слышна масса влажныхъ хриповъ; тоны сердца глухи, есть ясная аритмія. Границы сердца, легкихъ и др. внутреннихъ органовъ нормальны. На головѣ въ области праваго темяннаго бугра имѣется неправильной формы рана около 2 см. длиною съ измятыми не сильно кровоточащими краями, проникающая до костей черена, которые въ области раны представляются на ощупь слегка вдавленными. Отъ главной раны лучеобразно отходятъ въ разные стороны нѣсколько кожныхъ трещинъ, не проникающихъ чрезъ всю толщу кожи, длиною каждая около 1/2 см. Немного сзади отъ описанной раны имѣется еще 2 маленькихъ кожныхъ ссадины. На спинѣ, груди, правой ягодицѣ, правомъ предплечіи находится большое количество разнообразной формы и величины кровооттековъ. По словамъ родственниковъ, доставившихъ больнаго, послѣдній отличался большой силой, отличнмъ здоровьемъ, работалъ въ кузницѣ. Сифилиса не имѣлъ; водку пилъ умѣренно. Вечеромъ этого дня, возвращаясь изъ гостей, слегка выпивши, вмѣшался въ уличную драку, гдѣ и получилъ упомянутыя поврежденія. Вымытый и перевязанный больной уложенъ въ постель; къ 2 часамъ ночи пульсъ сдѣлался полнѣе и дыханіе свободнѣе.

26/у Т° утромъ 38,6°; вечеромъ 38,4°. Пульсъ утромъ и вечеромъ 67; значительно полнѣе и правильнѣе, чѣмъ наканунѣ. Дыханіе (20 въ минуту) свободно, хриповъ въ легкихъ почти не слышно. По прежнему лежитъ въ полубезсознательномъ состояніи, лишь изрѣдка на короткое время приходитъ въ себя.—Во время

этихъ свѣтлыхъ промежутковъ на предложеніе помочиться, больной нѣсколько разъ, хотя и съ трудомъ, мочился въ подкладное судно. Говорить по прежнему односложными звуками. Изъ рта постоянно вытекаетъ слюна, которую больной не глотаетъ.

27/у. За ночь у больного сознание почти совершенно прояснилось. Спаль плохо; мочился самъ. Т^а утромъ 38,2°, вечеромъ 39,0°. Пульсъ утромъ 65, вечеромъ 70; видъ больного значительно лучше; лицо принимаетъ свой нормальный цвѣтъ. Предложенное молоко беретъ въ ротъ, но проглотить не можетъ; проглоченная жидкость остается въ носоглоточномъ пространствѣ, затрудняя дыханіе, но не вызывая кашля и затѣмъ вытекаетъ обратно частью черезъ носъ, частью черезъ ротъ. Рѣчь совершенно разстроена: вмѣсто правильной, членораздѣльной рѣчи получается какое-то дико совершенно непонятное мычаніе. Лѣвый зрачекъ по прежнему расширенъ. Разстройства движеній въ нижнихъ конечностяхъ, за исключеніемъ значительной потери мышечной силы, не замѣтно. Движеніе пальцевъ руки и сгибаніе въ локтевыхъ суставахъ, производится большимъ, хотя и съ трудомъ, движенія-же въ плечевыхъ суставахъ-невозможны.

28/у. Перевязка. Т^а утромъ 38,5, вечеромъ 38,8. Общее состояніе улучшается. Можетъ производить ограниченныя движенія и въ плечевыхъ суставахъ. Мочился и испражнялся сознательно. Остальное безъ переменъ. Больного кормили искусственно: черезъ желудочный зондъ влито въ желудокъ 2 чашки молока. При введеніи желудочнаго зонда никакой реакціи со стороны слизистой оболочки глотки, въ видѣ рвотныхъ движеній, нѣтъ. Кашля тоже.

29/у Т-ра утр. 37,8, вѣч. —33,2. Пульсъ 65. Общее самочувствіе удовлетворительно. Произведено подробное изслѣдованіе больного. Никакихъ разстройствъ движенія со стороны мышцъ языка, лица, туловища и конечностей, за исключеніемъ значительнаго ослабленія мышечной силы въ послѣднихъ, не замѣчается. Сухожильные рефлексы нормальны. Никакихъ разстройствъ со стороны органа зрѣнія, кромѣ расширенія лѣваго зрачка, а равно и другихъ органовъ высшихъ чувствъ—не имѣется. Отравленія пузыря и прямой кишки—нормальны. Кожная чувствительность вездѣ сохранена. Разстройство рѣчи остается прежнимъ: больной понимаетъ все, что ему говорятъ, пишутъ и читается, но самъ не можетъ сказать ни одного понятнаго слова. Небная занавѣска виситъ почти отвѣсно и лишь слабо приподнимается при попыткахъ фонаціи. Глотаніе по прежнему невозможно: глотокъ воды выливается обратно частью черезъ носъ, частью черезъ ротъ. При ларингоскопированіи можно замѣтить, что движенія обѣихъ голосовыхъ связокъ при дыханіи и фонаціи, повидимому, насколько позволяетъ разглядѣть ихъ плохо двигающійся надгортанникъ, возможны, но больной тѣмъ не менѣе не въ состояніи произнести ни одной гласной буквы: вмѣсто опредѣленныхъ чистыхъ звуковъ получается какое-то неопредѣленное, хотя и довольно громкое, мычаніе. Введеніе гортаннаго зеркала, а равно и щекотаніе перомъ глотки и гортани, не

вызываетъ соответственныхъ рефлексовъ. Внутренніе органы уклоненій отъ нормы не представляютъ. Кормленіе черезъ зондъ молокомъ съ сырыми яичами.

30/у Перевязка. Т-ра и пульсъ нормальны. Движенія въ конечностяхъ возстановляются. Больной еще сильно слабъ и лишь съ чужой помощью можетъ нѣкоторое время сидѣть на кровати.

31/у. Общее самочувствіе удовлетворительно. Ночью спать хорошо. Остальное безъ переменъ.

Въ промежутокъ съ 1/VI по 15/VI общее состояніе больного съ каждымъ днемъ становится лучше и лучше. Т-ра и пульсъ нормальны; спать отлично какъ ночью, такъ и днемъ послѣ кормленія. Рана на головѣ почти зарубцевалась. 2/VI—сталъ самъ садиться на кровати; 3-VI—съ помощью сидѣлки могъ пройти по палатѣ; 5/VI—ходить самъ. Глотаніе и рѣчь въ одномъ состояніи. Подъ вліяніемъ обильнаго искусственнаго кормленія, которое старались разнообразить въ предѣлахъ возможности, больной замѣтно пополнился.

16/VI начинаеть глотать слюну; вечеромъ удалось проглотить глотокъ воды

17/VI Пьетъ чай съ молокомъ.

18/VI Пьетъ молоко; съѣлъ яйцо и немного манной каши. Начинаеть говорить, хотя и очень плохо. Появились рефлексы при раздраженіи глотки.

19/VI—25/VI. За недѣлю больной научился ѣть свободно жидкую и твердую пищу. Говорить все еще очень плохо, хотя уже теперь его при вниманіи можно нѣсколько понимать. Чувствуетъ себя настолько хорошо, что пожелалъ выписаться изъ больницы.

Черезъ мѣсяць больной явился ко мнѣ для осмотра, говорить хорошо работаетъ по прежнему; чувствуетъ себя прекрасно.

Резюмируя въ краткихъ словахъ найденныя у больного явленія; мы находимъ слѣдующее: всѣ наблюдавшіеся у него симптомы можно раздѣлить на 2 группы; къ первой мы отнесемъ всѣ явленія кратковременнаго характера, исчезнувшія втеченіе 1—2 дней послѣ травмы, именно помраченіе сознанія; безпокойство; судорожныя подергиванія въ отдѣльныхъ мышечныхъ группахъ; гиперемія сосудовъ лица и conjunctiv'ы; ціанотическая окраска губъ; хриплое, неравномѣрное дыханіе; ослабленіе и замедленіе пульса; неправильность въ дѣятельности сердца; явленія начинающагося отека легкихъ; произвольное мочеиспусканіе. Ко второй группѣ мы причислимъ всѣ симптомы, которые болѣе или менѣе стойко держались за все время болѣзни; сюда принадлежать: апартрія; разстройство глотанія; разстройство фонаціи; параличъ мягкаго неба; исчезновеніе гортаннаго и рвотнаго рефлексовъ; расширеніе лѣваго зрачка; повышеніе температуры; ослабленіе мышечной силы; мышечныя боли.

Какъ мы видѣли изъ исторіи болѣзни послѣднія 4 явленія исчезли въ теченіе 4—5 дней; рвотный и гортанный рефлексъ, а равно и глотаніе возстановились приблизительно черезъ 3 недѣли; дольше всего оставалось разстройство артикуляціи рѣчи, но въ концѣ концовъ и оно исчезло.

Я напому еще, что никакихъ параличей въ области мышцъ языка, лица, туловища и конечностей—не было, такъ-же, какъ и разстройство кожной чувствительности.

Для объясненія этихъ разстройствъ, носившихъ ясно бульбарный характеръ, мы можемъ сдѣлать два предположенія: или фокусъ помѣщался въ продолговатомъ мозгу и мы имѣли дѣло съ истиннымъ острымъ бульбарнымъ параличемъ, или поврежденіе произошло гдѣ либо внѣ *medullae oblongatae*, т. е. нашъ случай долженъ быть отнесенъ къ т. наз. ложнобульбарнымъ параличамъ.

Бульбарныя явленія анартріи, нарушенія глотанія и фонаціи, пониженіе рефлексовъ—выражены въ общемъ на столько рѣзко, что прежде всего здѣсь является мысль о кровоизліяніи въ продолговатый мозгъ, такъ какъ теоретически вполне допустимо; что ударъ, нанесенный хотя-бы и въ теменную область, могъ *par contrecour* вызвать кровоизліяніе въ любой части мозга, въ данномъ случаѣ именно въ *medulla oblongata*; однако при болѣе подробномъ разсмотрѣніи мы найдемъ много противорѣчащихъ этому предположенію обстоятельствъ: здѣсь мы имѣли почти двухсуточное разстройство сознанія, что при бульбарныхъ параличахъ почти никогда не наблюдается; мы не имѣли совершенно параличей въ мышцахъ туловища и конечностей, тогда какъ при бульбарныхъ кровоизліяніяхъ почти всегда наступаютъ рѣзкія разстройства въ органахъ движенія въ формѣ гемиплегій *Simplex* или *cruciat* и тетраплегій. При бульбарныхъ параличахъ наблюдаются сосудодвигательныя разстройства, рѣзкія нарушенія со стороны легкихъ и сердца—учащеніе и неправильная дѣятельность его. Здѣсь, наоборотъ, мы имѣли скорѣе замедленіе, чѣмъ учащеніе пульса и небыло никакихъ указаній на пораженіе дыхательнаго центра. Противъ бульбарнаго паралича говорить отчасти и существованіе у нашего больного въ первые сутки судорожныхъ мышечныхъ подергиваній, появленіе которыхъ при этой формѣ страданія *Gowers* считаетъ весьма сомнительнымъ. Наконецъ, и это самое главное—мы имѣли здѣсь анартрію, но анартрію совершенно своеобразную, не зависящую отъ паралича мышцъ языка и губъ, какъ при настоящихъ бульбарныхъ параличахъ: языкъ свободно высовывался изо рта, двигался кверху, книзу, въ обѣ стороны; губы могли складываться такъ, какъ мы дѣлаемъ это при свистѣ или тушеніи свѣчи. На основаніи этихъ данныхъ, я полагаю вполне возможнымъ отвергнуть здѣсь возможность бульбарнаго кровоизліянія.

Что касается ложно-бульбарныхъ параличей, то по *Brissaud* они дѣлятся на церебральные, базиллярные (менингитъ основанія мозга, опухоли), периферическе (невриты) и динамическіе—безъ видимыхъ анатомическихъ измѣненій. Мы не имѣемъ никакихъ данныхъ останавливаться на 3 послѣднихъ группахъ и наше предположеніе о псевдо-бульбарномъ параличѣ можетъ относиться лишь къ параличу церебральнаго происхожденія, т. е. къ поврежденію коры большого мозга или проводниковыхъ путей. Мы знаемъ, что поврежденіе послѣднихъ чаще всего происходитъ въ области *capsulae internae*, гдѣ на большомъ пространствѣ сосредоточены всѣ волокна, несущіе къ периферіи импульсы отъ мозговой коры. И дѣйствительно, кровоизліянія, бывающія въ этой области, въ особенности если они располагаются симметрично въ обоихъ полушаріяхъ обуславливаютъ иногда типичныя картины ложнобульбарныхъ параличей: я говорю—въ особенности—такъ какъ вопреки мнѣнію *Brissaud*, *Gowers*'а и др. и одностороннія поврежденія внутренней капсулы, какъ я укажу ниже, могутъ давать не менѣе рѣзкіе симптомы этой формы мозговаго страданія.

Симметричность кровоизліянія можетъ быть допущена и въ нашемъ случаѣ: одна и таже причина—напр. травма—могла одновременно, *par contre-coup*, вызвать кровоизліянія въ двухъ симметричныхъ мѣстахъ въ данномъ случаѣ въ области обѣихъ внутреннихъ капсулъ. Но, какъ я только что сказалъ, намъ нѣтъ даже надобности прибѣгать къ этому предположенію—и односторонніе фокусы въ области *capsulae internae* могутъ симулировать бульбарныя параличи. Весьма вѣроятно, что послѣднее обстоятельство, какъ указываетъ *Strümpell* можетъ быть объяснено тѣмъ извѣстнымъ фактомъ, что соотвѣтственныя мышцы на обѣихъ половинахъ тѣла, отчасти по крайней мѣрѣ, получаютъ свои двигательныя волокна отъ одного и того же мозговаго полушарія.

Съ этой стороны большой интересъ представляетъ одинъ случай *Kattwinkel*'я, который въ виду большого сходства съ монимъ, я позволю привести здѣсь.

У 46-ти лѣтняго мужчины послѣ инсульта наступилъ параличъ лѣвой половины тѣла; 2 дня отсутствіе сознанія; 14 дней полное разстройство рѣчи: онъ все понималъ, могъ читать и писать, но не могъ произнести ни одного слова; было также разстройство глотанія: слюна вытекала изо рта и больной лишь съ большимъ трудомъ могъ проглатывать небольшое количество пищи. При объективномъ изслѣдованіи, произведенномъ спустя 9 лѣтъ, найдены: нарезы лѣвой руки и ноги; отсутствіе коленныхъ рефлексовъ на обѣихъ ногахъ; значительное пониженіе кожныхъ, рвотнаго и гортаннаго рефлексовъ; дизартрическія разстройства рѣчи, особенно когда больной говоритъ скоро, хотя никакихъ параличныхъ

явленій въ мышцахъ лица и языка не было; послѣдній свободно двигался во всѣ стороны и мускульная сила его была не уменьшена. Розстройство глотанія, а равно и паралича мягкаго неба во время изслѣдованія уже не имѣлось.

И нарочно остановился нѣсколько дольше на этомъ случаѣ, чтобы показать, что одностороннія поврежденія *capsulae internae* могутъ дать тѣ-же явленія, что и въ моемъ случаѣ; если прибавить сюда *habitus* моего больного: багрово-красное лицо, хрипое свистящее дыханіе, замедленіе пульса,—то возможность предположенія о кровоизліяніи въ названную область приобретаетъ, повидимому еще большую вѣроятность.

Такимъ образомъ для постановки дифференціалнаго діагноза намъ остается отсутствіе въ нашемъ случаѣ какихъ либо разстройствъ со стороны органовъ движенія, но зато это обстоятельство, настолько важно, что уже одно даетъ намъ возможность отвергнуть здѣсь одностороннее, а тѣмъ болѣе двустороннее пораженіе внутреннихъ капсулъ. И дѣйствительно хотя соединительные волокна между корой и бульбарными центрами артикуляціи рѣчи, глотанія и пр., по *Gowers*'у и представляются во внутренней капсулѣ обособленными отъ другихъ волоконъ пирамиднаго пучка, занимая колѣно ея, но уже а priori допущеніе возможности столь ограниченнаго кровоизліянія въ этой области, которое не вызвало-бы никакихъ разстройствъ движенія со стороны мышцъ лица, туловища и конечностей, а равно и разстройство чувствительности, представляеть собой нѣчто совершенно невѣроятное, и клиническихъ наблюденій такого рода, какъ говоритъ *Gowers* дѣйствительно не существуетъ.

И такъ остается признать, что передъ нами былъ случай псевдо-бульбарнаго паралича корковаго происхожденія. Прежде, чѣмъ приступить къ анализу наблюдавшихся симптомовъ, мы рассмотримъ сначала насколько подобное предположеніе вообще можетъ найти себѣ оправданіе въ теоретическихъ воззрѣніяхъ нашихъ на роль коры въ дѣлѣ происхожденія псевдо-бульбарныхъ параличей. Что на ряду съ бульбарными центрами для актовъ глотанія, артикуляціи рѣчи и пр., какъ и для всѣхъ другихъ, извѣстныхъ намъ, двигательныхъ функцій нашего тѣла, существуютъ самостоятельные кортикальные центры,—вещь вполне возможная и вѣроятная. Такъ напр. *Brissaud* въ своемъ руководствѣ къ нервнымъ болѣзнямъ говоритъ слѣдующее: „бульбарныя ядра въ концѣ концовъ не представляются элементами изолированными—они не болѣе какъ промежуточная станція между мозгомъ и периферіею, входя въ составъ системы, которая, начинаясь отъ мозговой коры, черезъ *coronam radiatam*, *capsulam internam*, центральныя узлы и т. д. доходитъ до двигательныхъ ядеръ продолговатаго мозга, слу-

жащихъ въ свою очередь началомъ первовъ, оканчивающихся на периферіи нашего тѣла. Каждый разъ, какъ элементы этой системы поражаются симметрично, наступаютъ явленія бульбарнаго паралича. Если это будутъ ядра продолговатаго мозга, то наступаетъ истинный бульбарный параличъ, если поврежденіе произошло въ продолговатаго мозга, наступаютъ различныя формы псевдо-бульбарныхъ параличей“. Какъ я уже указалъ, впрочемъ, выше симметричность пораженія не составляетъ *conditio sine qua non* наступленія ложно-бульбарныхъ параличей, но во всякомъ случаѣ самое наступленіе послѣднихъ, исключивъ возможность существованія корковыхъ центровъ; представлялось-бы совершенно непонятнымъ. То же, что сказано сейчасъ о корковыхъ центрахъ глотанія и пр., можно сказать и относительно рефлекторныхъ центровъ высшаго порядка: рвотнаго, гортаннаго и т. д. *Kattwinkel* говоритъ по этому поводу слѣдующее: „рефлекторные акты глотанія, кашля и пр. происходятъ столь сложнымъ, но въ тоже время строго координированнымъ путемъ, черезъ сокращенія различныхъ входящихъ въ этотъ актъ мышцъ, и притомъ сокращенія, наступающія въ такомъ точно опредѣленномъ и послѣдовательномъ порядкѣ, что уже самая правильность эта заставляетъ предполагать, помимо бульбарныхъ центровъ, дающихъ начало нервамъ, иннервирующимъ эти мышцы, существованіе высшихъ центровъ, которые обуславливаютъ возбужденіе этихъ ядеръ въ строго координированномъ порядкѣ“.

Таковы современныя теоретическія воззрѣнія на возможность участія коры въ дѣлѣ происхожденія псевдо-бульбарныхъ параличей. Переходя теперь къ отдѣльнымъ симптомамъ, наблюдавшимся у моего больного, я постараюсь указать насколько предположеніе о кортикальномъ происхожденіи ихъ находитъ подтвержденіе въ существующихъ клиническихъ наблюденіяхъ и въ экспериментахъ надъ животными.

Симптомы заболѣванія отнесенные мною къ первой группѣ: помраченіе сознанія, гиперемія сосудовъ лица и *conjunctiv*'ы, хриплое неравномѣрное дыханіе, судорожныя подергиванія въ отдѣльныхъ мышцахъ отнюдь не противорѣчатъ упомянутому предположенію: всѣ эти явленія, особенно послѣднее, представляютъ обычную картину при кровоизліянiяхъ въ кору большаго мозга въ области центральныхъ извилинъ. Изъ явленій второй группы, мы остановимся прежде всего на разстройствѣ рѣчи.

Разстройство артикуляціи рѣчи дизартрія—наблюдается въ различныхъ по силѣ формахъ, отъ едва замѣтнаго спотыканія на слогахъ до полной анартрии, когда больной вмѣсто отдѣльныхъ, ясно различимыхъ словъ, можетъ издавать только какой-то неопредѣленный звукъ, напоминающій мычаніе.—Что-же касается корко-

ваго центра анартриі, то таковой большинствомъ авторовъ совершенно не указывается.—*Gowers* въ своемъ руководствѣ говоритъ по этому вопросу такъ: „существуютъ 2 механизма рѣчи, высшій—церебральный и нисшій—бульбарный. При заболѣваніяхъ нисшаго механизма, мы наблюдаемъ разстройство артикуляціи рѣчи—анартрию, при пораженіи высшаго—наступаетъ разстройство въ самомъ образованіи ея, афазія. Но существуетъ, впрочемъ одно состояніе, при которомъ заболѣванія большихъ полушарій нарушаютъ артикуляцію рѣчи, это именно тотъ случай, когда болѣзнь поражаетъ симметрично центры мышцъ, участвующихъ въ артикуляціи рѣчи или ихъ проводники въ обѣихъ половинахъ мозга одновременно, обуславливая тѣмъ картину ложнобульбарнаго паралича“. Онъ прибавляетъ далѣе, что хотя теоретически допустимо разстройство артикуляціи и при одностороннемъ пораженіи корковыхъ мышечныхъ центровъ, но, въ силу присущей каждому полушарію способности вызывать при одностороннемъ раздраженіи—двусторонній эффектъ, заболѣваніе корковаго центра на одной сторонѣ быстро компенсируется другимъ и слѣдовательно *de facto* тутъ не можетъ получиться болѣе или менѣе стойкаго разстройства артикуляціи.

Такимъ образомъ самое большее, что допускаетъ *Gowers* въ случаѣ ложнобульбарнаго паралича—это возможность двусторонняго пораженія центровъ мышцъ, участвующихъ въ артикуляціи рѣчи. Между тѣмъ въ настоящее время накопилось уже порядочно фактовъ, говорящихъ за то, что помимо собственно центровъ мышцъ, нужно признать существованіе отдѣльнаго самостоятельнаго центра артикуляціи рѣчи въ корѣ большого мозга. Да и теоретически, какъ говоритъ *Kattwinkel*, трудно отрицать, чтобъ при существованіи отдѣльныхъ центровъ для такихъ разстройствъ рѣчи, какъ аграція, алексія, парафазія и пр., такой важный для правильной рѣчи факторъ, какъ артикуляція ея, не имѣлъ бы въ корѣ мозга своего собственнаго центра, гдѣ-бы отдѣльныя необходимыя для этого акта движенія языка, губъ и пр. координировались и согласовались.

Къ клиническимъ доказательствамъ существованія такого центра относятся многіе случаи разстройствъ артикуляціи рѣчи при дѣтскихъ церебральныхъ параличахъ, и хотя *Gowers* объясняетъ эти случаи разстройствами психики у подобныхъ субъектовъ, однако несомнѣнно они наблюдались и у лицъ, психически вполне здоровыхъ. Весьма доказательныя данныя для существованія такого центра даетъ работа *Kattwinkel*'я. Произведя свои наблюденія надъ 100 гемиплегиковъ, изъ которыхъ 50 было правостороннихъ и 50 лѣвостороннихъ, онъ пришелъ къ слѣд. выводамъ: вопреки мнѣнію многихъ авторовъ, считающихъ дизартрическія разстройства явленіемъ пареза п. *facialis* и *hypoglossi*, надо признать за этими

разстройствами центральное происхождение. Онъ могъ наблюдать, что движенія языка во многихъ случаяхъ такихъ болѣзненныхъ состояній были совершенно свободны: языкъ легко двигался кверху, книзу, въ обѣ стороны; высовываніе его впередъ и мускульная сила были нормальны, между тѣмъ какъ существовали сильнѣйшія разстройства артикуляціи до анартріи включительно. Да кромѣ того, если-бы объяснять эти явленія параличемъ нервовъ, то конечно должна-бы была существовать прямая зависимость дизартрическихъ нарушеній отъ степени паралича, между тѣмъ какъ ее-то именно и нѣтъ: при самыхъ тяжелыхъ формахъ параличей *Kattwinkel*'ю часто приходилось наблюдать только дизартрію, а не анартрію и наоборотъ въ легкопротекающихъ случаяхъ этихъ параличей которые-бы могли быть даже просмотрѣны, и гдѣ слѣдовательно имѣлась можетъ быть только слабость отдѣльныхъ мышечныхъ пучковъ, наблюдались перѣдко самыя тяжелыя формы дизартріи до анартріи включительно. Что явленія эти не имѣли никакого соотношенія къ афазіи и сроднымъ съ нею формамъ подтверждается тѣмъ, что всѣ эти пациенты, безъ исключенія, понимали то, что имъ говорятъ и отвѣчали, конечно если у нихъ не было полной анартріи, на заданный вопросъ безъ замедленія: они не искали словъ, они только плохо артикулировали; равнымъ образомъ они могли читать и писать. Не лишено значенія и то обстоятельство, что явленія афазіи, наблюдаются исключительно при пораженіяхъ лѣваго полушарія, тогда какъ дизартрическіе разстройства наблюдаются по *Kattwinkel*'ю почти одинаково часто при пораженіяхъ какъ въ правомъ, такъ и въ лѣвомъ полушаріи, именно приблизительно въ 80% всѣхъ гемиплегій.—Исходя отчасти изъ только что сказаннаго, а также и на основаніи своихъ аутопсій онъ думаетъ, что центръ артикуляціи находится въ нижней лобной извилинѣ и притомъ преимущественно въ правомъ полушаріи.

Наблюденія *Kattwinkel*'я подтверждаются и другими авторами. Такъ напр. статистика *Freud*'а, обнимающая 324 случая церебральнаго дѣтскаго паралича, описанныхъ различными авторами (*Sachs, Wulf, Heine, Gandard* и др.), показываетъ, что при правостороннемъ пораженіи коры въ 45% наблюдалась дизартрія, тогда какъ при лѣвостороннихъ только въ 30%. Кромѣ того какъ самъ *Kattwinkel*, такъ и другіе авторы (*Edinger, Rochoux, Henschen, Kirchhoff, Magnus, Lépine* и др.) находили, что случаи правостороннихъ пораженій коры сопровождались болѣе рѣзко выраженной и притомъ строго опредѣленнаго характера дизартріей.

На основаніи работы *Kattwinkel*'я мы можемъ сдѣлать еще одинъ, небезынтересный для насъ выводъ относительно возможности болѣе или менѣе стойкихъ разстройствъ артикуляціи рѣчи при одностороннемъ пораженіи большого мозга: изъ 12 наблюдав-

шихся имъ случаевъ гемиплегій, которые онъ изслѣдовалъ въ разное время (отъ 3 до 22 лѣтъ) послѣ инсульта, въ 8 случаяхъ оказались стойкія измѣненія въ артикуляціи рѣчи—отъ легкихъ формъ до почти полной анартрии (3 случая), и только въ 4-хъ рѣчь возстановилась вполнѣ.

Актъ глотанія, какъ извѣстно, на половину произвольный, на половину рефлекторный, зависитъ въ своей рефлекторной части отъ сокращенія глоточной мускулатуры. Послѣдняя иннервируется глоточными вѣтвями п. vagi, а частію можетъ быть и glossopharyngeo. Нервы эти берутъ свое начало въ двигательныхъ ядрахъ продолговатаго мозга и здѣсь находятся ихъ бульбарные центры. Что касается коркового центра этого акта, то существованіе его у животныхъ не подлежитъ сомнѣнію. *Réthi* доказалъ, что у кроликовъ глотательный центръ лежитъ въ корѣ большого мозга близъ центра конечностей и что, раздражая эту область, можно наблюдать появленіе сначала жевательныхъ, а потомъ и глотательныхъ движеній, совмѣстное появленіе которыхъ зависитъ, какъ онъ утверждаетъ, отъ близости между собою обоихъ этихъ центровъ—жеванія и глотанія. *Бехтеревъ* и *Останковъ* нашли такой-же центръ у собакъ по сосѣдству съ центромъ движеній угловъ рта, описанныхъ *Ferrier*. Сюда-же нужно причислить и эксперименты *Krause*, получавшаго сокращенія глоточныхъ мышцъ при раздраженіи gyrus praefrontalis у собакъ. Какъ бы въ противорѣчій съ только что приведенными наблюденіями стоятъ опыты *Golz'a*, который удалялъ оба большія полушарія у собаки, оставляя неповрежденной, для прикрытія tract. optici, лишь только небольшую часть основанія мозга. Животное могло лаять, не обнаруживая никакого измѣненія въ голосѣ, тотчасъ послѣ операціи; черезъ 3 дня собака могла ходить; черезъ три недѣли, втеченіе которыхъ ее поранили посредствомъ зонда, появились глотательныя движенія, а еще 2 недѣли спустя животное могло ѣсть само. *Laborde* пошелъ еще далѣе; онъ удалялъ одновременно большія полушарія, мозжечекъ, мостъ и все-таки наблюдалъ при этомъ возстановленіе глотательныхъ движеній. Эти опыты, однако, въ виду несомнѣнно доказанныхъ экспериментовъ *Réthi* и *Бехтерева*, конечно не могутъ подорвать факта самаго существованія центра глотанія у животныхъ, и служатъ только доказательствомъ того, что помимо указанныхъ высшихъ корковыхъ центровъ, существуютъ для акта глотанія, какъ и для другихъ рефлекторныхъ актовъ, низшіе бульбарные центры, которые замѣняютъ высшіе при гибели послѣднихъ, хотя можетъ быть и не вполнѣ совершенной формѣ. Это воззрѣніе подтверждается и тѣмъ обстоятельствомъ, что у *Golz'a* и *Laborde'a* всегда происходило послѣ операціи болѣе или менѣе продолжительное разстройство глотанія, втеченіа каковаго времени животныхъ приходилось

кормить через зондъ; кромѣ того авторами вовсе не указывается, происходило-ли восстановленіе акта глотанія у оперированныхъ животныхъ въ приемлемъ видѣ.

Что касается людей, то, разумѣется, всецѣло переносить на человѣка опыты надъ животными не представляется возможнымъ. Косвенными доказательствами существованія этого центра у человѣка являются наблюденія *Kattwinkel*'а, *Holipré*, *Edinger*'а и др., которые наблюдали при заболѣваніяхъ мозга въ области центральныхъ узловъ большія или меньшія расстройства глотанія. Что-же касается собственно коркового центра глотанія, то въ доступной мнѣ литературѣ я могъ найти только два наблюденія, подтверждающихъ непосредственно существованіе такого центра у человѣка. Одно наблюденіе принадлежитъ *Bamberger*'у: у 30-лѣтней женщины внезапно развились судороги въ различныхъ произвольныхъ мышцахъ; затѣмъ наступили парезы языка, мягкаго неба и п. *facialis*; въ дальнѣйшемъ теченіи наступила полная невозможность глотанія, жеванія и рѣчи и наконецъ параличъ конечностей; послѣ чего вскорѣ больная умерла. Аутопсія показала размягченіе нижняго конца центральной лѣвой передней извилины. Другой случай описанъ *Oppenheim*'омъ. Въ виду важности этого случая я приведу его нѣсколько подробнѣе: больной—мужчина 21 года. Начало болѣзни съ дѣтства; слабоумень; артикуляція рѣчи сильно расстроена такъ-же, какъ и глотаніе: жидкость долго остается во рту, при проглатываніи вызываетъ кашель и часто возвращается обратно черезъ носъ. Твердал пища глотається лишь съ большимъ трудомъ; параличъ мягкаго неба, парезы язычныхъ, губныхъ и жевательныхъ мышцъ. Рефлекторная возбудимость мягкаго неба и электрическая губъ и языка—сохранены. Ларингоскопическая картина, сухожильные рефлексы, чувствительность—нормальны, существуютъ атетоидныя движенія въ конечностяхъ. Больной вскорѣ умеръ. Вскрытіе: въ лѣвомъ полушаріи комбинація порэнцефалии съ микрогиріей, въ правомъ одна микрогирія. Въ частности измѣненія слѣва заключались въ слѣд.: Роландова борозда расширена и углублена; въ средней части ея находится пазухообразное углубленіе, чрезъ которое можно проникнуть въ боковой желудочекъ. Вся поверхность большаго полушарія, за исключеніемъ верхней части обѣихъ центральныхъ извилинъ, нижней темянной доли и нижняго отрѣзка 3-ей лобной извилины, сильно измѣнены на подобіе мозжечковаго червячка. Въ правомъ полушаріи такими-же измѣненіями поражены: нижнія части центральныхъ извилинъ, 2-ой и 3-ей лобныхъ; верхняя височная и нижняя темянная извилины. Въ мосту, центральныхъ узлахъ и въ продолговатомъ мозгу измѣненій нѣтъ. *Kattwinkel* и др. авторы предполагаютъ на основаніи своихъ клиническихъ наблюденій, что центръ глотанія у человѣка,

подобно центру артикуляціи рѣчи, находится преимущественно въ правомъ полушаріи. Къ отрицательнымъ наблюденіямъ по части существованія у человѣка самостоятельнаго коркового центра для акта глотанія относятся наблюденія надъ т. наз. безголовыми уродами. Многіе, вполне достовѣрные авторы, указываютъ, что такіе уроды, иногда совершенно лишены большихъ полушарій, могутъ тѣмъ не менѣе въ нѣкоторыхъ случаяхъ жить болѣе или менѣе продолжительное время и производить сосательныя и глотательныя движенія. Но конечно про эти явленія можно сказать тоже, что и про опыты *Golz'a* и *Laborde'a*, что они не столько служатъ доказательствомъ отсутствія у человѣка высшаго координаціоннаго центра глотанія, сколько подтверждаютъ уже высказанное ранѣе мнѣніе, что и у человѣка, какъ у животныхъ, высшіе—бульбарныя центры могутъ замѣнять, хотя и не въ совершенной формѣ, высшіе—корковые при прекращеніи функціи этихъ послѣднихъ. Допустимо также, что у дѣтей въ первые дни жизни вообще, вслѣдствіе недоразвитія мозга, такіе рефлекторные акты, какъ сосаніе, глотаніе, совершаются безъ участія высшихъ центровъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).