

616.8 / 0-760

Останков П.А.

Вытяжение позво-
ночника, как метод...

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ
въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи
въ 1899—1900 учебномъ году.

№ 30.

436
44

ВЫТЯЖЕНІЕ ПОЗВОНОЧНИКА,

КАКЪ МЕТОДЪ ЛЕЧЕНІЯ НЕРВНЫХЪ БОЛѢЗНЕЙ

Кривизна
9 мая
Вну

(ПОДВѢШИВАНІЕ, ВЫТЯЖЕНІЕ НА КРОВАТИ И СГИБАНІЕ).

Одесского Державнаго
БІБЛІОТЕКА
Медицинскаго Института

4478

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины

П. А. Останкова.

Изъ Клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней академика В. М. Бехтерева.

Цензорами диссертациі, по порученію Конференціи, были профессора:
академикъ В. М. Бехтеревъ, профессоръ Ѳ. И. Пастернацкій и приватъ-
доцентъ А. Ф. Эрлицкій.

1952 г.

1972

2012

ИНВЕНТАР

№ 18572

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типо-Литографія „энергія“, Загородный пр. д. № 17.

1900.

Докторскую диссертацию лекаря Петра Александровича Останкова подъ заглавіемъ: „Вытяженіе позвоночника, какъ методъ леченія нервныхъ болѣзней (подвѣшиваніе, вытяженіе на кровати и сгибаніе)“, печатать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ Конференцію ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ диссертации (125 экземпляровъ диссертации и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюмэ (выводовъ) — въ Конференцію и 375 экземпляровъ диссертации — въ академическую бібліотеку).

С.-Петербургъ, декабря 4 дня 1899 года.

Ученый Секретарь, Ординарный Профессоръ *А. Діаминъ*.

6168

Предисловіе.

„Keinem Kranken dieser Art leuchtet die Hoffnung der Genesung; über Alle ist der Stab gebrochen. Der einzige Trost ist die lange Dauer der Krankheit“.

Romberg.

„Wir können gegenwärtig noch sehen, dass Viele von diesen Kranken, die unter dem Eindruck dieser Prognose stehen, in verzweifelter Stimmung zu uns kommen, und dass es dann unsere erste Aufgabe ist, ihnen wieder einen Stern der Hoffnung leuchten zu lassen“.

Leyden.

(Berlin. klin. Wochenschrift 1892, S. 403).

Слова *Romberg'a*, взятая эпитафией въ настоящему труду, холодныя и ужасныя по своей глубокой правдѣ, конечно, оставляютъ сильное и тяжелое впечатлѣніе въ читателѣ: беспомощность положенія больного атактика и полная несостоятельность терапевтическаго вмѣшательства со стороны невропатолога выступаютъ въ нихъ съ жестокой наготой. Принявъ во вниманіе такое положеніе дѣла, не удивительно, что невропатологи перепробовали массу средствъ для лѣченія спинной сухотки и часто подъ влияніемъ утѣшительнаго самовнушенія превозносили дѣйствіе того или другаго средства, пока неумолимое время не показывало имъ ихъ увлеченія, а слова *Romberg'a* не приобрѣтали своей прежней силы. Однако *Leyden* правъ, что пессимистическій взглядъ *Romberg'a*, когда о немъ догадываются больные, ничего не приноситъ имъ кромѣ вреда, и что обязанность врача подать такимъ больнымъ снова лучъ надежды. Въ 1889 году такой авторитетный невропатологъ, какъ *J. M. Charcot*, опубликовалъ свои наблюденія надъ лѣченіемъ спинной сухотки подвѣшиваніями, результаты были утѣшительны и, казалось, можно было ждать еще лучшаго будущаго. „Звѣзда надежды“ зажглась яркимъ свѣтомъ и для больныхъ, и для врачей.

Свѣтъ науки въ этотъ разъ шелъ съ востока: русскому невропатологу проф. *О. О. Мочутковскому* принадлежала честь введенія въ терапію нервныхъ болѣзней подвѣшиванія. „Изъ Россіи, говоритъ *Erb* ¹⁾, пришло чрезвычайное извѣстіе, что такъ называемое подвѣшиваніе приноситъ табетикамъ удивительные терапевтическіе результаты“.

Врачи вначалѣ сочувственно встрѣтили новый методъ, непрерывно публикуя свои утѣшительныя наблюденія, общія въ ближайшемъ будущемъ опубликовать дальнѣйшіе, болѣе подробные и, какъ чувствовалось по тону статей, еще болѣе ободряющіе результаты; но время шло, слышались голоса скептиковъ, многихъ „дальнѣйшихъ и подробныхъ наблюденій“ свѣтъ не увидѣлъ, и вотъ послѣ какихъ-нибудь 15 лѣтъ подвѣшиваніе считается теперь почти забытымъ, надежда на леченіе спинной сухотки снова угасла, и новѣйшія публикаціи съ видоизмѣненіемъ подвѣшиванія и замѣной его другими способами вытяженія позвоночника уже не встрѣчаютъ такого сочувствія и отклика, съ какими были встрѣчены въ свое время статьи профф. *J. M. Charcot* и *О. О. Мочутковского*.

Въ настоящее время свѣтъ съ востока едва мерцаетъ, а слова *Romberg*'а выступаютъ рѣзче, чѣмъ когда-либо, на темномъ безнадежномъ фонѣ терапіи нервныхъ болѣзней.

Но справедливо-ли забывается подвѣшиваніе? Неужели и опытный глазъ *Charcot* ошибся, неужели и онъ поддался увлеченію? Имѣеть-ли, наконецъ, терапія спинной сухотки болѣе дѣйствительное средство, чѣмъ подвѣшиваніе? Эти вопросы казались намъ крайне интересными, а ходячій взглядъ — требующимъ безусловно проверки, что и побудило насъ посвятить свое время изученію вопроса о подвѣшиваніи и о стоящемъ въ тѣснѣйшей связи съ нимъ вытяженіи позвоночника вообще въ терапіи нервныхъ болѣзней.

Мы не боимся того обстоятельства, что приходится писать не по модному вопросу и что наши наблюденія должны будутъ считаться съ холоднымъ уже и критическимъ отно-

1) См. Neurol. Centralblatt, 1897 г.

шеніемъ невропатологовъ къ разсматриваемому предмету, — но бѣдность терапевтическихъ средствъ въ невропатологіи, по нашему мнѣнію, не позволяетъ предавать забвенію ни одно мало-мальски цѣнное средство, прежде чѣмъ не выяснится окончательно вопросъ, что оно дало врачу и что оно еще можетъ дать въ будущемъ.

Для вопроса о подвѣшиваніи наступаетъ время исторіи, не бесполезно, думаемъ, будетъ теперь оглянуться на весь пятнадцатилѣтній періодъ его существованія и оцѣнить его по достоинству — это и будетъ одной изъ нашихъ задачъ. Изученіе фізіологическаго вліянія вытяженія позвоночника также далеко еще нельзя считать законченнымъ; недостаетъ еще многихъ данныхъ для полнаго объясненія способа дѣйствія этого терапевтическаго агента, такъ, напр., до сихъ поръ не изучено ближе вліяніе вытяженія позвоночника на состояніе кровообращенія въ головномъ мозгу и проч. Принимая во вниманіе только что сказанное, мы включили въ нашу задачу и экспериментальное изслѣдованіе намѣченнаго вопроса, для чего и поставили соотвѣтственные опыты на животныхъ. Послѣ историческаго очерка мы приведемъ сначала результаты нашихъ экспериментальныхъ изслѣдованій, затѣмъ приведемъ собственныя клиническія наблюденія надъ лѣченіемъ нервныхъ болѣзней вытяженіемъ позвоночника и, наконецъ, закончимъ настоящую работу выводами, матерьяломъ для которыхъ послужать, какъ историческій очеркъ, такъ и личныя экспериментальныя и клиническія наблюденія.

Глава I.

Историческій очеркъ.

Идея о воздѣйствіи на симптомы спинно-мозгового происхожденія путемъ вытяженія позвоночника собственно не нова, вовсе не принадлежитъ послѣдней четверти нашего столѣтія, какъ это обычно трактуется, и беретъ свое начало въ первыхъ десятилѣтіяхъ настоящаго вѣка. Авторы обычно

начинають свои историческіе очерки съ 1883 г., со времени введенія въ невропатологію подвѣшиванія *О. О. Мочутковскимъ*, между тѣмъ какъ послѣдній авторъ самъ начинаетъ свою статью указаніемъ на то, что, присутствуя при наложеніи корсета *Sayer'a* на больныхъ *Pott'овой* болѣзнію, онъ замѣтилъ, что у этихъ больныхъ боли, ранѣ ихъ безпокоившія, дѣлались слабѣе и улучшалось движеніе; это явленіе побудило его заняться вопросомъ, что собственно облегчало страданія больныхъ, ношеніе-ли корсета или вытяженіе позвоночника, производившееся при этой операціи. Но вопросъ этотъ, по крайней мѣрѣ по отношенію къ болѣзни *Pott'a*, былъ давно уже рѣшенъ, и *J. K. Mitchell* лѣчилъ своихъ больныхъ вытяженіемъ позвоночника, описывая при этомъ случаи выздоровленія отъ параличей *Pott'a*, еще въ 1826 году. Такимъ образомъ вытяженіе позвоночника въ терапіи нервныхъ болѣзней существовало давно и его слѣдуетъ собственно считать родоначальникомъ новѣйшихъ способовъ, какъ то подвѣшиванія, сгибанія и проч. Совершенно неправильно поэтому многіе авторы вытяженіе нервовъ, введенное въ терапію *Nussbaum'омъ* въ 1872 году, считают методомъ, предшествовавшимъ подвѣшиванію табетиковъ, и даже видятъ какую-то преемственность мысли въ историческомъ развитіи механической терапіи спинной сухотки, несмотря на заявленіе самого предложившаго подвѣшиваніе автора, что онъ совершенно случайно натолкнулся на мысль о леченіи табетиковъ подвѣшиваніемъ. Даже терапевтическіе успѣхи подвѣшиванія при болѣзни *Pott'a* отмѣчались нѣкоторыми авторами, какъ нѣчто новое.

О вытяженіи нервовъ, предшествовавшемъ подвѣшиванію только по времени, мы будемъ говорить лишь настолько, насколько оно имѣетъ аналогичныя черты по своему физиологическому и терапевтическому значенію съ методами вытяженія позвоночника, послѣдніе-же въ тѣсномъ смыслѣ этого слова и послужатъ собственно предметомъ нашего обсужденія.

Подвѣшиваніе, предложенное проф. *О. О. Мочутковскимъ* и вызвавшее въ литературѣ, вслѣдъ за прочитанной

въ Salpêtrièr'ѣ *Charcot* лекціей, рѣдкій къ себѣ интересъ со стороны невропатологовъ всего міра, въ дальнѣйшемъ уже послужило началомъ разработки различныхъ методовъ вытяженія позвоночника, продолжающихъ усовершенствоваться и предлагаться до настоящаго времени.

Въ 1883 году во „Врачѣ“ была опубликована работа проф. *О. О. Мочутковскаго*: „Примѣненіе подвѣшиванія больныхъ къ леченію нѣкоторыхъ расстройствъ спинного мозга“.

О. О. Мочутковскій, присутствуя при наложеніи хирургами корсета *Sayre'a* у больныхъ спондилитами, обратилъ вниманіе на удлиненіе тѣла во время висѣнія. По его измѣреніямъ, удлиненіе колебалось отъ 2,5 до 5 снт., при чемъ въ общемъ удлиненіи принималъ участіе и позвоночникъ. Тогда же авторъ задался двумя вопросами:

1) Какъ относится спинной мозгъ, его оболочки и нервные корешки къ позвоночному каналу во время акта висѣнія?

2) Не будутъ ли имѣть подвѣшиванія благотворнаго вліянія на теченіе нѣкоторыхъ расстройствъ спинного мозга?

Къ рѣшенію перваго вопроса авторъ старался подойти двоякимъ способомъ: а) изслѣдованіями на трупѣ и б) измѣреніями на больныхъ. При изслѣдованіи на трупѣ авторъ вырѣзалъ, обнажая твердую оболочку спинного мозга, остистые отростки 5 и 6 грудного позвонка, стараясь меньше повредить мышечную и связочную системы позвоночника. При подвѣшиваніи трупа общая длина его увеличилась на 6 снт., удлиненіе позвоночнаго столба отъ 2-го шейнаго позвонка до 4-го поясничнаго достигло 2,5 снт. На кожѣ, на позвонкахъ и твердой мозговой оболочкѣ были сдѣланы на одномъ уровнѣ мѣтки чернилами, при подвѣшиваніи трупа мѣтка на твердой мозговой оболочкѣ отошла отъ мѣтокъ на кожѣ и позвонкахъ на 1,4 снт. Задніе корешки, казалось, были натянуты сильнѣе.

Для измѣренія на больныхъ употреблялся деревянный приборъ, похожій на циркуль Вебера. Самая большая цифра удлиненія у больныхъ *Мочутковскаго* доходила до 5 снт. Степень удлиненія зависитъ, по автору, отъ податливости связочной и мышечной системъ позвоночнаго столба. Кажется, говоритъ авторъ, это удлиненіе не зависитъ отъ одного лишь выравниванія фізіологическихъ кривизнъ позвоночника, такъ какъ оно опредѣляется не только циркулемъ, но и лентой (т. е. по плоскости).

Результаты изслѣдованій проф. *О. О. Мочутковскаго*, такимъ образомъ, относительно перваго вопроса могутъ быть формулированы такъ. Твердая мозговая оболочка *на трупъ* во время подвѣшиванія смѣщается. Корешки измѣняютъ свое положеніе и, кажется, слабо вытягиваются. Напряженіе жидкости, окружающей спинной мозгъ, значительно увеличивается. На *живомъ* общая длина роста увеличивается отъ 3 до 5 снт., при чемъ часть изъ этого увеличенія несомнѣнно приходится на растяженіе позвоночника, считаемъ не лишнимъ привести здѣсь слѣдующую таблицу автора.

Имена.	Отъ верх. края 2-го шейн. позвонка до 4-го поясн.			Съ 4 поясничнаго позвонка до пятки.			Общая длина.		
	Стояч. пол.	Висяч. пол.	Разн.	Стояч. бол.	Висяч. пол.	Разн.	Стояч. пол.	Висяч. пол.	Разн.
М—ій.	47,0	48,5	1,5	89,0	96,5	1,5	151,5	154,5	3,0
Ц—ръ.	51,0	52,0	1,0	99,5	102,5	3,0	164,5	168,5	4,0
К—нъ;	60,5	62,0	1,5	93,0	96,0	3,0	168,5	173,0	4,5

Изъ этой таблицы легко замѣтить, что наибольшее растяженіе падаетъ на нижнюю часть туловища съ 4-го поясничнаго позвонка до подошвенной части пятки.

Отвѣтомъ на второй вопросъ служатъ приводимыя авторомъ четыре исторіи болѣзни и изложеніе результатовъ другихъ наблюденій. Результаты, достигнутые авторомъ, для наглядности, можно представить въ видѣ слѣдующей таблицы (см. стр. 8—11).

О. О. Мочутковскимъ отмѣчается вліяніе подвѣшиванія на кровообращеніе и дыханіе. Дыханіе дѣлается груднымъ и ускоряется, наблюдается также затрудненіе дыханія и учащеніе его въ среднемъ на 4 въ 1'. Пульсъ во время висѣнія ускоряется: въ 1'—75, въ 3'—82, въ 4'—84, въ 7'—86, въ 9'—86. Кровяное давленіе во время висѣнія увеличивается. Диастолическая волна рѣзко приближается къ верхушкѣ. Что касается объясненій терапевтическаго эффекта подвѣшиваній, то О. О. Мочутковскій, не сомнѣваясь въ томъ, что спинной мозгъ во время висѣнія измѣняетъ свое отношеніе къ позвоночнику, придаетъ значеніе также несомнѣнно существующему при этомъ вытяженію нервныхъ стволовъ нижнихъ конечностей. Улучшеніемъ бокового кровообращенія въ неизмѣнившихся еще или мало потерпѣвшихъ сосудахъ спинного мозга склоненъ Мочутковскій, главнымъ образомъ, объяснить терапевтическій эффектъ подвѣшиваній при спинной сухоткѣ. Но почему же подвѣшиваніе приноситъ бѣольшую пользу въ старыхъ случаяхъ *tabes*? Этотъ вопросъ оставленъ авторомъ открытымъ. Противопоказанія къ подвѣшиванію по О. О. Мочутковскому, слѣдующія:

- 1) Болѣзни сердца.
- 2) Склерозъ сосудовъ и аневризмы.
- 3) Эмфизема легкихъ въ значительной степени.
- 4) Пещеры въ легкихъ и склонность къ кровохарканіямъ.
- 5) Предшествовавшіе апоплектические, эпилептические и эпилептоидные припадки.
- 6) Сильная степень малокровія и большая склонность къ обморокамъ.

При продолжительномъ сеансѣ подвѣшиванія (до 20 м.) замѣчались ухудшенія:

- 1) У нѣкоторыхъ—боль въ поясницѣ или цѣломъ позвоночникѣ.
- 2) У одного—быстрое ослабленіе силы нижнихъ конечностей.

Имя больного.	Форма заболѣванія.	Возрастъ больного.	Возрастъ болѣзнь.	Полъ.	Омѣченный этиологическ. моментъ.	Методъ подвѣши- ванія.	Число сдѣланныхъ подвѣши- ваній.	Продолжи- тельность каждо- го сеанса.	Реакція во время подвѣ- шиванія.	Все время
1) Херс. мѣщ. П. М-скій.	Спинная сухотка.	49	11 лѣтъ, переходный стадій изъ атакъ въ паралитическій.	М.	Травма. (наслѣд. сифилисъ?)	Мочутковского.	97	Отъ 4 до 17 мин. Сеансы черезъ день и рѣже.	Головные боли и боль въ поясницѣ послѣ подвѣш., вслѣд. чего подвѣш. оста- влили на 2 нед. и больше, послѣ 12-ти под- вѣш. кровоподтекъ на склерѣ лѣваго глаза.	Съ 24 Апрѣля 1882 г. до 15 Марта
2) Нахманъ.	Спинная сухотка ст.	42 л.	5 лѣтъ; стадій паралитическій.	М.	Сифилисъ. 6-лѣтний алкоголизмъ 20 л. т. наз. Полов. эксцессы въ прод. 4 л.	Мочутковского.	80	Отъ 2 $\frac{1}{2}$ м. до 10 м. Сеансы че- резъ день и рѣже.		10 месяцевъ
3) Евсей См.	Спинная сухотка, ар- териосклерозъ, расширен. сердца, эксфизема легкихъ.	55 л. 18 л.	М.	Травма спины, — поло- вые эксцессы Вытяж. за ноги по спо- собу Volkman'a. Тяжесть до 10 фунтовъ.				По цѣлымъ днямъ.		Съ Юля до Декабря и затѣмъ весной

<p>Результаты лечения.</p>		<p>Чувствительная сфера и сфер. общ. чувства.</p>	<p>Сфера движения.</p>	<p>Органы чувствъ.</p>	<p>Внутрен. и таз. орг.</p>	<p>Сколько времени была больной под наблюдениемъ</p>	<p>Остался безъ измѣненія.</p>	<p>Дальнѣйшія свѣдѣнія.</p>
<p>Боли исчезли во время леченія, но потомъ, хотя въ слабой степени, возобновились (въ Мартѣ). Улучшеніе сна.</p>	<p>Постель 19 чувствительности.</p>	<p>Постель 2-го подвѣшиванія.</p>	<p>Совершен. исчезновеніе стрѣляющихъ болей, значит. ускореніе замедлен. болевыхъ кожно-мышечн. рефлексовъ; значит. ускореніе замедлен. бол. проводимости. Изчезаніе парестезій. Начало возстановл. болевой чувствит. въ пальцахъ ногъ, а также и улучшеніе осязательной чувствительности.</p>	<p>Уменьшеніе атаксій при походкѣ. Увеличеніе мышечной силы въ конечностяхъ. Улучшеніе устойчивости съ закрыт. глазами не только при стоянціи, но и походкѣ. Увеличеніе объема атрофир. мышцъ</p>	<p>Учащеніе и продленіе половыхъ побужденій.</p>	<p>Съ 15 ф. 1882 г. по 15 м. 1883 года.</p>	<p>Значит. болѣв. рефлексъ. Въсь тѣла. Зрѣніе.</p>	<p>Значит. болѣв. рефлексъ. Въсь тѣла. Зрѣніе.</p>
<p>Прибавилась мышечная сила въ ногахъ.</p>	<p>Началь ходить и можетъ пройти 1/4 версты. Мышечная сила въ рукахъ и ног. увеличилась. Атаксія выраж. слабѣе. Устойчивость при закрытыхъ глазахъ стала лучше.</p>	<p>Стрѣляющія боли исчезли. Улучшилась болевая чувствительность нижнихъ конечностей.</p>	<p>Началь ходить и можетъ пройти 1/4 версты. Мышечная сила въ рукахъ и ног. увеличилась. Атаксія выраж. слабѣе. Устойчивость при закрытыхъ глазахъ стала лучше.</p>	<p>Зрачки расширились и стали подвижны</p>	<p>Мочеотдѣленіе стало правильное. Улучшен. дѣят. кишечника. Уменьш. индикана въ мочѣ. Исчезли crises gastriques. Возвратились пол. побужден.</p>	<p>Съ 15 ф. 1882 г. по 15 м. 1883 года.</p>	<p>Значит. болѣв. рефлексъ. Въсь тѣла. Зрѣніе.</p>	<p>Значит. болѣв. рефлексъ. Въсь тѣла. Зрѣніе.</p>
<p>Боли исчезли во время леченія, но потомъ, хотя въ слабой степени, возобновились (въ Мартѣ). Улучшеніе сна.</p>	<p>Постель 19 чувствительности.</p>	<p>Постель 2-го подвѣшиванія.</p>	<p>Совершен. исчезновеніе стрѣляющихъ болей, значит. ускореніе замедлен. болевыхъ кожно-мышечн. рефлексовъ; значит. ускореніе замедлен. бол. проводимости. Изчезаніе парестезій. Начало возстановл. болевой чувствит. въ пальцахъ ногъ, а также и улучшеніе осязательной чувствительности.</p>	<p>Уменьшеніе атаксій при походкѣ. Увеличеніе мышечной силы въ конечностяхъ. Улучшеніе устойчивости съ закрыт. глазами не только при стоянціи, но и походкѣ. Увеличеніе объема атрофир. мышцъ</p>	<p>Учащеніе и продленіе половыхъ побужденій.</p>	<p>Съ 15 ф. 1882 г. по 15 м. 1883 года.</p>	<p>Значит. болѣв. рефлексъ. Въсь тѣла. Зрѣніе.</p>	<p>Значит. болѣв. рефлексъ. Въсь тѣла. Зрѣніе.</p>
<p>Прибавилась мышечная сила въ ногахъ.</p>	<p>Началь ходить и можетъ пройти 1/4 версты. Мышечная сила въ рукахъ и ног. увеличилась. Атаксія выраж. слабѣе. Устойчивость при закрытыхъ глазахъ стала лучше.</p>	<p>Стрѣляющія боли исчезли. Улучшилась болевая чувствительность нижнихъ конечностей.</p>	<p>Началь ходить и можетъ пройти 1/4 версты. Мышечная сила въ рукахъ и ног. увеличилась. Атаксія выраж. слабѣе. Устойчивость при закрытыхъ глазахъ стала лучше.</p>	<p>Зрачки расширились и стали подвижны</p>	<p>Мочеотдѣленіе стало правильное. Улучшен. дѣят. кишечника. Уменьш. индикана въ мочѣ. Исчезли crises gastriques. Возвратились пол. побужден.</p>	<p>Съ 15 ф. 1882 г. по 15 м. 1883 года.</p>	<p>Значит. болѣв. рефлексъ. Въсь тѣла. Зрѣніе.</p>	<p>Значит. болѣв. рефлексъ. Въсь тѣла. Зрѣніе.</p>

Имя больного.	Форма заболѣванія.	Возрастъ больного.	Возрастъ болѣзни.	Поль	Отмѣченный этиологическ. моментъ.	Методъ под- вѣшиванія	Число сдѣ- лан. подвѣ- шиваній.	Продолжи- тельность кажд. сеанса.	Реакція во время под- вѣшиванія.	Все время леченія.	Время появ- ленія реакція сторони бо- лѣзни.
4) Абрамъ Ф.	Neuritis multiplex (poliomye- litis ante- rior симули- рующей)	49	10-ый мѣсяцъ	М.	Инфекцион. заболѣв. въ 54 г.	По способу Мочутковского	52		»	»	Послѣ 14 сеанса улучш. движ. и рефл. Послѣ 17 — ходитъ. Послѣ 24 жаръ въ ногахъ, эрек- ции, гиперестезіи въ ногахъ. Послѣ 34 — судороги. На 23
5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.	Спинальная сухотка.	Данныхъ нѣтъ.	Данныхъ нѣтъ.	»	»	Мочутковского.	»				
15 и 16.	Спинальная сухотка въ невралг. періодѣ.	»	Свѣжее заболѣв.								
17. 18. 19.	Склерозъ боковыхъ столбовъ.	»	»	»	»	»	»		»	»	»
20	Хронич. менинго- миэлитъ.	»	»	»	»	»	»		»	»	»
21	Разсѣян. хронич. миэлитъ.	»	»	»	»	»	»		»	»	»
22	Разсѣян. островн. склерозъ.	»	»	»	»	»	»		»	»	»
23	Ischias rheuma- tic.	»	»	»	»	»	»		»	»	»

Отъ 2—5 м. первое подвѣшиваніе, послѣдующія не больше 10 минутъ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Чувств. сфера общ. чувства.	Сфера движения.	Органы чувств.	Внутрен. и тазовые органы.	Сколько времени болел под наблюдением.	Какия явления болели остались без изменений.	Дальнейшія свѣдѣнія.
исчезли боли парестезии.	<p>Можетъ ходить съ помощью. Лежа возможны всѣ движения. Прибавилась мышечная сила въ конечностяхъ. Появлен. фарад. возбудимости. Увелич. объема атроф. мышцъ. Начали возобновляться кожно-мышечные болев. рефлексы.</p>	»	Повышеніе половой дѣятельности.	»	»	Продолжалъ лечение дальше.
исчезли боли парестезии. Метеор. вздутия не бывали болей у лечения и въшива-ніемъ.	Увеличеніе мышечной силы и улучшеніе атак-сии.	»	»	»	»	»
Ослабли боли.	Увеличеніе слабости въ ногахъ.		Въ одномъ случаѣ появилось задержаніе мочи.	»	»	»
Безъ результата.			»	»	»	»
Безъ результата.			»	»	»	»
Безъ результата.			»	»	»	»
Безъ результата.			»	»	»	»
Безъ результата.			»	»	»	»

3) У нѣкоторыхъ — головокруженія, потеря аппетита, появленіе сонливости.

4) У одного — задержаніе мочи.

5) У одного — кровоизліяніе въ склеру.

Совершенно отдѣльно стоитъ въ литературѣ работа *A. Hegar'a*, появившаяся въ 1884 году и посвященная вопросу о вытяженіи спинного мозга ¹⁾. Эту работу авторы, писавшіе позднѣе, почти не упоминаютъ, между тѣмъ какъ методы *Blondel'я*, *Bonuzzi* и недавно опубликованный методъ *Gilles de la Tourett'a*, какъ не трудно будетъ видѣть, своей идеей обязаны методу *Hegar'a*, методу, предложенному послѣднимъ еще въ 1884 году. *Hegar*, наблюдая у большого числа своихъ больныхъ симптомокомплексъ нервныхъ явленій, указывающій на пораженіе поясничнаго отдѣла спинного мозга, пришелъ къ убѣжденію, что чаще всего симптомокомплексъ этотъ травматическаго происхожденія и именно развивается послѣ сильнаго сгибанія позвоночника впередъ. Эти наблюденія заставили *Hegar'a* заинтересоваться вопросомъ о подвижности позвоночника вообще. Еще изъ капитальнаго труда *Meyer'a* ²⁾, *Hegar* зналъ, что при сгибаніи позвоночника впередъ всѣ части, лежація позади оси сгибанія, проходящей черезъ середину тѣлъ позвонковъ, должны претерпѣвать растяженіе; происходящее при этомъ удлиненіе простирается до 3,5 и болѣе сантиметровъ. *Hegar'у* интересно было знать, принимаетъ ли участіе въ этомъ удлиненіи спинной мозгъ и его оболочки и въ какой мѣрѣ. Совмѣстно съ докторомъ *Strasser'омъ* онъ предпринялъ опыты на трупахъ, для разрѣшенія только-что намѣченнаго вопроса. Эти опыты убѣдили *Hegar'a* въ томъ, что какъ твердая мозговая оболочка, такъ и самый спинной мозгъ при сгибаніи позвоночника положительно удлиняются; удлиненіе спинного мозга, при равномерномъ участіи всѣхъ отдѣловъ, равняется отъ 2,4 — 3,4 снт. Обусловленное сгибаніемъ позво-

1) *A. Hegar*. Die Dehnung des Rückenmarks. Wiener medicinische Blätter № 3 и 4, 1884 г.

2) *Meyer*. Statik und Mechanick des menschl. Knochengerüstes.

ночника удлинёніе спинного мозга будетъ нѣсколько усиливаться при одновременномъ вытяженіи нервовъ. Какъ извѣстно, вопросомъ о вліяніи вытяженія нервовъ на спинной мозгъ занимались также *Langenbuch*, *Vogt*, *Gussenbauer*, *Braun* и друг., въ обсужденіе ихъ работъ, мы, однако, входить не будемъ, такъ какъ большинство авторовъ пришли къ аналогичному заключенію, какъ и *Hegar*. Что касается примѣненія на живомъ, то *Hegar* совѣтуетъ или нагибаніе туловища впередъ, — голова и грудь пригибаются къ нижнимъ конечностямъ у больного, сидящаго на столѣ, съ вытянутыми ногами (помощникъ удерживаетъ колѣна въ разогнутомъ состояніи), или же у больного, лежащаго на спинѣ, врачъ поднимаетъ разогнутые въ колѣнахъ ноги, тазъ больного не фиксируется, и позвоночникъ теперь сгибается, при чемъ ось сгибанія проходитъ черезъ голову. Авторъ рекомендуетъ пользоваться его методами сгибанія позвоночника во всѣхъ тѣхъ случаяхъ заболѣваній спинного мозга, гдѣ до того примѣнялось вытяженіе нервовъ, а также и при нѣкоторыхъ функціональныхъ страданіяхъ. Большое преимущество новаго метода, по автору, это — болѣе вѣрное и равномѣрное вліяніе его на мозгъ, конечно, вытяженіе нервовъ будетъ имѣть свое значеніе, но только въ случаяхъ, гдѣ хотятъ дѣйствовать исключительно на послѣдніе.

Ни подвѣшиваніе по *Мочутковскому*, ни сгибаніе по способу *Hegar*'а не имѣли никакого успѣха непосредственно послѣ ихъ опубликованія. Способъ *Hegar*'а даже до настоящаго времени не носитъ имени автора, такъ какъ другіе врачи, ровно ничего не сказавшіе новаго, но писавшіе въ періодъ увлеченія вытяженіемъ, счастливо связали свое имя съ модификаціями метода, впервые предложеннаго *Hegar*'омъ. Казалось, та же судьба ждала и подвѣшиваніе, пять лѣтъ оно оставалось достояніемъ библіотечной пыли и если бы французскій врачъ *Raymond* въ 1888 г. не былъ командированъ въ Россію, можетъ быть, нашимъ соотечественникамъ и удалось бы похоронить навсегда подвѣшиваніе, но д-ръ *Raymond*, сопровождаемый въ своей командировкѣ д-ромъ *Онановымъ*, ознакомившись съ новымъ методомъ леченія

спинной сухотки въ Одессѣ въ отдѣленіи д-ра *О. О. Мочутковскаго*, вернувшись на родину, сообщилъ свѣдѣнія о новомъ методѣ леченія проф. *J. M. Charcot*.

Въ концѣ 1888 года подвѣшиваніе стало примѣняться въ *Salpêtrière*'ѣ, а 15 января 1889 года *Charcot* прочелъ свою извѣстную лекцію «о лѣченіи спинной сухотки подвѣшиваніемъ по способу *Мочутковскаго*». Авторитетный голосъ *Charcot* заставилъ врачебный міръ обратить вниманіе на новый методъ леченія.

„Я не думаю, говорить *Charcot*, чтобы новому способу суждено было радикально измѣнить положеніе вещей. Тѣмъ не менѣе, не подлежитъ сомнѣнію, что онъ будетъ встрѣченъ съ открытыми объятіями, коль скоро онъ въ будущемъ окажется болѣе дѣйствительнымъ, нежели большая часть способовъ леченія, находившихся до сихъ поръ въ нашемъ распоряженіи и вмѣстѣ съ тѣмъ настолько же безопаснымъ въ своемъ пока примѣненіи, какъ и наилучшіе изъ практиковавшихся методовъ“. Эти слова *Charcot* тогда же опредѣлили то положеніе, которое суждено было занять подвѣшиванію въ будущемъ, хотя большинство авторовъ впослѣдствіи пишутъ о немъ, какъ о средствѣ, наиболѣе дѣйствительномъ, однако, въ то же время подвѣшиваніе, конечно, оказалось не въ состояніи радикально измѣнить положеніе вещей въ терапіи спинной сухотки. Лишь опасность метода оказалась при извѣстныхъ условіяхъ весьма большой.

Въ началѣ своей лекціи *Charcot* передаетъ исторію возникновенія подвѣшиванія, а равно и наблюденія д-ра *О. О. Мочутковскаго*. *Charcot* упоминаетъ также, что онъ имѣетъ отъ *Мочутковскаго* письмо, въ которомъ сообщается объ одномъ больномъ, что тотъ, послѣ подвѣшиваній, уже въ теченіе пяти лѣтъ прекратилъ всякое леченіе и безпрепятственно выполняетъ свои служебныя обязанности, ежедневно путешествуя пѣшкомъ отъ 3 до 5 километровъ, въ теченіе всего времени у него ни разу не было стрѣляющихъ болей.

Подвѣшиванія производились въ *Salpêtrière*'ѣ посредствомъ аппарата *Sayer*'а, и помѣщаемые здѣсь рисунки 1 и 2 даютъ пол-

ное представлѣніе объ употребляемомъ аппаратѣ. Какъ только

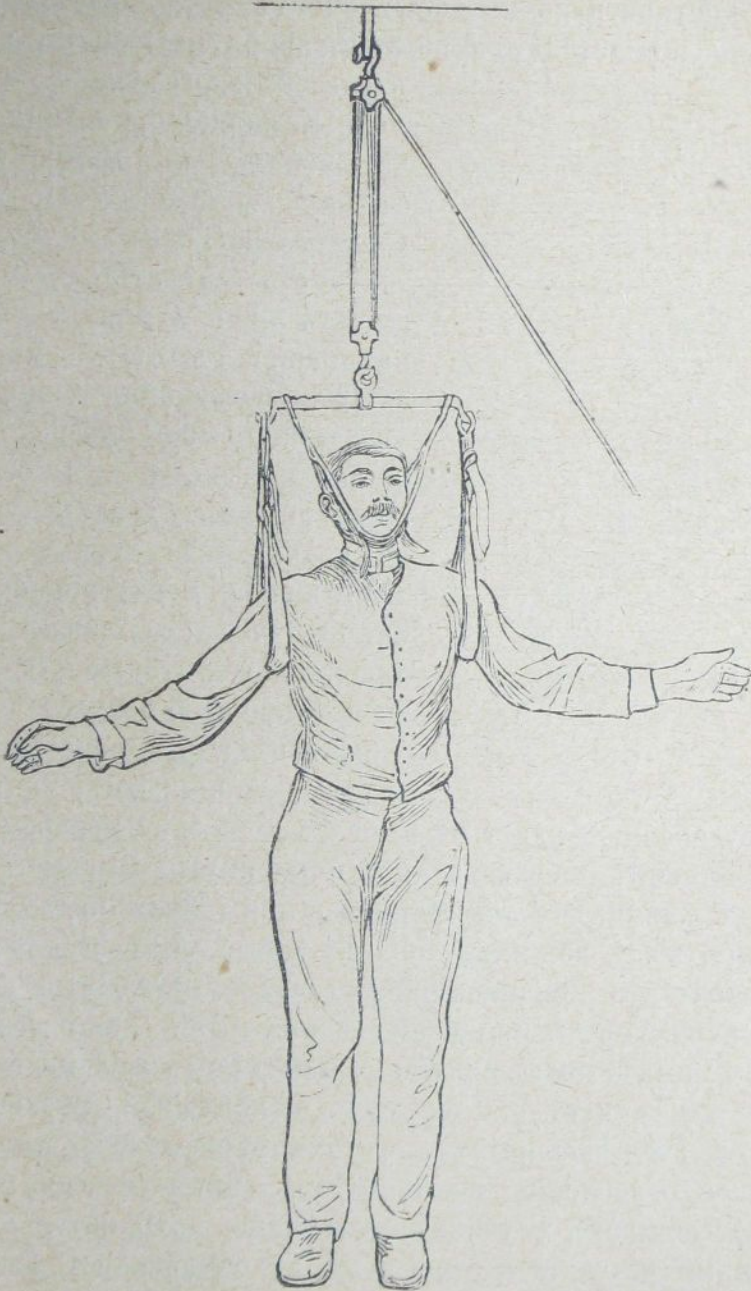


Рис. 1.

аппаратъ наложенъ, начинаютъ производить поднятіе тѣла; поднятіе должно совершаться осторожно, медленно, безъ толчковъ,

больной долженъ избѣгать всякихъ движеній, которыя наступаютъ инстинктивно въ тотъ моментъ, когда онъ чувствуетъ, что приподнимается отъ пола. Во время подвѣшиванія заставляли больного время отъ времени медленно приподнимать руки кверху, съ цѣлью усилить эффектъ вытяженія. По мнѣнію *Charcot* наибольшая продолжительность сеанса не должна превышать 3 или 4 минутъ. Лѣчение начинаютъ съ $\frac{1}{2}$ —1 минуты и затѣмъ постепенно доходятъ до указанной выше цифры, однако же не раньше 6 — 8 сеансовъ. Подвѣшиванія дѣлались каждые два дня, ежедневные сеансы дѣйствовали менѣе хорошо. Опусканіе больного послѣ сеанса производится также осторожно и медленно. употреблеііе треножника не рекомендуется, такъ какъ нерѣдко, ради опоры, боль-



Рис. 2.

ные судорожно ухватываются за ножки треножника и могутъ такимъ образомъ его опрокинуть. Первые наблюденія въ клиникѣ *Charcot* произведены были надъ 18 табетиками, но 4 изъ нихъ, подвѣшенные не болѣе 3 разъ и по различнымъ причинамъ переставшіе приходить, понятно, были исключены изъ общаго счета. Изъ 14-ти случаевъ, пользованныхъ подвѣшиваніемъ среднимъ числомъ въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ, 10 случаевъ обнаружили рѣзкое улучшеніе, а въ нѣкоторыхъ изъ нихъ наблюдалось даже поразительное ослабленіе почти всѣхъ спинно-мозговыхъ явленій. Въ четырехъ случаяхъ получились отрицательные или ничтожные результаты, при чемъ въ одномъ изъ нихъ, послѣ періода улучшенія, наступило ухудшеніе всѣхъ припадковъ. Всѣ больные были несомнѣнные табетики съ развитою уже болѣзью. Почти у всѣхъ улучшеніе прежде всего ска-

залось на походкѣ уменьшеніемъ атаксіи. Больные неоднократно заявляли, что непосредственно послѣ сеанса они ходятъ гораздо легче и увѣреннѣе. Вначалѣ это улучшение продолжается не болѣе 2 — 3 часовъ, однако, послѣ нѣсколькихъ сеансовъ оно увеличивается и дѣлается стойкимъ, больные получаютъ возможность ходить безъ посторонней помощи и совершать довольно длинныя прогулки. Признакъ Romberg'a исчезалъ почти всегда гораздо позже. Разстройства мочеиспусканія, въ большинствѣ случаевъ, значительно улучшались, правда, иногда лишь поздно. У нѣкоторыхъ больныхъ отправления пузыря стали нормальными, то же наблюдалось въ отношеніи полового чувства. Послѣ первыхъ же сеансовъ во многихъ случаяхъ стрѣляющія боли ослабѣвали, уменьшалось также чувство онѣмѣнія, и у двухъ больныхъ анестезированныя мѣста на подошвахъ сдѣлались чувствительными. Сонъ и общее состояніе неоднократно улучшались и этого нельзя поставить въ исключительную зависимость отъ исчезанія стрѣляющихъ болей. Ни въ одномъ случаѣ *Charcot* не наблюдалъ возстановленія колѣнныхъ рефлексовъ. Послѣ первой прочитанной *Charcot* лекціи о подвѣшиваніи въ *Salpêtrière* стали являться въ большомъ числѣ больные, желающіе лечиться подвѣшиваніемъ. Общее число больныхъ къ 15 марта 1889 г. достигло 114, въ томъ числѣ были 3 женщины. Всѣхъ лѣчившихся можно подраздѣлить на нѣсколько группъ. 30 больныхъ подвѣшивались отъ 1 до 5 разъ и затѣмъ были потеряны изъ виду. Очень многіе больные, научившись подвѣшиванію, приобрѣли собственные аппараты и продолжали леченіе дома. 20 атактиковъ подвѣшивались отъ 1 до 5 разъ и въ моментъ опубликованія статьи продолжали леченіе, о нихъ, понятно, нельзя сказать ничего опредѣленнаго. 14 были подвѣшены отъ 6—10 разъ, они остались безъ перемѣнъ. 7 подвѣшивались отъ 15 до 20 разъ и больше и не получили никакого особеннаго улучшенія. 38, въ томъ числѣ три женщины, были подвѣшены отъ 4 до 20 разъ и больше (въ среднемъ число сеансовъ на cadaго больного равно было 15). Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ наступило очень рѣзкое улучшение, хотя въ нѣкоторыхъ

личной степени. Въ 5 случаяхъ наступили различнаго рода побочныя явленія, благодаря которымъ пришлось прервать сеансы.

На основаніи своихъ наблюденій *Charcot* пришелъ къ убѣжденію, что у очень молодыхъ субъектовъ, какъ и у субъектовъ преклоннаго возраста, подвѣшиваніе даетъ лишь ничтожныя результаты и въ общемъ, чѣмъ лучше общее состояніе, тѣмъ лучше результаты даетъ подвѣшиваніе. Ранѣе 10—15 сеанса трудно сказать о той пользѣ, которую можетъ принести этотъ методъ. Рано наступающее улучшеніе служитъ хорошимъ признакомъ. Подвѣшиваніе и въ этой серіи случаевъ оказало особенно благопріятное вліяніе на расстройство координаціи движеній, на стрѣляющія боли, на расстройство тазовыхъ органовъ и на общее состояніе. Напротивъ, черепно-мозговья явленія, какъ-то: параличи глазныхъ мышцъ, гортанные или желудочные приступы, видимо, не уступаютъ леченію.

Слѣдую примѣру *Мочутковскаго*, *Charcot* примѣнялъ подвѣшиваніе и при другихъ нервныхъ страданіяхъ. Такъ этотъ способъ примѣнялся въ одномъ случаѣ Фридрейховой болѣзни. Послѣ 30 сеансовъ у больной наступило очень рѣзкое улучшеніе симптома *Romberg'a* и походки, но въ этомъ случаѣ примѣнялся также и корсетъ. Благопріятныя результаты были получены въ двухъ случаяхъ полового безсилія, зависѣвшаго отъ неврастеніи. У одного больного съ разсѣяннѣмъ склерозомъ послѣ двухъ сеансовъ подвѣшиванія наступила спазмодическая ригидность въ ногахъ, которая однако черезъ 3 дня исчезла. Подвѣшиванія примѣнялись еще во второй серіи въ 8 случаяхъ спастическаго паралича, въ 3-хъ случаяхъ Фридрейховой болѣзни и въ 4 случаяхъ дрожательнаго паралича. У всѣхъ больныхъ съ спастическимъ параличомъ (2 съ разсѣяннѣмъ склерозомъ) сдѣлано не больше 8-ми сеансовъ; въ противоположность больному первой серіи, подвѣшиваніе этими больными переносилось очень хорошо, ни разу не вызвало ухудшенія паралитическихъ явленій, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ ригидность даже уменьши-

лась. У 3-хъ больныхъ съ Фридриховой болѣзнию послѣ 6 сеансовъ не наступило никакого улучшенія. Въ случаяхъ дрожательнаго паралича подвѣшиваніе дало вполне благоприятные результаты: у 4-хъ изъ нихъ (отъ 7 до 23-хъ подвѣшиваній) улучшился сонъ и уменьшилось значительно чувство жара, наступающее преимущественно по ночамъ, рѣзко уменьшилась ригидность членовъ, равно какъ и боли. Въ одномъ случаѣ исчезло стремленіе бѣжать впередъ (*phénotène d'antepulsion*), напротивъ дрожаніе во всѣхъ случаяхъ осталось безъ измѣненій. Въ мартѣ-же мѣсяцѣ *Charcot* имѣлъ случай видѣть больныхъ, которые были представлены на лекціи 15 января,—полученное улучшеніе держалось во всѣхъ случаяхъ и въ нѣкоторыхъ даже значительно прогрессировало; сеансы подвѣшиванія ни въ одномъ случаѣ не прерывались. Что касается *неприятныхъ явленій*, то вслѣдствіе неправильнаго наложенія аппарата наступали иногда головокруженія. Въ одномъ случаѣ, гдѣ больной страдалъ гортанными кризами, лѣченіе пришлось прекратить, такъ какъ наложеніе ошейника въ первый же сеансъ вызвало у него чувство задушенія. Въ другомъ случаѣ, у мужчины 55 лѣтъ съ артеріосклерозомъ, послѣ 17-го сеанса наступилъ отекъ нижнихъ конечностей вслѣдствіе разстройства кровообращенія сердечнаго происхожденія; съ прекращеніемъ сеансовъ этотъ отекъ исчезъ. У одного табетика 51 года, не представлявшаго никакого страданія сердца, послѣ нѣсколькихъ сеансовъ появилось обморочное состояніе, а затѣмъ послѣ одного изъ сеансовъ появилась потеря сознанія, вслѣдствіе чего пришлось прервать леченіе. Также и въ другомъ случаѣ наступила совершенно неожиданно потеря сознанія. Въ одномъ случаѣ послѣ сеанса подвѣшиванія развился параличъ лучевого нерва, очевидно вызванный сдавленіемъ; параличъ этотъ очень быстро исчезъ. Въ одномъ случаѣ произошелъ разрывъ небольшой атероматозной артеріи вслѣдствіе сдавленія, вызваннаго подмышечнымъ ремнемъ. Въ 3-хъ случаяхъ *tabes*, гдѣ наблюдалось улучшеніе, до начала лѣченія въ мочѣ содержался въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ сахаръ. На основаніи только что приведенныхъ не-

приятныхъ случайностей, *Charcot* отмѣчаетъ, что подчасъ опасно предоставлять дѣлать подвѣшиванія самому больному.

Въ той-же лекціи *Charcot* сообщилъ результаты опытовъ, произведенныхъ д-ромъ *Окановымъ* съ цѣлью выяснить физиологическое дѣйствіе подвѣшиванія. Опыты произведены были на нѣсколькихъ молодыхъ, здоровыхъ и крѣдкихъ субъектахъ. *Окановъ* наблюдалъ подъ вліаніемъ подвѣшиванія учащеніе дыхательныхъ движеній и повышеніе кровяного давленія; послѣ 3-хъ подвѣшиваній колющія рефлексы рѣзко повышались, послѣ 4—5 подвѣшиваній наступало состояніе безсонницы, вслѣдствіе зротическихъ сповидѣній и частыхъ эрекцій. Явленія эти продолжались еще въ теченіе нѣсколькихъ дней послѣ послѣдняго подвѣшиванія. *Charcot* находитъ также нужнымъ упомянуть при этомъ о томъ фактѣ, что подвѣшиванія практикуются въ „извѣстныхъ, не особенно почтенныхъ заведеніяхъ у разслабленныхъ или ненормальныхъ субъектовъ“.

Немногимъ средствамъ удалось получить столь широкое распространеніе, которое выпало на долю подвѣшиванія послѣ лекціи *Charcot*. Не только медицинская печать, но и общая пресса извѣстила публику о новомъ многообѣщающемъ методѣ леченія нервныхъ болѣзней. Газеты, попадая въ руки больнымъ, повсюду вербовали адептовъ подвѣшиванія, но такая широкая популяризація не совсѣмъ безопаснаго метода не замедлила дать себя знать очень печальными результатами; нѣсколько смертныхъ случаевъ, обязанныхъ неумѣлому или неосторожному примѣненію способа, какъ увидимъ ниже, значительно дискредитировали подвѣшиваніе и дали лишній козырь въ руки его противниковъ.

Gilles de la Tourette и *Lagoudakis* ¹⁾ опубликовали 2 случая спинной сухотки, гдѣ вслѣдствіе леченія подвѣшиваніемъ удалось уменьшить и даже прекратить употребленіе привычныхъ приѣмовъ морфія.

1) *Gilles de la Tourette et Lagoudakis*. Diminution et cessation de l'usage de la morphine chez deux tabétiques traités par la suspension. Archives de Neurologie T. XVIII. p. 126. 1889.

Одинъ изъ больныхъ пользовался морфіемъ ежедневно въ теченіе 2-хъ лѣтъ по 0,015, съ 12 подвѣшиванія по способу *Мочутковскаго—Charcot* больной отказался отъ морфія, за это-же время у больного отмѣчено улучшение походки и уменьшеніе болей, во время опубликованія статьи больной продолжалъ лечение. Второй больной послѣ 20 сеансовъ уменьшилъ дозу морфія и, получивъ облегченіе болей и улучшеніе походки, купилъ себѣ аппаратъ и болѣе не показывался.

23 Февраля въ засѣданіи „Общества Парижскихъ врачей“ *Abadie* ¹⁾ заявилъ, что, примѣняя подвѣшиваніе по методу *Charcot—Мочутковскаго* у атактиковъ, онъ можетъ отмѣтить вліяніе этого способа леченія на остроту зрѣнія, хотя полученные результаты *Abadie* боится еще признать доказательными; вліяніе же подвѣшиванія на другіе симптомы спинно-мозгового происхожденія неоспоримо; у одного больного мучившее его въ теченіе двухъ лѣтъ разстройство мочеиспусканія быстро прекратилось. Въ томъ-же засѣданіи общества вліяніе подвѣшиванія на разстройства мочеотдѣленія подтвердилъ и *Desnos*.

12 марта въ засѣданіи „Офтальмологическаго Общества“ *Darier* ²⁾ сдѣлалъ докладъ. „О подвѣшиваніи при атрофіяхъ зрительныхъ нервовъ“. Автора особенно поразило благопріятное вліяніе подвѣшиванія на различныя проявленія атаксии и между прочимъ также и на остроту зрѣнія, хотя послѣднее и не достигло столь же значительнаго улучшенія, какъ общее состояніе. Свѣдѣнія даны о 3-хъ больныхъ, одинъ изъ нихъ, почти совершенно слѣпой, сталъ лучше различать окружающіе предметы. Что касается двухъ другихъ больныхъ, то у одного зрѣніе возстановилось съ $\frac{1}{6}$ до $\frac{1}{3}$, а у другого съ $\frac{1}{4}$ почти до $\frac{1}{2}$.

Darier подвѣшивалъ своихъ больныхъ за одну голову, подмышники-же употреблялъ только тогда, когда тракція за

¹⁾ L'union médicale, № 32, p. 379, 1889.

²⁾ Le Bull. méd. № 23, p. 360. 1889.

шею ставовилась тягостна. Сеансы производились каждые 2 дня и продолжались 3 минуты.

Abadie и въ этомъ засѣданіи подтвердилъ, что извѣстное число случаевъ атрофіи зрительнаго нерва дѣйствительно улучшается подѣ влияніемъ подвѣшиванія. Подвѣшиваніе приноситъ пользу и въ случаяхъ, гдѣ атрофія зрительнаго нерва неопредѣленной причины, такъ у одного молодого человѣка, 18 л., страдавшаго атрофіей зрительныхъ нервовъ и обладавшаго до этого совершеннымъ здоровьемъ, острота зрѣнія подѣ влияніемъ подвѣшиванія улучшилась настолько, что онъ могъ читать, чего уже не дѣлалъ около 6 мѣсяцевъ.

Корреспондентъ журнала „The Lancet“¹⁾, приглашенный д-ромъ *Wattewille* въ госпиталь Св. Маріи, осмотрѣлъ одного паціента, который около шести недѣль лѣчился подвѣшиваніемъ,—это былъ первый паціентъ въ Англии, подвергшійся новому методу леченія. За время леченія паціентъ значительно улучшился, прежде онъ не могъ стоять съ закрытыми глазами, теперь, хотя неувѣренно, но можетъ; онъ гораздо увѣреннѣе ходить и можетъ работать. Улучшеніе походки прогрессировало медленно, однако въ продолженіе всего леченія. Боли почти исчезли. Появились эрекціи, чего не было уже нѣсколько лѣтъ. Д-ръ *Wattewille* не совѣтуетъ подвѣшивать за одну голову до тѣхъ поръ, пока паціентъ не привыкнетъ подвѣшиваться съ подмышниками.

*Wharton Sinkler*²⁾ въ числѣ первыхъ сообщилъ о случаѣ болѣзни Pott'a, гдѣ онъ примѣнилъ подвѣшиваніе; данный случай былъ травматическаго происхожденія, и подвѣшиваніе дало очень хорошіе результаты, къ сожалѣнію здѣсь нельзя говорить о чистомъ дѣйствиі подвѣшиванія, такъ какъ одновременно съ подвѣшиваніемъ примѣнялись и другія средства: прижиганія и проч.

¹⁾ The Lancet p. 551. 1889.

²⁾ *Wharton Sinkler*. Case of Pott's disease from injury, followed by complete paraplegia. Treated successfully by suspension. Med. News. 13 апрѣля 1889.

William A. Hammond ¹⁾ лечилъ подвѣшиваніями 5 случаевъ спинной сухотки и во всѣхъ получилъ очень благоприятный результатъ, боли исчезли почти во всѣхъ случаяхъ, координація движеній настолько улучшилась, что больные, которые вначалѣ не могли стоять съ закрытыми глазами, могутъ теперь стоять такимъ образомъ сколько угодно. У одного пациента постоянное непроизвольное выдѣленіе мочи прекратилось послѣ 3-го подвѣшиванія, такъ же благотворно вліяло подвѣшиваніе и на восстановление половой функціи во всѣхъ случаяхъ. Авторъ очень доволенъ полученными результатами и только осторожности ради не рѣшается пока говорить о полномъ излеченіи *tabes'a* подвѣшиваніями. *Hammond* примѣнялъ это леченіе также въ одномъ случаѣ бокового склероза и въ 2-хъ случаяхъ импотенціи функциональнаго происхожденія. Во всѣхъ послѣднихъ случаяхъ получилось также улучшеніе. Продолжительность сеансовъ не превышала 3 минутъ, начинаясь съ 1 минуты. Изъ неприятныхъ случайностей авторъ отмѣчаетъ появленіе головокруженій, а въ одномъ случаѣ послѣ сеанса подвѣшиванія наблюдался парезъ обѣихъ рукъ, прошедшій однако черезъ 2—3 дня подъ вліяніемъ электричества и массажа. Что касается образа дѣйствія подвѣшиванія, то *Hammond* убѣжденъ, что подвѣшиваніе обязано своимъ благотворнымъ вліяніемъ вытяженію спинного мозга; авторъ даже пришелъ къ заключенію, что вытяженіе спинного мозга происходитъ лучше, если сила приложена къ одной только шеѣ и головѣ, поэтому онъ совершенно оставилъ пользованіе подмышниками, въ его аппаратѣ кольца головной узды надѣваются на крючокъ пружинныхъ вѣсовъ; *Hammond*'у, такимъ образомъ, первому принадлежитъ идея измѣренія тракціи во время подвѣшиванія. Сила тракціи, по разсматриваемому автору, достаточна отъ 75—100 фунтовъ. Слишкомъ легкимъ пациентамъ авторъ рекомендуетъ привѣшивать къ ногамъ еще гири. *Hammond* считаетъ, что подвѣшиваніе по послѣднему способу (за одну голову) дѣйствуетъ быстрѣе, по его мнѣнію,

¹⁾ New-York Med. Journal T. 49 p., 511. 1889.

локотники и подмышники только уменьшают дѣйствіе вытяженія на спинной мозгъ. По послѣднему способу авторъ пользовалъ одного атактика, у котораго исчезли все симптомы въ теченіе 6 недѣль за исключеніемъ суженія зрачковъ, отсутствія колѣннаго рефлекса и легкой степени недержанія мочи, но и послѣдній симптомъ продолжалъ улучшаться. Считая подвѣшиванія при осторожномъ употребленіи методомъ, не внушающимъ опасеній, авторъ однако рекомендуетъ очень тщательно слѣдить за правильнымъ положеніемъ аппарата и за больнымъ во все время сеанса, предсказывая тогда уже возможность несчастныхъ случаевъ при слишкомъ небрежномъ примѣненіи новаго метода.

Charles Dana ¹⁾ примѣнялъ подвѣшиванія съ февраля 1889 года у 16 больныхъ, всего сдѣлано было 125 подвѣшиваній. Лечение было испытано въ случаяхъ спинной сухотки (6), въ 1 случаѣ болѣзни *Friedreich'a* въ 2-хъ случаяхъ *paralysis agitans*, въ 1 случаѣ *myelitis transversa*, въ 1—*hemiplegia* и въ нѣсколькихъ случаяхъ *neurasthenia sexualis*. Подвѣшиванія дѣлались по методу *Charcot*—*Мочумковскаго* 3—4 раза въ недѣлю, сеансы отъ $1\frac{1}{2}'$ до 3'. Результаты слѣдующіе: у одного табетика послѣ 16 подвѣшиваній уменьшились субъективныя ощущенія въ нижнихъ конечностяхъ и улучшилась походка; у втораго атактика сдѣлано 10 подвѣшиваній,—улучшеніе слабое; у 3-го послѣ 7 подвѣшиваній стрѣляющія боли остались безъ перемѣнъ; остальныхъ атактиковъ подвѣсили всего нѣсколько разъ, пациенты заявляли, что чувствуютъ себя лучше и ноги ихъ свободнѣе, но только на одинъ день. Въ обоихъ случаяхъ *paralysis agitans* ригидность мышцъ нѣсколько улучшилась, какъ полагали сами больные, и одинъ прибѣгалъ къ подвѣшиваніямъ даже и дома. Пациентъ съ *myelitis transversa* былъ очень доволенъ леченіемъ и у него дѣйствительно послѣ 13 подвѣшиваній движенія стали свободнѣе и сильнѣе. Больные гемиплегикъ и съ болѣзью *Friedreich'a* улучшились, послѣдній даже

1) *Charles Dana*. The treatment of locomotor ataxia and other spinal diseases by suspension. The Medic. Record, 13 апр., p. 419. 1889.

заявилъ, что онъ чувствуетъ себя такъ хорошо, какъ уже давно не чувствовалъ. Относительно неврастениковъ авторъ еще не рѣшается высказаться. *Dana* отмѣчаетъ, что во время подвѣшиванія у не атактиковъ наблюдается повышеніе ко-лѣбныхъ рефлексовъ. Примѣнять методъ совѣтуетъ *Dana* главнымъ образомъ при 1-мъ стадіи спинной сухотки, вообще же подвѣшиванія онъ считаетъ методомъ менѣе важнымъ и непостояннымъ сравнительно съ другими методами леченія и считаетъ, что *Charcot* придалъ ему большую цѣнность, чѣмъ слѣдуетъ. Здѣсь не лишне будетъ вспомнить матеріаль и время наблюденія у *Charcot* и сравнить съ тѣми-же данными у только что цитированнаго автора. Насколько у *Charcot* продолжительно время наблюденія и богатъ матеріаль, настолько же у *Dana* то и другое ограничено.

William Morton ¹⁾, пораженный извѣстіями *Charcot* о новомъ методѣ леченія спинной сухотки, примѣнилъ его въ шести случаяхъ, сдѣлавъ около 200 подвѣшиваній. Примѣра ради онъ приводитъ одинъ случай, гдѣ одновременно слѣдилъ за больнымъ и офтальмологъ и гдѣ было отмѣчено вліяніе подвѣшиванія и на глазные симптомы; въ приведенномъ случаѣ подъ вліяніемъ леченія прекратились приступы стрѣляющихъ болей, исправилась походка, улучшился симптомъ Ромберга; зрачки стали шире, лучше реагируютъ на свѣтъ; половая способность почти возстановилась, исчезли парѣстезіи и разстройства чувствительности въ голеняхъ и стопахъ; функціи тазовыхъ органовъ пришли къ нормѣ. Въ остальныхъ случаяхъ, въ однихъ больше, въ другихъ меньше, также замѣчалось постепенное улучшеніе. Ни въ одномъ случаѣ не было серьезныхъ неприяныхъ побочныхъ явленій, въ одномъ наблюдались судороги мышцъ шеи, въ другомъ—временное усиленіе гиперѣстезіи. Различіе полученныхъ результатовъ у нѣкоторыхъ авторовъ *Morton* считаетъ возможнымъ объяснить различной степенью вытяженія спинного

¹⁾ *William Morton* (New-York). Suspension-treatment of locomotor ataxia and other diseases of the nervous system. The Medical Record, 13 Апрѣля 1889 г.

мозга, полагая, что, аналогично съ вытяженіемъ нервовъ, слабое вытяженіе спинного мозга можетъ усиливать его возбудимость, а сильное—понижать. Говоря о вліяніи подвѣшиванія на половую дѣятельность,

Morton напоминаетъ, что съ этой стороны подвѣшиваніе дарно было достояніемъ публики, а также напоминаетъ и тотъ фактъ, что у казенныхъ черезъ повѣшеніе преступниковъ послѣ казни замѣчали сѣмяизверженіе. Подвѣшиванія *Morton* рекомендуетъ дѣлать черезъ день, продолжительность сеанса должна быть не болѣе 5—7'. Что касается способа подвѣшиванія, то *Morton* рекомендуетъ атактикамъ, которые способны владѣть руками, подвѣшиваться такъ, какъ это представлено на прилагаемомъ рисункѣ (см. рис. 3).

Morton отмѣчаетъ также быстроту появленія улучшенія иногда послѣ нѣсколькихъ сеансовъ. Получаемое улучшеніе состоянія здоровья больныхъ атактиковъ при подвѣшиваніи, по *Morton*'у, далеко превосходитъ все то, что достигалось прежними средствами.

J. Althaus ¹⁾ находитъ, что методъ *Мочутковскаго-Charcot* неудобенъ, особенно для тяжелыхъ субъектовъ и тамъ, гдѣ желательны

продолжительные сеансы: подвѣшиваніе производится толчками, опусканіе происходитъ очень быстро, веревка рѣжетъ руки и проч. Автору кажется, что въ аппарату



Рис. 3.

¹⁾ *J. Althaus*. An improved apparatus for suspension. The Lancet, p. 1236. 1889.

слѣдуетъ прибавить механическое приспособленіе, при помощи котораго даже тяжелый больной могъ бы быть легко подвѣшенъ, безъ толчковъ и безъ затраты большой мышечной силы, а также могъ бы быть совершенно ровно удерживаемъ въ висячемъ положеніи безъ какихъ либо усилий со стороны помощниковъ. Все это было достигнуто *Althaus*'омъ, когда онъ устроилъ на одной изъ ножекъ треножника зубчатое колесо, при помощи котораго тракціонная веревка могла двигаться вверхъ и внизъ безъ толчковъ и фиксироваться въ извѣстномъ положеніи при помощи крючка. Авторъ лечилъ подвѣшиваніемъ 38 случаевъ, сдѣлалъ 450 подвѣшиваній. Болѣзни, при которыхъ примѣнялось подвѣшивание, были: *tabes dorsalis*, *paralysis spinalis spastica*, *sclerosis lateralis amyotrophica*, *paralysis agitans*, *neurasthenia*, *torticollis* и *rheumatismus*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ автора результаты были прямо замѣчательны. Въ одномъ случаѣ у стараго атактика 56 лѣтъ получилось даже возвращеніе колѣннаго рефлекса. Авторъ увѣренъ, что подвѣшивание останется цѣннымъ агентомъ въ терапіи хроническихъ нервныхъ болѣзней. *Althaus*'а очень интересовалъ вопросъ, какъ вліяетъ подвѣшивание при спинной сухоткѣ, и онъ пытался создать гипотезу этого дѣйствія. При спинной сухоткѣ, говоритъ *Althaus*, измѣненія заднихъ столбовъ сопровождаются обыкновенно воспаленіемъ оболочекъ, *ria mater* часто находится воспаленной и утолщенной по тракту заднихъ столбовъ; одновременно наблюдаются и перерожденія заднихъ столбовъ, измѣненія эти рѣзче бываютъ выражены въ грудной и поясничной части спинного мозга. *Althaus* думаетъ, что главное дѣйствіе подвѣшиванія заключается въ разрывѣ перемычекъ и сращеній хроническаго менингита, такъ какъ при подвѣшиваніи спинной мозгъ и оболочки значительно растягиваются, благодаря этому-же растяженію получается какъ-бы разрыхленіе разросшейся на мѣстѣ болѣзненнаго процесса невроглии, а вмѣстѣ съ тѣмъ освобожденіе отъ сдавленія нервныхъ волоконъ и улучшенія по нимъ проводимости; авторъ приписываетъ подвѣшиванію также вліяніе и на продолговатый мозгъ и этимъ объясняетъ наблюдающееся измѣненіе сер-

дечной дѣтельности (послѣ подвѣшиванія пульсъ становился рѣже и полнѣе), измѣненіе вазомоторной дѣтельности, а также и улучшеніе дѣтельности пищеварительныхъ органовъ. Съ точки зрѣнія своей гипотезы *Allhaus* старается объяснить и фактъ, подмѣченный *Charcot*, что подвѣшиваніе помогаетъ лучше въ болѣе позднихъ стадіяхъ спинной сухотки.

Proff. *Eulenburg* и *Mendel* ¹⁾ сообщили о результатахъ примѣненія подвѣшиванія въ 40 случаяхъ,—31 м. и 9 жен. Подвѣшиванія производились по методу *Мочутковскаго-Charcot*, 3 раза въ недѣлю, иногда чаще или даже ежедневно безъ какихъ либо дурныхъ послѣдствій. Въ одномъ случаѣ разсѣяннаго склероза у женщины 43 л., послѣ 16 подвѣшиваній былъ достигнутъ благоприятный результатъ. Сонъ, общее состояніе—стали замѣтно лучше, головныя боли, гиперѣстезія лѣвой нижней конечности и парѣстезіи въ голеняхъ исчезли, даже безпорно улучшились пораженія глазныхъ мышцъ (парезы обоихъ nn. oculomotorii и праваго n. abducentis). Въ одномъ случаѣ *paralysis agitans* послѣ 19 подвѣшиваній ясно уменьшилась ригидность мышцъ руки, прошло непріятное чувство жара, рѣзко улучшилась походка: пациентка одна могла дойти домой, чего раньше она сдѣлать не могла; дрожаніе осталось безъ перемѣнъ. Въ двухъ другихъ случаяхъ *paralysis agitans* результатовъ не было,—одна больная отказалась отъ леченія послѣ 2 подвѣшиванія, а въ другомъ случаѣ леченіе было прервано на 12 подвѣшиваніи за безрезультатностью. Также безъ результата осталось леченіе и въ случаяхъ хроническаго мѣлита и травматическаго невроза. Изъ случаевъ спинной сухотки подлежали леченію подвѣшиваніемъ почти исключительно старыя и тяжелыя и только такія, которые ранѣе уже въ теченіе продолжительнаго времени лечились электричествомъ и другими методами. Изъ 34 случаевъ спинной сухотки: въ 5—сами больные отказались отъ дальнѣйшаго примѣненія леченія; въ 6—больные снова перешли на леченіе электричествомъ, такъ какъ

1) Proff. *Eulenburg* и *Mendel*. Ergebnisse der Suspensionsbehandlung bei Tabes dorsalis und anderen chronischen Nervenkrankheiten. Neurolog. Centralblatt. № 11, 1889 г.

результаты отъ подвѣшиванія были очень неудовлетворительны; въ 2 было улучшение, въ одномъ—каменьщикъ послѣ 39 сеансовъ поправился настолько, что вернулся къ своей работѣ и послѣ того исчезъ изъ наблюденія; другой послѣ 60 подвѣшиваній уѣхалъ на родину; въ 5 случаяхъ наступило рѣзкое улучшение; 11 случаевъ улучшились до нѣкоторой степени и 5 совершенно остались безъ перемѣнъ. Улучшеніе всегда носило симптоматическій характеръ. Даже при продолжительномъ примѣненіи подвѣшиваній леченіе не имѣло вліянія на кардинальные симптомы *tabes* (отсутствіе колѣннаго рефлекса, суженіе зрачковъ и отсутствіе свѣтовой реакціи). Непосредственно послѣ каждаго сеанса было замѣтно вліяніе на походку и симптомъ Ромберга; болѣе стойкое вліяніе въ смыслѣ улучшения подвѣшиванія оказали на сонъ и общее состояніе въ 16 случаяхъ, на симптомъ Ромберга въ 14, на разстройствѣ пузыря въ 14, въ 1 случаѣ мочеиспусканіе замѣтно ухудшилось; *замѣтное улучшение* стрѣляющихъ болей было въ 10 случаяхъ, движенія въ 9, парестезій въ—5, разстройствъ чувствительности въ 3, половой функціи тоже въ 3. Замѣчательно, что въ нѣсколькихъ случаяхъ исчезли головныя боли (въ одномъ, напротивъ, появлялись во время сеанса), въ 1 исчезли гастрическіе кризы и въ 1 послѣдовало улучшение амблиопіи (при *atrophiae n. optici!*). Не считая подвѣшиваніе совершенно бесполезнымъ, авторы однако не думаютъ утѣшать себя тѣми розовыми надеждами, которыя явились, какъ результатъ первыхъ сообщеній о новомъ методѣ. Подвѣшиванію необходима еще большая борьба, что бы оно могло занять выдающееся мѣсто среди терапевтическихъ средствъ, до него употреблявшихся при леченіи *tabes*. Учащеніе дыханія и пульса *Eulenburg* и *Mendel* наблюдали у своихъ больныхъ далеко не всегда. Не входя въ разсмотрѣніе способа дѣйствія подвѣшиванія, авторы однако не рѣшаются приписывать внушенію полученные ими симптоматическіе результаты.

Weir Mitchell ¹⁾ принимая во вниманіе давленіе, оказываемое подмышниками на сосуды и нервы подмышечной впа-

¹⁾ *Weir Mitchell*. An improved form of suspension in the treatment of ataxia etc. *Medic. News*. 1889 г.

дины и могущія произойти отсюда неприятыя побочныя явленія, первый предложилъ неудобные подмышники въ аппаратѣ *Mouchtковскаго-Charcot* замѣнить болѣе удобными локотниками. Только что упомянутые локотники были ремнями привязываемы къ туловищу, чтобы локти во время висѣнія не отставали отъ него. Подвѣшиваніе съ локотниками позволило автору продлить время сеанса даже до 20 минутъ. *Weir Mitchell* совѣтуетъ также сначала поднимать больного за локти и только затѣмъ присоединять и вытяженіе за голову. Предложеніе *Weir Mitchell*'я замѣнить подмышники локотниками, какъ увидимъ ниже, оказалось дѣйствительно полезнымъ измѣненіемъ, и локотники фигурируютъ во многихъ позднѣе предложенныхъ модификаціяхъ аппарата *Mouchtковскаго-Charcot*.

Haushalter и *Adam* ¹⁾ работали надъ изученіемъ дѣйствія новаго метода. Работа авторовъ раздѣляется на клиническую и экспериментальную части. 29 больнымъ авторы сдѣлали 260 подвѣшиваній, сеансы дѣлались черезъ день, минимумъ сдѣланныхъ одному больному подвѣшиваній былъ два и максимумъ—30. Нѣкоторыхъ больныхъ подвѣшивали ежедневно. Начинали сеансы съ 30" и доходили до 4'. Серьезныхъ неприятыхъ случайностей не было, хотя одинъ атактикъ при первомъ сеансѣ подвѣшиванія испыталъ сильнѣйшее головокруженіе и закричалъ, чтобы его сняли; одинъ больной, страдающій спастической параличій, во время сеанса испыталъ однажды сильнѣйшую тоническую судорогу въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ, другой больной впалъ въ обморочное состояніе; у одного неврастеника наблюдался во время подвѣшиванія обильный потъ, наконецъ у одной женщины при каждомъ подвѣшиваніи сильно краснѣло лицо и она жаловалась на головныя и поясничныя боли, продолжавшіяся и на другой день послѣ сеанса; симптомы подобнаго рода, конечно, вынуждали авторовъ прекратить лѣченіе. Въ общемъ на 29 больныхъ авторы въ 20 случаяхъ достигли улучшенія, распредѣлявшагося такимъ образомъ:

¹⁾ *Haushalter et Adam*. De la suspension dans le traitement des maladies du système nerveux. Le Progrès Medical, № 44-48, 1889 г.

Изъ	6	Tabes dorsalis	улучшились	4.
"	3	Myelitis diffusa	"	2.
"	2	Paralysis spinalis spastica	"	1.
"	2	Neurosis traumatica	исцѣлился	1 и улучшился 1.
"	6	Neuralgiae	улучшились	4.
"	1	Enuresis nocturna	"	1.
"	1	Athetosis duplex	безъ перемѣнъ	1.
"	2	Hysteria	улучшились	2.
"	4	Neurasthenia	"	4.
"	2	Hypochondria	безъ перемѣнъ	2.

Улучшеніе всегда начиналось съ первыхъ сеансовъ, въ общемъ съ 5-го. Малаго числа сеансовъ было достаточно, чтобы получить улучшеніе; дальнѣйшія подвѣшиванія только какъ бы поддерживали результаты. Никогда авторы не наблюдали при *tabes* полного исчезновенія болѣзненныхъ симптомовъ, отсутствіе колѣннаго рефлекса и симптомъ *Argyll-Robertson'a* оставались безъ перемѣнъ. Авторы отмѣчаютъ еще тотъ фактъ, что подвѣшиваніе давало имъ хорошіе результаты при разнообразныхъ симптомахъ, какъ органическихъ, такъ и функціональных страданій нервной системы, что они рекомендуютъ имѣть въ виду при разсужденіяхъ о теоріи дѣйствія подвѣшиванія. Авторы для выясненія способа дѣйствія подвѣшиванія предприняли измѣренія роста и позвоночника до и во время подвѣшиванія у шести человѣкъ въ возрастѣ отъ 20 до 40 лѣтъ; объясненія и доказательства *Мочутковскаго* и другихъ авторовъ они считаютъ мало доказательными. На основаніи своихъ измѣреній, *Haushalter* и *Adam* пришли къ убѣжденію, что во время подвѣшиванія ростъ всегда удлиняется, удлиненіе это варьируется въ границахъ 1—2,5 снт.; позвоночникъ авторы нашли удлиненнымъ во время подвѣшиванія въ 5 случаяхъ и укороченнымъ въ одномъ; кривизны позвоночника, измѣряемая свинцовыми пластинками, большею частью во время подвѣшиванія выпрямлялись. Наиболѣе интересные результаты были получены при измѣреніяхъ различныхъ отдѣловъ позвоночника: можно было постоянно наблюдать, что шейная часть удлинялась на 1—1,5 снт., поясничная на 1—2,5 снт., что же касается грудной части, она всегда была находима укороченной на 1—2 снт.; въ одномъ случаѣ, гдѣ укороченіе грудной части преобладало, авторы

получили укороченіе общей длины позвоночника. *Haushalter* и *Adam* объясняют послѣдній фактъ движеніями остистыхъ отростковъ позвонковъ при выпрямленіи физиологическихъ кривизнъ позвоночника. Очевидное удлиненіе позвоночника зависитъ, говорятъ авторы, отъ расхожденія остистыхъ отростковъ (шейныхъ и поясничныхъ; въ грудной части, вслѣдствіе выпуклости впередъ, остистые отростки наоборотъ сходятся). Авторы считаютъ невозможнымъ, чтобы при подвѣшиваніи могло происходить расхожденіе позвонковъ, превосходящее то, которое можетъ встрѣтиться при физиологическихъ условіяхъ: два фактора препятствуютъ этому — крѣпость межпозвоночныхъ связокъ и тонусъ мышцъ. Опыты, производимые на трупахъ для доказательства растяжимости позвоночника, *Haushalter* и *Adam* считаютъ мало убѣдительными. По измѣреніямъ этихъ авторовъ нижнія конечности очень мало участвуютъ въ удлиненіи тѣла, что противорѣчитъ даннымъ *O. O. Мочутковскаго*; это противорѣчіе не мѣшало, однако, авторамъ получить терапевтическіе результаты, аналогичные результатамъ русскаго доктора. Гораздо большее удлиненіе претерпѣваетъ позвоночникъ по измѣреніямъ *Haushalter*'а и *Adam*'а при сгибаніи туловища впередъ, удлиненіе особенно происходитъ въ грудной и поясничной областяхъ: такимъ образомъ, говорятъ авторы, можетъ быть цѣлесообразнѣе было бы примѣнять вмѣсто подвѣшиванія рекомендованное еще въ 1884 году *Hegar*'омъ сгибаніе позвоночника. *Haushalter* и *Adam* произвели, кромѣ вышеописанныхъ, еще и опыты на трупахъ, для выясненія вопроса, что происходитъ со спиннымъ мозгомъ и его корешками при подвѣшиваніи. Авторы думаютъ, что ихъ опыты достаточно доказательны для того, чтобы придти къ выводу, что ни подвѣшиваніе, ни сгибаніе впередъ, ни тракція за голову и за ноги не способны произвести удлиненія мозга, корешковъ, нервовъ, *pia mater* и сосудовъ. Болѣе того, авторамъ кажется невозможнымъ, чтобы подвѣшиваніе было въ состояніи разрывать воспалительныя перемычки, могущія существовать между *pia mater* и спиннымъ мозгомъ. „Во всякомъ случаѣ мы думаемъ, говорятъ *Haushalter* и *Adam*, что если нѣкоторые измѣненія, кото-

рыхъ нельзя предполагать у живого и констатировать на трупѣ, хотя и происходятъ въ мозгу, корешкахъ, нервахъ и сосудахъ во время подвѣшиванія, вслѣдствіе удлиненія позвоночнаго канала, то ихъ также легко вызвать простымъ сгибаніемъ туловища впередъ“. Оба автора придаютъ большое значеніе моральному дѣйствию новаго метода леченія, леченіе модно и расхвалено, аппаратъ внушительный и устрашающій и проч. Однако авторы, отводя внушенію значительную роль въ дѣйстви подвѣшиванія, не рѣшаются категорически отрицать возможность и другихъ факторовъ, такъ они говорятъ: «если въ дѣйстви подвѣшиванія существуетъ другой неизвѣстный факторъ, кромѣ внушенія, способный вызвать благотворный эффектъ, то во всякомъ случаѣ остается не менѣе вѣроятнымъ, что и внушеніе играетъ при подвѣшиваніи неоспоримую роль».

Что внушеніе можетъ играть извѣстную роль при при-
мѣненіи подвѣшиваній — съ этимъ, конечно, можно согласиться, такъ же, какъ можно приписывать вліянію внушенія часть терапевтическихъ результатовъ, получаемыхъ при различныхъ другихъ методахъ леченія (электричествомъ и проч.), но крайне трудно понять, какъ *Haushalter* и *Adam* могли бы внушеніемъ объяснить рядъ видѣнныхъ ими у больныхъ непріятныхъ побочныхъ явленій во время подвѣшиванія (головокруженіе, обморокъ, судороги, покраснѣніе лица, обильный потъ и проч.), вслѣдствіе которыхъ приходилось даже прекращать леченіе.

Ladame ¹⁾, изучивъ русскій методъ леченія спинной сухотки и другихъ нервныхъ болѣзней въ Парижѣ, по возвращеніи въ Женеву, примѣнилъ его у 16 больныхъ, сдѣлавъ имъ въ общей сложности 282 подвѣшиванія. 4 больныхъ, какъ недостигшихъ 10 подвѣшиваній, авторъ не беретъ въ расчетъ. 12 оставшихся больныхъ, изъ нихъ 2 женщины, сдѣлали отъ 10 до 35 подвѣшиваній. Авторъ при подвѣшиваніи точно измѣрялъ вѣсъ больныхъ, при чемъ замѣтилъ, что ли-

¹⁾ *Ladame*. De la suspension dans le tabes. Revue medicale de la Suisse Romande p. 347. 1889 г.

цамъ вѣсомъ не болѣе 50—70 kil. сеансъ можно продол-
жить до 4', лицамъ же вѣсомъ 80—100 kil. неудобно про-
должать сеансъ дольше 2'. Сеансы дѣлались черезъ день. Получен-
ные результаты въ общемъ хороши, а въ 1 или 2-хъ случаяхъ
даже великолѣпны. Стрѣляющія боли становились короче и
рѣже, расстройства мочеиспусканія выравнивались, бессон-
ница проходила. Въ 2-хъ случаяхъ послѣ 18—20 подвѣ-
шиваній исчезъ симптомъ Ромберга; также улучшились па-
рестези стопъ. Въ другихъ случаяхъ результатъ былъ ра-
венъ 0. Въ большинствѣ случаевъ вслѣдъ за быстрымъ улуч-
шеніемъ послѣ первыхъ сеансовъ (можетъ быть причиной
котораго было самовнушеніе) наступало ухудшеніе симпто-
мовъ, что очень обезкураживало больныхъ, но затѣмъ, осто-
рожно продолжая подвѣшиванія, можно было получить болѣе
позднее и замѣтное улучшеніе симптомовъ спинной сухотки.
Это второе улучшеніе обычно обнаруживается между 20—30
сеансомъ. Въ заключеніе авторъ рекомендуетъ осторожное
примѣненіе метода и только въ присутствіи врача.

Galezowski ¹⁾ подтверждаетъ фактъ, отмѣченный еще *Char-
cot*, что подвѣшиваніе не имѣетъ вліянія на глазные сим-
птомы. *Galezowski*, какъ офтальмологъ, интересовался этимъ
вопросомъ и въ двухъ случаяхъ имѣлъ возможность убѣ-
диться, что подвѣшиваніе не оказало никакого дѣйствія
ни на двигательные нервы глаза, ни на атрофическій про-
цессъ въ зрительномъ нервѣ.

Lespinasse ²⁾ примѣнялъ подвѣшиваніе въ госпиталѣ
St.-André въ Бордо въ отдѣленіяхъ профф. *Vergely* и *Picot*,
при чемъ методъ подвѣшиванія былъ нѣсколько упрощенъ:
авторъ пользовался поперечнымъ брускомъ, положеннымъ пе-
рекладиной между двумя кроватями, два свернутыя поло-
тенца служили подмышниками, а двойной полотняный гал-
стухъ поддерживалъ подбородокъ и затылокъ. Въ 2-хъ слу-

¹⁾ *Galezowski*. De la suspension dans le traitement de l'ataxie loco-
motrice et de l'atrophie du nerf optique. Recueil d'ophtalmologie p. 282. 1889.

²⁾ *E. Lespinasse*. Sur deux cas de tabes dorsalis traités par la pendai-
son. Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 24 Février
p. 93. 1889.

чаяхъ, наблюдаемыхъ авторомъ, онъ получилъ въ обоихъ хорошіе результаты и вполне подтверждаетъ наблюденія *Charcot*. Авторъ также наблюдалъ улучшение походки, мышечной силы, ослабленіе стрѣляющихъ болей и появленіе полового стремленія; одинъ больной находился до леченія уже въ полномъ паралитическомъ стадіи. Колѣнный рефлексъ не измѣнялся. Наконецъ *Lespinasse* отмѣчаетъ, что въ обоихъ случаяхъ до подвѣшиванія безуспѣшно примѣнялись другія терапевтическія средства.

Wattewille ¹⁾ перевелъ лекцію *Charcot* на англійскій языкъ и кромѣ того сообщилъ и свои замѣчанія относительно подвѣшиванія у больного, котораго онъ лѣчилъ; между первыми симптомами, поддавшимися леченію, было замедленіе проводимости болевой чувствительности; во время подвѣшиванія больному было очень пріятно испытываемое имъ чувство жара въ позвоночникѣ, при сильной тракціи распространяющееся и въ ноги.

Wattewille нѣсколько видоизмѣнилъ аппаратъ *Charcot*, прибавивъ къ нему пружинные вѣсы, вставленные между блоками и коромысломъ; это нововведеніе позволяло во-первыхъ знать силу тракціи и вѣсъ больного, а во-вторыхъ уменьшало возможность непріятныхъ явленій при спускѣ больного.

Съ только-что отмѣченнымъ видоизмѣненіемъ аппарата производилъ свои наблюденія и *M. Clarke* ²⁾. Пациенты небольшого вѣса подвѣшивались только за голову (по *Morton*'у). Всѣхъ больныхъ было у *M. Clarke* 14 чел., 11 мужч. и 3 женщины, сдѣлано имъ было около 540 подвѣшиваній. Многимъ изъ больныхъ *M. Clarke*'омъ было сдѣлано болѣе 50 подвѣшиваній. Наблюденія продолжались около 7 мѣсяцевъ. 11 больныхъ были типичные атактики, 2 съ неопредѣленнымъ диагнозомъ и 1 съ болѣзью *Friedreich*'а. Изъ

1) *Wattewille*. On the treatment by suspension of locomotor ataxy and some other spinal affections, as described by Professor *Charcot*. London. 1889 г.

2) *M. Michel Clarke, M. B. Cantad, M. P. C. P. Lond.* On the treatment of locomotor ataxy by suspension. *The practitioner*. T. 39, p. 339. 1889.

14 больных — 4 остались безъ перемѣнъ, 2 съ небольшимъ улучшеніемъ и 8 человекъ улучшились болѣе или менѣе значительно. Раньше всего улучшеніе сказывалось на двигательной сферѣ, пациенты начинали стоять и ходить спокойнѣе и увѣреннѣе, это наступало послѣ 6—10—12 сеансовъ, у двухъ женщинъ боли почти прекратились послѣ 3 сеансовъ, но этого не замѣчалось у другихъ пациентовъ. Атаксія уменьшалась сначала въ нижнихъ конечностяхъ. Симптомъ Ромберга, измѣряемый по часамъ, замѣтно улучшался; многіе больные перестали смотрѣть на ноги, когда шли, и могли идти безъ палки. Ослабленіе болевой чувствительности замѣтно уменьшалось съ первыхъ подвѣшиваній. Анэстезіи въ верхнихъ конечностяхъ меньше уступали леченію, чѣмъ анэстезіи голени и стопы (авторъ пользовался для изслѣдованія чувствительности и приборами, но цифръ не приводитъ). Стрѣляющія боли, которыя были у 9 больныхъ, только въ 2 случаяхъ не измѣнились, а въ 1, исчезнувъ сначала, въ послѣдствіи вернулись; боли ясно уступали леченію только послѣ 15—20 сеансовъ и во всякомъ случаѣ позже другихъ симптомовъ. Говоря о гастрическихъ, гортанныхъ и другихъ кризахъ, авторъ затрудняется сказать что либо положительное, такъ какъ эти кризы и произвольно наступаютъ часто черезъ большіе промежутки времени, съ другой стороны у 1 больного какъ разъ послѣ подвѣшиванія появлялся 3 раза гастрическій кризъ (съ поносомъ). Разстройства мочеотдѣленія улучшились у 2-хъ больныхъ, временно улучшились у 1, у другихъ больныхъ остались безъ перемѣнъ; половая способность улучшалась, но не всегда. Общее состояніе, сонъ и аппетитъ почти всегда улучшались, а 3 больныхъ прибыли въ вѣсѣ, не измѣняя режима. Ни въ одномъ случаѣ не возвратился колѣнный рефлексъ, подвѣшиваніе не оказало также вліянія на глазные симптомы (ослабленіе зрѣнія вслѣдствіе атрофіи зрительнаго нерва, отсутствіе свѣтовой реакціи и параличъ п. oculomotorii), только въ 1 случаѣ, гдѣ лѣвый колѣнный рефлексъ не былъ вполне утраченъ, авторъ замѣтилъ, что рефлексъ во время леченія сталъ живѣе, а у двухъ другихъ больныхъ стала живѣе раньше вялая свѣтовая

реакція зрачковъ. *Clarke* замѣтилъ, что чѣмъ дольше продолжается леченіе, тѣмъ результаты получаются лучше, однако до извѣстнаго предѣла, улучшеніе быстрѣе сказывается въ первые недѣли, а затѣмъ идетъ довольно медленно или даже останавливается. Между 5 и 14 недѣлей леченія находится промежутокъ, въ который получается особенно рѣзкое улучшеніе. Изъ неприятныхъ явленій авторъ отмѣчаетъ головокруженія и у нѣкоторыхъ больныхъ склонность къ обморокамъ; недостатокъ зубовъ и ихъ caries иногда обуславливаютъ большія затрудненія при подвѣшиваніи, у такихъ больныхъ авторъ пользовался большимъ кускомъ резины, который былъ помѣщаемъ между зубовъ. Во время подвѣшиванія дыханіе, какъ наблюдалъ *Clarke*, учащается отъ 26 до 32 дых. въ 1', но дѣлается поверхностнѣе; пульсъ также учащается до 84—96 ударовъ въ 1', а иногда и выше, и замѣтно повышается напряженіе артерій; измѣненія пульса авторъ иллюстрируетъ сфигмограммами, на которыхъ ясно замѣтно между прочимъ и увеличеніе предикротической волны во время сеанса (подвѣшиваніе дѣлалось только за голову). Во время подвѣшиванія не увеличивается ни колѣнный, ни подошвенный рефлексъ, если они были ранѣе на лицо; подвѣшиваніе не вызываетъ увеличенія выдѣленія мочи и появленія въ ней бѣлка. Авторъ считаетъ правдоподобными взгляды на способъ дѣйствія подвѣшиванія, высказанные *Althaus*'омъ (разрывъ менингитическихъ сращеній и проч.). Съ точки зрѣнія послѣднихъ взглядовъ автору понятно, почему подвѣшиваніе, помогая табетикамъ, оказывается недѣйствительнымъ въ случаяхъ чистыхъ дегенерацій, при наследственной атаксїи и проч. Подвѣшиваніе, какъ заключаетъ свою статью *M. Clarke*, представляется методомъ, при осторожномъ примѣненіи безопаснымъ и дающимъ значительное облегченіе извѣстныхъ симптомовъ при нѣкоторыхъ случаяхъ спянной сухотки.

Послѣ ряда сообщеній, весьма рекомендующихъ новый методъ леченія, въ печать стали вскорѣ проникать сообщенія очень тревожнаго свойства. Изъ этихъ сообщеній было видно, что подвѣшиваніе не только можетъ дать скоропреходящія неприятыя явленія, но и быть непосредственной

причиной смерти пациентовъ. Положимъ, почти во всѣхъ случаяхъ, кончившихся печально, подвѣшивание производилось безъ врача, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже безъ помощника, однако сообщено было нѣсколько достовѣрныхъ извѣстій, гдѣ подвѣшивание, произведенное даже врачомъ и со всѣми предосторожностями, все-таки привело къ печальному исходу; одной изъ главныхъ причинъ печальныхъ случайностей при подвѣшиваніи было плохое наложеніе затылочной подбородочной узды, неправильно накладываемая и соскакивавшая во время подвѣшиваній, она часто была причиной задушенія. Одной изъ первыхъ жертвъ подвѣшиванія былъ молодой американскій врачъ *Vincent* ¹⁾ изъ санаторіума Clifton Springs; его нашли однажды висящимъ на треножникѣ мертвымъ. Фактъ разъяснился такимъ образомъ: желая испытать дѣйствіе подвѣшиванія на себѣ самомъ, *Vincent* по какому-то несчастному случаю не могъ справиться съ тракціонной веревкой, въ то же время ремень, поддерживающій подбородокъ, соскользнулъ и, прикрывъ ему ротъ и ноздри, задушилъ его.

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ D-г *Sayer* видѣлъ подобный же случай: молодая дама, которая вѣроятно впала въ обморокъ во время подвѣшиванія на треножникѣ, также была задушена соскользнувшимъ ремнемъ.

Dr. *Gorezky* ²⁾ приводитъ слѣдующій случай: одинъ больной 40 лѣтъ, страдавшій очень острой формой болѣзни и ставшій почти парализованъ, однажды прочелъ въ общей прессѣ („Petit Journal“) о дѣйствіи подвѣшиванія, досталъ аппаратъ и подвѣшивался при помощи своего лакея 2—3 минуты ежедневно. Первые 7 дней все шло хорошо и пациентъ замѣтилъ значительное улучшеніе своего здоровья, но вдругъ послѣ 8-го подвѣшиванія ему стало плохо, онъ потерялъ слухъ и рѣчь; несмотря на помощь врача, положеніе его стало быстро ухудшаться, глотаніе сдѣлалось невозможнымъ, затѣмъ пропало зрѣніе, парализовались руки, наконецъ грудныя мышцы и черезъ 24 часа онъ умеръ отъ задушенія.

1) Med. News. p. 579. 1889.

2) D-г *Gorezky*. Le praticien. 6 Mai. 1889.

Carlo Borsari ¹⁾ описываетъ случай, гдѣ больной табетикъ, 45 лѣтъ, съ недостаточностью аорты, былъ съ возможными предосторожностями подвѣшиваемъ черезъ день; сдѣлано было 8 подвѣшиваній, каждый сеансъ продолжался отъ 15—40", непосредственно послѣ подвѣшиваній головокруженіе, послѣ 8 сеанса начался острый *crise gastrique*, который продолжался нѣсколько дней, на третій день—судорожный припадокъ, кома и смерть. При вскрытіи найдено: мозговья извилина уплощены, шейная часть спинного мозга казалась плотнѣе, чѣмъ обыкновенно. Надъ выпуклой поверхностью мозга и по протяженію заднихъ столбовъ „бѣловатый эксудатъ“ на *riae*. Въ остальномъ измѣненія, свойственныя спинной сухоткѣ и болѣзни сердца.

Paul Blocq ²⁾ справедливо сѣтуетъ, что, несмотря на предостереженія проф. *Charcot*, вмѣшательство общей прессы было причиной невѣрнаго и недостаточнаго освѣщенія вопроса, результатомъ чего было нѣсколько печальныхъ случаевъ. Въ статьѣ *Paul Blocq*'а приводится три случая смерти при подвѣшиваніи, два случая сообщили *Vincent* и *Forster*, въ обоихъ подвѣшиваніе производили сами больные безъ врача и были задушены соскочившимъ подбородочнымъ ремнемъ. 3-й случай сообщенъ *Blocq*'у его другомъ D-г. *E. Bloch*'омъ; дѣло идетъ объ одномъ табетикѣ, представлявшемъ въ то же время явленія прогрессивнаго паралича; этому больному первые сеансы дѣлалъ самъ врачъ, а черезъ нѣкоторое время, замѣтивъ улучшеніе, врачъ оставилъ больного продолжать леченіе одного. Короткое время спустя, вслѣдъ за однимъ подвѣшиваніемъ, больной впалъ въ коматозное состояніе и, не выходя изъ него, черезъ 24 часа умеръ; произошло ли это вслѣдствіе одного изъ апоплектическихъ приступовъ, свойственныхъ теченію разлитого менинго-энцефалита, или была какая неосторожность примѣненія метода,—для автора осталось темнымъ.

1) *Borsari Carlo*. Un caso di atassia locomotrice curato con la sospensione e seguito da morte. Estratto della Riforma med. Luglio 1889.

2) *Paul Blocq*. Des contre-indications du traitement par la suspension. Bulletin Médical p. 727, № 46. 1889.

Dr. B. ¹⁾ лечилъ подвѣшиваніемъ одного табетика, страдавшаго одновременно недостаточностью аортальныхъ клапановъ, хорошо компенсированной и лишь при продолжительномъ движеніи у больного появлялась одышка. Два первые сеанса продолжались 30", 3-ій 1', 4—1 1/2'. Послѣ четырехъ сеансовъ больной почувствовалъ улучшение, стрѣляющія боли стали рѣже и слабѣе; 5 сеансъ—2', послѣ этого сеанса у больного появился шумъ въ ушахъ, сонливость, мураши въ пальцахъ рукъ и въ нижнихъ конечностяхъ и боли въ области сердца; явленія продолжались въ теченіе 3 дней. Сдѣлавъ перерывъ въ 6 дней, авторъ попробовалъ снова подвѣсить больного на 1', несмотря на краткость сеанса прежнія непріятныя явленія повторились, послѣ чего автору пришлось отказаться отъ подвѣшиваній. Только что приведенный случай далъ право Dr. B. подтвердить наблюденіе *Charcot*, что пороки сердца составляютъ формальное противопоказаніе къ примѣненію подвѣшиванія.

Въ вышеупомянутой статьѣ *Paul Blocq*'а собраны и систематически изложены противопоказанія къ подвѣшиванію. Противопоказанія къ подвѣшиванію могутъ быть раздѣлены на 3 группы: I. Вслѣдствіе какихъ либо измѣненій общаго состоянія. II. Вслѣдствіе нѣкоторыхъ страданій сердца, легкихъ и нервной системы. III. Вслѣдствіе нѣкоторыхъ мѣстныхъ страданій. Къ первой группѣ относятся состоянія анемія и общей слабости, происходятъ ли они отъ самого нервнаго страданія или зависятъ отъ какой либо сопутствующей болѣзни. Отеки и тучность, хотя еще не противопоказываютъ прямо подвѣшиванія, но во всякомъ случаѣ обязываютъ быть очень осторожнымъ, и у такихъ больныхъ лучше пользоваться методомъ подвѣшиванія, рекомендованнымъ *Weir-Mitchell*'емъ (локотники и раздѣленіе тракціи, сначала за локти и только затѣмъ за голову). Такъ какъ во время подвѣшиванія дыханіе измѣняется, становясь частымъ и поверхностнымъ, то противопоказаніемъ къ подвѣшиванію могутъ служить болѣзни легкихъ, сопровождающіяся одышкой,

1) Revue d' Hygiène therapeutique. № 5 Mai, p. 155, 1889.

каковы: чахотка и эмфизема. Также известно, что подвѣшиваніе имѣетъ вліяніе на сосудистую систему, увеличивая частоту пульса и давленіе въ сосудахъ, поэтому его не слѣдуетъ примѣнять при атероматозѣ, у лицъ, склонныхъ къ приливамъ крови къ головѣ или предрасположенныхъ къ апоплексіи. Не слѣдуетъ примѣнять подвѣшиванія даже при компенсированныхъ порокахъ сердца. Еще очень недостаточно разработаны противопоказанія со стороны нервной системы; изъ первыхъ сообщеній казалось, что страданія, сопровождающіяся спастической параплегіей, отъ подвѣшиванія ухудшаются, но затѣмъ напр. *Bancel* сообщилъ д-ру *Blocq*'у о случаѣ *tabes spasmodique*, въ которомъ подвѣшиваніе значительно улучшило состояніе больного. Наклонность къ параличамъ *n. radialis*, головокруженія и проч. могутъ при известныхъ обстоятельствахъ противопоказывать подвѣшиваніе. Къ третьей группѣ мѣстныхъ страданій слѣдуетъ отнести *caries* зубовъ и наблюдающуюся у нѣкоторыхъ табетиковъ наклонность къ произвольнымъ переломамъ.

Одинъ печально кончившійся случай подвѣшиванія опубликовалъ также *prof. W. Erb*.¹⁾ Дѣло шло о табетикѣ, который былъ боленъ съ 1887 года довольно тяжелой формой спинной сухотки. Больной—сифилитикъ, послѣ ртутнаго леченія у него наблюдалось замѣтное улучшеніе, позднѣе развилась артропатія колѣна и умѣренная атаксія. Пациентъ—высокій и тяжелый мужчина. Съ 6 апрѣля по 28 было сдѣлано ему 11 подвѣшиваній, сначала субъективно больной нѣсколько улучшился, но съ 6 подвѣшиванія появились припадки головокруженія, чувство давленія въ груди, усиленіе головокруженія, искры передъ глазами, увеличеніе слабости, подгибаніе колѣнъ и проч. Вслѣдствіе такихъ явленій въ леченіи сдѣланъ перерывъ. 2 мая—внезапная смерть (параличь *n. vagi*?). Вскрытіе: дегенерація заднихъ столбовъ, артропатія, остеосклерозъ, но ничего, что могло бы объяснить внезапную смерть. Была ли здѣсь смерть прямымъ резуль-

1) *Prof. W. v. Erb. Bemerkungen über die Suspension bei Tabischen. Neurol. Centralblatt № 13, 1889. p. 406.*

татомъ вреднаго вліянія подвѣшиванія, *Erb* сказать затрудняется, однако, принимая въ расчетъ большой вѣсъ больного, онъ не рѣшается также и совершенно исключить подвѣшиванія.

Лично побывавъ въ Парижѣ и узнавъ о результатахъ леченія подвѣшиваніями, *Erb* совместно съ докторомъ *Hoffmann* омъ съ марта 1889 началъ примѣнять новый методъ въ своей клиникѣ. Первая шесть наблюденій послужили ему матерьяломъ для доклада на Съѣздѣ южно-западныхъ нѣмецкихъ неврологовъ и психіатровъ въ маѣ 1889 г. Кромѣ вышецитированнаго случая смерти, авторъ получилъ у 3 больныхъ замѣтное ухудшеніе (23, 13 и 10 подвѣшиваній), хотя вначалѣ замѣчалось кое-какое улучшеніе почти въ каждомъ изъ этихъ случаевъ (сравни съ наблюденіями *Clarke*, стр. 35). Въ виду ограниченности сдѣланныхъ сеансовъ, нельзя отказаться отъ вопроса: не было ли бы въ этихъ случаяхъ при дальнѣйшемъ примѣненіи подвѣшиваній болѣе стойкаго улучшенія, какъ это наблюдалъ *Clarke* и какъ это видно изъ слѣдующаго случая самого *Erb*'а: у одного больного (4) послѣ первыхъ сеансовъ наступило улучшеніе чувствительности, но затѣмъ появились жестокія постоянныя боли, какъ никогда прежде, походка однако улучшалась и чувствительность въ рукахъ становилась тоньше; отправившись домой, больной однако не бросилъ подвѣшиваній и продолжалъ ихъ дѣлать дома; боли продолжались еще до 22 подвѣшиванія, но затѣмъ почти совершенно исчезли, и наступило медленно прогрессирующее улучшеніе. Послѣдній (6) больной послѣ 5 подвѣшиваній немного улучшился. Само собой понятно, что *Erb* не могъ назвать полученныхъ результатовъ очень ободряющими, однако онъ счелъ необходимымъ отмѣтить, что полученные имъ результаты могутъ обуславливаться тѣмъ, что почти во всѣхъ случаяхъ дѣло шло о свѣжемъ заболѣваніи съ относительно быстрымъ теченіемъ. „Необходимо продолжать наблюденія, говоритъ *Erb*, извѣстные результаты несомнѣнны и, конечно, ихъ нельзя объяснять психическимъ вліяніемъ (самовнушеніе)“. Въ заключеніе *Erb* не рекомендуетъ позволять больнымъ подвѣшиваться самимъ.

Въ преніяхъ по поводу доклада *Erb'a*, Dr. *Binswanger* упомянулъ, что Dr. *Kapeller* предлагаетъ новый методъ подвѣшиванія. Подвѣшивание производится не за голову, а за поясъ, облегающій грудь, голова при этомъ сильно сгибается кзади и покоится на держателѣ. Тѣло лежитъ на кровати, вытянутымъ вдоль, и такимъ образомъ вытягивается.

Prof. *M. Bernhardt* ¹⁾ опубликовалъ свои наблюденія надъ 21 больнымъ, леченнымъ подвѣшиваніемъ, 19 было мужчинъ и 2 женщины, всего было сдѣлано 256 подвѣшиваній въ срокъ съ 22 февраля по 27 мая 1889 г. Продолжительность сеанса до 3 м. Во время подвѣшиванія пульсъ *art. radialis* былъ около $\frac{1}{2}$ м. неощутимъ, частота пульса въ нѣсколькихъ случаяхъ непосредственно послѣ сеанса увеличивалась на 4—8 ударовъ въ 1' и 1 разъ уменьшилась на 4—6 ударовъ. У двухъ паціентовъ *Bernhardt* наблюдалъ во время подвѣшиванія непріятныя побочныя явленія: у 1 больного послѣ $\frac{1}{2}'$ висѣнія развился обморокъ безъ потери сознанія; серьезнѣе были явленія у второго больного, страдающаго около 5 лѣтъ болями, гортанными кризами и припадками головокруженія, этотъ больной однажды былъ снятъ съ аппарата въ безсознательномъ состояніи, зрачки его были расширены, въ рукахъ наблюдались судорожныя движенія; послѣ происшедшаго подвѣшиваній этому больному не дѣлали. Изъ двухъ больныхъ женщинъ одна оставила подвѣшиваніе послѣ перваго сеанса безъ причинъ, вторая послѣ 3-хъ подвѣшиваній была очень довольна и могла даже оставить необходимыя ранѣ инъекціи морфія. Изъ 19 мужчинъ 16 страдали спинной сухоткой въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ и лечились по всевозможнымъ методамъ, 1 паціентъ страдалъ атрофіей зрительныхъ нервовъ, 2-й паціентъ жаловался только на импотенцію, 3-й сдѣлалъ всего 3 подвѣшиванія и долженъ былъ покинуть Берлинъ. Табетики подверглись каждый въ среднемъ 15 подвѣшиваніямъ. Многіе больные съ энтузіазмомъ относились къ новому методу и заявляли объ исчезнувшихъ стрѣляю-

¹⁾ *M. Bernhardt*. Ueber die Behandlung Tabischer mittelst Suspension. Berlin. Klinisch. Wochenschrift. № 24. 1889.

щихъ боляхъ, улучшившейся походкѣ и проч. Конечно объ излеченіи болѣзни не могло быть и рѣчи, авторъ никогда не видѣлъ возвращенія колѣннаго рефлекса, улучшенія зрѣнія при атрофій зрительнаго нерва или возвращенія свѣтовой реакціи зрачковъ. Что касается продолжительности и стойкости улучшения послѣ прекращенія подвѣшиваній, то часть больныхъ оставалась свободной отъ болей, болѣе чѣмъ одинъ мѣсяць, дѣлая же по 3—4 подвѣшиванія въ недѣлю, больные чувствовали себя хорошо; нѣкоторые же больные, сдѣлавъ по 10 подвѣшиваній, оставили ихъ, не найдя желаемой пользы. Изъ выводовъ, къ которымъ пришелъ *Bernhardt*, интересны слѣдующіе: подвѣшиваніе примѣнимо въ большинствѣ случаевъ спинной сухотки; оно безопасно, если производится въ присутствіи врача, слѣдящаго за больнымъ; подвѣшиваніе, вѣроятно, не вытѣснитъ другихъ методовъ леченія спинной сухотки, но явится у большинства больныхъ хорошимъ временнымъ замѣстителемъ въ ряду другихъ мѣропріятій противъ *tabes*.

Въ статьѣ *A. Raoult* ¹⁾ не сообщается какихъ либо новыхъ наблюденій, статья обзорнаго характера и интересна лишь высказанная авторомъ въ концѣ статьи надежда, что пациентъ д-ра *О.О. Мочутковскаго* (больной, послѣ продолжительнаго леченія подвѣшиваніемъ, въ теченіе 5 лѣтъ не представлялъ никакихъ болѣзненныхъ явленій, кромѣ отсутствія колѣннаго рефлекса) не останется въ литературѣ одиночнымъ и въ будущемъ можно ждать описанія подобныхъ случаевъ.

Предпославъ краткій историческій очеркъ вопроса о леченіи *tabes* вытяженіемъ нервовъ и указавъ на причины, вслѣдствіе которыхъ это леченіе было оставлено, *Dujardin-Beaumetz* ²⁾ говоритъ, что методъ вытяженія возвращается теперь въ формѣ подвѣшиванія и на этотъ разъ, какъ онъ думаетъ, съ болѣе благоприятными результатами. Изъ 25 боль-

¹⁾ *A. Raoult*. Traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux par la suspension. Archives de Neurologie. T. XVIII p. 129. 1889.

²⁾ *Dujardin-Beaumetz*. De la suspension chez les tabétiques. Bull. gen. de therapeutique. T. LXVII. 1889.

ныхъ, лечившихся у *Dujardin-Beaumontz'a* подвѣшиваніями, большинство получили значительное облегченіе, у 4-хъ же было констатировано дѣйствительное объективное улучшение походки, которое можно видѣть на приложенныхъ къ статьѣ таблицахъ, на которыхъ графически по методу *Марса* записаны схемы походки. (Методъ состоялъ въ слѣдующемъ: атактикъ одѣвался во все черное и шелъ передъ чернымъ фономъ, имѣя прикрѣпленными на головѣ, плечахъ, бедрахъ, колѣнахъ и стопахъ электрическія лампочки. Съ помощью фотографическаго аппарата получалось изображеніе блестящихъ точекъ, при соединеніи которыхъ выходила совершенно точная схема походки). Улучшеніе, получаемое въ первыя двѣ недѣли, скоро прекращается и состояніе больного дѣлается стаціонарнымъ. 6 изъ больныхъ не получили никакихъ результатовъ. У одного изъ больныхъ даже короткое подвѣшиваніе вызывало обморокъ, у другого рѣзко обострились боли, и леченіе пришлось прекратить. Сеансы начинались съ 30'' и увеличивались постепенно до 3'. При подвѣшиваніи кончики пальцевъ ногъ касались почвы (и при такомъ способѣ лицо часто краснѣло и иногда появлялся ціанозъ). Подвѣшиванія примѣнялись также по методу *Pichery*, методу, представляющему комбинацію гимнастики съ подвѣшиваніемъ. Почти всѣ больные переносили сеансы хорошо и почти всѣ чувствовали во время сеанса жаръ въ поясницѣ и ногахъ. Въ статьѣ *Dujardin-Beaumontz'a* есть ссылка на *Schauffard'a*, который въ случаѣ *tabes convulsif* получилъ почти полное исцѣленіе. Что касается способа дѣйствія подвѣшиванія, то *Dujardin-Beaumontz* думаетъ, что оно дѣйствуетъ, какъ вытяженіе нервовъ. Нижнія конечности составляютъ противовытяженіе тракціи, приложенной къ верхнимъ конечностямъ. При этомъ способѣ вытяженія происходитъ измѣненіе питанія спинного мозга и особенно заднихъ столбовъ. Исходя изъ идеи, что подвѣшиваніе дѣйствуетъ вытяженіемъ, авторъ совѣтуетъ видоизмѣнить эмпирическій методъ на болѣе научный и рекомендуетъ пользоваться динамометрами для измѣренія силы тракціи, приложенной какъ къ верхнимъ, такъ и къ нижнимъ конечностямъ. Подвѣшиваніе, по автору, хотя не исцѣляетъ сухотки, но извѣстному числу больныхъ облегчаетъ

многіе симптомы, а въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ даетъ атактикамъ относительное исцѣленіе. Методъ заслуживаетъ, чтобы быть сохраннымъ, въ особенности въ виду его безвредности.

Balaban ¹⁾ въ своей диссертациі поставилъ себѣ цѣлью отмѣнить результаты подвѣшиванія по методу *Мочутковскаго* и значительныя преимущества этого метода передъ другими способами леченія. Конечно, подвѣшиваніе не имѣетъ претензіи давать больнымъ полное выздоровленіе, но когда нельзя исцѣлить, необходимо хотя помочь, и подвѣшиваніе это дѣлаетъ, какъ ни одинъ способъ, до него употреблявшійся. «Теперь, говоритъ авторъ, болѣе, чѣмъ когда либо, можетъ быть исполнено желаніе *Romberg'a*, чтобы табетикамъ была предоставлена сравнительно сносная жизнь среди ихъ семьи и ихъ занятій». Всѣхъ больныхъ атактиковъ, которыхъ лечилъ *Balaban* подвѣшиваніями, было 9 человекъ: 7 м. и 2 женщ., возрастъ больныхъ отъ 31—67 л. Только двое больныхъ хворали около 4—6 лѣтъ, остальные 10—14 лѣтъ. Въ среднемъ сдѣлано каждому больному около 30 сеансовъ (237 сеансовъ и въ одномъ случаѣ не сказано сколько). Какъ и въ наблюденіяхъ другихъ авторовъ, *Balaban'омъ* отмѣчается улучшеніе походки, стрѣляющихъ болей, головныхъ болей, припадковъ рвоты, мочеиспусканія и проч.; въ 4 случаѣ отмѣчено, что бывшая диплопія исчезла. Результаты, полученные авторомъ, привели его къ выводу, что подвѣшиваніе по методу *Мочутковскаго* оказалось при леченіи спинной сухотки и нѣкоторыхъ другихъ страданій спинного мозга очень дѣйствительнымъ. Подъ его вліяніемъ почти всѣ табетическія явленія, исключая явленій со стороны сухожильныхъ рефлексовъ, способны уменьшиться и даже исчезнуть, улучшеніе начинается послѣ первыхъ 5—6 подвѣшиваній. Послѣ 30 сеансовъ улучшеніе обыкновенно останавливается или даже наступаетъ нѣкоторое ухудшеніе, заставляющее прекратить леченіе на нѣкоторое время, въ общемъ на 15—20 дней. Подвѣшиваніе безопасно, если примѣняется

1) *Balaban*. Traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension. Thèse de Paris. 1889.

осторожно, и сеансы не превышают 4'. Подвѣшивание действительно въ начальномъ стадіи въ періодѣ стрѣляющихъ болей и очень полезно въ двухъ послѣднихъ періодахъ болѣзни. *Balaban*'у кажется вѣроятнымъ, что подвѣшивание и вытяженіе нервовъ имѣютъ аналогичное дѣйствіе, къ сожалѣнію обоимъ методамъ еще недостаетъ фізіологической основы. Въ статьѣ *Balaban*'а приводится также и взглядъ *Dujardin-Beaumetz*'а, который, основываясь на опытахъ *Brown-Sequard*'а, что сжатіе межреберныхъ нервовъ даетъ анэмію спинного мозга, признаетъ таковое сжатіе нервовъ при подвѣшиваніи и анэміей спинного мозга старается объяснить дѣйствіе послѣдняго, равно какъ и быстроту дѣйствія (иногда непосредственно послѣ сеанса).

Saundby ¹⁾ опубликовалъ 3 случая спинной сухотки, гдѣ онъ примѣнялъ подвѣшивание. Въ одномъ онъ получилъ несомнѣнное улучшеніе, однако въ виду того, что онъ примѣнялъ одновременно іодъ и электричество, его случая нельзя принимать въ расчетъ.

W. H. Witt ²⁾ въ письмѣ въ редакцію сообщаетъ, что еще съ 10 марта онъ примѣняетъ подвѣшивание только за голову (рекомендованное также *Hammond*'омъ) и находитъ этотъ родъ вытяженія позвоночника болѣе дѣйствительнымъ.

Sydney Short ³⁾ сообщаетъ о 6 случаяхъ, леченныхъ подвѣшиваніями подъ наблюденіями *Dr. Saundby*. Подвѣшивание болѣею частью переносилось хорошо, лишь въ одномъ случаѣ появлялась слабость и больному становилось дурно; нѣкоторые заявляли, что во время сеанса они испытывали шумъ въ ушахъ, чувство жара въ спинѣ, но болѣе никто не испытывалъ. На основаніи своихъ наблюденій авторъ затрудняется сказать положительно, чтобы въ которомъ нибудь изъ случаевъ была получена дѣйствительная польза отъ подвѣшиваній, однако въ 1-мъ случаѣ авторъ признаетъ, что пациенту стало лучше: по

1) *Saundby*. Suspension in the treatment of locomotor ataxy. The Brit. med. journ. p. 469, 1889.

2) *W. H. Witt*. N. j. Med. Journ. p. 690, 1889.

3) *Sydney Short*. Six cases of disease of the spinal cord treated by suspension. The British. med. journal. p. 602. 1889.

окончаниі леченія онъ тверже ходилъ и проч. Къ сожалѣнію и эти 6 случаевъ, какъ и первые 3 пациента *Saundby*, не могутъ служить матерьяломъ для вопроса о пользѣ или вредѣ подвѣшиваній, такъ какъ одновременно съ послѣдними примѣнялось ртутное леченіе. Кромѣ 1-го случая, о которомъ упомянуто выше, въ остальныхъ пяти больные выписывались въ томъ-же состояніи, въ какомъ поступили.

E. de Rienzi ¹⁾ сообщилъ быстрое излеченіе подвѣшиваніемъ одного больного, страдавшаго хроническимъ спинальнымъ менингитомъ. Въ виду исключительности сообщенія, приведемъ въ сжатомъ видѣ исторію этого случая: М. Р. 34 л., крестьянинъ. Въ анамнезѣ—половые излишества, простуда, лихорадки. Боленъ съ апрѣля 1888 г., послѣ простуды черезъ 3 дня почувствовалъ боли при сгибаніи и усталость при работѣ, несмотря на это больной продолжалъ занятія, пока наконецъ боли не усилились настолько, что пациентъ принужденъ былъ слечь, жалуясь на мураши, боли въ бедрахъ, ослабленіе половой функціи и затрудненіе походки. *Stat. praesens.* Пролежень на крестцѣ. Чувство постоянной боли въ поясницѣ, при каждомъ движеніи боль усиливается. Болѣзненность позвоночника на IX грудномъ позвонкѣ. Вращеніе туловища невозможно, вслѣдствіе ригидности позвоночника. Не можетъ стоять безъ поддержки. Болевая, тактильная и термическая чувствительность понижены. Колѣнные рефлексy крайне слабы. Сначала 2 дня больной электризовался безъ всякой пользы, затѣмъ его стали подвѣшивать на аппаратъ *Sayer'a*. Сеансы черезъ день, каждое подвѣшиваніе длилось 2—3', всего сдѣлали 5 подвѣшиваній. На другой день послѣ 1-го сеанса больной субъективно чувствовалъ себя лучше. Послѣ 2-го подвѣшиванія онъ пошелъ съ палкой, и боли стали слабѣе. Послѣ 5-го подвѣшиванія боли совершенно исчезли, позвоночникъ свободно поворачивался, походка была нормальна. Такимъ образомъ больной былъ выписанъ здоровымъ. Во время сеансовъ подвѣшиванія больной дѣлалъ гимнастическія упражненія ниж-

¹⁾ *E. de Rienzi.* La sospensione nella cura della meningite cronica spinale. *Rivista clinica e terapeutica* p. 113, 1889.

ними конечностями. Этотъ случай вошелъ также въ число 13, сообщенныхъ *Rienzi* ¹⁾ нѣсколько позднѣе. Изъ этихъ 13—8 лѣчились стаціонарно и 5 проходящими. По роду заболѣваній случаи распредѣлялись такимъ образомъ: *tabes dorsalis*—7, *tabes spasmodique*—1; *sclérose en plaques*—2; *meningo-myelitis chronica* 2; *haematomyelia* 1. Изъ 7 случаевъ спинной сухотки въ 3-хъ не было никакого результата, но слѣдуетъ замѣтить, что у этихъ больныхъ было сдѣлано очень мало подвѣшиваній, отъ 1—5. Въ другихъ случаяхъ спинной сухотки (4) наблюдалось улучшение стрѣляющихъ болей, въ 1 случаѣ боли эти совершенно исчезли, въ остальныхъ значительно ослабѣли. Во всѣхъ 4 случаяхъ походка немного стала лучше. При *tabes spasmodique* также наблюдалось улучшение походки. Въ 2 случаяхъ разсѣяннаго склероза ригидность нижнихъ конечностей стала меньше. Какъ уже извѣстно, въ 1 случаѣ *meningo-myelitis chronica* авторъ достигъ излеченія, другой больной также значительно улучшился. При *haematomyeliae* не было достигнуто никакого результата. Всѣми больными подвѣшиваніе переносилось хорошо. Такъ какъ подвѣшиваніе изъ двухъ случаевъ *meningo-myelitis* привело къ излеченію въ томъ, гдѣ были наиболѣе затронуты оболочки, то авторъ считаетъ этотъ фактъ подтверждающимъ гипотезу, что подвѣшиваніе дѣйствуетъ вытяженіемъ, разрывая воспалительныя сращенія менинговъ и улучшая кровообращеніе въ спинномъ мозгу.

Mouisset ²⁾ пользовался подвѣшиваніями въ 8 случаяхъ. Подвѣшиванія производились по методу *Мочутковскаго*. Тучныхъ субъектовъ лечили на наклонной плоскости по методу *Volkmann'a*. Всего лѣчилось 7 муж. и 1 ж. Не получилось результатовъ только въ 1 случаѣ (наблюденіе 7-е), но здѣсь подвѣшиваніе не могло быть продѣлываемо систематически, такъ какъ этому мѣшало кахектическое состояніе больного, подвѣшиваніе вызывало у него головокруженіе, расстройство зрѣнія и слуха и чувство мурашей въ конечностяхъ; все это проходило,

¹⁾ *Rienzi*. Rivista clin. terap. 1889.

²⁾ *Mouisset*. Note sur le traitement de l'ataxie par la suspension. Lyon Medical № 32, 1889.

какъ только прекращался сеансъ. Интересны также явленія, наблюдавшіяся у больного № 8: во время 2-го сеанса онъ почувствовалъ шумъ въ ушахъ, разстройство зрѣнія, боли въ подбородкѣ и затылкѣ. Въ 7 случаяхъ наблюдалось болѣе или менѣе хорошее улучшение и лишь въ 1 исчезнувшія боли вернулись снова и не уступили леченію, обыкновенно же улучшение стрѣляющихъ болей кончалось ихъ прогрессивнымъ уменьшеніемъ. Въ № 4 было замѣчено появленіе долго отсутствовавшего мышечнаго чувства. Улучшеніе походки и исчезаніе атаксіи замѣчательны. На функціи пузыря и прямой кишки и половое чувство подвѣшиваніе постоянно оказывало хорошее вліяніе. Нисколько не улучшились глазныя разстройства (2 случая ослабленія зрѣнія и паралича п. abducentis). Колѣнный рефлексъ также не вернулся ни въ одномъ случаѣ. Эффектъ леченія проявлялся послѣ 6—8 сеансовъ, въ теченіе мѣсяца прогрессировалъ, а затѣмъ оставался стаціонарнымъ, хотя бы леченіе продолжалось. Особенно замѣчательнъ благотворный эффектъ непосредственно послѣ сеанса. Наиболѣе переносимая продолжительность сеанса 4 минуты. Подвѣшиваніе, конечно, только палліативъ, но никогда спинная сухотка не ухудшалась отъ подвѣшиванія и никогда теченіе ея не принимало болѣе быстрого характера. Къ непріятнымъ случайностямъ при подвѣшиваніи болѣе расположены больные съ черепными разстройствами.

Will. Gosselin ¹⁾ въ своей диссертациіи описываетъ 10 случаевъ, пользованныхъ имъ въ госпиталѣ Laennec въ отдѣленіи проф. *Damaschino*. Изъ 10 случаевъ 2 муж. и 8 женщ., по роду заболѣванія 2 случая разсѣяннаго склероза, семь случаевъ спинной сухотки и въ 1 случаѣ діагнозъ не ясенъ. Подвѣшиванія производились по методу *Charcot-Mouchonковскаго*. Въ каждомъ случаѣ было сдѣлано отъ 10—36—41 сеансовъ. Подвѣшиваніе переносилось хорошо, только у 2-хъ больныхъ оно вызывало общее дрожаніе тѣла и въ 1 случаѣ боли въ области почекъ, что вынудило даже прекратить

¹⁾ *Will. Gosselin*. De la suspension dans l'ataxie locomotrice progressive et dans deux cas de sclérose en plaques. Thèses de Paris. № 9, 1889.

сеансы на нѣсколько дней. Какъ другіе авторы, такъ и *Gosselin* наблюдали, что въ первомъ періодѣ *tabes* подвѣшиваніе пользы не приноситъ. Улучшенія послѣ подвѣшиванія замѣчались въ движеніи, въ общемъ состояніи и у нѣкоторыхъ больныхъ улучшилась чувствительность. Слѣдуетъ замѣтить, что въ случаѣ 5 и 6 по прекращеніи леченія боли возобновились съ прежней жестокостью. Въ случаяхъ, гдѣ наблюдалось ослабленіе зрѣнія, подвѣшиваніе на этотъ послѣдній симптомъ не оказало никакого вліянія, какъ и на другіе глазные симптомы (5, 6 и 9 случаи). Въ обоихъ случаяхъ разсѣянаго склероза наблюдалось улучшеніе походки, мочеотдѣленія и общаго состоянія. Авторъ приходитъ къ выводу, что подвѣшиваніе по способу *Мочутковскаго* даетъ хорошіе результаты при спинной сухоткѣ и благоприятно вліяетъ на все симптомы, за исключеніемъ колѣнныхъ рефлексовъ. 2 случая улучшенія разсѣянаго склероза даютъ право надѣяться, что и при этой формѣ можетъ быть подвѣшиваніе окажетъ услугу. Касаясь способа дѣйствія подвѣшиванія, авторъ только отмѣчаетъ идентичность полученныхъ отъ подвѣшиванія терапевтическихъ результатовъ съ таковыми же, получавшимися прежде при вытяженіи нервовъ.

Raymond ¹⁾ подчеркиваетъ тѣ посредственные результаты, которыми обычно кончалось примѣненіе различныхъ терапевтическихъ средствъ при спинной сухоткѣ. «Подвѣшиваніе, говоритъ онъ, кажется дало лучшіе результаты; если оно и не исцѣляетъ страданія, то дѣлаетъ сноснымъ существованіе несчастныхъ больныхъ».

Edward Waitzfelder ²⁾, читая первыя сообщенія о леченіи спинной сухотки подвѣшиваніями, пришелъ къ заключенію, что леченіе это чисто эмпирическое, не научное и идущее въ разрѣзъ съ теоріей; заявленія авторовъ, что при продолжительномъ примѣненіи подвѣшиваній въ тяжелыхъ случаяхъ спинной сухотки они достигали почти исцѣленія, стоятъ въ противорѣчьи съ существующими ученіями о пато-

¹⁾ Dictionnaire encyclopedique des sciences medicales. 1889.

²⁾ *E. Waitzfelder*. Suspension in the treatment of locomotor ataxia. The medic. Record. 8 Jun. p. 629. 1889.

логической анатоміи спинной сухотки и съ учениемъ о регенерации нервной ткани. Совершенно не вѣря въ новый методъ, только изъ чувства долга, *Waitzfelder* началъ примѣнять своимъ больнымъ подвѣшиванія. Всѣ пациенты были мужчины. Подвѣшиванія производились на аппаратъ *Sayer'a*. Сначала больные по ошибкѣ были подвѣшиваемы 3 раза въ день, такъ что первыя 15 подвѣшиваній во всѣхъ случаяхъ сдѣланы были въ теченіе 5 дней, въ 2-хъ случаяхъ получено замѣтное и быстрое улучшеніе въ началѣ леченія. Затѣмъ подвѣшиванія стали производиться черезъ день, сеансы длились отъ $1\frac{1}{2}'$ до $3'$ (съ 6-го подвѣшиванія), больные приподнимались настолько, что кончики пальцевъ ногъ касались почвы, иногда подвѣшивали безъ подмышниковъ. Въ первомъ случаѣ послѣ 15 подвѣшиваній уменьшилось недержаніе мочи, болей не было все время леченія, походка стала тверже; послѣ 24 сеансовъ больной удерживаетъ мочу въ теченіе 10 мин., судороги стопъ и голеней не появлялись, идти можетъ почти прямо съ закрытыми глазами. Во второмъ случаѣ при пораженіи мозжечка подвѣшиваніе не дало никакихъ объективныхъ перемѣнъ. Въ 3-мъ случаѣ спинной сухотки послѣ 24 сеансовъ пациентъ полагалъ, что боли стали чаще и сильнѣе, походка же дѣйствительно значительно улучшилась, мочеиспусканіе стало свободнѣе, частыя ранѣе судороги прекратились. Въ четвертомъ случаѣ (*tabes*) послѣ 15 подвѣшиваній общее состояніе очень улучшилось. Послѣ 25 подвѣшиваній—рѣзкое улучшеніе походки, судороги стали очень рѣдки, болей не было съ начала леченія, улучшилось также мочеиспусканіе, наблюдалось кромѣ того увеличеніе мышечной силы. Въ пятомъ случаѣ (*tabes*) кромѣ улучшеній движенія послѣ 16 подвѣшиваній почти исчезла диплопія. Въ шестомъ случаѣ (*tabes*), больной, страдавшій около 5 лѣтъ и въ послѣднее время совершенно парализованный, послѣ 15 сеансовъ совершенно освободился отъ болей и могъ ходить, какъ до болѣзни. Удивленный полученными результатами, *Waitzfelder* вначалѣ приписывалъ улучшенія психическому воздѣйствію, но въ концѣ концовъ пришелъ къ убѣжденію, что методъ дѣйствительно и непосредственно имѣетъ

вліяніе на спинной мозгъ, но какъ—этого авторъ объяснить не можетъ; не допуская однако мысли, чтобы спинной мозгъ могъ самъ вытягиваться, *Waitzfelder* думаетъ, что можетъ быть происходить вытяженіе корешковъ, вліяющее въ свою очередь на кровообращеніе въ спинномъ мозгу и его оболочкахъ. Въ заключеніе авторъ убѣдился, что при подвѣшиваніи происходитъ не только субъективное (которое и само по себѣ очень важно), но и объективное улучшеніе болѣзненныхъ симптомовъ.

Въ *Société nationale de Médecine de Lyon*, въ засѣданіи 8 іюля 1889 г. *Teissier* ¹⁾ демонстрировалъ двухъ больныхъ женщинъ, атактичекъ. 1-я жаловалась на жестокия стрѣляющія боли. Сдѣлано 10 сеансовъ. Боли прекратились, исчезъ симптомъ Ромберга, походка стала удовлетворительной. 2-я больная поступила съ *mal perforant* подошвы и полной двигательной атаксіей, не позволявшей больной покинуть постель. Послѣ 5 сеансовъ больная могла стоять, а послѣ 9 могла ходить. При выпискѣ она безъ труда вошла на лѣстницу. *Teissier* имѣлъ еще 3-ю больную, которая послѣ каждого сеанса выдѣляла въ мочѣ бѣлокъ,—фактъ, указывающій, по автору, на то, что подвѣшиваніе имѣетъ вліяніе на продолговатый мозгъ.

Въ томъ же засѣданіи *Clement* заявилъ, что онъ также съ успѣхомъ примѣнялъ подвѣшиваніе, 1 атактичекъ освободился послѣ подвѣшиваній отъ стрѣляющихъ болей и сталъ лучше ходить. Трое больныхъ съ разсѣяннымъ склерозомъ также улучшились послѣ подвѣшиваній. Подвѣшиваніе, по мнѣнію *Clement*, должно сослужить хорошую службу при спинномозговыхъ заболѣваніяхъ. *Perret* примѣнялъ подвѣшиванія у дѣтей. Двое страдали атаксіей (послѣ дифтерита)—результатъ былъ хорошій. Въ 1 случаѣ хорей подвѣшиваніе не дало никакого эффекта.

David D. Stewart ⁴⁾ примѣнялъ подвѣшиваніе по способу *Мочутковскаго-Charcot* въ 14 случаяхъ, при этомъ вы-

¹⁾ *Teissier* Ataxie, traitée par la suspension. Lyon médicale № 28, 1889.

²⁾ *D. D. Stewart*. Report on the treatment of fourteen cases of disease of the spinal cord, by the method of suspension. Med. News. 1 Juni p. 592. 1889.

тяженіе производилось какъ съ подмышниками, такъ и безъ нихъ. Изъ 14 случаевъ—8 были *tabes dorsalis*, 7—во второмъ стадіи болѣзни и 1—въ первомъ; 3—*paralysis spinalis spastica*; 2—атактическая параплегія и 1—*meningo-myelitis*. Всего лѣчилось 11 мужч. и 3 женщ. Общее число сдѣланныхъ подъшиваній 352. У табетиковъ прежде другихъ симптомовъ было рѣзкое улучшеніе походки и стрѣляющихъ болей, въ этомъ отношеніи успѣхъ наблюдался у всѣхъ больныхъ и послѣ очень немногихъ сеансовъ. Существовало прямое отношеніе между терапевтическими результатами и временемъ появленія болѣзни и продолжительностью ея: болѣе хроническіе случаи скорѣе и сильнѣе поправлялись (случаи 3—7). Уменьшеніе или потеря полового чувства изъ 5 улучшилась только въ 1. Разстройства пузыря и прямой кишки исчезли въ 2-хъ случаяхъ, въ 1 исчезло повышеніе полового влеченія. Тактильная чувствительность много улучшилась въ 3-хъ и немного въ 1. Ипохондрическое настроеніе исчезло въ 5 случаяхъ. Ни у одного изъ 8 атактиковъ не возстановился колѣнный рефлексъ, даже при приѣмѣ Jendrassik'a. Изъ трехъ случаевъ *paralysis spinalis spastica* въ одномъ было значительное уменьшеніе ригидности и спазмодическаго паралича, у другого больного слабое улучшеніе, въ 3-мъ же случаѣ—никакого. У одного изъ этихъ больныхъ замѣчено ослабленіе клонуса стопы. Въ одномъ случаѣ атактической параплегіи сеансы подъшиванія были прерваны, въ другомъ улучшилась походка и ослабли боли. Глазныя разстройства (рѣзко выраженные въ 8 случаяхъ) остались безъ всякихъ перемѣнъ. Особенно хорошій успѣхъ былъ достигнутъ въ случаѣ *meningo-myelitis*, сдѣлано было 31 подъшиваніе, больной, находившійся въ полной параплегіи, послѣ 2-го подъшиванія могъ стоять съ костылями, послѣ 4-го сталъ ходить съ костылями, затѣмъ онъ ходилъ только съ тростью, въ конечностяхъ уменьшилась ригидность и улучшилось ихъ питаніе; улучшился подошвенный рефлексъ, значительно уменьшилась и анестезія подошвъ. Въ заключеніе авторъ приходитъ къ выводу, что подъшиваніе очень полезно при локомоторной атаксіи; въ виду наблюдавшагося улучшенія при спастиче-

скомъ спинномозговомъ параличѣ и *meningo-myelit'ѣ*, подвѣшивание слѣдуетъ пробовать примѣнять и при этихъ страданіяхъ. Сомнѣваясь въ томъ, чтобы подвѣшивание могло излечивать органическія болѣзни спинного мозга, авторъ однако считаетъ, что не настало еще время окончательно отвѣтить: имѣемъ ли мы въ подвѣшиваніи радикальное средство или только палліативъ.

Въ засѣданіи 5-го іюня 1889 г. въ Медицинскомъ Женевскомъ Обществѣ *Dr. Lombard* прочелъ отъ имени *Dr. Appia* ¹⁾ сообщенное ему д-ромъ *Burrough* наблюденіе, гдѣ больной атактичѣ значительно улучшился отъ подвѣшиванія. Въ томъ же засѣданіи *Dr. Revilliod* сообщилъ, что онъ лечилъ подвѣшиваніемъ 13 больныхъ, изъ которыхъ только 4 были табетичи. Въ одномъ случаѣ тяжелаго *tabes* больной около 9 лѣтъ остается въ кровати—поражены всѣ конечности—18 сдѣланныхъ подвѣшиваній не оказали никакой пользы. У остальныхъ атактиковъ было замѣчено улучшение походки, болей и симптома Ромберга; въ одномъ случаѣ табетической стопы съ прободающей язвой съ первыхъ же сеансовъ ослабли боли, и опухоль стопы уменьшилась на 4 снт. въ окружности. Ободренный такимъ успѣхомъ, авторъ примѣнилъ подвѣшиваніе въ одномъ случаѣ *mal perforant* не табетического происхожденія и также съ удовлетворительнымъ результатомъ. Подвѣшиваніе оказалось дѣйствительнымъ въ трехъ случаяхъ импотенціи. Изъ 4 случаевъ разстройство дѣятельности мочевого пузыря улучшение послѣдовало только у одного больного и, наконецъ, въ 1 случаѣ спастическаго паралича наблюдалось улучшение походки.

Glatz ²⁾ въ преніяхъ заявилъ, что онъ въ одномъ случаѣ импотенціи сдѣлалъ 20 сеансовъ безъ всякаго успѣха.

Goetz ³⁾ видѣлъ улучшение двухъ случаевъ спинной сухотки (походка и запоры).

1) *Revue medicale de la Suisse Romande*, p. 436. 1889.

2) *Ibid.*

3) *Ibid.*

Russel и *Taylor*¹⁾ въ 1889 году опубликовали первую серію своихъ наблюдений о леченіи подвѣшиваніемъ нервныхъ болѣзней. Наблюдения велись въ Национальномъ Госпиталѣ для паралитиковъ и эпилептиковъ въ Лондонѣ. Всѣхъ наблюдений было 16, изъ нихъ 14 случаевъ спинной сухотки, 1 случай *sclerosis lateralis* и 1 „атактической параплегии *Gowers'a*“. Сеансы отъ 1/2' до 4'. Изъ неприятныхъ явленій во время подвѣшиванія авторы приводятъ боли въ шеѣ, затылкѣ и въ челюстяхъ, съ № 5 и 9 бывало во время подвѣшиванія чувство слабости, № 8 изъ за этой слабости просилъ прекратить сеансы, подвѣшиванія также прекращены были въ № 14 и 16. Что касается результатовъ леченія, то въ 6 случаяхъ авторы получили ухудшеніе, 5 случаевъ остались безъ переменъ, въ остальныхъ пяти оказалось улучшеніе, въ трехъ изъ нихъ, въ то время, какъ они подверглись леченію, но затѣмъ въ одномъ случаѣ былъ рецидивъ болѣзни и больной въ общемъ ухудшился; въ другомъ случаѣ, было сдѣлано 25 подвѣшиваній безъ успѣха, черезъ мѣсяць состояніе здоровья ухудшилось, сдѣлали снова 10 подвѣшиваній, на этотъ разъ больной сталъ поправляться и улучшеніе сохранилось впредь до выписки. Въ виду неудачи послѣ первыхъ 25 подвѣшиваній авторы полученное отъ вторыхъ 10 подвѣшиваній улучшеніе считаютъ случайнымъ. (Изъ вышеприведенныхъ наблюдений другихъ авторовъ можно было видѣть, что часто подвѣшиваніе, давъ сначала нестойкое улучшеніе, давало затѣмъ ухудшеніе и только вторично появляющееся улучшеніе оказывалось уже болѣе стойкимъ, сравни наблюдения *Erb'a*, *Valaban'a*, *Ladame* и др.). Пациентъ № 12, у котораго выдающимся симптомомъ его заболѣванія была атрофія зрительныхъ нервовъ, хотя и заявлялъ, что зрѣніе его становится лучше, однако при тщательномъ изслѣдованіи это не подтвердилось. Ни въ одномъ случаѣ улучшеніе не достигло такой степени, чтобы пациенты могли стоять съ закрытыми глазами, равно какъ остались безъ переменъ отсутствіе колѣннаго рефлекса и свѣтовая

1) *Russel* и *Taylor*. Notes on some cases treated by suspension an the National Hospital for the paralysed and epileptic. The Lancet p. 785. 1889.

реакція зрачковъ. „И такъ, говорятъ авторы, мы видимъ, что въ большей части случаевъ не было улучшенія, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣчалась даже тенденція къ худшему“. При боковомъ склерозѣ больной послѣ подвѣшиваній сталъ ходить хуже, съ бѣльшими затрудненіями. Послѣдній же больной съ атактической параплегіей при всякомъ подвѣшиваніи чувствовалъ боль въ epigastrium и тошноту, поэтому на четвертомъ подвѣшиваніи леченіе было прервано.

*Camille Bangel*¹⁾ описываетъ одинъ случай tabes spasmodique, въ которомъ леченіе подвѣшиваніемъ сопровождалось относительнымъ успѣхомъ, — послѣ 33 сеансовъ по 4' каждый было замѣчено улучшеніе походки, угнетенное настроеніе духа подъ вліяніемъ сознанія неизлечимости своей болѣзни прошло; авторъ рассчитываетъ, продолжая леченіе, добиться дальнѣйшаго улучшенія.

*Lewis Hickey*²⁾ подвѣшивалъ пять больныхъ спинно-сухоточныхъ. Пациентовъ подвѣшивали только за голову, подмышники примѣнялись лишь при полномъ поднятіи съ земли. Только въ первомъ случаѣ леченіе было благопріятно и то одновременно больной получалъ іодистый калий; въ этомъ случаѣ сдѣлано было 28 сеансовъ; улучшилась походка и мышечная сила; атаксія осталась, равно какъ и разстройство чувствительности ногъ и ступней. Во второмъ случаѣ послѣ 15 подвѣшиваній не замѣчено никакого улучшенія, во время подвѣшиванія пациентъ жаловался на головокруженіе, продолжавшееся нѣсколько часовъ послѣ сеанса. Въ третьемъ случаѣ (женщина) послѣ 15 подвѣшиваній развился сильный и продолжительный гастрическій кризъ, и больная не пожелала продолжать леченіе. Въ четвертомъ случаѣ подвѣшиваніе прервано послѣ 3 сеансовъ, во время сеанса боль въ лѣвомъ боку, послѣ—нервное состояніе. Въ пятомъ случаѣ леченіе было прервано на 9 сеансѣ—во время подвѣшиванія боль въ груди, послѣ—въ поясицѣ въ теченіе 3—4 часовъ;

1) *C. Bangel*. Tabes dorsal spasmodique. Amélioration considerable par la suspension. Revue medicale de l'Est p. 399. 1889.

2) *Lewis Hickey*. Five cases of locomotor ataxy, treated by suspension. Brit. Med. Journal. p. 765. 1889.

никакого улучшения ни со стороны мочеиспускания, ни со стороны болей и походки. Всѣ 5 случаевъ были во 2 стадіи заболѣванія.

Dr. *Churton*¹⁾ принадлежитъ къ противникамъ новаго метода, доводы автора, однако, основаны далеко не на богатомъ и хорошо обработанномъ матеріалѣ, а логическія операціи обращаютъ на себя серьезное вниманіе: такъ изъ двухъ случаевъ спинной сухотки, въ первомъ больной улучшился раньше, чѣмъ былъ готовъ аппаратъ для подвѣшиванія и, не сдѣлавъ ему ни одного сеанса, *Churton* счелъ возможнымъ внести его въ свою статью и даже въ заключеніи сказать, что онъ не имѣлъ никакой причины ждать чего либо хорошаго отъ подвѣшиванія въ данномъ случаѣ. Во второмъ случаѣ подвѣшиванія начаты съ 5 мин. продолжительности съ перваго же сеанса, сеансы производились ежедневно, больного поднимали только такъ, что пятеи его касались почвы, сеансы продолжались мѣсяць, въ результатѣ только ухудшеніе движенія. Сославшись на наблюденія Dr. *Saundby*, авторъ приходитъ къ выводу, что леченіе подвѣшиваніями бесполезно. Въ концѣ своей статьи *Churton* позволяетъ недостойную серьезнаго ученаго выходку, направленную противъ французскихъ невропатологовъ, приводитъ которую мы считаемъ излишнимъ.

Сообщеніе *Churton*'а не осталось безъ отвѣта и у себя на родинѣ: *Althaus*¹⁾ вскорѣ въ томъ же журналѣ помѣстилъ статью, гдѣ отмѣтивъ довольно смѣлый способъ обращенія съ научнымъ вопросомъ со стороны *Churton*'а, а равно и недостатки его техники примѣненія метода (сразу сеансы въ 5 мин. и подвѣшиваніе только за голову), въ свою очередь описываетъ случай, гдѣ подвѣшиваніе оказало по истинѣ блестящіе результаты. Въ виду того, что у приведеннаго больного возвратился даже колѣнный рефлексъ, мы сдѣлаемъ краткія выдержки изъ его исторіи болѣзни: больной, 56 л., находился подъ наблюденіемъ Dr. *Althaus*'а съ 1885 года,

1) *Churton*. Suspension for locomotor ataxy. The Brit. Med. Journ. p. 816. 1889.

2) *Althaus*. Suspension for locomotor ataxy. Brit. Med. Journal, p. 872. 1889.

сифилиса у больного не было. Въ 1883 году больной былъ выброшенъ изъ экипажа и получилъ сильный ушибъ позвоночника, вслѣдствіе чего онъ не могъ ходить въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ, затѣмъ ему стало лучше и онъ, поведимому, былъ здоровъ до 1885 г., когда у него постепенно развились симптомы спинной сухотки. При первомъ изслѣдованіи было обнаружено: симптомъ Ромберга, отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ, онѣмѣніе ступней и ногъ, припадки болей, ослабленіе дѣятельности мочевого пузыря и половой сферы и атаксія. Несмотря на тщательное леченіе, больному становилось все хуже, состояніе его осложнилось перикардитомъ, вызвавшемъ затрудненіе дыханія и отеки. Явленія атаксії появились и въ рукахъ, мышечная сила упала до 10 дѣленій динамометра въ правой рукѣ и до 6 въ лѣвой. Усилились боли. Кровохарканье. Въ мартѣ 1889 г. больному назначены подвѣшиванія. 1-ое подвѣшиваніе сдѣлано на $1/2'$, 2-е на $1'$, а 3-е на $1\frac{1}{2}'$; послѣ 3-го подвѣшиванія появилось улучшеніе походки и затѣмъ послѣдовало быстрое поправленіе. Послѣ 33-го подвѣшиванія больной прекратилъ леченіе, такъ какъ чувствовалъ себя хорошо. Колѣнные рефлексы, которыхъ навѣрно не было съ ноября 1885 года, появились вновь въ іюнѣ 1889 года. Мышечная сила рукъ была 95 и 70 дѣленій. Всѣ другіе симптомы спинной сухотки исчезли. Какъ долго будетъ продолжаться результатъ леченія, конечно, неизвѣстно. Въ концѣ статьи *Althaus* считаетъ невозможнымъ, чтобы методъ леченія, способный дать подобныя результаты, былъ бы когда-либо оставленъ, развѣ только будетъ открыто что либо еще лучшее.

Dr. *Churton* ¹⁾, конечно, отвѣчалъ Dr. *Althaus*'у и приведя 2 замѣчательныхъ, по его мнѣнію, случая полнаго самопроизвольнаго выздоровленія отъ спинной сухотки и нѣсколько случаевъ быстрого улучшенія, видитъ то же самое и въ случаѣ, описанномъ Dr. *Althaus*'омъ. Подвѣшиванію *Churton* предсказываетъ скорое и полное забвеніе, признаки чего онъ замѣчалъ въ Англіи уже тогда.

1) The Brit. Med. Journ. p. 920. 1889.

Неудачи, получаемыя нѣкоторыми авторами при примѣненіи новаго метода, *G. Garry*¹⁾ объясняетъ тѣми отступленіями отъ техники подвѣшиванія, которыя были допущены при производствѣ сеансовъ, несмотря на подробныя указанія, сдѣланныя *Charcot*; больныхъ стали приподнимать только такъ, чтобы пятки пациента оставались еще на полу, въ то время какъ въ *Salpêtrière*'ѣ больныхъ приподнимали совсѣмъ; продолжительность сеанса увеличивалась постепенно, теперь же стали подвѣшивать сразу на 5 мин. Причину неудачъ *Garry* старается объяснить еще и тѣмъ обстоятельствомъ, что контингентъ больныхъ у авторовъ состоялъ изъ случаевъ спинной сухотки, гдѣ слишкомъ далеко зашли органическія измѣненія спинного мозга, такъ какъ больные слишкомъ поздно обращались къ врачу. Однако, противъ этого можно привести наблюденія многихъ невропатологовъ, отмѣчавшихъ, что подвѣшиваніе особенно полезно именно въ позднихъ стадіяхъ *tabes a.* Въ 4 случаяхъ, бывшихъ подъ наблюденіемъ *Garry*, подвѣшиваніе у трехъ больныхъ дало хорошіе результаты, у четвертаго же не послѣдовало никакого улучшения.

*Hurry Fenwick*²⁾ въ медицинскомъ обществѣ въ Лондонѣ въ засѣданіи 25 ноября сдѣлалъ докладъ о случаѣ, гдѣ выдающійся симптомъ спинно-мозгового заболѣванія—атонія мочевого пузыря—и другіе симптомы (ослабленіе половой способности, атаксія и боли) уступили леченію полуподвѣшиваніемъ: пациента подвѣшивали только за руки. Больной находился подъ наблюденіемъ около 3-хъ мѣсяцевъ.

*Wood*³⁾, упомянувъ о *J. K. Mitchell*'ѣ и его методѣ леченія параличей *Pott*'а подвѣшиваніемъ за голову, указавъ на то, что накладываемый затѣмъ корсетъ поддерживаетъ только степень вытяженія, достигнутую при подвѣшиваніи, и отмѣтивъ наконецъ нѣкоторыя неудобства подвѣшиванія за

1) *G. Garry*. Suspension for locomotor ataxy. The Brit Med. Journal. p. 1036. 1889.

2) The Lancet. p. 1119. 1889.

3) *Wood*. The application of extension in Pott's disease and vertebral injuries. Medical News. 1889.

голову (боль въ шейныхъ мышцахъ), заявляетъ, что ему пришла мысль примѣнять вытяженіе такимъ образомъ, чтобы точки приложенія силы при тракции были на самомъ корсетѣ, теперь подвѣшивание производится не за голову, а только за грудной поясъ. Свой методъ авторъ испыталъ въ клиникѣ на одномъ больномъ. Сила вытяженія около 75 ф., сеансъ продолжался въ теченіе 4 часовъ, не причиняя больному никакого страданія. Пациентъ послѣ нѣсколькихъ такихъ сеансовъ вытяженія сталъ свободнѣе владѣть ногами.

A. Shaw ¹⁾ примѣнялъ подвѣшивание по видоизмѣненному способу, описанія котораго къ сожалѣнію въ отчетѣ не содержится, и сообщаетъ 3 случая. — 2 tabes dorsalis и 1 sclerosis multiplex. Въ обоихъ случаяхъ спинной сухотки авторъ получилъ улучшеніе почти всѣхъ симптомовъ болѣзни, и даже одинъ табетикъ заявляетъ, что зрѣніе его улучшилось (объективныхъ данныхъ въ исторіи нѣтъ). Въ случаѣ sclerosis multiplex улучшилось зрѣніе, рѣчь и движеніе.

Schilling (Nürnberg) ²⁾ пользовался для подвѣшивания обыкновеннымъ аппаратомъ *Sayer's*, но исходя изъ той мысли, что подвѣшивание только за голову сильнѣе дѣйствуетъ на шейную и грудную части спинного мозга, онъ подвѣшивалъ больныхъ безъ подмышниковъ и поднималъ ихъ съ сидѣнья. Переносилось подвѣшивание большею частью хорошо. Всѣхъ подвѣшиваній сдѣлано 185 у 15 лицъ. Изъ коротко сообщенныхъ исторій болѣзни видно, что лучшіе результаты были получены авторомъ при межреберныхъ невралгіяхъ и ischias'ѣ. Изъ 3-хъ случаевъ спинной сухотки улучшились 2, также съ успѣхомъ былъ леченъ 1 myelitis circumscripta; 1 случай полупареза послѣ апоплексія и 1 случай прогрессирующаго паралича остались безъ измѣненій. Съ пользой были лечены 1 paralysis spinalis spastica и 1 свѣжій случай дѣтскаго паралича. 1 старый случай poliomyelitis anterior и 1 старый случай мѣлита отъ сдавленія

1) *Shaw*. The Medical Record p. 472. 1889.

2) *Schilling*. Ueber die Suspension bei Rückenmarks und Nervenkrankheiten. Münch. medicinisch. Wochenschrift, p. 554. 1889.

остались безъ измѣненій, но свѣжій случай міэлита улучшился. На основаніи своихъ наблюденій авторъ пришелъ къ выводу, что подвѣшиваніе несомнѣнно даетъ временное улучшение ряда тяжелыхъ симптомовъ при нѣкоторыхъ спинно-мозговыхъ болѣзняхъ. Авторъ затрудняется еще сказать, какъ долго держится улучшение и какіе случаи слѣдуетъ рекомендовать лѣчить подвѣшиваніемъ, хотя подвѣшиваніе, по его мнѣнію, можетъ быть особенно рекомендовано при нѣкоторыхъ невралгіяхъ. Среди противопоказаній авторъ помѣщаетъ и эпилепсію. Относительно объясненія дѣйствія новаго метода авторъ придерживается взглядовъ *Charcot*.

Prof. *G. Stewart* ¹⁾ сдѣлалъ докладъ о лѣченіи подвѣшиваніемъ въ Единбургскомъ медико-хирургическомъ обществѣ. Авторъ лѣчилъ подвѣшиваніемъ 5 больныхъ, изъ нихъ 3 представляли явленія спинной сухотки, эти явленія всѣ послѣ примѣненія новаго метода значительно улучшились, при этомъ *Stewart* замѣтилъ, что сначала улучшение шло довольно быстро, затѣмъ слѣдовала пауза, послѣ которой начиналось постепенное и болѣе стойкое улучшение. 2 паціента были больны *paralysis spinalis spastica*, они также съ успѣхомъ пользовались новымъ методомъ. Всѣ больные переносили сеансы хорошо, иногда только тотчасъ послѣ операціи появлялась боль въ шеѣ. 1-й сеансъ былъ равенъ 10", второй 20" и т. д. до 4'. Сеансы производились черезъ день.

H. Thiem ²⁾, сообщивъ предварительно о раннемъ распознаваніи атаксіи (по наблюденію *Thiem*'а послѣ хлороформнаго наркоза атаксіа выражается у спинно-сухоточныхъ рѣзче и даже тогда, когда ее обычными методами открыть нельзя), упоминаетъ затѣмъ, что онъ одной табетичкѣ сдѣлалъ 11 подвѣшиваній по *Мочутковскому*. Боли и походка, а также самочувствіе улучшились. Колѣнный рефлексъ и зрачковые симптомы остались безъ перемѣнъ.

¹⁾ The Brit. Med. Journ. p. 1159. 1889.

²⁾ *H. Thiem*. Ein Hilfsmittel für die Erkennung beginnender Tabes. Deutsch. medicin. Zeitung p. 992, 1889.

Weir Mitchell ¹⁾ въ теченіе многихъ лѣтъ лѣчилъ параличи Pott'a, предписывая больнымъ полный покой, тоническія средства и дѣлая имъ прижиганія; затѣмъ, когда явленія ослабѣвали, онъ надѣвалъ имъ гипсовы й корсетъ; однако результаты такого леченія мало удовлетворили автора, и онъ перешелъ къ лѣченію спондилита подвѣшиваніемъ. Первымъ защитникомъ леченія спондилита подвѣшиваніемъ авторъ считаетъ своего отца проф. *J. K. Mitchell*'я, писавшаго объ этомъ еще въ 1826 году. Подвѣшиваніе за голову и даже съ прибавленіемъ груза къ ногамъ примѣнялъ своимъ больнымъ также *Glisson* ²⁾. Къ началу же настоящаго столѣтія относится леченіе вытяженіемъ на наклонной плоскости. *Weir Mitchell* примѣнялъ при болѣзни Pott'a различные методы вытяженія позвоночника, какъ указанные его отцемъ и прежними авторами (вытяженіе въ сидячемъ положеніи въ обоюстроенныхъ креслахъ и друг.), такъ и новѣйшіе, до способа *Мочутковскаго* включительно. Грузъ брался отъ 20 до 70 фунтовъ и вытяженіе производилось въ теченіе 4—6 часовъ ежедневно; вытяженіе прекращалось, если пациенты жаловались на боли въ спинѣ, тяжесть и утомленіе. Въ статьѣ приводится нѣсколько исторій болѣзни, опубликованныхъ еще *J. K. Mitchell*'емъ, а также и случаи самого автора. Подвѣшиваніе въ рукахъ автора и его отца давало блестящіе результаты: парестезіи, параличи чувствительности и движенія проходили, исчезали болѣзненные явленія со стороны тазовыхъ органовъ и рефлексъ измѣнялись къ лучшему. По автору, вытяженіе позвоночника дѣйствуетъ не только механически на мѣсто сдавленія, но имѣетъ особое вліяніе также на самый спинной мозгъ и его оболочки, равно какъ и на ихъ сосудистую систему.

Авторъ на основаніи своихъ наблюденій (приводится 4 исторіи болѣзни случаевъ *J. K. Mitchell*'я и 3—случаевъ автора) приходитъ къ выводамъ, что подвѣшиваніе при бо-

¹⁾ *W. Mitchell*. Treatment of Pott's paralysis by suspension. Medical News. 1889.

²⁾ Аппаратъ Sayer'a, какъ его называютъ въ литературѣ, собственно принадлежитъ *Glisson*'у.

лѣзни Pott'a слѣдуетъ примѣнять какъ можно раньше, что оно приноситъ пользу даже въ такихъ случаяхъ, гдѣ всѣ другія принятія мѣры не имѣютъ никакого успѣха; что вытяженіе вѣроятно дѣйствуетъ на самый спинной мозгъ и дѣйствию его нельзя объяснить однимъ видимымъ исправленіемъ болѣзненного изгиба позвоночника, такъ какъ оно дѣйствительно и въ случаяхъ болѣзней спинного мозга, гдѣ никакого измѣненія костнаго скелета нѣтъ. Способъ и продолжительность подвѣшиванія должны сообразоваться съ индивидуальными требованіями, выносливостью и чувствительностью отдѣльныхъ лицъ.

Tiberghien ¹⁾ дѣлалъ подвѣшиванія своимъ больнымъ по методу *Sayer*'а, нѣсколько видоизмѣненному *Dr. Barlet*; видоизмѣненіе это мало существенно и заключается только въ болѣе удобномъ ошейникѣ, не сдавливающимъ *v. jugularis*, и лучше поддерживающимъ голову. Больнымъ, всѣ тѣла которыхъ были незначительны, въ руки давали гири по 1 или 2 kilo вѣсомъ. У 26 табетиковъ было сдѣлано всего 458 сеансовъ и въ 21-мъ случаѣ получено улучшеніе. Никакихъ несчастныхъ случайностей не произошло. Лечение при спинной сухоткѣ дало автору очень хорошіе результаты, походка иногда улучшалась съ первыхъ сеансовъ, симптомъ Ромберга исчезалъ, боли уменьшались, чувствительность стопъ возвращалась, при долгомъ примѣненіи леченія возвращалась и половая способность, зрѣніе нѣсколько улучшалось (къ сожалѣнію, при статкѣ нѣтъ всѣхъ, хотя бы короткихъ, исторій болѣзни, а потому совершенно нельзя знать, сколько всѣхъ случаевъ было съ разстройствомъ зрѣнія и какъ глубоко были эти разстройства). Колѣнные рефлексы не возвращались. Конечно, можно предполагать, что наблюдаемое улучшеніе временно, но и въ такомъ случаѣ, по *Tiberghien*'у, подвѣшиваніе представляетъ цѣнный методъ. Кромѣ спинной сухотки авторъ примѣнялъ подвѣшиваніе: при разсѣянномъ склерозѣ, въ двухъ случаяхъ съ успѣхомъ; при неврастеніи

¹⁾ *Tiberghien*. Traitement des maladies de la moelle epinière par la suspension. Journal de médecine de Bruxelles. 47 année, 88 volume, p. 433 1889 г.

и импотенціи авторъ разсчитываетъ на блестящій успѣхъ; при болѣзни Pott'a — исчезли всѣ симптомы сдавленія; въ случаяхъ *sclerosis lateralis amyotrophica* авторъ наблюдалъ также значительное улучшение со стороны нижнихъ конечностей. Слѣдуетъ еще замѣтить, что улучшеній не было замѣчено по преимуществу у тѣхъ больныхъ, которымъ было сдѣлано незначительное число сеансовъ.

Во Франціи *Lande*¹⁾, занимаясь подвѣшиваніемъ, первый постарался примѣнить измѣреніе къ силѣ тракціи, производимой во время сеанса. *Lande* подмѣтилъ, что въ началѣ сеанса больные сильно опираются на подмышники, но затѣмъ по мѣрѣ того, какъ руки устаютъ, голова претерпѣваетъ все возрастающую силу тракціи. *Lande* нашелъ, что тракція, дѣйствующая на голову, при началѣ сеанса = 4 kilo, $1/2'$ спустя = 6—7 kilo, а $1 1/2'$ спустя она достигаетъ уже 11 kilo. Само собою понятно отсюда, что, смотря по тѣмъ усиліямъ, которыя дѣлаетъ больной руками, онъ можетъ увеличивать или ослаблять силу тракціи, направленной на голову; съ другой стороны, если больной не дѣлаетъ усилій руками или всѣ тѣла его очень значителенъ, то, по мѣрѣ ослабленія рукъ, тракція головы можетъ достигнуть опасныхъ величинъ. Понятно также, что въ томъ случаѣ, когда грудной и плечевой поясъ мышцъ будутъ сильно напряжены, тракція за голову, а вмѣстѣ съ ней и вытяженіе позвоночника будутъ слишкомъ недостаточны. Уже *Hammond*, какъ это извѣстно изъ вышеприведеннаго, вытягивалъ больныхъ на балансирующемъ коромыслѣ, на противоположный конецъ котораго онъ подвѣшивалъ 75—100 фунтовъ, а *W. Mitchell* первый раздѣлилъ подвѣшиваніе на тракцію за голову и за руки, какъ на два отдѣльные акта.

Lande совмѣстно съ *Dr. Regnier* предложилъ двѣ модификаціи способа подвѣшиванія. Первая модификація предло-

1) *Lande*. Traitement des ataxiques par la suspension. Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. Séance 3 mai 1889. Journal de Médecine de Bordeaux № 42, p. 481. 1889, и De la suspension cervico-axillaire. Communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux dans la séance du 26 Juillet 1889.

жена ими съ цѣлю измѣренія тракціи за голову, прилагаемый рисунокъ даетъ хорошее понятіе объ этой модификаціи (см. рис. 4). Новыми частями въ только-что представленномъ

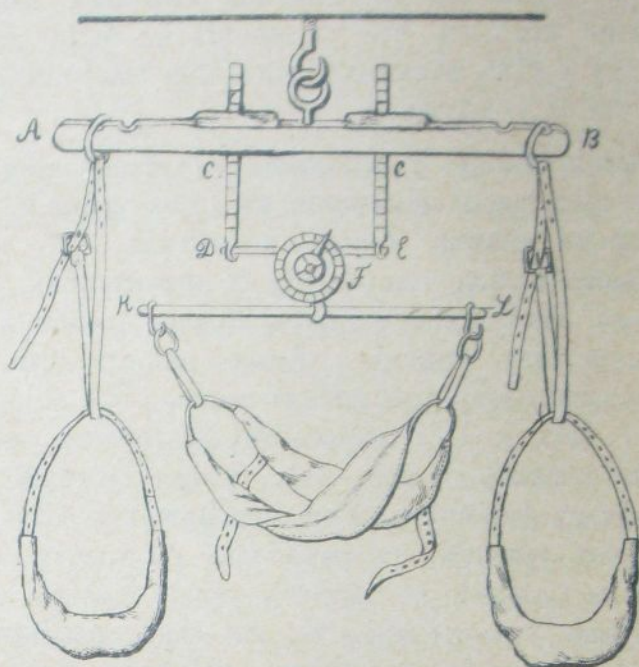


Рис. 4.

аппаратъ являются динамометръ (F) и два стержня, его поддерживающіе (C и C'); эти стержни могутъ подниматься или опускаться и тѣмъ обуславливаютъ большую или меньшую силу тракціи за голову. Вскорѣ, однако, *Lande* и *Regnier*, изучивъ значеніе тракціи за подмышки и придя на основаніи поставленныхъ ими опытовъ къ заключенію, что она дѣлаетъ постоянной тракцію за голову и вовсе не способствуетъ полученію терапевтическихъ результатовъ, такъ какъ при сильной тракціи за подмышки вытяженіе позвоночника незначительно или даже отсутствуетъ, а при ослабленіи подмышковой тракціи вытяженіе за голову можетъ принимать опасные размѣры, рѣшили примѣнять вытяженіе только за голову, но при условіи, чтобы вытяженіе это было точно измѣряемо. Съ послѣдней цѣлю они построили второй аппаратъ, рисунокъ котораго, помѣщаемый здѣсь, дѣлаетъ излишнимъ его описаніе

(см. рис. 5). Подробное описание только-что представленнаго

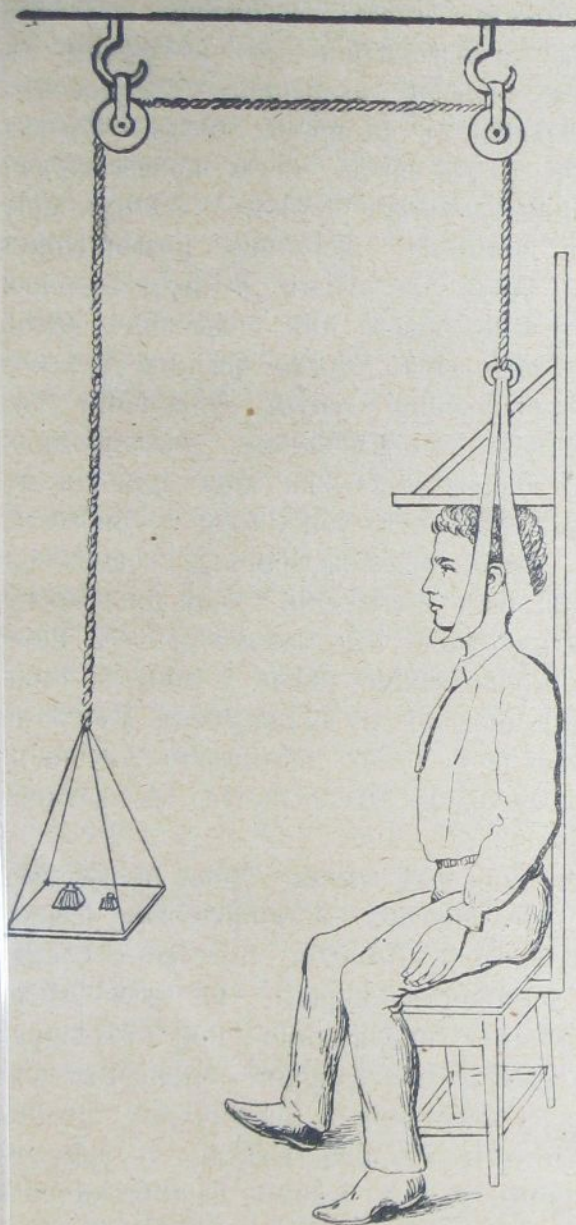


Рис. 5.

была желобоватая скала, по желобу которой скользили стер-

аппарата содержится въ работѣ *Dupuy-Fromy*¹⁾. Въ новомъ аппаратѣ измѣненъ между прочимъ и ошейникъ такимъ образомъ, что устранена возможность соскальзыванія ремней и сдавленія мягкихъ частей шеи. Справедливо замѣчаетъ *Dupuy-Fromy*, что до сихъ поръ не была установлена сила тракціи, необходимая для полученія желаемаго терапевтическаго дѣйствія. Съ цѣлью выясненія послѣдняго вопроса, конечно, недостаточно того одного наблюденія, которое приведено въ работѣ *Dupuy-Fromy*; однако слѣдуетъ отмѣтить несомнѣнно цѣнную попытку, сдѣланную *Lande* омъ, *Regnier* и *Dupuy-Fromy* въ этомъ направленіи. *Lande* производилъ измѣренія на здоровыхъ; субъектъ усаживался, сзади сидѣнья устроена

¹⁾ *Dupuy-Fromy*. De la traction cervicale graduée substituée à la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice. Thèses de Bordeaux 1889—90, № 26.

жень, кончающійся на верхнемъ концѣ наугольника, показатель котораго указывалъ высоту туловища субъекта (см. рис. 5). Измѣренія производились до вытяженія въ спокойномъ состояннн безъ всякаго мышечнаго напряженія, затѣмъ произведены измѣренія въ то время, когда субъектъ выпрямлялся и, наконецъ, въ то время, когда производилась тракція за шею съ опредѣленнымъ грузомъ. Авторъ пришелъ къ убѣжденію, что истинное удлиненіе позвоночника начинается только тогда, когда въ теченіе 3' производилось вытяженіе съ грузомъ 10 kilo (цифра эта подлежитъ индивидуальному колебанію), такъ какъ тогда мышцы устаютъ и происходящее при прибавленнн груза удлиненіе уже нельзя объяснить простымъ выпрямленіемъ позвоночника. *Dupuy-Fromy* пользовалъ одного табетика при помощи метода шейнаго вытяженія. Послѣ того, какъ было установлено, что необходимо 16 kilo, чтобы перейти границу возможнаго выпрямленія позвоночника безъ вытяженія, стали производить сеансы съ нагрузкой сначала въ 26 kilo, затѣмъ въ 36 и наконецъ въ 41 kilo. Сеансы продолжались около 5 минутъ, никакихъ непріятныхъ явленій больной не испытывалъ. Послѣ леченія въ теченіе 1½ мѣсяцевъ было достигнуто улучшеніе мочеиспусканія, болей и походки. На половую дѣятельность леченіе не имѣло вліянія.

Въ заключеніяхъ къ своей работѣ *Dupuy-Fromy* предлагаетъ замѣнить подвѣшиваніе по способу *Мочутковскаго-Charcot* вытяженіемъ за шею по способу *Lande'a*, такъ какъ послѣдній методъ имѣетъ всѣ достоинства перваго, не имѣя его недостатковъ. Измѣненіе дыханія, наблюдаемое при подвѣшиваннн по *Мочутковскому*, *Dupuy-Fromy* старается объяснить тѣмъ, что вслѣдствіе вытяженія за подмышники, растянутыя грудныя мышцы обусловливаютъ сжатіе грудной клѣтки въ передне-заднемъ направленнн, прямыя мышцы живота своими верхними прикрѣпленіямы фиксируютъ sternum, и дыханія такимъ образомъ не могутъ быть глубокими и учащаются. Такое состоянне дыханія, конечно, должно вліять на кровообращеніе, обусловливая венозный застой, послѣдннй особенно будетъ выраженъ у лицъ съ пороками сердца. Только что отмѣченныя состоя-

нія дыханія и кровообращенія авторъ считаетъ даже одной изъ частыхъ причинъ несчастныхъ случаевъ. *Lande* не отрицаетъ однако возможности, что дыханіе и кровообращеніе могутъ измѣняться и черезъ вліяніе подвѣшиванія на продолговатый мозгъ. Авторъ подчеркиваетъ также опасность форсированнаго подвѣшиванія только за голову, онъ упоминаетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ у самоубійцы смерть отъ повѣшенія, произошла безъ того, чтобы мягкія части шей были сдавлены и ссылается еще на наблюденія, что дѣти, которыхъ шутя поднимали за голову, иногда внезапно умирали. Оба автора держатся того взгляда, что вытяженіе за подмышники не имѣетъ никакого значенія для полученія терапевтическаго результата или даже еще мѣшаетъ этому.

M. Folet ¹⁾ испыталъ подвѣшиваніе въ двухъ случаяхъ. Въ одномъ случаѣ у одного стараго табетика послѣ двухъ сеансовъ подвѣшиванія по методу *Charcot-Mouymkovскаго* стрѣляющія боли уменьшились, послѣ появилось улучшеніе походки, на половое чувство вліянія леченія не замѣчено. Въ другомъ случаѣ у истерички съ параплегіей, леченной безъ успѣха всевозможными средствами, безсильнымъ оказалось и подвѣшиваніе.

Verdalle, ²⁾ примѣнялъ подвѣшиваніе въ одномъ случаѣ болѣзни Pott'a, заболѣваніе сопровождалось очень сильными болями, послѣ нѣсколькихъ сеансовъ наступило рѣзкое улучшеніе.

M. Segay ³⁾ находитъ возможнымъ приписать измѣненіе пульса при подвѣшиваніи тому, что пациенты, приступая къ леченію, испытываютъ психическое волненіе.

Подвѣшиванію посвящена была и диссертація *Dr. P. Bouyon'a* ⁴⁾, первыя главы которой содержатъ обзоръ лече-

1) *M. Folet*. De la suspension chez les ataxiques. La société centrale de Médecine du département du Nord. Seance du 26 avril 1889.

2) Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Seance du 26 Jul. 1889. Journal de Médecine de Bordeaux. № 42 1889.

3) Ibid.

4) *P. Bouyon*. Tabes et suspension. Thèses de Bordeaux 1888—1889. № 44.

нія *tabes* до подвѣшиванія, методику новаго способа и объясненіе его физиологическаго дѣйствія, сдѣланное другими авторами. Въ клинической части авторъ анализируетъ 11 наблюдений (*Мочутковскаго, Charcot* и *Lespinasse'a*) и прибавляетъ къ нимъ 7 своихъ—6 мужчинъ и 1 женщину. Большинство случаевъ (кромѣ 1) находились во 2-мъ или даже въ третьемъ періодѣ, нѣкоторые же (какъ напр. наблюдение XVI) страдали туберкулезомъ. Число сеансовъ только у одного больного достигло 60, у другихъ же оно было 28, 20, 10, 10, 6 и 6. Въ послѣднихъ 3-хъ наблюденияхъ не было достигнуто никакого улучшенія. У остальныхъ больныхъ наблюдалось улучшеніе болей, походки, возвращеніе эрекции и улучшеніе функцій пузыря. Переносились сеансы не всѣми хорошо, такъ въ случаѣ XIV наблюдались головокруженія и рвоты. Въ случаѣ XV первое же подвѣшиваніе вызвало бессонницу, послѣ 2-го сеанса появились мураши въ пальцахъ ногъ и весь день потомъ было общее чувство жара. Послѣ 3 сеанса черезъ 2 часа появилось покраснѣніе лица, усталость и сонъ въ теченіе 1½ часовъ, кромѣ того у той же больной наблюдалось въ послѣдующіе сеансы: обильный потъ, подергиванія, лихорадка и поліурія, послѣ же одного сеанса больная два часа оставалась, не видя ясно предметовъ, напр. своей сестры. Въ этомъ случаѣ подвѣшиваніе уменьшило боли, улучшило функцій пузыря и прямой кишки, но не имѣло вліянія на движеніе. Наиболѣе дѣйствительнымъ оказалось подвѣшиваніе, по наблюденію автора, по отношенію къ болямъ, движеніе улучшалось скоропреходяще, часто измѣнялись благопріятно функцій пузыря и прямой кишки. Вообще же результаты автора не такъ блестящи, какъ его предшественниковъ. По автору, подвѣшиваніе одинаково дѣйствуетъ какъ на больныхъ, имѣвшихъ сифилисъ, такъ и не имѣвшихъ. Заключение *Воиуон'a* довольно скромны, онъ ставитъ подвѣшиваніе только въ параллель съ другими методами, до него употреблявшимися. Касаясь вліянія подвѣшиванія на пульсъ, авторъ отмѣчаетъ, что пульсъ послѣ подвѣшиванія увеличивается въ числѣ (съ 70 до 82 въ 1') и дѣлается напряженнѣе. Вліяніе на зрѣніе и на возвращеніе колѣннаго рефлекса—отрицательное.

Lumbroso ¹⁾ подвѣшивалъ шесть больныхъ спинной сухоткой, изъ которыхъ въ одномъ получилось улучшение, одинъ больной остался безъ измѣненій, одинъ ухудшился, у остальныхъ получились результаты неопредѣленные, такъ какъ больные прекратили леченіе слишкомъ рано. Авторъ предпринялъ также опыты на животныхъ, съ цѣлью выяснить физиологическое дѣйствіе, какъ слабаго, такъ и сильнаго вытяженія, онъ пользовался для экспериментовъ кроликами. Одну группу животныхъ авторъ подвѣшивалъ съ опредѣленнымъ вѣсомъ, чтобы приблизиться насколько возможно къ той пропорціи, которая существуетъ при подвѣшиваніи людей. Животныя послѣ 10 сеанса обычно умирали, при вскрытіи авторъ находилъ общую гиперемію всей нервной системы, небольшія кровоизліянія въ оболочкахъ, въ спинномъ и головномъ мозгу, кромѣ того на серіи окрашенныхъ сръзовъ можно было видѣть легкіе кровавые экстравазаты въ сѣромъ веществѣ центрального канала. Въ одномъ случаѣ было найдено кровоизліяніе въ продолговатый мозгъ. Другая группа животныхъ, подвѣшиваемая безъ тяжестей, не умирала отъ такой операціи; убитыя животныя изъ этой группы не представляли никакихъ измѣненій въ нервной системѣ. На основаніи своихъ опытовъ, *Lumbroso* пришелъ къ заключенію, что подвѣшиваніе обязано своимъ благопріятнымъ дѣйствіемъ вызываемой имъ гипереміи центральной нервной системы. Тѣ же опыты убѣдили автора насколько не индифферентна сильная тракція и какъ надо быть осторожнымъ съ форсированнымъ подвѣшиваніемъ.

Bonuzzi ²⁾ предложилъ замѣнить подвѣшиванія сильнымъ сгибаніемъ позвоночника. Опыты на трупахъ показываютъ, по автору, что спинной мозгъ при подвѣшиваніи перемѣщается кверху на 3—4 mm., а позвоночный столбъ удлиняется на 1¹/₂—3 снт. Удлиненіе это, однако, только кажущееся, такъ какъ расходятся не тѣла позвонковъ, а остистые отростки. Корешки

¹⁾ *Lumbroso*. Lesions produites chez les animaux soumis à la suspension. Deuxieme congrès de la société italienne de médecine interne, tenu à Rome du 15 au 18 octobre 1889. La Semaine médicale, p. 410. 1889.

²⁾ *Bonuzzi*. Lavori del Congresso della Associazione Med. Ital. 1889. „Врачъ“ № 48 1889. Стр. 1071.

нервовъ не вытягиваются, за исключеніемъ, впрочемъ, лошадиного хвоста; давленіе же спинномозговой жидкости повышается. Все тѣло при вытяженіи удлинняется на 2—3 снт. Послѣдствія подвѣшиванія зависятъ отъ напряженія въ конскомъ хвостѣ, а слѣдовательно и во всемъ спинномъ мозгу. Еще лучшіе результаты получаются отъ сильнаго сгибанія тѣла впередъ съ прижиманіемъ колѣнъ къ животу. На трупахъ игла, введенная въ спинной мозгъ (послѣ вскрытія позвоночника), при такомъ сгибаніи оттягивалась внизъ на 8—12 мм., а мозгъ дѣлался тоньше и тверже, конскій хвостъ напрягался сильнѣе; видимое удлинненіе позвоночника составляло 6—14 снт; изъ отверстія позвоночника вытекала венная кровь—признакъ увеличеннаго давленія въ венныхъ сплетеніяхъ спинного мозга. На живомъ авторъ испыталъ свой способъ въ одномъ случаѣ спинной сухотки у женщины, которая была больна уже 9 лѣтъ; сгибаніе производилось въ теченіе $\frac{1}{2}$ —3'; сеансы дѣлались черезъ день, сгибанія производились 2—3 раза во время сеанса. Послѣ 3 сеансовъ послѣдовало значительное улучшеніе, а послѣ 8 всѣ припадки исчезли. Больная могла свободно ходить и производить хозяйственныя работы; могла стоять съ закрытыми глазами, колѣнный рефлексъ однако не появился. Для производства сгибанія не требуется никакого прибора; голени обвязываются полотенцемъ и притягиваются къ животу больного, лежащаго на спинѣ.

Хорошій примѣръ того, какъ иногда авторы, подтягивая къ своимъ излюбленнымъ гипотезамъ различныя явленія, игнорируютъ крупнѣйшіе факты, говорящіе противъ ихъ возрѣній, въ вопросѣ о подвѣшиваніи представилъ *Bernheim* ¹⁾ своимъ докладомъ, сдѣланнымъ на международномъ съѣздѣ экспериментальнаго и терапевтическаго гипнотизма въ Парижѣ въ 1889 году. Даже смертные случаи, вызванные подвѣшиваніемъ, не остановили *Bernheim* отъ попытки свести все дѣйствіе подвѣшиванія къ внушенію.

¹⁾ *Bernheim*. Valeur thérapeutique et moyens de provoquer l'hypnose. Le Bulletin méd. 14 Aug. 1889.

Ни измѣненіе кровообращенія, ни вытяженіе спинного мозга, его корешковъ и нервовъ не играютъ, по *Bernheim*'у роли въ тѣхъ улучшеніяхъ, которыя наблюдаютъ авторы послѣ подвѣшиванія, а вотъ внушительный аппаратъ—это другое дѣло. Слабительныя пилюли изъ хлѣба, чудесная вода Лурда, практика различныхъ цѣлебныхъ прикосновеній, секретныя средства, гомеопатія, — все это, по *Bernheim*'у, дѣйствуетъ такъ же, какъ и подвѣшиваніе. Чтобы уничтожить гипотезу сосудистыхъ измѣненій при подвѣшиваніи, а равно и гипотезу вытяженія, *Bernheim* подвѣшивалъ своихъ больныхъ горизонтально за поясъ, фиксированный кругомъ туловища, голова и ноги подерживались двумя петлями. „Здѣсь, говоритъ *Bernheim*, не было ни удлиненія, ни гипереміи, но я получалъ замѣчательныя исцѣленія!“ Одинъ параплегикъ, который не могъ ни стоять, ни ходить, черезъ нѣсколько сеансовъ пошелъ одинъ. Одна больная, страдавшая невралгіей сѣдалищнаго нерва, не улучшавшаяся отъ внушенія, быстро исцѣлилась въ нѣсколько сеансовъ. Больная съ разлитымъ міэлитомъ, съ полной параплегіей улучшилась въ 10 сеансовъ. Истерическая гиперѣстезія желудка со рвотами была исцѣлена въ два сеанса. Всѣ эти исцѣленія были обязаны только тому, что здѣсь внушеніе дѣйствовало черезъ приемы, производящіе на больныхъ впечатлѣніе. Къ сожалѣнію, въ докладѣ нѣтъ подробныхъ исторій болѣзни этихъ разлитыхъ міэлитовъ, такъ оригинально пользуемыхъ и исцѣляемыхъ *Bernheim*'омъ. Весь докладъ автора не рекомендуетъ его манеры разработки интересующаго насъ вопроса.

Max Weiss ¹⁾ около пяти лѣтъ, какъ онъ пишетъ, примѣнялъ у спондилитиковъ, при локализациі заболѣванія въ среднемъ и нижнемъ отдѣлахъ позвоночника, методъ вытяженія въ горизонтальномъ положеніи больного. Подобное леченіе сопровождалось полнѣйшимъ успѣхомъ, спондилитическій процессъ протекалъ всегда благопріятно, и симптомы сдавленія проходили. Статьи *Charcot* о подвѣшиваніи побудили

¹⁾ *Max Weiss*. Eine Methode mechanischer Behandlung chronischer Rückenmarkskrankheiten und functioneller Nervenkrankheiten. Allg. Wien. med. Zeitung, № 40. 1889.

Weiss'а испытать свой методъ при спинной сухоткѣ и при нѣкоторыхъ другихъ нервныхъ болѣзняхъ. Нѣсколько видоизмѣненный съ послѣднею цѣлью аппаратъ автора состоитъ изъ тазового пояса и грудного пояса съ подмышниками, изъ подбородочно-затылочнаго ошейника (для цѣлей противовытяженія) и 2 механизмовъ (блоковъ и зубчатыхъ колесъ), придѣланныхъ къ головному и ножному концамъ кровати. Сверхъ того для измѣренія силы примѣняемой тракціи въ аппаратъ вытяженія включенъ динамометръ. Авторъ думаетъ, что при примѣненіи его аппарата устраняется всякая опасность, свойственная подвѣшиванію, такъ какъ примѣненіе зубчатого колеса позволяетъ соразмѣрять силу вытяженія и такъ какъ больной находится все время въ горизонтальномъ положеніи съ приподнятой головой. Сеансы слѣдуетъ дѣлать не чаще 3 разъ въ недѣлю, первыя три недѣли продолжительность сеанса 5—10', позднѣе сеансы можно увеличить до 15—20', болѣе долгое вытяженіе причиняетъ боли. Сила тракціи, которой пользовался авторъ, была равна 45—65 kilo. При спондилитахъ авторъ примѣнялъ вытяженіе ежедневно и даже 2 раза въ день часа по 2—4, но за то сила вытяженія не превышала 10—20 kilo. *Weiss* лечилъ по своему методу 24 случая, изъ нихъ: 2 спондилита въ нижнегрудной и поясничной областяхъ; 1 больной около 5 лѣтъ страдалъ нисходящимъ вторичнымъ перерожденіемъ послѣ гнѣзнаго пораженія мозга; 8 случаевъ спинной сухотки; 1 случай *paralysis agitans*; 1 случай спинномозгового спастическаго паралича; 6 случаевъ неврастеніи и 5 случаевъ *neurasthenia sexualis*. У обоихъ спондилитиковъ, представившихъ явленія спастическаго паралича, черезъ мѣсяць симптомы улѣчились, черезъ 9 недѣль клонусъ стопъ былъ едва замѣтенъ, а черезъ 3 мѣсяца походка стала нормальной. Въ случаѣ нисходящей дегенераціи послѣ очаговаго заболѣванія мозга послѣ 5 сеансовъ пациентъ замѣтилъ, что контрактура лѣвой ноги замѣтно ослабла, а авторъ объективно убѣдился въ бѣльшей подвижности ноги въ колѣнномъ сочлененіи. Изъ 8 спинно-сухоточныхъ 5 находилось въ 1 стадіи и 3 во второмъ. Ни въ одномъ случаѣ

не вернулись ни колѣнный рефлексъ, ни свѣтовая реакція зрачковъ. Стрѣляющія боли во всѣхъ случаяхъ стали значительно рѣже и слабѣе и въ 4 случаяхъ преатактическаго стадія послѣ 15—20 сеансовъ исчезли совершенно, даже рѣзкія переменны погоды ихъ болѣе не вызывали. Послѣ немногихъ сеансовъ исчезалъ парезъ мышцъ прямой кишки, а въ одномъ случаѣ половая функція достигла значительной степени улучшения. У больныхъ 2 стадія было замѣчено также улучшение походки. Замѣчательнъ успѣхъ, по описанію автора, въ случаѣ *tabes spastica* и при *paralysis agitans*: послѣ 3-хъ мѣсячнаго леченія въ первомъ случаѣ пациентъ сталъ ходить безъ поддержки, а во второмъ послѣ 6 недѣль ослабло дрожаніе и ноги стали сильнѣе. Быстрое благопріятное вліяніе замѣчено было у 11 неврастениковъ, изъ которыхъ нѣсколько поправились совершенно (*neurasthenia sexualis*). Какъ преимущества своего метода, въ концѣ статьи *Weiss* отмѣчаетъ возможность мѣнять силу вытяженія по произволу и отсутствіе всякой опасности; авторъ, наконецъ, надѣется, что товарищи испытаютъ его способъ сами и выскажутъ свое мнѣніе.

На XIII медицинскомъ конгрессѣ въ Падуѣ д-ръ *Bianchetti* сдѣлалъ сообщеніе о леченіи подвѣшиваніемъ спинносухоточныхъ и другихъ нервно-больныхъ. Атактиковъ подвѣшивалось 8 человекъ, 6 мужч. и 2 женщины. Въ 3-хъ случаяхъ, по словамъ автора, онъ долженъ былъ прекратить леченіе, такъ какъ неожиданно появилось ухудшеніе зрѣнія, въ 2-хъ случаяхъ послѣ 5 подвѣшиваній, а въ 3-мъ случаѣ послѣ 7-ми, при этомъ сеансы никогда не продолжались долѣе 2 минутъ. У другихъ 4 атактиковъ изъ 5, результаты получились „изумительные“: желудочные и пузырьные кризы, атаксія, стрѣляющія боли и импотенція исчезли, и пациенты увеличились въ вѣсѣ отъ 3—8 фунтовъ. Число сеансовъ колебалось между 20 и 52. Во время подвѣшиванія авторъ производилъ измѣренія позвоночника при чемъ нашель, что онъ удлиняется отъ 2¹/₂—4 снт. Авторъ пробовалъ новый методъ въ нѣсколькихъ случаяхъ *paralysis agitans*, спастическаго паралича, импотенціи и прогрессивнаго паралича

помѣшанныхъ, но результатовъ благоприятныхъ не получилъ. На томъ же конгрессѣ и по тому же предмету сдѣлалъ сообщеніе и Dr. *Marina*, лечившій подвѣшиваніемъ 21 случай спинной сухотки и нѣскольکو случаевъ *paralysis agitans*. Въ половинѣ случаевъ спинной сухотки за леченіемъ послѣдовало значительное улучшение симптомовъ, но у другихъ больныхъ наблюдалось ухудшеніе болей. Dr. *Marina* подтвердилъ мнѣніе Dr. *Bianchetti* относительно плохого вліянія подвѣшиванія на зрительный нервъ, но за то ему показалось, что новый методъ благоприятно дѣйствуетъ на слуховыя разстройства. По автору, лучшіе результаты получались у лицъ небольшого роста и легкаго вѣса. У одного больного Dr. *Marina* послѣ 50 сеансовъ замѣтилъ появленіе колѣннаго рефлекса. Въ другихъ случаяхъ подвѣшиваніе не имѣло никакого успѣха.

Simpson ¹⁾ испыталъ подвѣшиваніе въ 2-хъ случаяхъ спинной сухотки. Оба больные улучшились настолько, что одинъ могъ приняться за свои обычные занятія, а другой избавился отъ стрѣляющихъ болей и, ранѣе пригвожденный къ постели, сталъ ходить съ тросточкой.

Skinner ²⁾ отмѣчаетъ затрудненія, которыя встрѣчаетъ врачъ въ аппаратѣ для подвѣшиванія, если онъ хочетъ или вынужденъ быстро спустить больного, такъ какъ система блоковъ препятствуетъ этому. Авторъ приводитъ случай, гдѣ могла бы произойти печальная катастрофа съ больнымъ, потерявшимъ сознаніе, если бы не врачъ-помощникъ, который догадался поднять больного и освободить его отъ ремней.

Riggs ³⁾, а съ нимъ вмѣстѣ и американское неврологическое общество весьма сурово высказались относительно новаго метода леченія, они отвергнули подвѣшиваніе, какъ средство химерическое, не научное и въ скоромъ времени долженствующее быть забытымъ. *Riggs*, несмотря на то,

¹⁾ *Simpson*. Canadian Practitioner, 1 Juli, 1889.

²⁾ New-York med. Journal. June. 1889.

³⁾ Nordwestern Lancet. 1889.

что не пытался примѣнять леченіе по новому методу, считаетъ для себя возможнымъ а priori смотрѣть на него, какъ на средство даже „омерзительное“. Блестящіе результаты, полученные другими авторами въ Америкѣ и Франціи, авторъ объясняетъ тѣмъ, что принимаютъ pseudo-tabes за истинный и, благодаря такому смѣшенію, получаютъ вышеупомянутые результаты. Взгляды *Riggs*'а нашли суровую критику и у себя на родинѣ: *French* въ своей статьѣ заявилъ, что большинство американскихъ врачей далеко не раздѣляютъ точку зрѣнія *Riggs*'а.

Booth ¹⁾ пользовалъ подвѣшиваніемъ 5 больныхъ, но достаточное число сеансовъ произведено было только у 1, у котораго и прекратились боли, разсматривать другихъ больныхъ авторъ считаетъ преждевременнымъ.

Замѣчательный случай спинной сухотки, улучшенный подвѣшиваніями, описываетъ *Renaut* ²⁾. Дѣло идетъ о 30-лѣтнемъ мужчинѣ, не сифилитикѣ, у котораго атаксія развилась, по автору, на почвѣ половыхъ эксцессовъ. Двигательныя расстройства и другіе симптомы tabes были рѣзко выражены. Послѣ 15 сеансовъ у больного появился колѣнный рефлексъ, сдѣлавшійся съ послѣдующими подвѣшиваніями еще яснѣе и наконецъ постояннымъ.

Вѣнскій профессоръ *M. Benedikt* принадлежитъ къ однимъ изъ самыхъ горячихъ поклонниковъ леченія нервныхъ болѣзней вытяженіемъ. Упомянувъ о господствовавшемъ когда-то абсолютномъ пессимизмѣ по отношенію къ прогнозу спинной сухотки и о совѣтѣ *Romberg*'а, считавшаго за лучшее оставлять подобныхъ больныхъ въ покоѣ, *Benedikt* думаетъ, что время такого пессимизма прошло, что современными терапевтическими мѣропріятіями табетической процессъ, по крайней мѣрѣ, можно на продолжительное время остановить и даже всѣ явленія его свести на минимумъ; къ

¹⁾ International Journal of Surgery p. 106. Mai 1889.

²⁾ *Renaut*. Ataxie et suspension. Société de Sciences médicales de Lyon. Lyon Medical № 37. 1889.

подобнымъ терапевтическимъ мѣропріятіямъ *Benedikt* относить не кровавое и кровавое вытяженіе; послѣдній родъ вытяженія, по автору даетъ лучшіе терапевтическіе результаты и совершенно незаслуженно почти повсюду оставленъ и не примѣняется. Новымъ способомъ вытяженія, говоритъ *Benedikt*, явилось затѣмъ подвѣшиваніе, предложенное *O. O. Мочутковскимъ* и оцѣненное *Charcot*. Этому способу и посвящена настоящая работа автора ¹⁾. Ни одинъ изъ методовъ леченія не пользовался такими симпатіями со стороны самихъ больныхъ, какъ подвѣшиваніе; главное основаніе этихъ симпатій зависитъ отъ того пріятнаго самочувствія, которое испытываютъ больные непосредственно послѣ сеанса: движенія ихъ, по крайней мѣрѣ на короткое время, дѣлаются свободнѣе и эластичнѣе. Этотъ благопріятный результатъ однако нельзя считать скоропреходящимъ, такъ какъ во многихъ случаяхъ дѣйствительно возвращается значительная свобода и вѣрность движеній. Нерѣдко весьма быстро наблюдается объективное и значительное уменьшеніе симптома *Romberg'a*. Подобный результатъ до сихъ поръ *Benedikt* видѣлъ только отъ кроваваго вытяженія. Имѣло бы большое значеніе, если бы подвѣшиваніе оказало вліяніе на амблюпію, но въ четырехъ случаяхъ, къ сожалѣнію, *Benedikt* тщетно ждалъ такого вліянія, несмотря на то, что къ головѣ была примѣняема болѣе сильная тракція, чѣмъ къ плечамъ. На невралгіи подвѣшиваніе несомнѣнно вліяетъ; въ рѣдкихъ случаяхъ невралгическіе приступы какъ бы вызываются или ухудшаются, но въ значительно большемъ числѣ подвѣшиваніе вліяетъ на приступы благопріятнымъ образомъ, какъ ни одно изъ извѣстныхъ до сихъ поръ средствъ. Анэстезія и слабость мочевого пузыря также поддаются благотворному вліянію подвѣшиванія. Какъ долго продолжается наблюдаемое улучшеніе, сказать трудно; на этотъ вопросъ, говоритъ *Benedikt*, могъ бы отвѣтить *Мочутковскій*, наиболѣе имѣющій въ этомъ отношеніи наблюденій въ настоящее время (1889 г.). На раннія стадіи болѣзни леченіе оказы-

¹⁾ *Prof. Dr. M. Benedikt. Zur Frage der Suspensionstherapie. № 45 и 46. Wiener. Medic. Wochenschrift. 1889.*

ваетъ большее вліяніе, однако *Benedikt* наблюдалъ улучшеніе и въ довольно старыхъ и тяжелыхъ случаяхъ.

Подвѣшиваніемъ *Benedikt* лечилъ съ успѣхомъ, кромѣ табетиковъ, одинъ случай юношескаго табеса, четыре случая страданій нервной системы, вызванныхъ травматическимъ шокомъ, одинъ случай истинной *ataxie spasmodique*, одинъ случай мужской истеріи со слабостью мышцъ спины и нѣсколько другихъ случаевъ: къ сожалѣнію *Benedikt* не приводитъ исторій болѣзни пользуемыхъ имъ больныхъ, за исключеніемъ двухъ случаевъ спинной сухотки.

Такой сильный терапевтическій агентъ, какъ подвѣшиваніе, конечно, при неблагопріятныхъ условіяхъ и примѣняемый неумѣлыми руками, можетъ принести не только вредъ, но даже вызвать и смерть больного. Въ одномъ случаѣ у табетички, страдавшей въ то же время міомой матки, *Benedikt* подъ вліяніемъ подвѣшиванія наблюдалъ кровотеченіе. Непріятныя случайности, по автору, зависятъ отъ недостатковъ конструкціи подбородочно-затылочной узды, которую авторъ и предлагаетъ нѣсколько видоизмѣнить. Видоизмѣненіе это состоитъ въ томъ, что подбородочный ремень вырѣзанъ болѣе по формѣ нижней челюсти, не вызываетъ никакого давленія на гортань и мягкія части шеи, подбитъ металлическими пластинками, затылочный же ремень сдѣланъ очень широкимъ, что позволяетъ лучше распредѣлить вызываемое при вытяженіи давленіе на затылокъ, оба ремня кромѣ того соединены поперечнымъ ремнемъ; вся узда очень легко пригоняется и не угрожаетъ соскальзываніемъ на ротъ. Кромѣ того къ коромыслу идетъ по ремню съ каждой стороны и отъ каждой части отдѣльно. Всѣ ремни соединены другъ съ другомъ на пряжкахъ и могутъ быть легко передвигаемы. Въ коромыслѣ сдѣлано нѣсколько выемокъ для колець, какъ отъ подбородочно-затылочной узды, такъ и отъ подмышечныхъ ремней. Если въ полости рта недостаетъ много зубовъ, то остающіеся зубы иногда неприятно давятъ на противоположныя десны; этого *Benedikt* избѣгалъ, вставляя между деснами удобно сложенный носовой платокъ. (Врядъ ли можно согласиться, что подобныя приспособленія удобны). Въ даль-

нѣйшемъ авторъ сообщаетъ три наблюденія. Подвѣшиванія вначалѣ дѣлались 3 раза въ недѣлю, затѣмъ, когда былъ получаемъ хорошій результатъ, или же появлялись симптомы раздраженія (особенно боли), подвѣшиванія повторялись только 2 — 1 разъ въ недѣлю. Всѣ больного не имѣеть вліянія на терапевтическій результатъ, но болѣе тяжелые больные реагируютъ сильнѣе и ихъ приходится короче держать подвѣшенными. По *Benedikt*'у подвѣшиваніе дѣйствуетъ, подобно гидротерапіи, главнымъ образомъ раздраженіемъ периферической нервной системы и уже рефлекторнымъ образомъ вліяетъ на функцію и питаніе центральныхъ образований. Пока, однако, слѣдуетъ довольствоваться хорошимъ результатомъ, а физиологическое обоснованіе и теорію вліянія подвѣшиванія слѣдуетъ подождать создавать, за неимѣніемъ необходимыхъ научно-обоснованныхъ данныхъ; что же дѣлать, говоритъ *Benedikt*, истина только однажды вышла изъ одной головы вполнѣ вооруженной да и то это было во времена греческой мѣлологіи. Спустя четверть года послѣ окончанія этой работы *Benedikt* еще сообщилъ о рядѣ случаевъ, гдѣ подвѣшиваніе оказало хорошую пользу. Особенно интересенъ случай профессиональнаго невроза, излѣченнаго подвѣшиваніемъ. Дѣло шло о парикмахерѣ, страдавшемъ дрожаніемъ руки и особенно кисти, а также и судорогой пальцевъ; уже послѣ нѣсколькихъ подвѣшиваній было замѣчено улучшеніе движенія, въ дальнѣйшемъ исчезла геміанѣстезія и судороги, прошла бессонница и гастрическіе кризы. Особенно цѣнить *Benedikt* подвѣшиваніе по отношенію къ травматическому неврозу, отмѣчая наше терапевтическое безсиліе при послѣднемъ заболѣваніи. Въ приведенныхъ двухъ случаяхъ спинной сухотки улучшеніе также было значительно, однако ни зрачковый рефлексъ, ни рефлексъ коленный не возвратился.

Горячимъ поклонникомъ механическаго леченія спинной сухотки въ 1889 году явился и проф. *Th. Jürgensen* (Tübingen) ¹⁾, сообщившій свои наблюденія надъ леченіемъ та-

1) Prof. *Th. Jürgensen*. Ueber die mechanische Behandlung der Tabes nach dem System Hessing. Deutsche medicinische Wochenschrift № 40, S. 821. 1889.

bes по системѣ извѣстнаго нѣмецкаго ортопедиста *Friedrich'a Hessing'a*. Методъ *Hessing'a* состоитъ въ томъ, что вытяженіе позвоночника достигается ношеніемъ особаго корсета. Корсетъ этотъ носится (не снимая и ночью) въ теченіе мѣсяцевъ и даже до года и долѣе; такимъ образомъ при методѣ *Hessing'a* вытяженіе происходитъ непрерывно въ теченіе долгаго времени и это, по мнѣнію *Jürgensen'a*, большое преимущество метода, сравнительно съ подвѣшиваніемъ по методу *Мочутковскаго-Charcot*. Корсетъ *Hessing'a* дѣлается изъ матеріи (гипсъ и другіе матеріалы *Hessing* не считаетъ удобными) и долженъ быть сдѣланъ каждый разъ особо, точно пригнанный по формамъ тѣла больного. Корсетъ имѣетъ двѣ точки опоры: съ одной стороны онъ упирается въ подмышковья впадины, съ другой онъ упирается въ тазъ. На послѣдній собственно и будетъ перенесена вся тяжесть верхней половины тѣла, позвоночникъ такимъ образомъ значительно облегчается и кромѣ того будетъ находиться въ постоянной экстензіи. Степень послѣдней можетъ быть по желанію измѣняема, для этого корсетъ снабженъ передвижными гибкими стальными шинами, но послѣдняя операція опять-таки требуетъ точнаго приспособленія по туловищу больного. Шейная часть позвоночника участвуетъ въ вытяженіи даже нѣсколько сильнѣе, она вытягивается помощью особаго приспособленія. О благопріятныхъ результатахъ, проявляющихся послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго ношенія корсета, *Jürgensen'у* сообщили сами больные *Hessing'a*, въ нѣсколькихъ же собственныхъ случаяхъ это улучшеніе *Jürgensen* могъ прослѣдить довольно наглядно. Послѣдовательный ходъ улучшенія явленій наблюдается довольно правильно. Опрошенные больные всѣ согласно заявляютъ, что скорѣе всего улучшаются расстройства пузыря и кишечника и довольно быстро почти совершенно проходятъ. Нѣсколько позднѣе исчезаютъ стрѣляющія боли и парѣстезіи, для полнаго ихъ уничтоженія, конечно, требуется болѣе долгое время. То же самое можно сказать и относительно нѣсколько ранѣе наблюдающихся въ развитіи болѣзни расстройствъ глазныхъ мышцъ. Всего медленнѣе восстанавливается движеніе, только

спустя нѣсколько мѣсяцевъ замѣчается значительное улучшение его, а что это возможно, примѣромъ тому служить приводимое *Jürgensen*'омъ наблюдение: одинъ табетикъ передъ леченіемъ могъ только пройти не болѣе 7 минутъ и то съ помощью; послѣ трехъ лѣтъ леченія онъ могъ безъ помощи и безъ паузъ ходить быстро часъ и послѣ небольшого отдыха снова продѣлать тотъ же путь; больной могъ замѣтно лучше, чѣмъ прежде, ходить въ темнотѣ, хотя это и было связано еще съ нѣкоторой неувѣренностью, стоять съ закрытыми глазами онъ не могъ; атактическая походка, ранѣе рѣзко замѣтная, особенно при вставаніи съ мѣста, теперь выражалась только нѣсколько большою медленностью движенія. Относительно колѣннаго рефлекса въ этомъ случаѣ *Jürgensen* не можетъ сказать ничего утвердительнаго, такъ какъ онъ не можетъ отрицать существованія его и при началѣ леченія. Нѣтъ ничего удивительнаго, что съ уменьшеніемъ болей и съ улучшеніемъ сна и питанія значительно улучшалось и общее состояніе и самочувствіе больныхъ.

Замѣчаемое улучшение у больныхъ *Jürgensen* отказывается признать случайнымъ (извѣстно, что при спинной сухоткѣ и безъ всякаго вмѣшательства со стороны врача можетъ наступить значительное и продолжительное улучшение), ссылаясь на правильность, съ которой наблюдаются явленія улучшения, а также на то, что число случаевъ слишкомъ велико. „Конечно, говоритъ *Jürgensen*, не можетъ быть никакой рѣчи о полнѣйшемъ излеченіи въ смыслѣ возможности обратнаго развитія уже происшедшихъ анатомическихъ измѣненій, однако возможно говорить объ относительномъ излеченіи, и это излеченіе можетъ быть довольно постояннымъ. *Hessing* имѣлъ возможность въ теченіе многихъ лѣтъ наблюдать одинъ случай, очень тяжелый въ началѣ, гдѣ больной затѣмъ настолько улучшился, что женился, имѣетъ дѣтей, по службѣ долженъ очень много ходить, совершенно способенъ къ труду и въ дальнѣйшемъ у него не замѣчалось возвратовъ болѣзни. Конечно, нельзя считать этотъ примѣръ единственнымъ“. Стараясь объяснить

вліяніе вытяженія *Jürgensen* говоритъ, что при *tabes* мы имѣемъ дѣло съ медленно развивающимся разстройствомъ питанія въ спинномъ мозгу, для его устраненія необходимо возможно бѣльшій протокъ крови черезъ пораженные участки; уже у здоровыхъ имѣеть значеніе давленіе верхней части туловища на позвоночникъ, что выражается сдавленіемъ связочнаго аппарата позвоночника; легко измѣрить разницу между длиною тѣла утромъ, тотчасъ послѣ поднятія съ кровати и вечеромъ послѣ цѣлаго трудового дня; результатомъ только что отмѣченнаго давленія у табетика, конечно, можетъ явиться разстройство крово- и лимфообращенія въ содержимомъ позвоночнаго канала, въ мозгу и его оболочкахъ, при этомъ слѣдуетъ замѣтить, что разгибательная мускулатура позвоночника будетъ напряжена въ высокой степени, между тѣмъ какъ у табетика мышцы утомляются скорѣе, а за утомленіемъ мышцъ послѣдуетъ еще болѣе сильное сдавленіе позвоночника со всѣми его послѣдствіями, теперь корсетъ, давая точку опоры для позвоночника, вмѣстѣ съ тѣмъ устраняетъ и вредныя послѣдствія сдавленія позвоночника, улучшая же кровообращеніе, онъ измѣняетъ въ благопріятную сторону и патологическій процессъ. Конечно, все это—только вѣроятно. Особенно замѣчательно, что улучшение начинается съ исчезновенія явленій раздраженія и затѣмъ уже возвращается способность къ ходьбѣ. *Hessing* большое значеніе придаетъ параллельному съ корсетомъ діететическому леченію. Онъ безусловно требуетъ, чтобы леченіе производимо было въ его заведеніи и подъ его непосредственнымъ наблюденіемъ, ибо ему почти ежедневно необходимо слѣдить, дѣйствительно ли происходитъ желаемое облегченіе позвоночника. *Jürgensen* находитъ это требованіе умѣстнымъ. Дурно сидящій корсетъ по меньшей мѣрѣ ограничить возможные результаты леченія, если даже не принесетъ вреда. Леченіе требуетъ надзора и частыхъ измѣненій, то ослабленія, то усиленія вытяженія; само собой понятно, что все это должно быть произведено рукою мастера; кто же, говоритъ *Jürgensen*, станетъ теперь винить *Hessing*'а въ томъ, что онъ не хочетъ своихъ больныхъ предоставить случаю.

Naunyn ¹⁾ у одного больного, бывшего на пользованіи у *Hessing'a*, видѣлъ значительное ухудшеніе, такъ что корсетъ пришлось снять.

Только что цитированная работа *Jürgensen'a* явилась первоначально въ формѣ доклада на 62 собраніи нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Гейдельбергѣ (съ 18 по 23 сент. 1889 г.). Докладъ *Jürgensen'a* вызвалъ пренія, въ которыхъ высказались о подвѣшиваніи *Eisenlohr*, *Rumpf*, *Schuster*, *Mosler*, *Erb*, *Naunyn* и *Hühnerfauth* ²⁾. *Eisenlohr* считаетъ примѣнимымъ механическое леченіе къ нѣкоторымъ случаямъ спинной сухотки и привѣтствуетъ описанный *Jürgensen'омъ* *Hessing'овскій* методъ вытяженія. Послѣдній методъ заслуживаетъ болѣе точнаго изученія, что-же касается способа *Мочутковскаго-Charcot*, то на основаніи своихъ наблюденій въ 7 случаяхъ, а также на основаніи литературныхъ данныхъ, *Eisenlohr* не ждетъ отъ него особенно благоприятныхъ результатовъ. Механическое леченіе, конечно, скорѣе всего примѣнимо, по *Eisenlohr'у*, къ тѣмъ случаямъ, въ которыхъ существуетъ слабость мышцъ, фиксирующихъ позвоночникъ. Въ одномъ подобномъ случаѣ, гдѣ функциональная слабость мышцъ позвоночника затрудняла и дѣлала весьма болѣзненнымъ всякое движеніе больного въ постели, *Eisenlohr*, примѣняя модификацію подвѣшиванія въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ ежедневно и въ продолженіе нѣсколькихъ часовъ, достигъ ослабленія мучившихъ больного симптомовъ. *Eisenlohr* примѣнялъ постоянное слабое вытяженіе, тракція производилась только на подбородочно-затылочномъ ремнѣ, головной конецъ кровати былъ приподнимаемъ, словомъ вытяженіе производилось такъ, какъ оно примѣняется при хирургическихъ болѣзняхъ для шейной части позвоночника. Въ заключеніе *Eisenlohr* предостерегаетъ отъ шаблоннаго примѣненія безъ разбора ко всѣмъ больнымъ подвѣшиванія по методу *Charcot*, особенно въ виду

¹⁾ Neurologisches Centralblatt S, 561, 1889.

²⁾ Tageblatt der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg vom 18 bis 23 September 1889. S. 394 und 395.

опубликованныхъ уже смертныхъ случаевъ, вызванныхъ непосредственно подвѣшиваніемъ.

Rumpf, не считая наблюденія надъ механическимъ леченіемъ *tabes* законченными, находитъ однако возможнымъ примѣненіе такого леченія лишь въ болѣе старыхъ случаяхъ болѣзни, такъ какъ для раннихъ и свѣжихъ случаевъ, по его мнѣнію, скорѣе слѣдуетъ рекомендовать примѣненіе антисифилитическаго леченія совмѣстно съ леченіемъ фарадической кистью.

Schuster заявилъ, что примѣнялъ подвѣшиваніе у 17 табетиковъ, имѣвшихъ ранѣе сифилисъ. Подвѣшиваніе примѣнялось черезъ день, одновременно больнымъ назначалось было антисифилитическое леченіе и ванны. Только въ одномъ случаѣ, гдѣ были на лицо признаки прогрессивнаго паралича, съ больнымъ во время подвѣшиванія произошелъ обморокъ, однако кончившійся благополучно. Въ другихъ случаяхъ *Schuster* не видѣлъ никакихъ неприятныхъ явленій послѣ подвѣшиванія, правда еще у одного больного послѣ первыхъ подвѣшиваній наблюдались боли въ затылкѣ, но послѣ слѣдующихъ подвѣшиваній ихъ уже не было. Въ остальныхъ случаяхъ (между которыми были два врача) леченіе оказало значительныя услуги, наблюдалось улучшение походки, явленій со стороны мочевого пузыря, атакси, а также отчасти и улучшение со стороны зрачковъ. Чтобы быть увѣреннымъ въ безопасности примѣненія метода, *Schuster* дѣлалъ подвѣшиванія подъ непосредственнымъ личнымъ наблюденіемъ, во время подвѣшиванія онъ также позволялъ больнымъ отвѣчать на короткіе вопросы, которые имъ задавались, вродѣ: не усталъ ли больной, не чувствуетъ ли онъ боли въ затылкѣ или рукахъ. На основаніи своихъ наблюденій *Schuster* настойчиво рекомендуетъ примѣненіе подвѣшиванія въ связи съ антисифилитическимъ леченіемъ у табетиковъ съ сифилисомъ въ анамнезѣ.

Mosler отъ подвѣшиванія не получалъ никакихъ особенныхъ результатовъ.

Kussmaul знаетъ больного, который долгое время лечился у *Hessing*'а безъ существенныхъ результатовъ.

Erb заявилъ, что дальнѣйшія наблюденія надъ подвѣшиваніемъ, произведенныя имъ со времени сдѣланнаго имъ сообщенія въ *Baden-Baden*'ѣ (Май 1889 г., см. стр. 42), заставляютъ его измѣнить высказанный ранѣе взглядъ къ лучшему, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ подвѣшиванія ему удалось получить несомнѣнное и значительное улучшеніе. Вообще этимъ методомъ леченія не стоитъ пренебрегать, въ особенности въ болѣе старыхъ случаяхъ. Въ двухъ случаяхъ авторъ наблюдалъ успѣхъ и отъ леченія по методу *Hessing*'а: одинъ случай множественнаго склероза, другой — поперечнаго міэлита.

Naunyn спросилъ *Jürgensen*'а, обратилъ ли онъ вниманіе на то, что бываетъ съ больнымъ, когда онъ сниметъ корсетъ; въ это время больные обычно чувствуютъ себя плохо, ибо мышцы туловища утратили прежнюю способность къ движенію, если не атрофировались.

Jürgensen отвѣтилъ, что атрофія мышцъ возможна, но она обычно настолько незначительна, что мышечная дѣятельность вскорѣ вполне возстанавливается.

Vierordt упомянулъ, что въ одномъ случаѣ корсетъ *Hessing*'а давленіемъ на лѣвую половину таза вызвалъ очень рѣзкія боли въ лѣвой ногѣ.

По мнѣнію *Hühnerfauth*, сильныя поколачиванія по позвоночнику могутъ дать въ результатъ такое же улучшеніе, какъ и подвѣшиваніе. Авторъ предлагаетъ для механическаго леченія табеса слѣдующую комбинацію: полуподвѣшиваніе, такъ чтобы носки еще касались пола, съ легкимъ поддерживаніемъ колѣнъ во избѣжаніе колебаній, и сильныя поколачиванія по позвоночнику; принимая во вниманіе, что у паціентовъ, вѣсъ которыхъ выше 160 фунтовъ, подвѣшиваніе опасно, авторъ и рекомендуетъ свой комбинированный методъ леченія.

Bruns ¹⁾ упоминая о случаѣ *Bernhardt*'а, гдѣ во время подвѣшиванія съ больнымъ сдѣлался глубокой обморокъ съ потерей сознанія, судорожными движеніями и расширеніемъ зрачковъ, говоритъ, что подобныя наблюденія

¹⁾ *Bruns*. Zur Suspensionsbehandlung Tabeskranken. Practische Notizen. Berlin. klinische Wochenschrift, № 27, стр. 628, 1889 г.

другими авторами сообщены не были, методъ считается довольно неопаснымъ и, какъ ему извѣстно, примѣняется уже даже не врачами (*Heilgymnasten*). Имѣя это въ виду авторъ считаетъ правильнымъ сообщить слѣдующее, аналогичное случаю *Bernhardt'a*, наблюдение: чиновникъ въ отставкѣ изъ *Hannovera*, былъ боленъ около 16 лѣтъ; около 6 лѣтъ тяжелая атаксія, все это время онъ не покидалъ дома; *myosis* и неподвижность зрачковъ, симптомъ *Westphal'a*, рѣзкія расстройства чувствительности. Пациентъ, прочитавъ газетную замѣтку о подвѣшиваніи, пришелъ къ *Brunns'у* и просилъ сдѣлать ему подвѣшиваніе. Это былъ первый больной, которому *Brunns* примѣнилъ подвѣшиваніе точно по описанію метода, но не прошло еще и 5 секундъ послѣ начала перваго сеанса, какъ больной замолкъ, поблѣднѣлъ, и съ очень расширенными зрачками потерялъ сознание. Онъ тотчасъ же былъ спущенъ на полъ, скоро пришелъ въ себя, но не зналъ нѣкоторое время, гдѣ онъ находится. Такъ какъ симптомы, развившіеся у больного, могли зависѣть отъ сдавленія обѣихъ каротидъ, авторъ сдѣлалъ больному второе подвѣшиваніе безъ головныхъ ремней — однако опять развилось состояніе, подобное первому, сеансъ опять былъ прекращенъ, больной еще и послѣ сеанса нѣкоторое время жаловался на легкую головную боль. Въ виду такихъ явленій дальнѣйшихъ подвѣшиваній больному не примѣнялось. Вполнѣдствіи авторъ у 7 табетиковъ сдѣлалъ около 150 подвѣшиваній, но уже ничего подобнаго не наблюдалъ, конечно, будучи очень осторожнымъ. Что касается результатовъ леченія, то *Brunns* вполнѣ присоединяется къ выводамъ *Bernhardt'a* и ничего не имѣетъ прибавить.

Въ Россіи д-ра *Спримонъ* и *Штейнъ* начали примѣнять подвѣшиванія вскорѣ, какъ только *Charcot* опубликовалъ свои изслѣдованія. Подвѣшиваніе не избѣгло участи многихъ русскихъ изобрѣтеній, которыя, только получивъ заграничный патентъ, приобрѣтали уже право гражданства у себя на родинѣ.

Спримонъ ¹⁾ въ своей первой статьѣ о новомъ методѣ, послѣ краткаго очерка способа подвѣшиванія по *Мочут-*

¹⁾ *Спримонъ*. Новый аппаратъ для леченія нервныхъ болѣзней подвѣшиваніемъ. Медицинское Обозрѣніе 1889 г. № 22, стр. 899.

ковскому и полученных имъ результатовъ, останавливается на недостаткахъ этого способа, недостаткахъ, отмѣченныхъ многими авторами. Всѣ неприятыя случайности при примѣ-

неніи способа Мочутковскаго произошли, по Спримону, отъ того, что способъ этотъ не давалъ возможности соразмѣрить силу вытяженія съ наличными силами больного. Чтобы осуществить практически задачу постепеннаго увеличенія силы вытяженія, Спримонъ провель этотъ принципъ въ построенномъ имъ аппаратѣ, изображеніе котораго мы здѣсь и приводимъ (см. рис. 6). Къ сожалѣнію, самая главная часть аппарата, — Сайровское коромысло на приложенномъ къ статьѣ рисункѣ изображено неясно, на рисункѣ автора ремень подмышниковъ продѣтъ въ одно кольцо съ ремнемъ

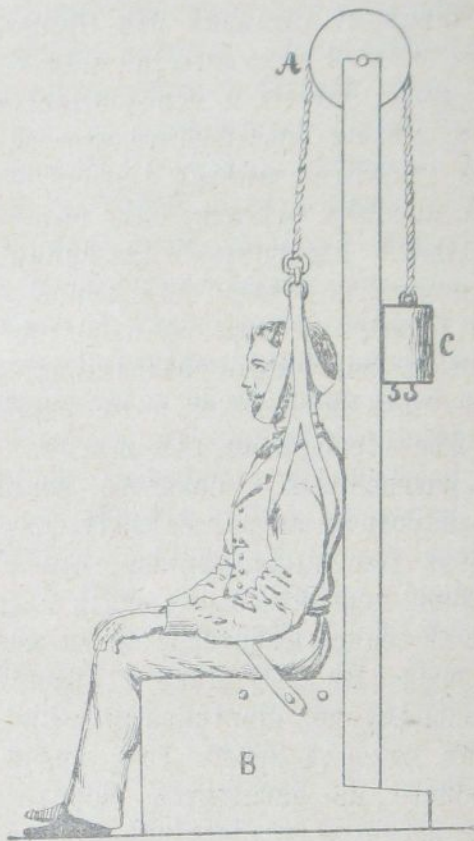


Рис. 6.

Сайровской узды, что искажаетъ дѣло и не соотвѣтствуетъ приведенному описанію. Какъ видно на рисункѣ, больной сидитъ на табуреткѣ (B) съ узкою спинкою, которая представляетъ собою брусокъ, высотой въ $2\frac{3}{4}$ аршина; на верху бруска вдѣлано колесо-блокъ (A), черезъ который перекинута веревка; къ одному концу послѣдней прикрѣплено Сайровское коромысло, къ другому, — ящикъ съ тяжестями (C). Больной садится на табуретку, прислонясь къ стойкѣ спиной: на него надѣвается Сайровская узда (если угодно и подмышники, употребленіе которыхъ можетъ быть совершенно остав-

лено при этомъ аппаратѣ). Въ ящикъ кладутся и, кромѣ того, къ нему привѣшиваются тяжести. Начальный мало ощутимый вѣсъ, опредѣленный опытомъ, равенъ 20—40 фунтамъ. При окончаніи сеанса тяжести постепенно снимаются. Сеансъ можно прекратить во всякое время мгновенно, пригласивъ больного повернуться влѣво или вправо и встать, предварительно отцѣпивъ (если онъ надѣтъ) ремень, фиксирующий тазъ; до тяжести 3 пудовъ—фиксированіе таза едва ли нужно: оно производится тяжестью самого тѣла. Точно также легко прекратить или ослабить во время сеанса вытяженіе, нажимая болѣе или менѣе сильно обѣими руками на коромысло. При употребленіи этого аппарата, по автору, нѣтъ ничего непредвидѣннаго; больной сидитъ, а не виситъ, что безъ всякаго сомнѣнія удобнѣе, особенно для людей рѣбкихъ. Управление аппаратомъ просто и легко. Пока узда не надѣта, ящикъ съ любою первоначальной тяжестью задерживается неподвижно двумя крючками, съ которыхъ спускается при началѣ сеанса. Опыты, произведенные авторомъ надъ самимъ собою и надъ здоровыми, показали, что при употребленіи одной только узды эффектъ растяженія достигается ровно, безъ колебаній въ силѣ вытяженія; при употребленіи подмышечника вмѣшивается, по автору, совершенно безконтрольная сила верхнихъ конечностей, которая можетъ въ значительной степени ослаблять вытяженіе шеи своимъ противодѣйствіемъ (сравни съ наблюденіями *Landé*'а, стр.65). При употребленіи одной узды, для полнаго выпрямленія позвоночника достаточно тяжести въ 2—3 пуда. Понятно, говорить *Спримонъ*, что при приложеніи столь небольшой тяжести возможно такое удлиненіе сеанса, какое немислимо при обычномъ подвѣшиваніи. При употребленіи же и подмышечника, сила вытяженія можетъ быть доведена до 4 и болѣе пудовъ. Предлагаемый аппаратъ, по *Спримону*, можетъ удовлетворить тѣхъ, кто придерживается, подобно проф. *Jürgensen*'у и *Leyden*'у, взгляда, что лучше лѣчить табесъ болѣе или менѣе долгимъ, слабымъ, безвреднымъ вытяженіемъ, чѣмъ кратковременнымъ, сильнымъ и опаснымъ. „Будущее покажетъ, говоритъ авторъ, насколько этотъ взглядъ, который я вполнѣ раздѣляю те-

перь, оправдывается на дѣлѣ". Въ концѣ статьи авторъ высказываетъ убѣжденіе, что его аппаратъ съ нѣкоторыми измѣненіями долженъ получить право гражданства и у хирурговъ для лѣченія искривленія позвоночника и для наложенія корсетовъ. Намъ неизвѣстно, получилъ ли право гражданства аппаратъ *Спримона* у хирурговъ, у невропатологовъ-же онъ дѣйствительно сталъ общеупотребительнымъ.

II. *фонъ-Штейнъ* ¹⁾ началъ примѣнять подвѣшиванія, видоизмѣнивъ нѣсколько аппаратъ *Мочутковскаго-Charcot*, включивъ въ него, какъ составную часть, Вестоновскій блокъ, главное достоинство котораго заключается въ томъ, что поднятая съ его помощью тяжесть виситъ и не спускается сама. Къ сожалѣнію, не всѣмъ больнымъ примѣнялось одно подвѣшиваніе, многимъ одновременно примѣнялось электрическое леченіе и внутреннія средства, крайне желательныхъ свѣдѣній о томъ, гдѣ было испытано одно подвѣшиваніе въ докладѣ нѣтъ. Въ первой серіи лечилось 25 больныхъ, сдѣлавшихъ 305 сеансовъ, изъ этихъ больныхъ замѣтно улучшились три табетика и три неврастеника (съ половымъ безсиліемъ), послѣдніе, повидимому, даже поправились. Во второй серіи лечилось подвѣшиваніемъ 94 больныхъ, сдѣлавшихъ 1087 сеансовъ, по роду болѣзни больные распредѣлялись такимъ образомъ: *tabes dorsalis* 22; *neurasthenia* и *impotentia* 59; *ischias*, *lumbago* 10; *paresis rheumatici* 1; *tremor potatorum* 2. Въ числѣ 94 больныхъ были только 4 женщины, сдѣлавшія всего 9 подвѣшиваній, такъ какъ «женщины, по мнѣнію автора, очень боятся подвѣшиваній при амбулаторномъ леченіи». 11 табетикамъ сдѣлано всего 20 подвѣшиваній, и авторъ ихъ не принимаетъ въ расчетъ, а 11 остальнымъ сдѣлано отъ 7 до 43 сеансовъ каждому. Авторъ привелъ нѣсколько краткихъ исторій болѣзней, судя по которымъ онъ получалъ у больныхъ улучшеніе походки, симптома Ромберга, половой функціи, сна и стрѣляющихъ болей, по

¹⁾ II. *фонъ-Штейнъ*. Къ лѣченію подвѣшиваніемъ въ нервныхъ болѣзняхъ, съ демонстраціею Вестоновскаго блока и одного табетика. Читано въ засѣданіи Московскаго отдѣла Общества Охран. Народнаго Здравія 27 ноября 1889 г.

«улучшенія были не столь рѣзки, какъ ихъ описывали *Мочутковскій* и *Charcot*». О томъ, что леченіе не особенно было удачно, видно и изъ слѣдующихъ строкъ автора: «Странная особенность рѣзко наблюдается надъ Пятигорскими больными: предпринимая такое путешествіе для исцѣленія отъ разныхъ недуговъ, они большею частью рассчитываютъ на полное исцѣленіе и поэтому въ началѣ леченія охотно примѣняютъ подвѣшиванія и все просятъ почаще и подольше и очень рады наступающимъ улучшеніямъ, но какъ только леченіе приближается къ концу, и цѣль ихъ, конечно, не вполне достигается, то они забываютъ или не придаютъ должнаго значенія полученнымъ улучшеніямъ и въ общемъ недовольны полученными результатами» (стр. 13). Изъ 59 неврастениковъ 20 слѣдуетъ исключить за недостаточностью сеансовъ, 4 не получили облегченія, 8 улучшились значительно; изъ остальныхъ 27, сдѣлавшихъ отъ 6 до 32 сеансовъ, всѣ болѣе или менѣе поправились. Только у 3-хъ больныхъ авторъ наблюдалъ во время подвѣшиванія чувство страха, быстро проходившее, какъ только прекращался сеансъ. Отъ 20—30 разъ больные подвѣшиваются охотно, а затѣмъ, по выраженію автора, «какъ бы пресыщаются». У больныхъ, привыкшихъ къ вытяженію, авторъ для увеличенія силы тракціи обхватывалъ голени руками и тянулъ книзу.

Въ 1890 году *Russel* и *Taylor*¹⁾ опубликовали вторую серію случаевъ, леченныхъ подвѣшиваніемъ въ Національномъ госпиталѣ въ Лондонѣ; въ эту серію вошло 19 больныхъ новыхъ и 2 изъ первой серіи (см. стр. 56), такъ какъ они со времени печатанія перваго отчета продолжали леченіе. Подвѣшиванія производились черезъ день, при чемъ ноги совершенно не касались земли. Дѣлались ли подвѣшиванія каждый день или черезъ день, — результаты были одинаковы. Послѣ каждаго сеанса больные отдыхали около $\frac{1}{2}$ часа. Несчастныхъ случаевъ не было. Интересно, что у одного больного во время

¹⁾ *Russel* и *Taylor*. Treatment by suspension. Brain и The Lancet. p. 234, 1890.

лечения подвѣшиваніемъ наблюдался ознобъ и недомоганіе, однако пациентъ этотъ страдалъ и циститомъ. Изъ 19 случаевъ—16 было спинной сухотки, 4 случая 1-го стадія со слѣпотой и другими глазными симптомами, 11 случаевъ стадія атактического и 1 случай стадія паретического. Только въ одномъ случаѣ 2-го стадія спинной сухотки авторы получили объективное улучшеніе и значительное, однако улучшеніе это держалось недолго и смѣнилось ухудшеніемъ. Еще въ 2-хъ случаяхъ (1 третьяго стадія и 1—2-го) также было улучшеніе, но незначительное и въ одномъ улучшеніе было лишь субъективное, остальные случаи спинной сухотки остались безъ переменъ, а въ 2 послѣдовало даже ухудшеніе. Ни въ одномъ изъ случаевъ, гдѣ наблюдалась атрофія зрительнаго нерва или другіе глазные симптомы не было никакого улучшенія. Кромѣ случаевъ спинной сухотки авторы еще пользовали вытяженіемъ 1 случай—*sclerosis disseminata*, 1—атактической параплегии *Gowers'a* и 1 случай *paralysis agitans*. Симптомы разсѣяннаго склероза отъ подвѣшиванія не измѣнились. Въ случаѣ атактической параплегии больной находилъ, что онъ улучшается, но авторы находили симптомы его заболѣванія не измѣнившимися. У больного съ дрожательнымъ параличомъ авторы получили объективное улучшеніе дрожанія и даже его исчезновеніе. Въ двухъ случаяхъ спинной сухотки изъ первой серіи, въ одномъ улучшеніе продолжалось и было стойкимъ, въ другомъ леченіе не привело ни къ какимъ результатамъ. На основаніи своихъ наблюденій, авторы думаютъ, что подвѣшиваніе не въ состояніи даже болѣе или менѣе значительно облегчить болѣзненные симптомы спинной сухотки, о совершенномъ же устраненіи этихъ симптомовъ, конечно, не можетъ быть и рѣчи, наблюдаемое нѣкоторое улучшеніе большею частью субъективно и объясняется дѣйствіемъ внушенія и самовнушенія.

Были попытки примѣнить подвѣшиваніе и къ леченію душевныхъ болѣзней. *Frièse* и *Régis* ¹⁾ испытали новый методъ

¹⁾ *Frièse et Régis*. Note sur quelques essais de suspension dans la paralysie générale et la mélancolique. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Séance de 26 Jul. 1889. Annales medico-psychologiques, p. 305, 1890.

въ 12 случаяхъ прогрессивнаго паралича, въ 2 случаяхъ меланхолии и 1 — folie à double forme. Авторы пользовались обыкновеннымъ аппаратомъ, но раздѣлили тракцію за голову и тракцію за подмышки (подбородочно-затылочный ремень и подмышники прикрѣплялись къ разнымъ коромысламъ). Сеансъ въ среднемъ продолжался 3 минуты, изъ которыхъ 2 минуты вытяженіе производилось только за подмышники и 1 мин. — смѣшанное. Исключая 2-хъ паралитиковъ, послѣ первыхъ же сеансовъ отказавшихся продолжать леченіе, — одинъ вслѣдствіе дурнаго расположенія духа, другой вслѣдствіе возбужденія, наступившаго за первымъ сеансомъ, — всѣ остальные паралитики очень охотно подвергались подвѣшиванію. По наблюденіямъ авторовъ, леченіе оказалось въ нѣкоторыхъ случаяхъ паралича успѣшнымъ (наблюденія продолжались въ теченіе 1 мѣсяца), особенно въ торпидныхъ формахъ, за леченіемъ слѣдовало повышеніе мышечной силы и психическое возбужденіе, больные становились болѣе дѣятельны и болтливы. У больного съ folie à double forme въ депрессивномъ періодѣ, потому ли, что этотъ періодъ приближался къ концу, или же дѣйствительно имѣло вліяніе вытяженіе, было замѣчено оживленіе и воодушевленіе до того, что онъ изъявлялъ желаніе приняться за свою профессію. Изъ двухъ меланхоликовъ 1 была женщина съ послѣродовымъ психозомъ. Въ виду наклонности такихъ больныхъ къ самоубійству, ради осторожности, авторы замѣнили подмышковое подвѣшиваніе подвѣшиваніемъ за поясъ, надѣтый кругомъ туловища, преимущество послѣдняго способа между прочимъ, по авторамъ, состоитъ и въ томъ, что можно изслѣдовать пульсъ безъ сдавленія сосудистаго пучка въ подкрыльцовой впадинѣ. По изслѣдованіямъ авторовъ, пульсъ во время подвѣшиванія всегда учащается, это учащеніе авторы констатировали и на себѣ самихъ, и на другихъ здоровыхъ и больныхъ людяхъ. Сеансы у меланхоликовъ продолжались до 10 минутъ, отъ 5'—7' за поясъ, 3'—5' смѣшанное съ maximum'омъ силы тракціи за голову 12 kilo. Черезъ 12 дней леченіе у обоихъ меланхоликовъ было прекращено, такъ какъ авторы, главнымъ образомъ, боялись способствовать развитію бреда у больныхъ видомъ

аппарата. Женщина не изменилась в своем болезненном состоянии. Мужчина стал разговорчивее, ѣлъ, охотно гулялъ и даже соглашался играть в шашки, читать и проч.; до подвѣшиванія онъ былъ абсолютно погруженъ въ оцѣпенѣніе. Не считая своихъ опытовъ достаточными для того, чтобы дѣлать какіе либо выводы, авторы, однако, рекомендуютъ испытать подвѣшиваніе въ начальномъ стадіи прогрессивнаго паралича, въ особенности при табетической формѣ послѣдняго и при торпидной формѣ, равно какъ и при меланхоли съ рѣзко выраженной депрессіей. Никакихъ неприятныхъ явленій при подвѣшиваніи авторы не наблюдали.

Интересное наблюденіе сообщилъ *W. Hale White*¹⁾, лечившій подвѣшиваніемъ 3-хъ больныхъ. У одного изъ этихъ больныхъ послѣ перваго же сеанса въ 1' было замѣчено поднятіе температуры до 39°, поднятіе t° сопровождалось ознобомъ, то же явленіе повторялось и при слѣдующихъ сеансахъ, а затѣмъ температура держалась умѣренно повышенной (на 1°) все время, и потребовалось, оставивъ подвѣшиванія, ждать 7 дней, чтобы она пришла къ нормѣ. Дѣло шло въ данномъ случаѣ объ атактикѣ 42 л., страдавшемъ около 6 лѣтъ и находящемся въ 2 періодѣ заболѣванія. Несмотря на поднятіе t°, у этого больного боли, анестезіи и способность ходить улучшились, сдѣлано было 10 сеансовъ. У втораго больного—атактика 1-го стадія легкое разстройство походки прошло, но боли и гастрическіе кризы ухудшились. У 3-го больного—атактика 2-го стадія разстройства въ сферѣ чувствительности уменьшились, но атаксія усилилась. Во всѣхъ трехъ случаяхъ пациенты были довольны даже и легкими улучшеніями, какія получались. Зрачковые симптомы, а равно и колѣнный рефлексъ во всѣхъ 3-хъ случаяхъ остались безъ перемѣн. Авторъ не отрицаетъ возможности, что подвѣшиваніе можетъ дать и лучшіе результаты, однако, думаетъ, что, когда пройдетъ новизна метода, результаты его изменятся.

¹⁾ *W. Hale White*. Three cases of tabes dorsalis treated by suspension; in one of which is induced pyrexia. The Lancet, p. 11, 4 янв. 1890.

Ставя своей задачей изучение измененій объема черепно-спинного канала въ зависимости отъ различныхъ движеній и положеній тѣла, *R. Reid* и *Ch. S. Scherrington* ¹⁾ поставили рядъ опытовъ на дѣтскихъ трупахъ и на трупахъ взрослыхъ людей. Трупы подвѣшивались за голову; сдѣлавъ трепанационное окно и вскрывъ твердую мозговую оболочку, *Reid* и *Scherrington* наполняли субдуральное пространство водой, ввинчивали въ трепанационное окно воронку, отъ которой шла система трубокъ, также наполненныхъ водой; измѣрялось и записывалось графически количество жидкости, изливающейся изъ этой системы при измѣненіяхъ положенія тѣла. На основаніи этихъ опытовъ авторы пришли къ выводамъ, что когда тѣло виситъ свободно и вертикально, подвѣшенное за голову, то объемъ черепно-позвоночнаго канала — максимальный; если отнять вѣсъ туловища и конечностей, приподнявъ трупъ и поддерживая его въ такомъ положеніи, то объемъ канала уменьшится, но очень мало; если позвоночникъ сгибается впередъ или назадъ (особенно назадъ), то объемъ черепно-позвоночнаго канала значительно уменьшается; вышеотмѣченныя явленія рѣзче выражены были на дѣтскихъ трупахъ. По наблюденіямъ авторовъ оказывается, что при подвѣшиваніи объемъ канала увеличивается у взрослога человека среднихъ лѣтъ приблизительно на 1,00 куб. милл., принимая весь объемъ канала въ 102 куб. снт., надо придти къ выводу, что объемъ канала увеличивается только на $\frac{1}{1020}$, это увеличеніе такъ мало, что трудно себѣ представить, какимъ образомъ при леченіи подвѣшиваніемъ можетъ происходить дѣйствительное вытяженіе спинного мозга, какъ о томъ заявляли.

A. Hamilton ²⁾ утверждаетъ, что онъ еще 11 лѣтъ тому назадъ совѣтовалъ *Sayer*'у примѣнить подвѣшиваніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ поперечныхъ мѣлитовъ. Еще ранѣе сооб-

¹⁾ *R. Reid* и *Ch. Scherrington*. The effect of movement of the human body on the size of spinal canal. Brain. 13. p. 449 1890.

²⁾ *Hamilton*. The treatment of certain diseases of the nervous system by suspension and postural methods, with the description of a new apparatus. New-York med. Record, № 9. 1890 г.

щених *Langenbuch'a* и *Volkmann'a*, *Hamilton* лечилъ спинно-мозговья болѣзни по особому методу кроватнаго вытяженія, при чемъ стопы фиксировались и ножной конецъ кровати поднимался. Съ опубликованіемъ подвѣшиванія по способу *Мочутковскаго-Charcot*, авторъ испыталъ его на нѣсколькихъ больныхъ. Просматривая имѣющуюся по этому вопросу литературу, *Hamilton* вынесъ впечатлѣніе, что очень многія наблюденія оказались неправильными и не систематическими, чѣмъ и объясняется различіе результатовъ. Самъ *Hamilton* приводитъ пять случаевъ спинной сухотки, гдѣ леченіе подвѣшиваніемъ показалось ему особенно полезнымъ. Изъ этихъ пяти больныхъ, трое были во 2 стадіи, 1 въ первомъ и 1 въ третьемъ; всѣ мужчины. Во всѣхъ случаяхъ было сдѣлано много сеансовъ, такъ въ 1-мъ случаѣ 180 сеансовъ, во 2-мъ—79, въ 3-мъ—115, въ 4-мъ 48, въ 5-мъ—83. Улучшеніе въ 1 и 3 случаѣ было поразительное, боли исчезли совершенно, атаксія также. Сначала ослабѣвали боли, затѣмъ улучшалась походка. Пузырныя расстройства также поддавались леченію. Въ трехъ случаяхъ атрофія зрительнаго нерва нисколько не измѣнилась. Возвращенія колѣннаго рефлекса авторъ не видѣлъ ни у одного больного. Кромѣ этихъ 5 случаевъ авторъ приписываетъ подвѣшиваніе во многихъ другихъ. Обычно результаты были хорошіе, но много было и такихъ, гдѣ леченіе не ослабляло заболѣванія. На основаніи своихъ наблюденій *Hamilton* думаетъ, что подвѣшиваніе при нѣкоторыхъ функциональных страданіяхъ нервной системы еще полезнѣе, чѣмъ при спинной сухоткѣ; такъ онъ лечилъ 6 случаевъ травматической истеріи, между которыми авторъ приводитъ одинъ, гдѣ послѣ 18 вытяженій за голову (безъ подмышниковъ) наступило выздоровленіе. Авторъ согласенъ съ *Мочутковскимъ*, что результаты зависятъ непосредственно отъ удлиненія спинного мозга и измѣненія кровообращенія. Серію несчастныхъ случаевъ *Hamilton* пополняетъ собственными наблюденіями, онъ видѣлъ больного, который долго дѣлалъ самъ себѣ подвѣшиванія и въ концѣ концовъ у него развились упорныя головныя боли, боли въ позвоночникѣ, не-

держаніе мочи и наконецъ гемиплегія; въ другомъ случаѣ $\frac{1}{2}$ часа спустя послѣ каждаго сеанса появлялся припадокъ сильнаго головокруженія; еще въ одномъ случаѣ едва не развилась флегмона кожи головы, вслѣдствіе сдавленія ея ремнемъ. Для вытяженія по своему принципу авторъ устроилъ наклонную плоскость, которая помощью системы зубчатыхъ колесъ и крючковъ можетъ быть поставлена и наклонена подъ какимъ угодно угломъ. Больной ложится на плоскость, ноги его фиксируются за стопы, а головной конецъ плоскости опускается и устанавливается подъ желаемымъ угломъ. Пользуя такимъ образомъ 4 больныхъ, 3 случая neuritis multiplex и 1 meningo-myelitis, авторъ никогда не наблюдалъ непріятныхъ побочныхъ явленій даже при продолжительности сеанса до 10 минутъ. Въ только что упомянутыхъ 4 случаяхъ, по словамъ автора, его методъ принесъ больнымъ значительную пользу.

Д-ръ *Friedrich* ¹⁾ сообщаетъ объ одномъ больномъ, у котораго подвѣшиваніе обусловило непріятныя осложненія. Больной, страдавшій спинной сухоткой, гипертрофіей сердца и хроническимъ воспаленіемъ почекъ, пожелалъ подвергнуться подвѣшиванію, которое и было примѣнено съ надлежащей осторожностью. Черезъ $1\frac{1}{2}$ часа послѣ 15-го подвѣшиванія, которое продолжалось $2\frac{1}{2}$ ’, показала гемоглобинурія, продолжавшаяся часовъ 12. Когда черезъ $2\frac{1}{2}$ мѣсяца подвѣшиванія снова были возобновлены (подъ вліяніемъ подвѣшиванія боли стали меньше), то послѣ 7-го сеанса показала гематурія, наблюдавшаяся 2 дня. Дальнѣйшихъ подвѣшиваній не дѣлали. *Friedrich* совѣтуетъ быть въ высшей степени осторожнымъ съ употребленіемъ подвѣшиваній у почечныхъ больныхъ.

Многіе, какъ извѣстно, объясняютъ дѣйствіе подвѣшиванія отчасти вытяженіемъ нервовъ, при этомъ происходящимъ, но врядъ ли это выгодно для подвѣшиванія. Вытяженіе нервовъ, говоритъ *Hirt* ²⁾, въ началѣ семидесятыхъ

¹⁾ *Friedrich*. Pester med.-chir. Presse 1890 г. Врачъ № 8 1890.

²⁾ *Hirt*. Pathologie und Therapie Nervenkrankheiten. Heft II. S. 521—526. 1890 г.

годовъ рекомендовалось, какъ лучшее средство при *tabes*, въ настоящее время эта операція можетъ считаться окончившей свое земное поприще. Успѣхъ вытяженія нервовъ оказывался непродолжительнымъ, а за нимъ слѣдовало ухудшеніе. *Strümpell* и *Rosenstein* на основаніи патолого-анатомическихъ изслѣдованій утверждали, что вытяженіе нервовъ не имѣло никакого вліянія на процессъ въ спинномъ мозгу, иногда-же развивающійся послѣдовательно за вытяженіемъ невритъ переходилъ и на спинной мозгъ, вызывая міэлитъ. Само собою понятно, что для послѣдняго слова о подвѣшиваніи еще не настало время. Однако, авторъ изъ литературы по этому вопросу вынесъ такое впечатлѣніе, что оно можетъ быть еще будетъ нѣкоторое время моднымъ съ тѣмъ, чтобы впослѣдствіи отойти въ область забвенія. Самъ *Hirt* примѣнялъ подвѣшиваніе въ 103 случаяхъ частной практики и въ 11 случаяхъ госпитальной. Между 103 табетиками частной практики были 82 мужч. и 21 женщина, между госпитальными больными 7 мужч. и 4 женщ. Число примѣненныхъ въ отдѣльныхъ случаяхъ подвѣшиваній было отъ 3—87. Продолжительность отдѣльнаго сеанса стѣ 1—5¹/₂. Все леченіе продолжалось отъ 3—116 дней. Между больными были болѣе старые и болѣе свѣжіе случаи. Самая короткая продолжительность болѣзни была (при началѣ подвѣшиванія) 14 мѣсяцевъ, самая длинная 17 лѣтъ. Авторъ не могъ констатировать ни въ одномъ случаѣ замѣтнаго или продолжительнаго улучшенія даже отдѣльныхъ симптомовъ заболѣванія; то уменьшалась атаксія, то улучшались разстройства пузыря, но вскорѣ все опять возвращалось къ старому. Картина, которую разсудительный и непредубѣжденный больной видѣлъ въ своемъ состояніи послѣ 30, 50 и 80 подвѣшиваній, довольно точно соотвѣтствовала той, которая наблюдалась при началѣ заболѣванія. Въ противоположность *Althaus'у*, *Hirt* убѣжденъ, что подвѣшиваніе не вызываетъ никакихъ анатомическихъ измѣненій и что получаемыя улучшенія должны быть сведены на дѣйствіе внушенія: больные знаютъ, что появился новый методъ леченія ихъ неизлечимаго страданія, они съ радостью и довѣріемъ продѣлываютъ

подвѣшиванія и убѣждены черезъ самовнушеніе въ улучшеніи своихъ разстройствъ, улучшение это дѣйствительно появляется, но ненадолго. Непріятныя явленія во время подвѣшиванія *Hirt* наблюдалъ 4 раза. 2 раза больные теряли сознание и скоро вынутые изъ аппарата они съ большимъ трудомъ были приведены въ себя, 2 раза во время подвѣшиванія у другихъ больныхъ развились столь тяжелые гортанные кризы, что необходимо было тотчасъ прервать сеансъ. Ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ подвѣшивать больныхъ съ пороками сердца и сосудовъ; во время сеанса ни на одну минуту нельзя оставлять больного одного.

A. Strümpell ¹⁾ признаетъ, что подвѣшиваніе, столь прославленное въ то время, даетъ нѣкоторое симптоматическое улучшение въ извѣстныхъ случаяхъ *tabes'a*, однако, не можетъ быть и рѣчи о томъ, что оно въ состояніи остановить развитіе заболѣванія. Не надо быть пророкомъ, говорить *Strümpell*, чтобы предсказать подвѣшиванію ту же судьбу, которая постигла многія, въ свое время прославленныя средства.

Въ засѣданіи 5 мая 1890 года въ обществѣ внутренней медицины въ Берлинѣ *P. Guttmann* ²⁾ сдѣлалъ сообщеніе о лѣченіи подвѣшиваніемъ; въ томъ же засѣданіи по поводу доклада *Guttmann'a* высказались о подвѣшиваніи *Leyden*, *Remak* и *Mendel*. *Guttmann* подвѣшивалъ 10 случаевъ спинной сухотки, 2—міэлита, 1 травматическаго сдавленія мозга, 7—*ischias*, 5 случаевъ искривленія позвоночника, сопровождавшихся очень сильною болѣзненностью. Подвѣшиванія производили, слѣдуя указаніямъ *Charcot*. Число сеансовъ колебалось отъ 3 до 60. Результатъ былъ отрицательный въ трехъ случаяхъ *tabes'a*, въ 5 другихъ случаяхъ этого-же страданія онъ былъ обратно очень замѣтателенъ,—атаксія, парестезіи и стрѣляющія боли значительно улучшились, колѣнный рефлексъ и явленія со стороны зрач-

¹⁾ Prof. *A. Strümpell*. Ueber Wesen und Behandlung der *Tabes*. Münch. Medicin. Wochenschrift № 39, S. 667, 1890.

²⁾ *Guttmann*. Des résultats de la suspension dans le traitement du *tabes dorsalis*. La Médecine Moderne, p. 397. 1890.

ковъ остались безъ перемѣнъ. Въ двухъ случаяхъ мѣлита больные послѣ леченія подвѣшиваніями стали лучше и дольше ходить. Изъ 7 случаевъ ischias только 4 были лечены исключительно подвѣшиваніями,—боли уменьшились, но результатъ не былъ продолжителенъ; 3 случая, лѣченные подвѣшиваніями и антипириномъ, были излечены радикально. У 3 больныхъ съ кифозомъ уменьшились боли, 2 сколіотика остались безъ измѣненій.

Leyden находитъ, что болѣзненный процессъ ни коимъ образомъ не подпадаетъ вліянію подвѣшиванія, это вліяніе, кажется, если и происходитъ, то отъ вытяженія нервовъ. Вытяженіе нервовъ когда-то примѣнялось очень широко. Подвѣшиваніе въ общемъ такъ же недѣйствительно, какъ и вытяженіе нервовъ. Это мнѣніе авторъ основываетъ на личномъ опытѣ. Надо имѣть въ виду также небезопасность примѣненія. *Leyden* наблюдалъ у одного больного послѣ сеанса приступъ серьезнаго головокруженія. Конечно, подобныя случайности устранимы при осторожномъ примѣненіи, но слабое примѣненіе, уменьшая силу вытяженія, тѣмъ самымъ уменьшаетъ значеніе метода. Очень большую важность придавали исчезновенію болей, но эти послѣднія въ значительной степени являются данниками психическаго вліянія, и скоропреходящія улучшенія ихъ надо приписать этому послѣднему. Ни съ теоретической, ни съ практической точки зрѣнія подвѣшиваніе не играетъ какой либо роли въ леченіи спинной сухотки.

Remak напоминаетъ съ какой осторожностью надо примѣнять подвѣшиванія, ни въ коемъ случаѣ не позволяя производить ихъ самимъ больнымъ; онъ недавно видѣлъ случай смерти при такомъ примѣненіи. Подвѣшиваніе, по мнѣнію *Remak*'а, заслуживаетъ примѣненія въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако его ни коимъ образомъ нельзя считать дѣйствительнѣе другихъ методовъ, напр. фарадизаціи и проч.

Mendel подчеркиваетъ, что никто изъ авторовъ и не претендовалъ на то, что подвѣшиванія вліяютъ на анатомическія измѣненія въ нервной системѣ и могутъ измѣнять

самый болѣзненный процессъ; дѣло шло только объ эффектѣ подвѣшиванія на табетическіе симптомы, и съ послѣдней точки зрѣнія наблюденія *Mendel'*я и другихъ авторовъ показали, что цѣлая серія симптомовъ спинной сухотки можетъ даже окончательно исчезать послѣ подвѣшиваній, почему и слѣдуетъ рекомендовать этотъ способъ леченія. (Врядъ ли можно присоединиться къ мнѣнію *Mendel'*я объ окончательномъ исчезаніи симптомовъ).

Rosenbaum ¹⁾ производилъ свои изслѣдованія надъ подвѣшиваніемъ въ клиникѣ нервныхъ болѣзней Prof. *Mendel'*я. Весь матерьялъ клиники обнимаетъ около 85 случаевъ, но часть наблюденій была уже сообщена ранѣе (см. работу *Eulenburg'*а и *Mendel'*я, стр. 28). Всего сдѣлано въ 85 случаяхъ около 2500 подвѣшиваній. Подвѣшиванія производились по методу *Мочутковскаго-Charcot*, дѣлались возможно легче, на шейную часть позвоночника вытяженіе передавалось только постепенно. Продолжительность сеанса не превышала трехъ минутъ, подвѣшиванія производились 3 раза въ недѣлю и рѣдко чаще. Въ настоящую работу авторъ не включилъ 9 случаевъ съ 152 подвѣшиваніями, гдѣ имѣло мѣсто другое заболѣваніе—не табесъ, а также 15 случаевъ и табеса съ 234 подвѣшиваніями, такъ какъ леченіе въ этихъ случаяхъ продолжалось слишкомъ коротко и, конечно, не давало автору права на какіе-либо выводы; такимъ образомъ всего собственно вошло въ настоящую работу 61 случай табеса съ 2075 подвѣшиваніями, между ними въ 25 случаяхъ было достигнуто улучшеніе и въ 5 — это улучшеніе особенно обращало на себя вниманіе и съ незначительными колебаніями удерживалось больными; въ 9 случаяхъ результатъ былъ сомнительный, можетъ быть по причинѣ еще недостаточно долгаго леченія. Не приводитъ также авторъ и такихъ случаевъ, гдѣ, несмотря на заявленіе паціентовъ объ улучшеніи, не было объективныхъ признаковъ такового. Лечились большею частью табетики, находившіеся во 2 и 3

¹⁾ *G. Rosenbaum*. Ueber Erfahrungen bei der Suspensionsbehandlung der Tabes. Deutsche Medicinische Wochenschrift № 37. 1890, S. 822.

періодахъ заболѣванія. Подъ вліяніемъ подвѣшиванія боли становились менѣе сильны, менѣе продолжительны и рѣдки, но не исчезали совсѣмъ, такихъ случаевъ авторъ не наблюдалъ. Постоянно и значительно улучшались симптомы Ромберга и походка. Также постоянно улучшались симптомы со стороны мочевого пузыря, но затѣмъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ вновь появлялось ухудшеніе. Рѣже устранялись запоры и улучшалась кишечная дѣятельность, еще рѣже наблюдалось улучшеніе половой способности, но, впрочемъ, въ 4 случаяхъ было даже возвращеніе ея. Замѣчательно повліяли подвѣшиванія у 2-хъ больныхъ съ желудочными кризами, прекращеніе рвоты наблюдалось даже послѣ небольшого числа подвѣшиваній, замѣтное улучшеніе было и въ другихъ случаяхъ желудочныхъ кризовъ. У нѣсколькихъ больныхъ наблюдалось улучшеніе чувствительности: въ одномъ случаѣ было замѣчено улучшеніе ранѣе рѣзко замедленной проводимости боли. Парѣстезіи грудной кѣтѣи, рукъ и ногъ держались даже въ случаяхъ рѣзкаго улучшенія очень упорно. Что касается улучшенія со стороны глазныхъ симптомовъ (атрофія зрительнаго нерва и параличи глазодвигательныхъ мышцъ), то къ улучшенію ихъ *Rosenbaum* относится скептически. Нѣсколькихъ больныхъ, которыхъ знали раньше глазные врачи, *Rosenbaum* посылалъ изслѣдовать состояніе глазъ снова; въ 1 или 2-хъ случаяхъ ему заявляли, что острота зрѣнія повысилась, однако, *Rosenbaum* еще не считаетъ это доказательнымъ, тоже говоритъ онъ и относительно параличей глазодвигательныхъ мышцъ. Напротивъ, остальные наблюдаемыя улучшенія были поразительны, и *Rosenbaum* готовъ утверждать, что столь значительно и такъ часто случаи спинной сухотки не улучшаются самопроизвольнымъ путемъ. Переносили подвѣшиваніе больные хорошо. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ подвѣшиванія такъ утомляли больныхъ, что у нихъ появлялась склонность ко сну. У одного очень тяжелаго субъекта пришлось леченіе оставить, такъ какъ онъ сталъ жаловаться на усиленіе болей. Только въ 2-хъ случаяхъ *Rosenbaum* наблюдалъ во время подвѣшиванія легкія обморочныя состоянія (больные страдали

cervical Form Tabis), однако освобождение отъ узды и покойное положеніе тотчасъ возвращало имъ сознание. Врядъ-ли можно отнести къ этой группѣ одну истеричку, страдавшую въ то же время спинной сухоткой, у которой иногда послѣ сеанса подвѣшиванія появлялся короткій истерическій приступъ. У одного больного, до подвѣшиваній имѣвшаго рѣзко выраженную атрофію мышцъ возвышенія большого пальца (межкостныхъ и *adductor pollicis*), во время леченія развился параличъ правой руки. Пациентъ ранѣе лечился около 8—9 мѣсяцевъ безъ всякихъ слѣдовъ дурного вліянія, да и развившійся параличъ ни *Rosenbaum*, ни самъ пациентъ не приписываютъ подвѣшиванію. Этотъ случай *Rosenbaum* приводитъ въ виду того, что всетаки надо быть осторожнымъ и, имѣя табетическія атрофіи рукъ, слѣдуетъ дѣлать подмышники какъ можно мягче, удобнѣе и лучше.

Кромѣ *tabes* подвѣшиваніемъ были лечимы еще 4 случая міэлита, 3 случая *paralysis agitans*, 2 случая множественнаго склероза и 1 случай тяжелой формы *lumbago*. При міэлитахъ и дрожательномъ параличѣ результаты были равны нулю, и авторъ не совѣтуетъ вовсе примѣнять подвѣшиваніе при выраженныхъ случаяхъ міэлита и дрожательнаго паралича, тѣмъ болѣе, что больные послѣдней формой жаловались еще послѣ подвѣшиванія на острия боли въ затылкѣ. Приведенный въ таблицѣ автора подъ № 27 больной разсѣяннымъ склерозомъ, давшій улучшеніе отъ подвѣшиванія, по автору, ничего еще не говоритъ. При спинной же сухоткѣ авторъ рекомендуетъ испытывать подвѣшиваніе; только если 20—30 подвѣшиваній не дадутъ никакого результата, то можно считать, что въ этихъ случаяхъ этотъ методъ будетъ бесполезнымъ.

Приводя далѣе извѣстное письмо *Althaus*'а, въ которомъ онъ пытался объяснить дѣйствіе подвѣшиванія при *tabes*, *Rosenbaum* не согласенъ съ утвержденіемъ *Althaus*'а, что тамъ, гдѣ воспалительныя явленія свѣжѣе (свѣжіе случаи *tabes*'а), подвѣшиваніе можетъ дать даже ухудшеніе. Между своими больными *Rosenbaum* и въ случаяхъ *tabes incipiens* видѣлъ отъ подвѣшиваній улучшенія. Методъ *Rumpf*'а (*ung. ciner.* и фарадическая кисть), по автору, также въ леченіи

tabes'a не имѣть никакихъ преимуществъ передъ подвѣшиваніемъ. Въ концѣ статьи авторъ возвращается къ объясненію возможности улучшенія глазныхъ функцій. Несомнѣнно, говоритъ *Rosenbaum*, при подвѣшиваніи создаются условія для развитія значительной активно-пассивной гипереміи въ полости черепа и аргіогі не невѣроятно, что при притокѣ питательнаго матеріала нервныя элементы будутъ лучше противостоятъ дегенеративному процессу и, такимъ образомъ, сдѣлается возможнымъ улучшеніе функцій. Въ этомъ отношеніи желательна была бы совмѣстная работа офтальмологовъ и неврологовъ, дабы выяснить, что же это улучшеніе—только самообманъ или дѣйствительный фактъ. *Rosenbaum* также высказываетъ необходимость изслѣдованія кровяного давленія. Объяснять дѣйствіе подвѣшиванія только внушеніемъ авторъ вовсе не склоненъ. Аппаратъ и самый методъ дѣйствуютъ скорѣе въ обратномъ отношеніи. Для стариковъ, слабыхъ и обладающихъ извѣстными противопоказаніями къ подвѣшиванію авторъ рекомендуетъ испытать кроватное вытяженіе, которое несомнѣнно представляетъ болѣе мягкую форму того же вытяженія, но даетъ возможность постепенно усиливать грузъ и время вытяженія. Къ статьѣ приложенъ краткій отчетъ о 29 случаяхъ, наиболѣе оказавшихся измѣнившимися подъ вліяніемъ подвѣшиваній. Изъ 29 случаевъ 27 спинной сухотки и 2—множественнаго склероза. Изъ 27 tabes—24 мужчины и 3 женщины, изъ 2 случаевъ склероза 1 мужчина и 1 женщина. Число сдѣланныхъ подвѣшиваній колебалось отъ 11 до 118, наблюденія велись въ теченіе многихъ мѣсяцевъ. Изъ 27 случаевъ спинной сухотки 11 значительно улучшились, 15 нѣсколько меньше и 1 ухудшился. Изъ 2 случаевъ склероза оба получили облегченіе.

О результатахъ, полученныхъ въ *Salpêtrier*'ѣ отъ подвѣшиваній послѣ 20 марта 1889 г. (когда была прочитана лекція самимъ *Charcot*), сообщаетъ *Gilles de la Tourette* ¹⁾.

¹⁾ *Gilles de la Tourette*. Modifications apportées à la technique de la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et quelques autres maladies du système nerveux. Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière, № 3, Mai et Juin. 1890.

Только 3 группы болѣзней заслуживаютъ вниманія, такъ какъ въ остальныхъ заболѣваніяхъ подвѣшиванія не принесли пользы. 1-ая группа — *tabes*; 2-ая — *paralysis agitans*, 3-ая — хроническій *ischias*. Почти всѣ случаи *paralysis agitans*, особенно въ среднемъ стадіи заболѣванія, получили облегченіе отъ подвѣшиваній, было замѣчено улучшеніе общаго состоянія, сна, дрожанія и болѣзненной ригидности. Болѣе года примѣнялось вытяженіе, и лишь оно одно давало больнымъ улучшеніе. Атактиковъ подвѣшивалось болѣе 500 случаевъ; преобладали мужчины. 100 атактиковъ средняго періода заболѣванія могутъ быть послѣ 30—40 сеансовъ раздѣлены такимъ образомъ: 20—25 больныхъ улучшились во всѣхъ симптомахъ, за исключеніемъ колѣннаго рефлекса и глазныхъ расстройствъ; 30—35 атактиковъ почувствовали улучшеніе въ различныхъ степеняхъ одного или нѣсколькихъ симптомовъ, но не всѣхъ; 35—40 не получили никакого успѣха или получили улучшеніе, но скоропреходящее. Въ двухъ первыхъ категоріяхъ полученные результаты были продолжительны при условіи, чтобы подвѣшиваніе время отъ времени повторялось. За исключеніемъ двухъ случаевъ скоропреходящаго обморока и двухъ случаевъ временнаго паралича отъ сдавленія *n. radialis*, болѣе чѣмъ на 10,000 подвѣшиваній въ *Salpêtrière*'ѣ не было никакихъ неприятныхъ случайностей. Во всякомъ случаѣ, по мнѣнію *Gilles de la Tourette*'а, подвѣшиваніе при спинной сухоткѣ можетъ дать лучшіе результаты, чѣмъ всякій другой методъ, но если послѣ 20—30 сеансовъ не наступаетъ замѣтнаго улучшенія, то лучше его бросить; послѣ полутора-мѣсячнаго отдыха можно испытать новую серію сеансовъ. Также у нѣкоторыхъ больныхъ, которые долго подвѣшивались и у которыхъ улучшеніе кажется стаціонарнымъ, перерывъ въ 1¹/₂—2 мѣсяца будетъ очень кстати; новая серія подвѣшиваній даетъ новое улучшеніе, при этомъ полученное послѣ первой серіи улучшеніе не утрачивается во время перерыва. Авторъ рекомендуетъ пользоваться, вмѣсто ранѣе употреблявшагося аппарата *Sayer*'а, видоизмѣненіемъ, которое ему показалъ и объяснилъ посѣтившій клинику *Charcot* инициаторъ этого ме-

тогда леченія *Мочутковскій*. Главное отличіе этого видоизмѣненія отъ перваго аппарата заключается въ подбородочномъ ремнѣ, который теперь сдѣланъ подвижнымъ и можетъ удлиниться или укорачиваться по желанію при помощи небольшого ремешка, послѣднее обстоятельство позволяетъ точно приладить аппаратъ по головѣ каждаго пациента; кромѣ того теперь исключается возможность соскальзыванія этой части аппарата, что являлось крупнымъ недостаткомъ въ первомъ приборѣ. Подмышечные ремни тоже всегда слѣдуетъ точно соразмѣрять, какъ это уже указывалось ранѣе.

Въ статьяхъ *Jumon'a* ¹⁾, которыя носятъ характеръ обзорныхъ, упоминается, что *Gottardi* описываетъ случай *ischias*, гдѣ всякое леченіе было безрезультатно, но подвѣшивание съ противоэкстензіей больной ноги дало очень хорошій успѣхъ. Итальянскій врачъ *Silva* пришелъ къ убѣжденію, что при подвѣшиваніи дѣйствительно происходитъ вытяженіе спинного мозга, такъ какъ во время сеанса происходятъ явленія, которыя можно приписать раздраженію спинного мозга, а именно учащеніе пульса и дыханія, увеличеніе возбудимости периферическихъ нервовъ, повышеніе рефлексовъ и уменьшеніе скрытаго періода раздраженія нервовъ. Въ пользу этого говоритъ также, по автору, и то, что подвѣшивание, вліяя на симптомы спинно-мозгового происхожденія, какъ то: на стрѣляющія боли, разстройства чувствительности, атаксію и рефлекторную возбудимость, остается недѣйствительнымъ по отношенію къ симптомамъ черепно-мозгового происхожденія. Интересно также мнѣніе *Silva*, что только продолжительное леченіе можетъ дать цѣнные результаты, авторъ рекомендуетъ при этомъ постоянное ношеніе корсета *Hessing'a*.

Въ обзорной статьѣ *D. Descourtis* ²⁾ не содержится ничего новаго.

¹⁾ *Jumon*. Le traitement du tabes et de quelques autres maladies du système nerveux par la suspension. La France Médicale № 13 1889 и Valeur thérapeutique du traitement du tabes par la suspension. La Médecine Moderne № 44, p. 820, 1890 г.

²⁾ *Descourtis*. La suspension comme procédé thérapeutique. Revue d'Hygiène therapeut. p. 65, 1889.

James Cagney ¹⁾ въ засѣданіи Королевскаго медицинскаго общества въ Лондонѣ сдѣлалъ интересный докладъ о способѣ дѣйствія подвѣшиванія. Авторъ, произведя рядъ опытовъ на трупахъ и измѣреній на живыхъ, пришелъ къ убѣжденію, что распространенный до того времени взглядъ на способъ дѣйствія подвѣшиванія невѣренъ: при подвѣшиваніи не происходитъ удлиненія мозга, а тѣмъ самымъ нельзя и происходящей при подвѣшиваніи разрывъ менингитическихъ сращеній объяснять этимъ удлиненіемъ. Измѣренія *Cagney* показали, что при подвѣшиваніи происходитъ укороченіе расстоянія между 1 спиннымъ и послѣднимъ поясничнымъ позвонкомъ, въ то же время происходитъ удлиненіе шейной части, которое однако меньше, чѣмъ укороченіе другихъ областей. Измѣренія на трупахъ показали, что передняя поверхность позвоночника значительно удлинялась по всему протяженію: немного въ шейной части и болѣе всего въ грудной области, но за то укорачивалась или оставалась безъ перемѣнъ въ поясничной части. Такимъ образомъ, результатомъ подвѣшиванія является выпрямленіе позвоночныхъ кривизнъ и при этомъ различное въ отдѣльныхъ областяхъ, неодинаково должно быть поэтому и вліяніе подвѣшиванія на спинной мозгъ и его оболочки въ различныхъ отдѣлахъ, смотря по тому, лежатъ ли они въ вогнутости или выпуклости позвоночника и въ зависимости отъ того, какимъ способомъ производится вытяженіе позвоночника. Слѣдуетъ различать вліяніе на мозгъ и вліяніе на оболочки. Разслабленіе оболочекъ ведетъ за собою расслабленіе спинного мозга, но вытяженіе первыхъ не обязательно сопровождается растяженіемъ послѣдняго. Авторъ пришелъ къ убѣжденію, что въ суммѣ происходитъ укороченіе позвоночнаго канала при подвѣшиваніи, что въ поясничной части спинной мозгъ остается безъ измѣненій или слегка расслабляется, въ шейной же части растягиваются оболочки, грудная область претерпѣваетъ наибольшія измѣненія въ смыслѣ укороченія. Измѣренія показали, что на живыхъ это укороченіе сильнѣе, чѣмъ на трупахъ. Въ

¹⁾ The Lancet p. 132, 1890 г.

грудной области большею частью находятся табетическія сращения. Авторъ допускаетъ, что отъ измѣненія положенія мозга сращения эти могутъ разрываться и что могутъ измѣняться условія кровообращенія. *Cagney* считаетъ подвѣшиваніе за голову и опаснымъ, и бесполезнымъ, такъ какъ, по его мнѣнію, ожидаемое дѣйствіе подвѣшиванія можетъ происходить и отъ вытяженія за однѣ подмышки. Въ томъ же засѣданіи *Cagney* сослался на мнѣніе *V. Horsley*, который также не допускаетъ возможности удлиненія спинного мозга посредствомъ вытяженія туловища.

Къ аналогичнымъ даннымъ съ *Cagney* пришелъ и *R. W. Reid*. Въ засѣданіи одинъ изъ участвовавшихъ въ преніяхъ врачей рассказалъ, что онъ самъ подвѣшивался и, будучи совершенно здоровымъ, впалъ въ обморокъ и только полчаса спустя пришелъ въ себя. *Cagney* думаетъ, что подобные факты зависятъ отъ вытяженія п. п. *splanchnici*, вытяженіе послѣднихъ при подвѣшиваніи было установлено имъ на трупахъ.

Paul Blocq ¹⁾ рекомендуетъ испытать подвѣшиваніе при синрингоміэліи, такъ какъ оно дало благоприятные результаты при другихъ хроническихъ міелопатіяхъ.

Bruns ²⁾ въ виду большой склонности центральной гліомы къ кровоизліяніямъ находитъ примѣненіе подвѣшиваній при ней опаснымъ, опасно подвѣшиваніе и потому, что скеліозъ при синрингоміэліи имѣетъ своимъ основаніемъ трофическія причины.

Michel Clarke ³⁾ наблюдалъ одинъ случай спинной сухотки у женщины, страдавшей около 7 лѣтъ и находившейся почти въ 3-мъ періодѣ. Пока больная находилась въ госпиталѣ, ей сдѣлано было 14 подвѣшиваній, боли ее почти оставили, и она стала ходить сильнѣе и лучше; при дальнѣйшемъ ле-

¹⁾ *Paul Blocq*. Siringomyelia. Brain, 1890.

²⁾ *Bruns*. Neurol. Centr. 1890, S. 170.

³⁾ *M. Clarke*: On a case of ataxic paraplegia with autopsy and a case of locomotor ataxy; suspension; death from septicaemia; autopsy. Brain, p. 356. 1890 г.

ченіи улучшеніе однако прекратилось, больная выписалась изъ госпиталя. Лечение подвѣшиваніемъ не было болѣе повторяемо, спустя нѣсколько недѣль у больной появились гастрическіе кризы, а затѣмъ у ней нижняя часть спины, ягодицы и правое бедро опухли, образовались гнойники, и больная погибла отъ септицеміи. На вскрытіи было установлено: рѣзкія табетическія явленія въ спинномъ мозгу и поражение ядра п. vagi. Авторъ былъ удивленъ, какимъ образомъ подвѣшиваніе могло дать временное улучшеніе при столь рѣзко выраженныхъ анатомическихъ измѣненіяхъ спинного мозга.

Въ 1890 году увеличивается число работъ и русскихъ авторовъ, писавшихъ о подвѣшиваніи. Въ статьѣ д-ра *Богрова* ¹⁾ мы находимъ много интересныхъ данныхъ по этому вопросу. Въ доказательство того, что подвѣшиваніе способно вызвать даже родъ воспалительнаго процесса въ нервной системѣ, который, конечно, трудно связать только съ психическимъ воздѣйствіемъ, какъ стараются объяснить способъ дѣйствія подвѣшиванія *Haushalter* и *Adam*, авторъ приводитъ исторію одной табетички (больна 2 года), которая, улучшившись послѣ первыхъ подвѣшиваній, вдругъ послѣ 8-го сеанса почувствовала боли въ спинѣ; черезъ четыре дня боли эти прекращаются, а на восьмой день возобновляются сеансы; послѣ 3-го сеанса вторично появляются боли въ спинѣ, гиперестезія въ ногахъ и на 4 день t^0 поднимается до 38^0 , утромъ слѣдующаго дня $37,5^0$, вечеромъ $38,4^0$ и затѣмъ на утро падаетъ уже до нормы; черезъ восемь дней послѣ того боли прекращаются; отдыхъ недѣлю; снова осторожное подвѣшиваніе и снова тѣ же явленія. Авторъ думаетъ, что здѣсь подвѣшиваніе вызывало воспалительное состояніе мягкой мозговой оболочки. Для цѣлей выясненія вліянія подвѣшиванія на черепно-мозговой каналъ и его содержимое д-ръ *Богровъ* поставилъ рядъ опытовъ на трупахъ и на животныхъ. Прежде всего онъ вырѣзывалъ на трупѣ остистые отростки двухъ

¹⁾ *А. Г. Богровъ*. Къ вопросу о леченіи болѣзней нервной системы по способу д-ра *О. О. Мочутковскаго*. Вѣстникъ клинической и судебной психіатри и невропатологіи. 1890. Выпускъ I.

верхнихъ грудныхъ позвонковъ и, обнаживъ твердую мозговую оболочку, вводилъ, въ полость, ею ограниченную, канюлю, соединенную съ ртутнымъ манометромъ; трупъ затѣмъ помещался спиной кверху на деревянной горизонтальной плоскости, будучи прикрѣпленъ веревками за шею или вокругъ плечевыхъ сочлененій; плоскость постепенно изъ горизонтальнаго положенія приводилась въ вертикальное. Соответственно измѣненію положенія высота ртутнаго столба все болѣе и болѣе поднималась, что указывало на повышеніе внутриполостного давленія, причину котораго нужно было искать въ слѣдующемъ: позвоночный каналъ представляетъ собою со всѣхъ сторонъ замкнутую трубку, жидкое содержимое котораго, liquor cerebro-spinalis, оказываетъ на дно и боковыя его стѣнки давленіе, пропорціональное его высотѣ; но такъ какъ продольный размѣръ позвоночнаго канала несравненно больше его поперечника, то въ горизонтальномъ положеніи высота столба его жидкаго содержимаго будетъ несравненно меньшая, чѣмъ въ вертикальномъ, а потому ртутный столбъ манометра, соединеннаго съ полостью позвоночника, будетъ при горизонтальномъ положеніи трупа находиться подъ несравненно меньшимъ давленіемъ, чѣмъ при вертикальномъ его положеніи. Если трупъ сразу подвѣшивался въ вертикальномъ положеніи, то высота ртутнаго столба не падала, какъ можно было бы ожидать, но оставалась на прежнемъ уровнѣ; это явленіе авторъ объясняетъ образованіемъ пустого пространства и присасываніемъ твердой мозговой оболочки. Для доказательства послѣдняго предположенія *Богровъ* видоизмѣнилъ опытъ такъ: сколовъ 3 остистыхъ отростка, онъ замѣнилъ ихъ желобомъ, не вскрывая твердой мозговой оболочки; желобъ былъ залитъ воскомъ и парафиномъ. Такимъ образомъ образовалось двѣ полости, одна заключала въ себѣ спинной мозгъ, его оболочки и cerebro-спинальную жидкость, вторая—между желобомъ и твердой мозговой оболочкой—одинъ только воздухъ. Вторая полость помощью канала была соединена съ водянымъ манометромъ; когда все было сдѣлано, производилось подвѣшиваніе. Во время подвѣшиванія при такихъ условіяхъ высота водяного столба падала на $1\frac{1}{2}$ —3

снт. Тѣ же опыты авторъ повторилъ еще, только съ тою разницей, что дѣлалась трепанациа черепа и манометрическая запись шла съ полости, находящейся между трепанационной воронкой и твердой оболочкой, при подвѣшиваніи манометръ опять-таки показывалъ паденіе. Эти опыты убѣдили автора въ томъ, что во время подвѣшиванія происходитъ удлиненіе позвоночника, обусловливающее образованіе въ субдуральной полости пустаго пространства и присасываніе твердой мозговой оболочки. Чтобы имѣть право перенести результаты этихъ опытовъ на живой организмъ, авторъ поставилъ тѣ же опыты на собакахъ и получилъ тѣ же результаты. Такимъ образомъ оказалось, что подвѣшиваніе одинаково вліяетъ, какъ на живой, такъ и на мертвый организмъ: вслѣдствіе отрицательнаго давленія въ полости позвоночника и черепа происходитъ присасываніе обнаженной отъ кости оболочки; у животнаго не трепанированнаго присасыванія сращенной съ костями *dura mater* быть не можетъ, поэтому образующееся у него во время подвѣшиванія отрицательное давленіе должно подѣйствовать, какъ сухая банка, т. е. оно должно вызвать расширеніе и усиленное кровенаполненіе сосудовъ мозга и его оболочекъ. Дабы доказать измѣненія кровообращенія при подвѣшиваніи, авторъ растягивалъ собаку въ горизонтальномъ положеніи въ теченіе 20 минутъ, тяжесть гирь равнялась тройному вѣсу собаки, послѣ сеанса собака умерщвлялась на вѣсу ударомъ молота по головѣ (былъ ли этотъ способъ умерщвленія безразличенъ для найденныхъ *Богровымъ* измѣненій въ нервной системѣ?). Результатъ микроскопическаго изслѣдованія убѣдилъ докладчика, что несомнѣнно существуетъ расширеніе сосудовъ и многочисленныя кровоизліянія. Всего сильнѣе то и другое было выражено въ сѣромъ веществѣ и слабѣе въ бѣломъ и мягкой мозговой оболочкѣ. Въ сѣромъ веществѣ кровоизліянія были вокругъ центрального канала, въ немъ самомъ, у передней и задней сѣрой спайки, возлѣ и между гангліозными клѣтками переднихъ и заднихъ роговъ. Поперечникъ центрального канала былъ расширенъ. Эти явленія были выражены по всему протяженію спинного мозга. Тѣ же изслѣдованія были предприняты и на животномъ, у

котораго была произведена трепанация и вскрыта твердая мозговая оболочка, чѣмъ, по автору, предупреждалось образование отрицательнаго давленія въ полости позвоночника; оказалось, что при такой постановкѣ опыта явленія въ сѣромъ веществѣ остались тѣ же, но въ бѣломъ веществѣ они были выражены гораздо слабѣе. Изъ этого факта *Богровъ* выводитъ заключеніе, что гиперемія бѣлаго вещества, главнымъ образомъ, зависѣла отъ образующагося во время подвѣшиванія отрицательнаго давленія. Съ цѣлью выясненія вопроса, растягивается ли при подвѣшиваніи твердая мозговая оболочка и самое вещество спинного мозга, авторъ произвелъ измѣренія на трупахъ и убѣдился, что какъ удлиняется оболочка, такъ растягивается и самое вещество спинного мозга. Гиперемію сѣраго вещества центрального канала авторъ объясняетъ вліяніемъ отрицательнаго давленія, не исключая однако и другихъ моментовъ; усиленію гипереміи благоприятствуетъ натяженіе вещества спинного мозга, обуславливающее въ свою очередь растяженіе невроглии и сосудовъ. Образующееся во время подвѣшиванія отрицательное давленіе должно отражаться и на черепномъ мозгу, оно должно обусловить гиперемію центрального сѣраго вещества желудочковъ, поверхности черепного мозга и черепныхъ нервовъ. Этимъ объясняетъ *Богровъ* вліяніе подвѣшиванія на черепно-мозговые симптомы вообще и на атрофированный зрительный нервъ въ частности. Попытка *Богрова* добытыя данныя приурочить къ терапіи и согласовать съ получаемыми отъ подвѣшиванія результатами врядъ ли можетъ быть признана удачною, такъ какъ при этомъ автору пришлось прибѣгать къ разсужденіямъ, въ родѣ слѣдующаго: «Приурочивая терапію къ патолого-анатомической сущности системныхъ заболѣваній, мы въ раннихъ стадіяхъ ихъ должны будемъ стремиться вызвать анемію мозга, такъ какъ она должна быть одинаково полезна и при воспаленіяхъ, и при первичныхъ перерожденіяхъ. При воспаленіяхъ—потому, что исходной точкой ихъ служитъ гиперемія, а при первичныхъ перерожденіяхъ—потому, что съ уменьшеніемъ притока крови уменьшится прибой токсическихъ началъ, обуславливающихъ и

поддерживающихъ процессъ распаденія волоконъ»¹⁾. И далѣе: «Во время подвѣшиванія мышцы вертикально висѣщихъ нижнихъ конечностей находятся въ состояніи расслабленія, поэтому притокъ крови къ артеріямъ будетъ облегченъ, а оттокъ крови изъ венъ затрудненъ. Отсюда увеличеніе сочности тканей вообще и нервовъ въ частности» (стр. 101). Нельзя сказать, чтобы «прибой токсическихъ началъ» и «увеличеніе сочности нервовъ въ частности» были очень убѣдительны. Подобно *Hamilton*'у, *Boigrovъ* предложилъ подвѣшиваніе на наклонной плоскости и построилъ особый приборъ, который давалъ возможность производить вытяженіе съ опредѣленнымъ постепеннымъ нарастаніемъ дѣйствующей силы. Помощью системы зубчатыхъ колесъ плоскость можетъ постепенно переходить изъ горизонтальнаго въ вертикальное положеніе, при этомъ происходитъ и постепенное нарастаніе тракціонной силы, которую здѣсь представляетъ вѣсъ тѣла, постепенно переходящаго изъ горизонтальнаго въ вертикальное положеніе. Это будетъ тотъ же принципъ вытяженія, который мы уже видѣли у *Hamilton*'а съ тою лишь разницей, что *Boigrovъ* опускаетъ ножной конецъ плоскости и фиксируетъ туловище на локотники, предложенные при *Sayer*'овскомъ аппаратѣ *Mitchell*'емъ. Ни въ шейниѣ, ни въ подмышникахъ *Boigrovъ* не видитъ необходимости, — по его мнѣнію, ихъ слѣдуетъ совершенно вывести изъ употребленія. У собакъ, при его опытахъ, растягивалось только одно туловище, и однако шейная часть спинного мозга была также инъецирована и богата кровоизліяніями, какъ и остальные части спинного мозга. Первое вытяженіе авторъ начиналъ, ставя плоскость подъ угломъ въ 35—40°. Сеансъ продолжался 5' и повторялся черезъ день; при каждомъ послѣдующемъ сеансѣ уголъ наклоненія увеличивался на 5—10°. Приступая къ леченію, *Boigrovъ* совѣтуетъ руководствоваться слѣдующими теоретическими соображеніями: „Подвѣшиваніе дѣйствуетъ гипереміей и растяженіемъ неврогліи, стало быть — и какъ агентъ ме-

¹⁾ стр. 95.

ханической, и какъ условіе, опредѣленнымъ образомъ видоизмѣняющее питаніе заболѣвшихъ тканей. Какъ агентъ механической, подвѣшиваніе тѣмъ сильнѣе будетъ дѣйствовать, чѣмъ интензивнѣе и продолжительнѣе оно будетъ. Степению ея будетъ опредѣляться степень набуханія мозга и степень растяженія невроглии, которое тѣмъ медленнѣе и менѣе совершенно будетъ выравниваться, чѣмъ болѣе продолжительное время оно будетъ существовать. На основаніи этого, всюду тамъ, гдѣ мы подозрѣваемъ зависимость опредѣленной суммы припадковъ отъ склероза, мы можемъ надѣяться тѣмъ скорѣе и тѣмъ совершеннѣе избавиться отъ нихъ больного, чѣмъ сильнѣе и чѣмъ больше времени мы будемъ растягивать его позвоночникъ. Тамъ же, гдѣ мы не подозрѣваемъ зависимости между припадками болѣзни и развитіемъ интерстиціальной ткани, гдѣ на ряду съ этимъ мы имѣемъ основаніе искать патологическую сущность болѣзни въ анеміи, или гдѣ опредѣленнымъ усиленіемъ притока питательнаго матерьяла мы можемъ надѣяться улучшить питаніе и тѣмъ въ извѣстныхъ предѣлахъ возстановить функцію атрофированныхъ нервныхъ волоконъ,—тамъ намъ не зачѣмъ гоняться за интензивными растяженіями и сильными гипереміями, тамъ умѣренное усиленіе притока крови, повторяющееся, какъ можно чаще и какъ можно дольше, будетъ гораздо полезнѣе и т. д.". Къ сожалѣнію только что высказанныя соображенія слишкомъ гипотетичны, чтобы служить руководящими, и научная цѣнность ихъ одинакова съ вышеотмѣченными „приборомъ токсическихъ началъ“. Продолжительными подвѣшиваніями авторъ пользовалъ троихъ табетиковъ въ возрастѣ 26—36 лѣтъ, а продолжительность ихъ болѣзни была отъ 2—3 лѣтъ. Общее число сеансовъ равнялось 107, среднее 36. Во всѣхъ случаяхъ боли совершенно исчезли, походка замѣтно улучшилась, хотя улучшеніе оставляло желать еще многого. Симптомъ Ромберга уменьшился. Парѣстезіи и анестезіи переимѣнъ къ лучшему не обнаружили. Impotentia, имѣвшая мѣсто въ одномъ случаѣ, настолько уступила леченію, что послѣ 20 сеансовъ больной былъ въ состояніи исполнять супружескія обязанности; авторъ говоритъ обязан-

ности потому, что больной, вслѣдствіе анестезіи, во время акта ровно ничего не ощущалъ. Больная Роза Бренеръ, подвѣшивавшаяся въ отдѣленіи О. О. Мочутковскаго, послѣ 12 сеансовъ оставила лечение въ виду безуспѣшности. Осенью больная перешла къ *Богрову*; послѣ 3-го сеанса въ 20' при углѣ наклоненія въ 50° стрѣляющія боли у нея совершенно исчезли. Авторъ правильно не рѣшается у этой больной исключить «игру случая» изъ объясненія ея улучшения. Съ цѣлью опредѣлить устойчивость получаемыхъ при подвѣшиваніи результатовъ, *Богровъ* прекращалъ на 15 сеансѣ лечение; на 15—22 день появлялось ухудшеніе; при возобновленіи леченія снова наступало улучшение; „на основаніи этого, говоритъ авторъ, если бы съ несомнѣнностью было доказано, что подвѣшивание не можетъ дать излеченія *tabes*, то мы бы могли сохранять состоянія относительнаго благополучія больныхъ, повторяя подвѣшиваніе разъ въ 10—14 дней“. Думаемъ, что теперь врядъ ли у кого осталось сомнѣніе въ томъ, что подвѣшивание не можетъ дать излеченія *tabes*, интересно только знать, долго ли сохраняли состояніе относительнаго благополучія больные, лечимые *д-ромъ Богровымъ* вытяженіемъ черезъ 14 дней. Особенно хорошіе результаты отъ продолжительныхъ подвѣшиваній авторъ видѣлъ въ 7 случаяхъ *ischias*; попытка же примѣнить продолжительное вытяженіе у одного міэлитика не увѣнчалась успѣхомъ — спастическія явленія значительно ухудшились, хотя и на короткое время.

*Истамановъ*¹⁾ опубликовалъ 10 случаевъ импотенціи у больныхъ, которые не страдали ни болѣзнями спинного мозга, ни органическими пороками половыхъ органовъ, ни, наконецъ, венерическими болѣзнями (а въ особенности трипперомъ). Всѣ десять случаевъ пользовались исключительно подвѣшиваніемъ по способу *Мочутковскаго-Charcot*, сеансы производились черезъ день, продолжались 3 минуты, число сдѣланныхъ сеансовъ въ каждомъ случаѣ простиралось отъ 27

¹⁾ *Истамановъ*. С. Лечение импотенціи у мужчинъ посредствомъ подвѣшиванія. Медицинское Обозрѣніе № 1. 1890 г.

до 41. Появленіе улучшенія наблюдалось на 10—12 сеансѣ. Наблюденія автора изложены очень кратко, нѣкоторыхъ свѣдѣній недостааетъ, такъ во второмъ случаѣ сказано, что до начала леченія больной рѣдко бывала у женщинъ и изліяніе сѣмени совершалось до *immissio penis*, послѣ же конца леченія о состояніи изліянія сѣмени не сказано; въ третьемъ случаѣ нѣтъ свѣдѣній, давно ли больной хвораетъ, не приведено клиническаго изслѣдованія нервной системы и проч., все это, конечно, уменьшаетъ цѣнность опубликованныхъ данныхъ, между тѣмъ какъ по результатамъ они замѣчательны: у 8 больныхъ наступило выздоровленіе и у 2-хъ значительное улучшеніе.

С. Н. Данилло и *Э. И. Пржиходскій* ¹⁾ сообщили 11 случаевъ спинной сухотки, леченныхъ подвѣшиваніемъ по способу *О. О. Мочутковскаго* въ клиникѣ душевныхъ и нервныхъ болѣзней проф. *И. П. Мержеевского* въ 1889 и 1890 годахъ. Больные были исключительно табетики, мужчины, въ возрастѣ отъ 32 до 60 лѣтъ, только въ первомъ случаѣ нѣкоторыя данныя говорятъ за то, что здѣсь дѣло идетъ не о чистой формѣ *tabes a*, такъ какъ у больного наблюдалась неравномѣрность зрачковъ, отклоненіе языка влѣво, парезъ *p. facialis*, расстройство чувствительности въ лицѣ и шеѣ, отсутствіе аккомодативной реакціи, ограниченіе подвижности глазъ (въ исторіи болѣзни сказано: глазныя яблоки неподвижны во всѣхъ направленіяхъ, за исключеніемъ слабого и незначительнаго движенія праваго глаза взадъ; послѣднее, конечно, опечатка), наконецъ тотъ же больной умеръ 4-го января при явленіяхъ Чейнъ-Стоковскаго феномена во время рвотъ, болей въ ногахъ и проч. (до этого больной получилъ отъ подвѣшиванія значительное улучшеніе; подвѣшиванія были кончены 2-го декабря). Всѣхъ больныхъ было 11 человекъ, 8 имѣли атактическую походку, 2 находились почти уже въ паретическомъ стадіи и 1 въ начальномъ преатактическомъ. 1 случай остался безъ всякаго вліянія, одинъ улучшился немного

¹⁾ *С. Н. Данилло* и *Э. И. Пржиходскій*. О результатахъ подвѣшиванія табетиковъ по способу *О. О. Мочутковскаго*. Врачъ № 25, 26 и 27, 1890.

два больше, а 7 улучшились значительно (въ послѣдней категоріи находится и 1 больной, впоследствии умершій). Во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ основныя болѣзненные явленія сухотки подвѣшиванію не поддались. Ни разу не наблюдали авторы возвращенія колѣннаго рефлекса, реакція зрачковъ не измѣнялась, параличи глазодвигательныхъ нервовъ не улучшались, также не наблюдалось улучшенія кожной чувствительности, исключая лишь случая IX, въ которомъ отмѣчено нѣкоторое улучшеніе всѣхъ ея видовъ. Прежде всего улучшеніе обнаруживалось въ уменьшеніи и исчезаніи стрѣляющихъ болей и парѣстезій, это можно было уже замѣтить послѣ 5—7-го подвѣшиванія. Характерно заявленіе одного изъ пациентовъ (врачъ): послѣ того, какъ у него исчезли боли и парѣстезіи, онъ прекратилъ леченіе, заявивъ, что теперь устранено именно то, что его мучило, а есть ли у него колѣбныя рефлексы или нѣтъ—это ему совершенно безразлично. Далѣе леченіе оказало вліяніе на походку, симптомъ Ромберга, функціи мочевого пузыря, половую функцію и на общее состояніе. Особый интересъ представляютъ 3, 4 и 11 случаи. Въ 3-мъ случаѣ послѣ 15-го подвѣшиванія больной началъ жаловаться на сильную ломоту во всѣхъ членахъ, отсутствіе аппетита, ознобъ, t^0 поднялась до $38,5^0$, появилась головная боль; послѣднее подвѣшиваніе было сдѣлано уже въ началѣ этихъ явленій и послѣ того послѣдовало ухудшеніе болей. Авторы затрудняются сказать, чѣмъ было обусловлено это ухудшеніе, гриппомъ ли, или же основной болѣзвью. Намъ интересуется по отношенію къ данному случаю такой вопросъ, былъ ли здѣсь гриппъ (пораженіе слизистыхъ оболочекъ не упомянуто) и не обуславливались ли всѣ эти явленія помимо подвѣшиваніемъ, а что это возможно, о томъ свидѣтельствуютъ уже цитированные нами случаи *Russel'*я и *Taylor'*а, *White* и друг. Тѣ же явленія обнаружили въ IV случаѣ на 8—9 подвѣшиваніи и въ 11 случаѣ на 20. Слѣдуетъ также упомянуть, что въ 11 случаѣ послѣ 15 подвѣшиваній больной, по его словамъ, сталъ лучше отличать вѣтъ отъ мрака, улучшеніе это однако было крайне нестой-

кое и непродолжительное. Неблагоприятныя осложненія, бывшія у нѣкоторыхъ больныхъ, заключались въ слѣдующемъ: синюха лица, выпячиваніе глазныхъ яблокъ, одышка, появленіе пота на лбу, расширеніе зрачковъ съ послѣдовательнымъ головокруженіемъ, тошнотой и общей слабостью (случай VII); такое состояніе продолжалось, впрочемъ, не болѣе 5 минутъ; вслѣдъ затѣмъ больные обыкновенно поправлялись. Такія явленія авторы наблюдали и при подвѣшиваніи только за подмышники. На основаніи сдѣланныхъ наблюденій авторы полагаютъ, что подвѣшиваніе непримѣнимо у малокровныхъ, истощенныхъ и лихорадящихъ, а также и при болѣзняхъ органовъ кровообращенія (органическіе пороки сердца и сосудовъ) и слабой дѣятельности сердца. Показуются же подвѣшиванія при наличности стрѣляющихъ болей и различныхъ парестезій, при разстройствѣ отравленій кишечника, половой сферы и мочевого пузыря. Равнымъ образомъ они съ пользой могутъ быть примѣняемы для улучшенія атаксическаго (а быть можетъ и рукъ) въ раннихъ степеняхъ болѣзни. Несомнѣнно также, что благотворное вліяніе подвѣшиванія сказывается на снѣ и на аппетитѣ. Въ раннихъ степеняхъ болѣзни при сильныхъ стрѣляющихъ боляхъ и парестезіяхъ, а также при разстройствѣ походки, подвѣшиванія, по наблюденіямъ авторовъ, даютъ лучшіе результаты чѣмъ при тѣхъ же явленіяхъ въ болѣе позднихъ стадіяхъ. Слѣдуетъ еще упомянуть, что во время подвѣшиваній авторами примѣнялась у больныхъ активная и пассивная гимнастика нижнихъ конечностей; приемы сводились къ разнообразнымъ движеніямъ нижнихъ конечностей въ большихъ сочлененіяхъ. Авторы производили также измѣренія длины отдѣльныхъ участковъ спины при различныхъ условіяхъ, самое большое удлиненіе спины получилось въ поясничной части позвоночника при приведеніи колѣнъ къ животу; другія части позвоночника (шейная и грудная) удлинялись весьма незначительно. Удлиненіе шейнаго участка позвоночника, какъ при сидѣніи на корточкахъ, такъ и при лежаніи больного съ колѣнами, пригнутыми къ животу, было весьма незначительно. При простомъ подвѣшиваніи, наобо-

ротъ, болѣе всего удлинняется шейная часть позвоночника, (4—4,5 снт.), въ грудной же части замѣчается даже укороченіе (—1 снт.).

Н. О. Лихонинъ ¹⁾ сдѣлалъ сообщеніе о подвѣшиваніи въ С.-Петербургскомъ Обществѣ Психіатровъ. Отрицая данныя *О. О. Мочутковскаго* относительно дѣйствительнаго удлинненія позвоночника вслѣдствіе его растяженія и опираясь на опыты, произведенные на трупахъ и на живыхъ, докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Удаленіе (расхожденіе?) позвонковъ при подвѣшиваніи не имѣетъ мѣста. 2) Корешки и оболочки не растягиваются. 3) Происходитъ, главнымъ образомъ, вытяженіе сочлененій между черепомъ, атлантомъ и вторымъ шейнымъ позвонкомъ. Вопросъ о подвѣшиваніи сводится къ вытяженію верхнихъ частей спинного мозга, которое не остается безъ вліянія и на продолговатый мозгъ. Нельзя, поэтому, ни въ какомъ случаѣ считать подвѣшиваніе способомъ безопаснымъ, а подвѣшиваніе съ противовытяженіемъ и подавно небезопасно, ибо вслѣдствіе растяженія вышеотмѣченныхъ сочлененій можетъ послѣдовать смерть отъ вытяженія продолговатаго мозга.

Въ 1890 году, въ особенности въ Англии, мнѣнія о подвѣшиваніи становились все суровѣе; такъ замѣтка въ журналѣ *Lancet* отъ 9-го августа ²⁾ кончается такимъ образомъ: „Время оказалось безжалостнымъ къ подвѣшиванію такъ же, какъ и ко многимъ другимъ средствамъ, предлагавшимся въ терапіи для леченія неизлечимыхъ болѣзней. Всѣ они вначалѣ примѣнялись съ большимъ энтузіазмомъ и, повидимому, съ хорошими результатами, однако, въ послѣдствіи они не оправдали вызванныхъ ими надеждъ и постепенно вышли изъ употребленія. Скоро настанетъ время, когда аппаратъ для подвѣшиванія будетъ сданъ въ архивъ вмѣстѣ съ *Perkin*'овымъ металлическимъ тракторомъ прошлаго поколѣнія, съ аппаратами для излеченія чахотки и многими другими». Нѣсколько

¹⁾ *Лихонинъ, Н. О.* Объ измѣреніи позвоночника при подвѣшиваніи. Докладъ Обществу Психіатровъ въ С.-Петербургѣ, засѣданіе 21 апрѣля 1890 г., см. „Врачъ“ № 19 1890 г.

²⁾ р. 288.

позже въ томъ же журналѣ было помѣщено письмо *Althaus*'а ¹⁾, который, ссылаясь на извѣстныя уже намъ наблюденія *Rosenbaum*'а и *Hamilton*'а, выражаетъ надежду, что „подвѣшиваніе, вѣроятно, переживетъ тотъ разрушительный критицизмъ, который былъ направленъ до сихъ поръ противъ него“.

Статья *Möbius*'а „*Neuere Beobachtungen ueber die Tabes*“ ²⁾ носить исключительно критико-обзорный характеръ. Заманчивыя опубликованія о подвѣшиваніи, понятно, возбудили большой интересъ. Большинство сообщало благоприятные результаты, только меньшинство относилось отрицательно. Какъ обыкновенно бываетъ въ терапіи, говоритъ *Möbius*, въ первое время результаты получаются лучшіе, затѣмъ сообщаются отдѣльныя дурныя вліянія и несчастные случаи, и постепенно выростаетъ безуспѣшность и безрезультатность леченія. Очень скоро выяснилось, что и подвѣшиваніе не такъ уже дѣйствительно, какъ о немъ писали. Не имѣетъ никакого основанія увѣреніе нѣкоторыхъ авторовъ, что у своихъ больныхъ они могутъ исключить вліяніе внушенія. Несомнѣнно, что табѣтики, какъ большинство хроническихъ больныхъ, въ высокой степени внушаемы и у нихъ всякое импонирующее новое леченіе временно дѣйствуетъ благоприятно. Конечно, удивительно, что и *tabes*, подобно функціональнымъ заболѣваніямъ, можетъ находиться подъ вліяніемъ психическаго фактора, однако внушаемости и довѣрчивости несчастныхъ больныхъ мы вовсе не должны удивляться, вѣдь врачи, будучи здоровыми, платятъ внушенію и свою пошлину, объ этомъ ясно свидѣлствуютъ времена, когда *tabes* съ энтузіазмомъ былъ лечимъ то электричествомъ, то водой, то ртутью, то вытяженіемъ нервовъ. Время, конечно, покажетъ, что принадлежитъ внушенію и въ леченіи *tabes* подвѣшиваніемъ.

Ascher ³⁾, по предложенію *Moeli*, лечилъ подвѣшиваніемъ въ *Dalldorf*'ѣ душевно-больныхъ при показаніяхъ чисто со-

1) *Althaus*. Suspension for locomotor ataxy. *Lancet* p. 641. 1890 г.

2) См. *Schmidt's* Jahrbüch. 1890.

3) *Ascher*. Ueber Suspensionsbehandlung. *Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin* am 14 Juni 1890. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. Bd. 47. S. 429, 1891.

матическаго характера. Свои опыты, какъ говорить *Ascher*, онъ началъ еще ранѣе того времени, когда появились весьма неутѣшительныя сообщенія *Leyden*'а и *Hirt*'а, гдѣ первый (*Leyden*) предсказывалъ, что подвѣшиваніе такъ же быстро исчезнетъ съ терапевтической арены, какъ и появилось, а второй (*Hirt*) у 114 табетиковъ, леченныхъ подвѣшиваніемъ, никогда не видѣлъ замѣтнаго или продолжительнаго улучшения. Подвѣшивалъ своихъ больныхъ *Ascher* по методу *Charcot-Мочутковскаго*. Продолжительность перваго подвѣшиванія простиралась до 20 сек.; постепенно продолжительность сеансовъ была увеличиваема до 3 минутъ, сеансы повторялись черезъ день. Врачъ слѣдилъ за больнымъ, а служитель подтягивалъ; изъ 650 сдѣланныхъ подвѣшиваній 4 раза приходилось прекращать подвѣшиваніе ранѣе срока, въ 1 случаѣ у больного появился сильный ціанозъ, а въ другихъ случаяхъ появлялось состояніе легкаго головокруженія, однако эти состоянія всякій разъ быстро проходили. Примѣнялся методъ въ 23 случаяхъ. Показаніемъ къ нему *Ascher* считалъ слабость пузыря и кишечника, расстройство походки, сильную атаксію и стрѣляющія боли. У одного паралитика и у одного хроника—помѣшаннаго, у которыхъ до сихъ поръ только отсутствовалъ колѣнный рефлексъ, было примѣнено подвѣшиваніе, съ особеннымъ обращеніемъ вниманія на то, вернется ли колѣнный рефлексъ; однако ни въ этомъ случаѣ, ни въ другихъ случаяхъ прогрессивнаго паралича *Ascher* не видѣлъ возвращенія разъ исчезнувшаго колѣннаго рефлекса; напротивъ, возвращеніе этого рефлекса послѣдовало въ одномъ случаѣ алкогольнаго слабоумія послѣ того, какъ рефлексъ отсутствовалъ въ теченіе 1½ лѣтъ (конечно, извѣстно, что у алкоголиковъ и безъ леченія можетъ произойти возвратъ колѣннаго рефлекса, сравни, напримѣръ, мнѣніе *Oppenheim*'а). Въ 23 случая, леченныхъ подвѣшиваніемъ, вошли 11 паралитиковъ, 3 галлюцианта, 1 хронически помѣшанный, 1 случай хронической спутанности, 1 эпилептикъ, 1 имбециликъ и 3—по 1 случаю—простого, старческаго и алкогольнаго слабоумія и, наконецъ, 2 истерички. У одного паралитика послѣ двухъ

подвѣшиваній пришлось отказаться отъ продолженія опытовъ въ виду общей физической слабости. Остальныхъ 10 паралитиковъ можно раздѣлить на двѣ группы. У однихъ пяти опытъ оказался безрезультатнымъ, у другихъ 5 можно было констатировать въ извѣстныхъ границахъ улучшеніе. Паралитики, конечно, брались только такіе, которые представляли относительно покойное состояніе и не имѣли бреда. Между первыми 5 случаями трое ухудшились еще во время леченія, они стали неопытнѣе и физически слабѣе; у 2 паралитиковъ этой группы было замѣчено во время примѣненія подвѣшиванія появленіе паралича п. *regonei*, однако безъ замѣтнаго измѣненія электрической возбудимости, позднѣе параличи эти прошли. Какого нибудь опредѣленнаго вліянія на психическое расстройство, какъ объ этомъ сообщаютъ *Friese* и *Regis*, авторъ при подвѣшиваніи не видѣлъ. Что касается паралитиковъ второй группы, то о нихъ *Ascher* даетъ слѣдующія краткія свѣдѣнія. 1) Pat., 33 лѣтъ, боленъ 1 годъ. Покойное состояніе, умѣренное слабоуміе. Признакъ *Westphal*'я, отсутствіе свѣтовой реакціи, рѣзко выраженный симптомъ Ромберга. Походка была такъ расстроена, что больной былъ принужденъ лечь. 16 подвѣшиваній. Въ результатѣ замѣтное улучшеніе движенія, больной уже не лежитъ въ кровати. Улучшеніе держится 4 мѣсяца. 2) Pat., 36 л., боленъ около 2-хъ лѣтъ, идеи величія, плохая походка, симптомъ Ромберга. 20 подвѣшиваній во время 6 недѣль. Улучшеніе движенія, походка тверже. Во время дальнѣйшаго 6-ти мѣсячнаго пребыванія въ больницѣ ухудшенія не наступило. 3) S. 44 лѣтъ, боленъ 1 годъ, покоенъ, слабоумень. Невѣрная, шаткая походка; симптомъ Вестфалія. Въ рукахъ дрожаніе до неспособности къ работѣ. Пониженіе чувствительности. Уже послѣ 10 подвѣшиваній замѣтно улучшеніе. Леченіе продолжалось 3 мѣсяца. Пациентъ замѣтно улучшился, дрожаніе въ рукахъ прошло, работоспособенъ, походка стала увѣреннѣе; улучшеніе держалось 5 мѣсяцевъ, когда пациентъ выписался. Въ 4 случаѣ послѣ 17 подвѣшиваній прошли расстройства чувствительности и уменьшилось затрудненіе при ходьбѣ. Нако-

нецъ въ 5 случаѣ дѣло идетъ о 32-лѣтнемъ паралитикѣ, который безъ поддержки не могъ ни стоять, ни ходить, мочу и калъ пускалъ подъ себя; начинающаяся атрофія зрительнаго нерва; колѣнный рефлексъ съ обѣихъ сторонъ существуетъ. Въ теченіе 3 мѣсяцевъ 35 подвѣшиваній. Результатъ былъ поразительный. Пациентъ сталъ опрятенъ, ходить безъ поддержки. Задаваясь далѣе вопросомъ, насколько можно приписывать подвѣшиванію полученныя улучшенія, авторъ говоритъ, что, конечно, при общемъ параличѣ съ его измѣнчивымъ теченіемъ рѣшить это трудно.

Всѣ 3 галлюцинанта съ явленіями *tabes*. 2 мѣсяца продолжающееся леченіе принесло только незначительное улучшение одному изъ нихъ. Пациентъ ранѣе могъ держаться прямо только при помощи двухъ служителей, теперь хотя нѣкоторое время можетъ стоять одинъ, во время леченія и послѣ пациентъ также менѣе жаловался на боли. Это замѣтное улучшение держится около 4 недѣль. У второго — табетика (страдавшаго еще амаврозомъ) послѣ 30 подвѣшиваній прошло расстройство мочеотдѣленія, также улучшилось и самочувствіе. Психическое состояніе у только-что упомянутыхъ больныхъ не измѣнялось, между тѣмъ какъ въ 3-емъ случаѣ во время леченія и психозъ совершенно измѣнился въ своей картинѣ. К. 35 лѣтъ, около 4 лѣтъ страдаетъ *tabes*. Слабоуміе, неопрятность, живые слуховые обманы. Одинъ идти не способенъ. Въ четыре мѣсяца сдѣлано шестьдесятъ три подвѣшиванія. Послѣ двадцать восьмого подвѣшиванія стало замѣтно улучшение. Въ концѣ леченія идетъ довольно быстро съ помощью палки, совершенно опрятенъ, психически довольно нормаленъ, обмановъ чувствъ нѣтъ, о прежнемъ не помнитъ. Улучшеніе держалось нѣсколько мѣсяцевъ, въ январѣ больной выписался. Въ мартѣ снова поступилъ, соматически онъ не ухудшился, однако и послѣ 19 новыхъ подвѣшиваній его атаксія осталась безъ перемѣнъ, что касается психики, то обманы чувствъ не усилились, но существуетъ большая психическая слабость. Авторъ думаетъ, что въ этомъ случаѣ, какъ и въ предыдущихъ, улучшение должно быть поставлено

въ связь съ методомъ леченія. Слѣдующія короткія данныя даетъ авторъ о послѣднихъ четырехъ случаяхъ: у больного съ хронической спутанностью, съ отсутствіемъ колѣнныхъ рефлексовъ, отсутствіемъ свѣтовой реакціи и разстройствомъ мочевого пузыря—въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ леченія явленія ухудшились, а мѣсяць спустя послѣ послѣдняго подвѣшиванія больной умеръ, при явленіяхъ маразма. Одному врожденно-слабоумному продѣлано было 17 подвѣшиваній, но бывшая у него слабость пузыря не улучшилась; въ теченіе леченія была замѣтна полиурія, которая послѣ нѣсколькихъ недѣль исчезла. Одинъ табетикъ съ деменціей улучшился отъ 60 подвѣшиваній, другой табетикъ эпилептикъ улучшился послѣ 43 подвѣшиваній. У обоихъ улучшеніе заключалось въ томъ, что они свободнѣе могли ходить и менѣе жаловались на боли. Въ заключеніе приводятся еще два слѣдующія наблюденія, гдѣ въ обоихъ подъ вліяніемъ леченія было замѣчено улучшеніе. Первый случай касается паціента 58 лѣтъ. Доставленъ былъ больной въ больницу въ состояніи спутанности. Неопрятенъ. Едва можетъ стоять и ходить при помощи двухъ служителей. Колѣнный рефлексъ существуетъ. Языкъ и руки дрожать. Гипералгезія въ области *n. cut. femoris anter. extern. sinistr.* Давленіе на 6 и 7 грудной позвонки болѣзненно. Послѣ 18-го подвѣшиванія въ теченіе 5 недѣль психическое состояніе больного улучшилось, онъ безъ поддержки ходитъ, симптомъ Ромберга еще существуетъ, расстройства чувствительности исчезли, мочевой пузырь и кишечникъ функціонируютъ хорошо. Улучшеніе держится два мѣсяца, во время которыхъ больной находился внѣ заведенія, затѣмъ снова былъ доставленъ въ очень плохомъ состояніи въ лечебницу, гдѣ вскорѣ и умеръ при явленіяхъ маразма. Секція обнаружила сильный *hydrocephalus internus*, опухоль основанія мозга и такую же опухоль въ поясничной части спинного мозга. Послѣдній случай—случай алкогольной деменціи, гдѣ послѣ леченія отмѣчено возвращеніе колѣннаго рефлекса. Подвѣшиваемъ былъ паціентъ также вслѣдствіе расстройства мочевого пузыря, которое прошло послѣ 4-хъ мѣсячнаго леченія. Такимъ обра-

зомъ, изъ 19 долѣе наблюдаемыхъ случаевъ въ 12 было обнаружено симптоматическое улучшение.

Такой результатъ, по автору, требуетъ продолженія исследований, тѣмъ болѣе, что психіатрія очень бѣдна медицинскими средствами. Какъ противопоказанія къ подвѣшиванію, авторъ считаетъ сердечныя и легочныя заболѣванія. Авторъ, наконецъ, не согласенъ съ мнѣніемъ *Haushalter*'а и *Adam*'а, что результаты, получаемые при подвѣшиваніи, зависятъ только отъ внушенія. Противъ этого говорятъ полученные успѣхи у душевно-больныхъ, которые, какъ говоритъ *Ascher*, не сознавали цѣли подвѣшиванія.

Moeli между прочимъ отмѣчаетъ, что при *tabes-paranoia* часто подъ вліяніемъ плохого самочувствія, стрѣляющихъ болей и прочихъ чисто физическихъ состояній замѣчается усиленіе бредовыхъ идей; такимъ образомъ, если мы какънибудь можемъ повліять на устраненіе болей, невралгій и вообще улучшить самочувствіе такихъ больныхъ, мы тѣмъ самымъ косвенно можемъ улучшить и ихъ психическое состояніе.

Benedikt ¹⁾ думаетъ, что методъ *Bonuzzi* могъ бы съ удобствомъ замѣнить употребляемые въ настоящее время механическіе методы леченія *tabes*. Съ введеніемъ въ терапію метода *Мочутковскаго*, при леченіи спинной сухотки дѣйствительно стали достигать такихъ улучшеній, какія ранѣе ни при какомъ другомъ терапевтическомъ вмѣшательствѣ не получались, опасности же метода легко устранимы; однако методъ *Pietro Bonuzzi* имѣетъ преимущества и передъ методомъ *Мочутковскаго*: во-первыхъ для его производства не требуется никакихъ аппаратовъ и во вторыхъ его механическое и терапевтическое дѣйствіе несравненно сильнѣе. *Benedikt* рекомендуетъ еще усиливать интензивность вытяженія при примѣненіи метода *Bonuzzi* тѣмъ, что голову и спину кладутъ на узкой кушеткѣ нѣсколько приподнятыми, ноги пациента раз-

¹⁾ *M. Benedikt*. Die „Methode Bonuzzi“ der Behandlung der Tabes. Wien. Medicinisch. Blätter, S. 801, 1891 г.

двигаютъ и, производя сгибаніе, стараются ихъ согнуть возможно ниже по обѣимъ сторонамъ кушетки. Сравнительные опыты *Vonuzzi* на трупахъ показали, что при такомъ сгибаніи происходитъ въ три раза бѣльшее растяженіе спинного мозга, чѣмъ при подвѣшиваніи, и что на живомъ вытяженіе позвоночника получается также гораздо бѣльшее, чѣмъ при методѣ *Мочутковскаго*. *Benedikt* нашель, что вліяніе на дыханіе и кровообращеніе форсированнаго сгибанія ногъ и туловища несравненно сильнѣе, чѣмъ подвѣшиванія, но зато и опытъ можетъ быть скорѣе прерванъ, а также и сгибаніе можетъ быть по произволу или усилено, или ослаблено. Неблагопріятныя явленія возможны и при этомъ методѣ, такъ могутъ быть рахіалгіи, разрывы мышцъ, ціанозъ и проч., въ одномъ случаѣ нѣсколько часовъ спустя послѣ сеанса у больного появились припадки рвоты и слабости, продолжавшейся нѣсколько дней. Несмотря на эти неблагопріятныя явленія, *Benedikt* все-таки считаетъ, что методъ *Vonuzzi* можетъ при *tabes* замѣнить подвѣшиваніе, оставляя пока открытымъ вопросъ о его пригодности при леченіи импотенціи и различныхъ формъ дрожанія, гдѣ методъ *Мочутковскаго* также оказывалъ услугу.

Д-ръ *С. Ярошевскій*¹⁾ лечилъ подвѣшиваніемъ 7 больныхъ мужчинъ. По роду болѣзни они распредѣлялись слѣдующимъ образомъ: *impotentia virilis*, *neurasthenia*—2; *impotentia virilis*—1; *hysteria*, *incontinentia urinae*—1; *neuralgia intercostalis*, *stenocardia*—2; *hemiplegia dextra*—1. По числу сдѣланныхъ сеансовъ и по результатамъ больные распредѣляются такъ:

1) *Neuralgia intercostalis*, *stenocardia*—3 сеанса по 1'—ухудшеніе.

2) *Neuralgia intercostalis*, *stenocardia*—4 сеанса по 1'—ухудшеніе.

3) *Impotentia*—6 сеансовъ по 1—1¹/₂'—безъ результата.

¹⁾ *С. Ярошевскій*. О леченіи нервныхъ болѣзней подвѣшиваніемъ. Медицинское Обозрѣніе, т. XXXV, стр. 377. 1891 г.

4) Hysteria, incontinentia urinae 8—сеансовъ по 1—1¹/₂'—ухудшеніе.

5) Impotentia—12 сеансовъ по 1—3'—безъ результата.

6) Impotentia virilis, neurastenia—13 сеансовъ по 1—3¹/₂'—сначала улучшеніе, затѣмъ ухудшеніе.

7) Hemiplegia dextra—32 сеанса отъ 1¹/₂' до 4'—улучшеніе.

Интересъ 7 случая еще заключается въ томъ, что послѣ 9-го сеанса отмѣчено пониженіе колѣннаго рефлекса, а въ концѣ леченія исчезаніе клонуса стопы и улучшеніе тактильной и болевой чувствительности. До сеанса и послѣ сеанса записывались пульсъ и дыханіе; въ огромномъ большинствѣ случаевъ и пульсъ, и дыханіе замедлялись, но крайне незначительно: пульсъ на нѣсколько ударовъ (2—4), дыханіе на 1—2 въ минуту, или же и тотъ, и другое оставались безъ перемѣнъ. Неудачу въ случаяхъ функциональнаго характера авторъ объясняетъ тѣмъ отсутствіемъ вѣры въ паціентахъ, которую онъ, изъ-за желанія получить толныя результаты, преднамѣренно подрывалъ у своихъ больныхъ и даже склонялъ ихъ въ сторону неудачи и дѣйствительно въ 3 случаяхъ получилъ явное ухудшеніе. (Здѣсь необходимо отмѣтить, что и число сеансовъ у нихъ было крайне ограничено). Послѣдній случай hemiplegiae по постепенности и стойкости улучшенія убѣдилъ автора въ томъ, что здѣсь дѣло шло о дѣйствительномъ благотворномъ вліяніи подвѣшиванія на патологическій процессъ.

Вопросомъ о вліяніи вытяженія позвоночнаго столба на спинно-мозговые рефлексы и кровяное давленіе занимался въ лабораторіи проф. *Тарханова В. Слюнинъ*¹⁾. Опыты поставлены были на лягушкахъ и кроликахъ. Вытяженіе позвоночника производилось въ горизонтальномъ направленіи въ особо устроенныхъ аппаратахъ, или съ зажимными пин-

¹⁾ *В. Слюнинъ*. Къ вопросу о вліяніи вытяженія позвоночнаго столба на спинно-мозговые рефлексы и кровяное давленіе. Диссертация. С.-Петербургъ, 1891 г

цетами, или съ грузомъ. У лягушекъ изслѣдовались рефлексы съ нижнихъ конечностей, кислотные, тактильные, осязательные и на раздраженіе электрическимъ токомъ. Въ первомъ рядѣ опытовъ у лягушекъ перерѣзывался продолговатый мозгъ (подъ 4-мъ желудочкомъ), второй рядъ опытовъ производился при цѣлости головного и спинного мозга, третій рядъ—при удаленіи полушарій головного мозга. Конечно, производились контрольные опыты. Авторомъ изслѣдовалось также колебаніе времени реакціи. У кроликовъ авторъ, какъ измѣрялъ время реакціи, такъ и слѣдилъ за измѣненіемъ рефлексовъ и, кромѣ того, занялся еще изученіемъ вліянія вытяженія на кровяное давленіе (въ сонной артеріи). Вотъ къ какимъ выводамъ привели автора его опыты: во время вытяженія 1) тактильная чувствительность у холоднокровныхъ повышается, а у теплокровныхъ падаетъ; 2) способность къ электрическому возбужденію у холоднокровныхъ колеблется въ направленіи, противоположномъ болевой чувствительности, а у теплокровныхъ падаетъ; 3) болевая чувствительность за немногими исключеніями падаетъ у тѣхъ и другихъ; 4) время реакціи увеличивается, какъ у теплокровныхъ, такъ и у холоднокровныхъ; 5) кровяное давленіе повышается; 6) продолжительное вытяженіе позвоночнаго столба вызываетъ гиперемію мозга и его оболочекъ, преимущественно въ поясничномъ участкѣ. Авторъ подчеркиваетъ то обстоятельство, что между его опытами и опытами *Гена*, работавшаго съ вытяженіемъ периферическихъ нервовъ, есть нѣкоторая аналогія. Слабая степень вытяженія нервовъ повышаетъ проводимость и раздражительность, а сильная понижаетъ, при чемъ гиперемія нервныхъ оболочекъ бываетъ всегда явленіемъ сопутствующимъ¹⁾. Кровообращеніе и функциональная дѣятельность периферическихъ нервовъ въ зависимости отъ вытяженія представляютъ явленія, подобныя тѣмъ, какія замѣчаются и въ спинномъ мозгу при вытяженіи позвоночнаго столба. Допуская возможность, говорить *Слюнингъ*, достигать непосредственно вытяженіемъ позвоноч-

¹⁾ *Генъ*. О вытяженіи нервовъ. Военно-Мед. журналъ, 1879 г. кн. XII.

наго столба возстановленія нѣкоторыхъ спинно-мозговыхъ функцій, нужно также признать, что указанный способъ можетъ и косвеннымъ образомъ способствовать возстановленію тѣхъ же функцій. Авторъ не думаетъ, чтобы менингеальныя сращенія разрывались во время акта подвѣшиванія, какъ утверждаетъ *Althaus*, а считаетъ болѣе правдоподобнымъ, что сращенія, подъ вліяніемъ гипереміи, сдѣлаются менѣе стойкими и разорвутся при обыкновенныхъ экскурсіяхъ позвоночнаго столба, при которыхъ спинной мозгъ значительно болѣе вытягивается, чѣмъ при подвѣшиваніи. Слѣдуетъ также упомянуть, что *Слюнингъ* поставилъ еще одинъ опытъ на трупѣ, чтобы провѣрить мнѣніе *Лихонина*, объясняющаго удлиненіе позвоночнаго столба растяженіемъ apparatus ligamentosus, при этомъ авторъ убѣдился, что этотъ аппаратъ въ удлиненіи шейнаго отдѣла при подвѣшиваніи участія не принимаетъ и что перемѣщеніе твердой мозговой оболочки при обыденныхъ экскурсіяхъ шейной части позвоночнаго столба не сопровождается напряженіемъ этой оболочки, тогда какъ при подвѣшиваніи напряженіе послѣдней выступаетъ на первый планъ даже и при меньшемъ смѣщеніи.

Въ обзорно-литературной статьѣ Prof. *Eulenburg* ¹⁾ высказываетъ мнѣніе, что до сихъ поръ никто не наблюдалъ дѣйствительно лѣчебнаго результата отъ подвѣшиванія, дѣло шло лишь о палліативномъ симптоматическомъ улучшеніи.

J. Dubuc ²⁾, говоря о леченіи стрѣляющихъ болей табетиковъ, высказываетъ положеніе, что какъ вытяженіе нервовъ, такъ и надѣлавшее много шума подвѣшиваніе представляютъ опасности и въ настоящее время почти оставлены.

По мнѣнію *Leyden*'а ³⁾, высказанному имъ въ 1892 г., ни одинъ изъ методовъ не въ состояніи, хотя бы только отчасти, дать обратный толчекъ анатомическому процессу,

¹⁾ Encyclopäd. Jahrb. 1. S. 650, 1891.

²⁾ *J. Dubuc*. Des douleurs fulgurantes tabétiques. Thèses de Bordeaux. 1892, № 66.

³⁾ *E. Leyden*. Ueber die Behandlung der Tabes. Berliner klinische Wochenschrift. № 17. S. 401. 1892.

наблюдаемому при спинной сухоткѣ. Примѣнять методъ *Bonuzzi*, несмотря на отзывы объ немъ *M. Benedikt'a*, *Leyden* не имѣеть никакого желанія, считая за достаточно энергичное вмѣшательство и подвѣшиваніе. Нельзя сказать, чтобы вообще *Leyden* дружелюбно относился къ хирургическому и механическому леченію спинной сухотки. Предложенное *Langenbuch*'омъ вытяженіе нервовъ не удержалось, но *Leyden* ставить въ заслугу *Langenbuch*'у то, что онъ внесъ идею вытяженія въ терапію. Отъ метода *Мочутковскаго* также нельзя ждать значительнаго успѣха, однако методъ этотъ все еще испытывается и при извѣстной осторожности безъ всякаго вреда. Одинъ пациентъ, находящійся въ первомъ періодѣ спинной сухотки, сообщилъ *Leyden*'у, что онъ съ помощью подвѣшиваній освободился отъ гастрическихъ кризовъ. Едва ли однако можно допускать, что въ данномъ случаѣ улучшение произошло вслѣдствіе вытяженія *vagus*'а или спинного мозга, скорѣе имѣло значеніе ободряющее, подающее надежду вліяніе леченія, такъ какъ леченіе проводилось съ осторожностью и большою послѣдовательностью; много значило также и то, что въ дѣйствительность метода врачъ вѣрилъ точно такъ же, какъ и пациентъ.

То же самое *Leyden* можетъ сказать и объ ортопедическомъ леченіи спинной сухотки по методу *Hessing*'а. Ничего не имѣя противъ послѣдняго метода, *Leyden*, однако, протестуетъ противъ слишкомъ широкаго примѣненія его при всѣхъ спинно-мозговыхъ болѣзняхъ и при различныхъ состояніяхъ параличей. Въ виду того, что оцѣнка послѣдняго метода происходитъ внѣ врачебнаго круга, конечно, есть опасность, что ортопеды будутъ переоцѣнивать полученные ими результаты. *Leyden*'у уже приходилось видѣть подобные случаи. Въ общемъ-же за ортопедическимъ леченіемъ спинной сухотки *Leyden* признаетъ нѣкоторое терапевтическое значеніе.

Kirchner.¹⁾ описываетъ случай міэлиты, излеченный подвѣшиваніемъ. Въ виду интереса случая, мы приведемъ его

¹⁾ *Kirchner*. Ein Fall von Myelitis, geheilt durch Suspension. Berliner klinische Wochenschrift, № 47. S. 1193. 1892.

нѣсколько подробнѣе. Н. съ марта 1889 года почувствовалъ слабость въ обѣихъ рукахъ, особенно это онъ замѣчалъ при исполненіи своихъ служебныхъ занятій, нѣсколько спустя появилась слабость и въ ногахъ, и если теперь ему необходимо было быстро бѣжать или идти, то въ ногахъ онъ чувствовалъ также боли. 29 марта 1889 года Н. принятъ въ лазаретъ. Status praesens: худощавъ, кожные покровы вялы, заикается и слегка слабоуменъ. При движеніяхъ рукъ и ногъ боли въ плечевомъ, локтевомъ и колѣнномъ суставахъ. При стояніи съ сдвинутыми ногами и закрытыми глазами по временамъ получается незначительное колебаніе. При походкѣ замѣчаются также небольшія колебанія. Грубая мышечная сила ногъ при положеніи на спинѣ довольно хороша. Сгибатели на рукахъ функционируютъ сильнѣе разгибателей, жметъ руку довольно сильно. Чувствительность понижена въ голеняхъ и стопахъ, также понижена здѣсь и фарадическая возбудимость мышцъ (реакція не изслѣдовалась за отсутствіемъ машины постоянного тока). Колѣнный рефлексъ не получается даже при приѣмѣ *Jendrassik'a*. Отсутствуютъ рефлексы съ ахиллова сухожилія, также и подошвенный. Яичниковый рефлексъ слабъ. Брюшной получается ясно. Поночникъ не болѣзненъ. Зрачки нормальны, хорошо реагируютъ на свѣтъ. Поле зрѣнія не ограничено. Со стороны тазовыхъ органовъ никакихъ разстройствъ. Въ ближайшіе дни усилился симптомъ Ромберга и колебанія при походкѣ. t° тѣла нормальна. Грубая мышечная сила замѣтно ослабла, такъ что больной не можетъ прямо стоять; ходить, держась за кровати. Чувствительность замѣтно понизилась: глубокіе уколы булавки ощущаетъ тупо; понизилась она и на туловищѣ, а также и на рукахъ. Сокращенія мышцъ при фарадизаціи медленны и вялы (28. IV). 29. IV. Сдѣлано первое подвѣшиваніе за одну голову. Спустя 30 секундъ больной долженъ былъ быть спущенъ, такъ какъ дыханіе сдѣлалось неправильнымъ и ускореннымъ, лицо синевато-краснымъ, и при этомъ пациентъ былъ необыкновенно безпокоенъ. Въ общемъ сдѣлано 50 подвѣшиваній. 10. VIII. Больной прибылъ въ вѣсѣ на 5 ф. Всѣ болѣзненные явленія

исчезли, колѣнные рефлексы возвратились на 29 сеансѣ, но справа рефлексъ слабѣе, чѣмъ слѣва. Больной выписанъ выздоровѣвшимъ и возвратился къ своей службѣ. Авторъ видѣлъ его позднѣе, въ сентябрѣ, онъ былъ здоровъ и колѣнные рефлексы были на лицо. *Kirchner* признаетъ, что его случай мѣлита не изъ ординарныхъ. Несомнѣннымъ ему кажется одно, это то, что дѣло шло во всякомъ случаѣ о спинно-мозговомъ заболѣваніи. Свой случай авторъ считаетъ первымъ, излеченнымъ подвѣшиваніемъ (сравни наблюдение *Rienzi*, стр. 48). *Kirchner* исключаетъ возможность въ своемъ случаѣ истеріи, а равно и вліяніе внушенія, такъ какъ внушеніемъ не вылечишь спинно-мозгового заболѣванія. За мѣлить говорить, по автору, параплегія съ замѣчательно быстрымъ развитіемъ разстройствъ чувствительности и отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ. Спинной мозгъ захваченъ былъ по всей вѣроятности на всемъ протяженіи, но авторъ думаетъ, что не было по крайней мѣрѣ значительнаго нарушенія нервной субстанціи, а была только значительная гиперемія. Дѣйствіе подвѣшиванія и состояло въ улучшеніи кровообращенія, что въ свою очередь способствовало исчезновенію болѣзненного процесса. Проводя дифференціальныи діагнозъ, авторъ исключаетъ въ данномъ случаѣ спинную сухотку (не было стрѣляющихъ болей, атаксіи, не было теченія, свойственнаго *tabes y* и проч.), *poliomyelitis*, *sclerosis disseminata* и *neuritis multiplex*. Противъ множественнаго неврита въ приведенномъ случаѣ говорить недостатокъ явленій раздраженія со стороны чувствительности, рѣзко съ самаго начала развившаяся анестезія, а также отсутствіе первоначальной лихорадки, въ послѣдующемъ же теченіи отсутствіе атрофій. Касаясь причины заболѣванія, авторъ не утверждаетъ, но допускаетъ, что гиперемія спинного мозга у даннаго больного могла явиться результатомъ чрезвычайно напряженной мышечной работы конечностями при исполненіи пациентомъ военной службы. Сифилиса въ анамнезѣ нѣтъ, наслѣдственности также. Больного можно назвать субъектомъ невропатическимъ. Подвѣшиванія переносились имъ хорошо. Сеансы продолжались до 3', дыханіе

было спокойно, пульсъ учащался на 4 въ 1' во время сеанса.

Проф. В. М. Бехтерев¹⁾, имѣя въ виду не совсѣмъ благоприятные результаты, которые давалъ способъ д-ра Мочутковскаго въ рукахъ нѣкоторыхъ авторовъ, до 1890 года воздерживался отъ леченія подвѣшиваніемъ, намѣреваясь въ то же время построить такой аппаратъ для вытяженія, чтобы была возможность точно регулировать силу вытяженія. Во время этихъ изысканій, д-ромъ Спримомъ былъ опубликованъ аппаратъ для подвѣшиванія, дававшій возможность производить подвѣшиванія съ опредѣленнымъ грузомъ. Въ виду простоты устройства и удобствъ въ примѣненіи къ больнымъ аппарата д-ра Спримона, проф. В. М. Бехтеревъ предпочелъ его другимъ, до того времени предложеннымъ, и, нѣсколько видоизмѣнивъ его, систематически началъ (съ 1890 г.) примѣнять подвѣшиванія при леченіи нервныхъ болѣзней. Подъ руководствомъ проф. В. М. Бехтерева въ его клиникѣ еще въ Казани вели наблюденія надъ вліяніемъ подвѣшиванія на больныхъ д-ра Н. Н. Реформатскій, Б. И. Воротынский и И. К. Мейеръ. — Здѣсь будетъ вмѣстѣ помѣстить рисунокъ аппарата Спримона въ видоизмѣненіи проф. В. М. Бехтерева, такъ какъ этимъ видоизмѣненіемъ пользовались и мы при нашихъ наблюденіяхъ въ С.-Петербургской клиникѣ нервныхъ болѣзней, наблюденіяхъ, послужившихъ матерьяломъ для настоящей работы (см. рис. 7). Неудобные и сдавливающіе большіе сосудистые стволы и нервы верхнихъ конечностей подмышники, мѣщающіе при этомъ слѣдить за состояніемъ пульса больного во время самого подвѣшиванія (В), замѣнены проф. В. М. Бехтеревымъ локотниками (Г). — Лицамъ, желающимъ приобрести вышеуказанный аппаратъ, проф. В. М. Бехтеревъ рекомендуетъ верхній блокъ, черезъ который перетянута веревка съ тяжестями, дѣлать по возможности большимъ (не менѣ полуаршина въ діаметрѣ), стулъ же устроить съемный, на случай

¹⁾ Проф. В. М. Бехтеревъ. Значеніе подвѣшиваній при нѣкоторыхъ спинно-мозговыхъ пораженіяхъ. Неврологическій Вѣстникъ Т. 1, вып. 2, стр. 65, 1893 г.

примѣненія подвѣшиванія въ стоячемъ положеніи. Примѣненіе однихъ локотниковъ, какъ это рекомендуютъ нѣкоторые авторы, по мнѣнію проф. *Бехтерева*, не достигаетъ желае-

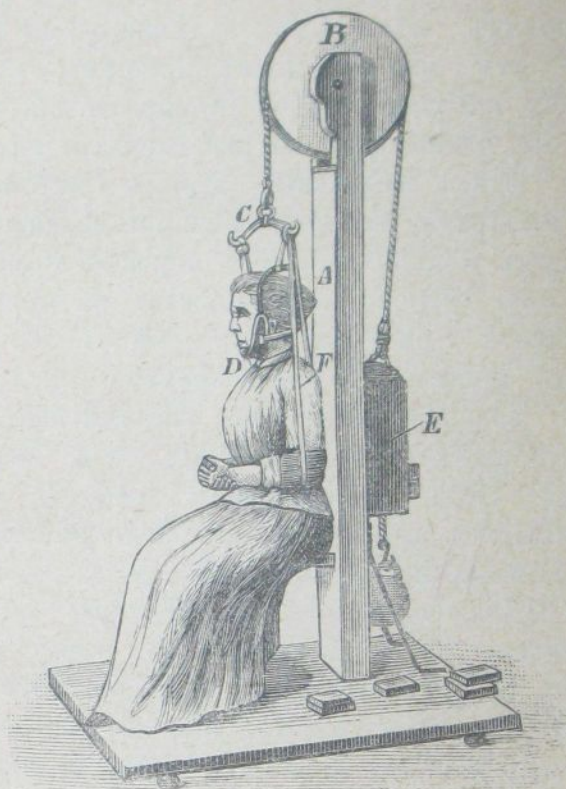


Рис. 7.

мой цѣли. Аппаратъ *Спримона-Бехтерева* въ настоящее время представляетъ интересъ и потому, что является наиболѣе распространеннымъ и принятымъ даже въ нѣкоторыхъ заграничныхъ клиникахъ. На основаніи своихъ наблюденій и наблюденій его учениковъ, проф. *В. М. Бехтеревъ* вполне подтверждаетъ благоприятные результаты подвѣшиванія при спинной сухоткѣ, а равно и при нѣкоторыхъ другихъ органическихъ спинно-мозговыхъ пораженіяхъ, въ особенности же при міэлитѣ отъ сдавленія, а также при застарѣлыхъ формахъ спинно-мозгового сифилиса (*lues medullae spinalis*) и въ нѣкоторыхъ случаяхъ поперечнаго міэлиты. Въ только

что указанных органических пораженіяхъ спинного мозга результаты подвѣшиваній обращаютъ, по автору, еще болѣе на себя вниманіе, нежели результаты подвѣшиваній при tabes. Авторъ приводитъ между прочимъ одно наблюденіе, произведенное ординаторомъ его клиники *И. К. Мейеромъ* и относящееся къ давнему сифилитическому пораженію спинного мозга, въ которомъ остановившійся въ своемъ развитіи процессъ уже не поддавался никакимъ ранѣ примѣняемымъ мѣропріятіямъ, тогда какъ подвѣшиваніе уменьшило разстройство дѣятельности мочевого пузыря и улучшило замѣтнымъ образомъ движеніе больного. При всѣхъ вышеотмѣченныхъ заболѣваніяхъ благотворное дѣйствіе подвѣшиваній выражалось болѣе или менѣе рѣзкимъ улучшеніемъ походки и увеличеніемъ силы нижнихъ конечностей, устраненіемъ парѣстезій и болѣе или менѣе значительнымъ улучшеніемъ или даже совершеннымъ прекращеніемъ разстройствъ въ отправленіяхъ мочевого пузыря и прямой кишки, уменьшеніемъ или полнымъ устраненіемъ мѣстныхъ болей или гиперѣстезій, а также судорожныхъ движеній, наконецъ болѣе или менѣе явнымъ ослабленіемъ рефлекторной возбудимости со стороны нижнихъ конечностей. Авторъ наблюдалъ еще лучшіе результаты при совмѣстномъ употребленіи подвѣшиваній и отвлекающихъ. Въ извѣстномъ рядѣ случаевъ получаемые результаты были прочны. Въ случаяхъ, гдѣ органическій болѣзненный процессъ выражается между прочимъ рѣзкой гиперѣстезіей спинной области и спинными болями, усиливающимися при малѣйшемъ движеніи позвоночника, подвѣшиваніе болѣею частью переносится дурно. Проф. *В. М. Бехтеревъ* ¹⁾ пришелъ также къ убѣжденію, что въ извѣстныхъ случаяхъ систематически примѣняемая подвѣшиванія оказываютъ несомнѣнную пользу при атрофическихъ и иныхъ пораженіяхъ зрительнаго нерва, обусловленныхъ спинно-мозговыми пораженіями, вызывая улучшеніе, какъ периферическаго, такъ нерѣдко и центральнаго зрѣнія или по крайней

¹⁾ *W. v. Bechterew. Ueber den Einfluss der Suspension auf die Sehstörung bei Affectionen des Rückenmarkes. Neurol. Centralblatt, № 7. 1893.*

мѣрѣ приостанавливая дальнѣйшее развитіе атрофическаго процесса и устраняя тѣмъ самымъ прогрессирующее ухудшеніе зрѣнія. Такое вліяніе подвѣшиванія объясняется авторомъ гипереміей сѣраго вещества, расположеннаго по сосѣдству съ желудочками и на поверхности черепного мозга.

Только что изложенный взглядъ проф. *В. М. Бехтерева* о вліяніи подвѣшиванія на разстройство зрѣнія основанъ, какъ на его личныхъ наблюденіяхъ, такъ и на наблюденіяхъ, его ординатора, *Б. И. Воротынского* ¹⁾. *Б. И. Воротынский* описалъ 3 случая, — 2 случая спинной сухотки и 1 случай пораженія праваго глаза при туберкулезномъ страданіи позвоночника. Въ первомъ случаѣ больной 43 л., (4 года страдалъ спинной сухоткой и находился во 2 стадіи) послѣ нѣсколькихъ сеансовъ замѣтилъ, что онъ сталъ много лучше видѣть, а непосредственно послѣ cadaго подвѣшиванія зрѣніе больного становилось настолько хорошимъ, что онъ былъ въ состояніи читать безъ очковъ, безъ которыхъ онъ давно уже не могъ обходиться. Послѣ 6-го подвѣшиванія было замѣчено улучшение многихъ симптомовъ; подвѣшивался больной съ тяжестью 90 ф. въ теченіе 10 мин. Непосредственно во время подвѣшиванія онъ чувствовалъ наклонность ко сну, токи и теплоту въ спинѣ, послѣ же подвѣшиванія чувство вѣги. Пульсъ во время подвѣшиванія учащался съ 80 до 100 ударовъ, дыханіе съ 20 до 26—30 въ 1'. Больному сдѣлано было 27 сеансовъ подвѣшиванія, острота зрѣнія дошла до $\frac{20}{20}$ въ обоихъ глазахъ, изслѣдованіе широты поля зрѣнія показало увеличеніе ея на 5—10°. Авторъ видѣлъ больного черезъ 3 мѣсяца, — результатъ еще держался. 2-ой случай, — табетикъ, 29 л., боленъ 4 года, сеансъ 15 м., тяжесть 120 фунт. Острота зрѣнія до подвѣшиванія въ правомъ глазу $\frac{4}{200}$, послѣ сеанса $\frac{5}{200}$, окулистъ нашелъ атрофію обоихъ зрительныхъ нервовъ. Послѣ cadaго сеанса увеличеніе периферическаго поля зрѣнія; послѣ 3 сеанса улучшение оставилось; послѣ 8 сеансовъ острота зрѣнія поднялась до $\frac{6}{200}$ въ

¹⁾ *Б. И. Воротынский*. О вліяніи подвѣшиваній на разстройство зрѣнія у больныхъ съ пораженіемъ спинного мозга. Неврологическій Вѣстникъ т. 1. вып. 1. 1893 г.

правомъ глазу, но затѣмъ опять упала. Сдѣлано 12 сеансовъ. Очевидно, говоритъ авторъ, въ этомъ случаѣ подвѣшиваніе оказало сравнительно слабое вліяніе. Третья больная страдала кромѣ міэлиты отъ сдавленія еще истеро-эпилепсіей; въ правомъ глазу у нея при офтальмоскопированіи найдена значительная гиперемія зрительнаго нерва, граничащая съ воспаленіемъ; острота зрѣнія подвѣшеніемъ подвѣшиванія въ правомъ глазу поднялась съ $\frac{7}{30}$ на $\frac{9}{30}$. Периферическое поле зрѣнія расширилось на 5—10°; послѣ третьяго сеанса острота $\frac{9}{20}$, затѣмъ больная уѣхала, зрѣніе ухудшилось, но по приѣздѣ стоило сдѣлать 3 сеанса и состояніе зрѣнія возстановилось до прежней степени. Автору встрѣтились также двое больныхъ съ крайне рѣзко выраженной атрофіей зрительныхъ нервовъ, у которыхъ сохранилось лишь свѣтоощущеніе и у которыхъ подвѣшиванія, какъ и ранѣе предпринимаемыя впрыскиванія стрихнина, оказались безуспѣшными. На основаніи своихъ наблюденій авторъ не сомнѣвается, что подвѣшиваніе въ извѣстныхъ случаяхъ оказываетъ благотѣльное вліяніе на разстройство зрѣнія у больныхъ съ пораженіемъ спинного мозга даже и тогда, когда это разстройство обуславливается органическими измѣненіями въ сѣтчаткѣ глаза. Въ объясненіи дѣйствія подвѣшиванія авторъ держится уже извѣстныхъ намъ взглядовъ *Богрова*. Основываясь на новѣйшихъ сообщеніяхъ, *Б. И. Воротыньскій* предполагаетъ, что въ ближайшемъ будущемъ леченіе подвѣшиваніемъ займетъ еще болѣе видное мѣсто въ терапіи нервныхъ недуговъ.

Во второй своей статьѣ, опубликованной въ томъ же году, *Б. И. Воротыньскій* ¹⁾ сообщаетъ 11 случаевъ, леченныхъ имъ подвѣшиваніями. Въ историческомъ обзорѣ авторъ между прочимъ приводитъ рассказъ очевидца, что „въ Пермской губ. крестьяне примѣняютъ при различнаго рода заболѣваніяхъ спинного мозга тоже родъ подвѣшиванія, состоящаго въ томъ, что такъ называемый „правщикъ“ бе-

¹⁾ *Б. И. Воротыньскій*. Подвѣшиваніе, какъ методъ леченія нервныхъ болѣзней. Неврологическій Вѣстникъ т. 1. вып. 2, 1893 г.

реть больного за руки себѣ на спину и нѣсколько разъ постепенно поднимаетъ и опускаетъ его; подъ конецъ онъ нѣсколько разъ довольно сильно встряхиваетъ больного; сеансы продолжаются каждый день. Больные нерѣдко получаютъ облегченіе и поправляются“ (стр. 30). Въ 11 случаяхъ подвѣшивание производилось авторомъ большею частью только съ помощью локотниковъ, безъ употребленія узды. Указаніемъ на то, что при употребленіи однихъ локотниковъ вполнѣ достигаютъ желаемого эффекта, по мнѣнію *Б. И. Воротынскаго*, можетъ служить сама реакція со стороны организма, такъ при этомъ онъ всегда наблюдалъ измѣненія со стороны дыханія и пульса, выступаніе пота и нѣкоторыя субъективныя ощущенія больныхъ. Узда примѣнялась лишь въ случаяхъ высокаго пораженія позвоночнаго столба или тогда, когда желали прослѣдить вліяніе подвѣшивания на черепно-мозговые симптомы. Подвѣшивания примѣнялись до 10—15 сеанса ежедневно и только позднѣе черезъ день; продолжительность первыхъ сеансовъ 12—15, вскорѣ доходила до 20—25'. Начиналось вытяженіе съ груза въ 1¹/₂ пуда и доходило до 2—2¹/₂—3 пудовъ. Больныхъ непосредственно послѣ подвѣшивания почти всегда клонило ко сну, такъ что они засыпали на часъ или два крѣпкимъ, освѣжающимъ сномъ, иногда вмѣсто сна они испытывали пріятное чувство нѣги. Пульсъ къ концу подвѣшивания всегда учащался, дѣлаясь въ то же время болѣе полнымъ и скорымъ. Дыханіе не всегда, но часто учащалось и дѣлалось болѣе поверхностнымъ. Почти постоянно выступалъ потъ вдоль спины, на лбу и другихъ мѣстахъ. Ни разу авторъ не видѣлъ возстановленія колѣнныхъ рефлексовъ или свѣтовой реакціи зрачковъ, но тамъ, гдѣ они были сохранены, какъ рефлексы, такъ и реакція становились болѣе живыми. Случаи 1, 2 и 9 тѣ-же, что были опубликованы авторомъ во 1-й статьѣ, новыхъ случаевъ такимъ образомъ 8. Изъ этихъ 8 случаевъ 5 случаевъ спинной сухотки, 1 случай неврастеніи, 1 meningomyelitis и 1 paramyoclonus. Всѣ мужчины, въ возрастѣ 23—50 лѣтъ. Изъ 5 случаевъ спинной сухотки, трое больныхъ, находившихся во второмъ періодѣ

болѣзни, значительно улучшились, всего было сдѣлано 16—17 сеансовъ. Улучшеніе касалось главнымъ образомъ общаго состоянія, стрѣляющихъ болей, разстройствъ мочеиспусканія и чувствительности; въ одномъ случаѣ перваго стадія послѣ 9 подвѣшиваній больной бросилъ леченіе и въ одномъ случаѣ 3-го стадія было достигнуто незначительное улучшеніе. У неврастенника достигнуто весьма значительное улучшеніе, такъ что больной приступилъ къ исполненію своихъ служебныхъ обязанностей. Въ случаяхъ meningo-myelitis (болѣзнь 4-хъ лѣтней давности) и ragamoclonus авторъ получилъ при подвѣшиваніи вполне отрицательные результаты. Авторъ всецѣло придерживается взглядовъ *Богрова*, касаясь объясненія дѣйствія подвѣшиванія и его примѣненія. „До сихъ поръ подвѣшиваніе примѣнялось эмпирически, безъ необходимыхъ соображеній о годности или негодности его при извѣстной формѣ болѣзни. Это было возможно, говоритъ авторъ, до тѣхъ поръ, пока намъ оставалось неизвѣстнымъ хотя-бы вѣроятное физиологическое дѣйствіе подвѣшиванія. Теперь же, когда этотъ вопросъ представляется уже болѣе или менѣе изученнымъ съ анатомо-физиологической и клинической стороны, когда намъ извѣстны тѣ измѣненія, которыя вызываетъ подвѣшиваніе въ больномъ и здоровомъ организмѣ, — такой порядокъ вещей, само собою разумѣется, не долженъ имѣть мѣста. Разъ экспериментально дознано, каковы измѣненія происходятъ въ организмѣ подъ вліяніемъ подвѣшиванія, разъ стало извѣстнымъ его вѣроятное дѣйствіе, — мы обязаны всегда имѣть въ виду эти данныя и руководиться ими при назначеніи подвѣшиванія. Да и опытъ достаточно научилъ насъ въ этомъ отношеніи“. Изъ выводовъ автора приведемъ слѣдующіе: 1) Подвѣшиваніе въ настоящее время можно считать довольно прочно установленнымъ методомъ леченія нервныхъ болѣзней. 2) Въ литературѣ еще не имѣется достаточно твердо выработанныхъ показаній и противопоказаній для примѣненія подвѣшиванія, какъ терапевтическаго средства. 4) Самые лучшіе результаты подвѣшиваніе даетъ при *tabes dorsalis* (второй періодъ), хорошихъ результатовъ можно ожидать при неврастеніи и

другихъ общихъ неврозахъ, оно является, наконецъ, прекраснымъ симптоматическимъ средствомъ при туберкулезныхъ и другихъ пораженіяхъ позвоночника и вообще при страданіяхъ спинного мозга, зависящихъ отъ его сдавленія.

Въ маѣ того-же года д-ръ В. Ф. Спримонъ¹⁾ вполне подтверждаетъ результаты наблюденій, произведенныхъ проф. В. М. Бехтеревымъ и д-ромъ Б. И. Воротынскимъ, относительно благопріятнаго дѣйствія подвѣшиваній на ослабленіе зрѣнія. Тогда же В. Ф. Спримонъ предложилъ вторую модификацію аппарата для подвѣшиванія. Принципъ новой мо-

дификаціи ясно виденъ изъ прилагаемаго рисунка (см. рис. 8). Въмѣсто ранѣ употреблявшагося блока, въ новый аппаратъ Спримонъ вводитъ неравноплечій рычагъ (А), короткая часть рычага составляетъ $\frac{1}{4}$ всего рычага и снабжена коромысломъ и уздой Sayer'a (В), длинная же часть рычага (С) служитъ для подвѣс-
тяжестей въ $2\frac{1}{2}$, 5 или 10 фунт. Каждая подобная гиря, привѣшенная въ длинному концу рычага, соотвѣтствуетъ въ 4

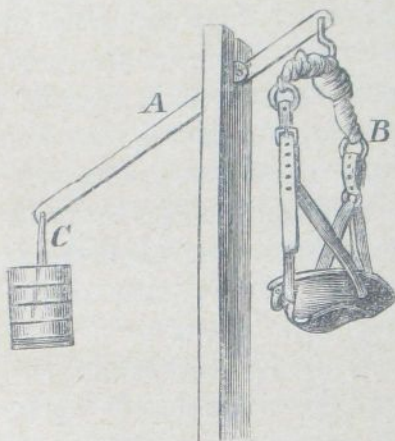


Рис. 8.

раза большому вѣсу на концѣ короткой части рычага, къ которой подвѣшенъ больной, и этимъ устраняется излишнее утомленіе врача при подвѣшиваніи гирь. Проф. В. М. Бехтеревъ справедливо отмѣчаетъ, что если при аппаратѣ съ блокомъ кромѣ одной пудовой гири, привѣшивающейся снизу ящика, всѣ остальные гири имѣтъ вѣсомъ не болѣе 10—20 фунтовъ каждая, то онъ врядъ ли можетъ возбуждать особія жалобы на утомительность подвѣшиванія гирь. Практика такъже рѣшила въ пользу первой модификаціи аппарата, которая получила большее распространеніе.

Glorieux характеризуетъ состояніе терапіи спинной сухотки до введенія механическихъ методовъ леченія, какъ

¹⁾ Спримонъ. Медицинское Обозрѣніе, № 8, 1893.

смѣну однихъ недѣйствительныхъ средствъ другими, „часто болѣе вредными, но также недѣйствительными¹⁾“. Первымъ, примѣнившимъ къ *tabes* механическое леченіе, *Glorieux* считаетъ *Hessing'a*, который пользовался своимъ корсетомъ еще 20 лѣтъ тому назадъ. (Съ этимъ, однако, врядъ ли можно согласиться, такъ какъ гораздо ранѣе заявленій *Hessing'a*, сдѣланныхъ въ печати, въ терапію уже было введено вытяженіе нервовъ, а затѣмъ подвѣшиваніе). Касаясь исторіи подвѣшиванія, *Glorieux* говоритъ, что обѣщанія и надежды были сначала слишкомъ хороши, чтобы быть дѣйствительными и продолжительными и, когда кончился періодъ увлеченія, пришлось уже сражаться, чтобы доказать терапевтическую дѣйствительность подвѣшиванія, которое теперь старались лишить всякаго терапевтическаго значенія. *Glorieux* вспоминаетъ исторію многихъ новыхъ терапевтическихъ средствъ, которыя послѣ опубликованія обѣщали чудеса, а затѣмъ вскорѣ лицъ, ихъ примѣнявшихъ, считали чуть не убійцами, а самыя средства предавались забвенію. По мнѣнію *Glorieux*, лица, сославшія слишкомъ поспѣшно подвѣшиваніе въ арсеналь, очень уже наполненный бесполезными новыми средствами, были не правы. У нѣкоторыхъ больныхъ, пожалуй, немногочисленныхъ, подвѣшиваніе, хотя и не постоянно, но успокаивало стрѣляющія боли и уменьшало пузырьныя разстройства; авторы, достойные вѣры, приписываютъ ему значительное вліяніе на атаксію и на половую функцію. Эти результаты, какъ бы рѣдки и ничтожны они ни были, имѣютъ большую цѣнность въ столь безотрадной области, какова терапія спинной сухотки. Авторъ считаетъ методъ *Bonuzzi-Benedikt'a* менѣе опаснымъ и достигающимъ бѣльшей степени вытяженія позвоночника, чѣмъ подвѣшиваніе. *Glorieux* примѣняетъ стиганіе, пользуясь гинекологическимъ столомъ, который позволяетъ по желанію опускать или приподнимать голову и верхнюю часть туловища. Продолжительность сеансовъ достигаетъ $\frac{1}{4}$ часа; дабы не держать согнутаго больного руками, авторъ укрѣплялъ ноги тростью, положенной на Ахилловы

¹⁾ *Glorieux*. Traitement mécanique de l'ataxie locomotrice. La Policlinique de Bruxelles, № 3, 1-er Février 1894.

сухожилия и имѣвшей точкой опоры заднюю поверхность наклонной плоскости стола. Такое вытяженіе легче достигается у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ и у тонкихъ и высокихъ лучше, чѣмъ у низкихъ и тучныхъ. По только что упомянутому методу авторъ лѣчилъ 7 больныхъ, — 5 мужчинъ и 2 женщ. Двѣ женщины и 1 мужчина продѣлали слишкомъ мало сеансовъ и потому должны быть выключены изъ счета, изъ остальныхъ четырехъ больныхъ, находившихся въ различныхъ стадіяхъ спинной сухотки, у одного *Glorieux* не получилъ никакого результата, въ трехъ-же случаяхъ получилъ значительное улучшеніе. Исторіи болѣзней этихъ 3 случаевъ и приведены авторомъ. У перваго больного, атактика, находящагося во 2 стадіи, улучшеніе касалось движенія и болей, разстройства пузыря исчезли совершенно. Къ сожалѣнію неизвѣстно, сколько онъ сдѣлалъ сеансовъ. Колѣнный рефлексъ не возвратился. Второй больной, табетикъ перваго стадіа, страдавшій мучительными гастрическими кризами, получилъ облегченіе: кризы стали рѣже, общее состояніе улучшилось и онъ сталъ рѣже прибѣгать къ морфію. Болѣе поразительный результатъ былъ полученъ у 3 больного, табетика, находившагося въ послѣднемъ стадіи, послѣ 6 мѣсяцевъ леченія больной сталъ ходить. Кромѣ того *Glorieux* примѣнялъ и подвѣшиваніе на аппаратѣ *Спримона*, пользуясь второй модификаціей этого аппарата и вѣсомъ въ 6—8 kilo. По этому методу лечилось 2 больныхъ женщины. У первой, дѣвушки 17 л., страдавшей спастическимъ спинальнымъ параличемъ, результатовъ не было, у другой больной, страдавшей поясничнымъ мѣлитомъ, черезъ 3 сеанса исчезли пузырьныя разстройства и улучшилась походка. Въ частной практикѣ *Glorieux* пользуется аппаратомъ *Sayer'a*. веревка отъ котораго проходитъ черезъ обратно передающій блокъ, и дѣлаетъ вытяженіе съ помощью гирь.

Joachimsthal ¹⁾ поставилъ себѣ задачей провѣрить, насколько основательно подвѣшиваніе противопоказуется невро-

¹⁾ *Joachimsthal*. Ueber die Einwirkung der Suspension am Kopfe an den Kreislauf. Archiv für klinische Chirurgie, B. XLIX, 1894.

патологами у лицъ, страдающихъ пороками сердца и сосудовъ, пороками, хотя бы даже компенсированными, а также изучить и вообще вліяніе подвѣшиванія за голову на кровообращеніе. При своихъ изслѣдованіяхъ докладчикъ пользовался сфигмографомъ *Dudgeon*'а. Пациентъ подвѣшивался исключительно за голову. Пульсъ записывался въ *art. radialis*, рука была согнута въ локтѣ, въ кистевомъ сочлененіи слегка разогнута, затѣмъ она была укрѣплена въ картонной шинѣ и вертикально свѣшенное плечо прибиндажировано къ туловищу. Послѣ того, какъ была снята кривая въ покойномъ положеніи, больной былъ осторожно подвѣшиваемъ, кривыя снимались черезъ промежутки времени въ $1/2$ и $1'$, а затѣмъ и въ слѣдующее за подвѣшиваніемъ время. Частота пульса одновременно была контролирована и на другой рукѣ. Всѣхъ изслѣдованныхъ такимъ образомъ больныхъ было 15. Больныхъ можно раздѣлить на 2 группы. Къ первой группѣ относятся больные съ боковымъ и заднимъ искривленіемъ позвоночника (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 и 9 случаи). Ко второй группѣ можно отнести больныхъ съ искривленіемъ позвоночника и съ анеміей (6) и компенсированными пороками сердечныхъ клапановъ (случаи 10, 11, 12, 13, 14 и 15). Изъ больныхъ первой группы, только у одного наблюдалось состояніе скоропреходящей слабости въ концѣ пятой минуты висѣнія, до этого случая и послѣ пациентъ вполне хорошо переносилъ подвѣшиваніе. Авторъ думаетъ, что эта слабость есть результатъ неизбѣжнаго при подвѣшиваніи волненія субъекта (до этого случая и послѣ однако не наблюдававшегося). Пульсъ подъ вліяніемъ вытяженія учащался у 7 больныхъ и у одного не измѣнялся. Высота пульса падала 2 раза. Неправильность пульса, вмѣстѣ съ *dyspnoe*, наступила только въ одномъ случаѣ, у одной больной, при первой попыткѣ подвѣшиванія, при слѣдующихъ опытахъ этого не замѣчалось; измѣненія пульса здѣсь *Joachimsthal* приписываетъ также психическому возбужденію. Между пациентами второй группы частота пульса во время подвѣшиванія была одинаковой, 2 раза увеличивалась на 10 ударовъ и у сильно немичной больной увеличеніе числа произошло на 20 уда-

ровъ. Высота пульса понизилась одинъ разъ въ незначительной степени. Между 6-ю больными съ пороками клапановъ 4 раза было констатировано измѣненіе въ нисходящемъ колѣнѣ пульсовой волны, состоящее въ уменьшеніи и сглаживаніи дикротической волны, въ случаѣ же 14 таковая совершенно исчезла. Отмѣченнаго *O. O. Мочутковскимъ* на арт. femoralis повышенія дикротической волны во время подвѣшиванія *Joachimsthal* никогда не наблюдалъ. Неправильностей пульса ни въ формѣ, ни въ слѣдованіи другъ за другомъ пульсовыхъ волнъ авторъ во время подвѣшиванія не видѣлъ, въ то время, какъ въ случаѣ 15 мышечное напряженіе, связанное съ поднятіемъ на лѣстницу, ясно разстраивало сердечную дѣятельность. Авторъ оставляетъ открытымъ вопросъ, не зависѣло ли въ большинствѣ случаевъ наблюдаемое увеличеніе числа ударовъ пульса отъ психическаго возбужденія. Замѣчательно, что между пациентами съ пороками клапановъ преобладало число такихъ, у которыхъ во время висѣнія частота пульса не мѣнялась. Уменьшеніе числа ударовъ пульса, какъ это наблюдалъ однажды *Bernhardt*, авторъ отмѣтилъ 1 разъ и то въ началѣ опыта. Въ вопросѣ о случайныхъ подвѣшиваніемъ вызываемыхъ опасностяхъ для больныхъ это отсутствіе всякой неправильности въ пульсовой кривой можетъ имѣть особенное значеніе. *Leyden* смотритъ на неправильность пульса, какъ на обязательный симптомъ сердечной слабости и считаетъ ее вмѣстѣ съ повышающейся частотой однимъ изъ первыхъ объективныхъ признаковъ этой слабости. На основаніи своихъ опытовъ *Joachimsthal* приходитъ къ выводу, что мы можемъ, не боясь никакаго вреда для организма, примѣнять осторожное подвѣшиваніе и у пациентовъ, страдающихъ компенсированными пороками сердца и это тѣмъ болѣе, что въ опубликованныхъ до сихъ поръ несчастныхъ случаяхъ никогда вредное вліяніе не было приписываемо ранѣ констатированнымъ расстройствамъ кровообращенія. Полноты ради, слѣдуетъ сказать, что въ большинствѣ случаевъ больные приподнимались авторомъ только на такую высоту, чтобы носки еще касались почвы.

Въ работѣ *Joachimsthal'*я цитируется также трудъ *Anders'a* ¹⁾, который, касаясь вопроса о растяжимости позвоночника, на основаніи опытовъ на трупѣ пришелъ къ убѣжденію, что таковая растяжимость или не существуетъ вовсе, или возможна только въ минимальной степени; очевидный, незначительный эффектъ, который обнаруживается всего въ нѣсколько миллиметровъ на подвѣшенномъ и вытянутомъ тяжестью трупѣ, при прибавленіи тяжести даже до 70 kilo болѣе не увеличивается. Благопріятный эффектъ вытяженія при спондилитѣ зависитъ не отъ того, что позвоночникъ удлиняется и горбъ выпрямляется, а отъ того, что черезъ вытяженіе спондилитику дается такое положеніе, при которомъ его позвоночникъ находитъ въ самомъ себѣ большую устойчивость, чѣмъ раньше.

Blondel ²⁾ описываетъ одинъ случай спинной сухотки, гдѣ онъ примѣнилъ особый методъ вытяженія спинного мозга, описанный въ позднѣйшей литературѣ его имя. Пациентъ *Blondel'*я, г. X., 31 года, наблюдался авторомъ около 4-хъ лѣтъ. Наболѣваніе началось въ маѣ 1892 года замедленіемъ мочеотдѣленія и ослабленіемъ колѣнныхъ рефлексовъ. Отецъ больного, вѣроятный сифилитикъ, развратникъ, умеръ отъ туберкулезнаго пораженія крестцовой кости. Мать и старшая сестра истерички. Самъ г. X. имѣлъ 8 лѣтъ тому назадъ "petit bouton" на уздечкѣ полового члена, явленіе это исчезло черезъ 8 дней, вторичныхъ же симптомовъ г. X. не замѣтилъ. Сначала *Blondel* назначилъ энергическое меркуріальное леченіе, но это леченіе осталось безуспѣшнымъ и замѣнено было впрыскиваніями въ мочевой пузырь азотнокислаго серебра; дней черезъ восемь мочеотдѣленіе значительно улучшилось. Въ концѣ 1892 года г. X. вторично обратился къ *Blondel'*ю, такъ какъ у него появились рѣзкія стрѣляющія боли. Колѣнные рефлексы оказались еще болѣе ослаб-

¹⁾ *Ernst Anders*. Studien über die Haltung der spondylitischen Wirbelsäule und ihr Verhalten in Suspension. v. Langenbeck's Archiv, Bd. 38. S. 58.

²⁾ *Blondel*. Traitement des douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice. In cas de guérison maintenue depuis deux ans. Revue de Therapeutique medico-Chirurgicale p. 203, 1895.

ленными. Исчерпавъ безъ результата весь арсеналъ болеутоляющихъ средствъ, *Blondel* потерялъ изъ виду пациента, которому видимо довольно-таки наскучила безрезультатность врачебнаго вмѣшательства. Только въ мартѣ 1893 года *Blondel* случайно встрѣтилъ на улицѣ г. X; «печально привѣтствовалъ онъ меня, говоритъ *Blondel*, и спросилъ, не нашла ли наука чего нибудь новаго противъ тѣхъ адскихъ болей, которыя у него появляются все чаѣе и становятся все невыносимѣе?» Тогда *Blondel* внезапно вспомнилъ объ одномъ рефератѣ, прочитанномъ недавно: этотъ рефератъ коротко пересказывалъ работу одного русскаго военнаго врача на Кавказѣ, врача, который замѣнилъ подвѣшиваніе другимъ способомъ, менѣе опаснымъ, но давшимъ хорошіе результаты противъ стрѣляющихъ болей. Расчитывая лишь на эффектъ внушенія, *Blondel* совѣтуетъ теперь г. X. испытать этотъ методъ, который къ тому же очень простъ и можетъ примѣняться самимъ больнымъ ¹⁾. По совѣту автора, г. X. передъ тѣмъ, какъ ложиться спать, продѣлывалъ слѣдующее: лежа на спинѣ, онъ пригибалъ бедра къ туловищу и голени къ бедрамъ, стараясь такимъ образомъ привести колѣна къ подбородку, приближая въ то же время голову на встрѣчу широкой ремень, проходящей позади затылка и затѣмъ под колѣна, стягиваемый самимъ больнымъ, позволялъ ему безъ особаго труда удерживать такое положеніе въ теченіе 5 минутъ, иногда только больной поворачивался на бокъ. Согнутый такимъ образомъ позвоночникъ, какъ думаетъ *Blondel*, производитъ нѣкоторое удлиненіе спинно-мозговой оси, въ особенности въ области заднихъ столбовъ. Удлиненіе можетъ быть такъ же значительно, какъ и при подвѣшиваніи, однако, съ тѣмъ преимуществомъ, что дѣйствіе распространяется главнымъ образомъ на область заднихъ столбовъ и кромѣ того весь методъ не представляетъ никакой опасности. Единственное неудобство—это стѣсненіе дыханія, но если раздвинуть колѣна и не особенно сильно сдавливать животъ, то положеніе становится сноснымъ. Послѣ описанной выше встрѣч

¹⁾ Къ сожалѣнію *Blondel* не запомнилъ имени этого русскаго врача, потому и не приводитъ его въ статьѣ.

Blondel не видалъ своего больного около года и вдругъ видитъ его опять случайно на улицѣ. «Вы мой спаситель, говорить больной, весело помахивая тросточкой, и я очень благодаренъ, что до сихъ поръ не пришелъ къ вамъ; черезъ восемь дней послѣ начала сгибанія я совершенно исцѣлился». Мѣсяць спустя боли возобновились, но стоило начать больному снова сгибанія, какъ онѣ снова исчезли и не появлялись около года. Несмотря на протесты *Blondel'*я, больной даже женился. Мѣсяцевъ черезъ 6 послѣ женитьбы *Blondel* былъ приглашенъ къ женѣ больного, у которой произошелъ выкидышъ съ послѣдующимъ заболѣваніемъ матки и ея придатковъ. „Я, говорить *Blondel*, укорялъ больного, что онъ не послушалъ моего совѣта, но больной заявилъ, что послѣ женитьбы боли у него не бываютъ чаще, чѣмъ 1 разъ въ мѣсяць, и то сейчасъ же исчезаютъ подъ влияніемъ сгибанія. Я не спросилъ его, добавляетъ *Blondel*, какъ онъ объясняетъ своей молодой женѣ эту экстраординарную гимнастику“.

Приводя этотъ случай, *Blondel* думаетъ, что врядъ ли исчезаніе болей у даннаго субъекта можно объяснить ремиссией, которую сдѣлала болѣзнь, съ другой стороны, онъ, конечно, не утверждаетъ, что въ данномъ случаѣ произошло излеченіе, онъ только рекомендуетъ испытать этотъ методъ у табетиковъ, у которыхъ остаются безсильными противъ болей другія средства. Методъ этотъ *Blondel* считаетъ безопаснымъ и простымъ въ примѣненіи.

G. Rauzier ¹⁾ въ обзорной статьѣ о спинной сухоткѣ считаетъ настоящее время, когда увлеченія прошли, удобнымъ для оцѣнки подвѣшиванія. Авторъ думаетъ, что видоизмѣненіе подвѣшиванія по *Богрову* заслуживаетъ того, чтобы быть перенятымъ въ терапіи. Конечно, этотъ методъ леченія далекъ отъ того, чтобы быть господствующимъ способомъ леченія *tabes*, но онъ можетъ оказывать благоприятное влияние на извѣстное число тяжелыхъ симптомовъ *tabes* и въ

¹⁾ *G. Rauzier*. Traitement du tabes. Nouveau Montpellier Medical. p. 1. 1896 г.

такомъ видѣ подвѣшиваніе служить полезнымъ прибавленіемъ къ агентамъ классическаго леченія, которые часто бывають даже ниже его по своимъ терапевтическимъ эффектамъ.

*Raymond*¹⁾, подчеркивая то обстоятельство, что подвѣшиваніе никогда не выставлялось, какъ излечивающее *tabes* средство, въ то же время придаетъ ему симптоматическую цѣнность въ довольно большомъ числѣ случаевъ спинной сухотки; въ первомъ ряду симптомовъ, поддающихся леченію подвѣшиваніемъ, *Raymond* ставитъ стрѣляющія боли, мочеполювыя разстройства и атаксію. *Raymond* признаетъ, что, къ сожалѣнію, подвѣшиваніе должно считаться съ довольно многими противопоказаніями, такъ какъ оно не лишено опасностей.

*П. Я. Розенбахъ*²⁾, не предрѣшая вопроса о томъ, насколько подтвердится въ будущемъ благодѣтельное, хотя бы временное, вліяніе подвѣшиваній на спинную сухотку и не присоединяясь къ строгому заявленію *Leyden'a*, по которому надо надѣяться, что этотъ способъ такъ же скоро исчезнетъ съ терапевтической сцены, какъ онъ появился на ней, во всякомъ случаѣ не раздѣляетъ увлеченія нѣкоторыхъ авторовъ, приписывающихъ ему черезчуръ большое значеніе. Даже допуская возможность фізіологическаго вліянія его путемъ вытяженія спинного мозга или нервныхъ стволовъ, или путемъ измѣненія кровообращенія въ спинномъ мозгу, нельзя отрицать, что въ замѣчаемомъ улучшеніи нѣкоторыхъ симптомовъ спинной сухотки при подвѣшиваніи играютъ извѣстную роль новизна способа и обусловливаемое ею вліяніе внушенія.

*Erb*³⁾, однажды измѣнивъ свой взглядъ на терапевтическую цѣнность подвѣшиванія и вытяженія при спинной сухоткѣ

1) *Raymond*. Le traitement de l'incoordination motrice du tabes par la rééducation des muscles. Leçons faites à la Salpêtrière, 1896. Revue internationale. thérapeutique et pharmacologique № 5, 6, 7 p. 218, 1896.

2) *П. Я. Розенбахъ*. Спинная сухотка. „Реальная энциклопедія медицинскихъ наукъ“. Медико-хирургическій словарь. Изданіе В. С. *Эттингера*. С.-Петербургъ 1896 г.

3) *W. Erb*. Die Therapie der Tabes. Sammlung klinischer Vorträge begründet von Richard von Volkmann. Neue Folge herausgegeben von Ernst von Bergmann, Wilhelm Erb und Frans von Wincel. Leipzig № 18 1896.

въ благопріятную для послѣднихъ сторону, остался вѣренъ этому взгляду и въ позднѣйшихъ своихъ статьяхъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ очень жестокихъ и въ опредѣленныхъ нервахъ строго локализованныхъ невралгій, для настоящихъ „сѣдалищныхъ кризовъ“, по *Erb*'у, еще могло бы быть удержано показаніе къ кровавому вытяженію нервовъ, однако и здѣсь одинаковыхъ результатовъ, но съ меньшимъ рискомъ, можно достигнуть путемъ такъ называемаго „не кроваваго вытяженія“. Для этой цѣли *Erb* рекомендуетъ методъ *Corval*'я: вытянутыя ноги лежащаго больного сгибаются въ тазобедренномъ сочлененіи настолько сильно, чтобы стопы приближались къ головѣ и въ этомъ положеніи ихъ удерживаютъ нѣкоторое время. Съ тою же цѣлью можно пользоваться методами *Hegar*'а, *Bonuzzi* и *Blondel*'я. Всѣ эти методы авторы особенно хвалятъ при стрѣляющихъ боляхъ; дѣйствіе ихъ, по *Erb*'у, сводится не только на вытяженіе нервовъ, но можетъ быть еще болѣе на вытяженіе нижней половины позвоночника, чѣмъ достигается можетъ быть вліяніе на спинальные ганглии и задніе корни. Изъ аппаратовъ для подвѣшиванія *Erb* считаетъ наиболѣе цѣлесообразнымъ аппаратъ *Спримона*. Опыты, поставленные на трупахъ и животныхъ для объясненія дѣйствія подвѣшиванія, далеко не достигли своей цѣли. Благопріятное дѣйствіе подвѣшиванія *Erb* считаетъ однако несомнѣннымъ. Результаты весьма замѣтны при спинной сухоткѣ, вліяніе подвѣшиванія сказывается, какъ на всемъ теченіи болѣзни, такъ и на отдѣльныхъ симптомахъ. Число и объективность полученныхъ результатовъ такъ велики, что отрицать ихъ *Erb* считаетъ во всякомъ случаѣ невозможнымъ, вмѣстѣ съ тѣмъ нельзя исключить въ данномъ случаѣ и благопріятнаго дѣйствія внушенія, но можно ли, спрашиваетъ *Erb*, лечить *tabes* исключительно внушеніемъ? До сихъ поръ ничего еще не слышно, чтобы дѣйствительное внушеніе въ гипнозѣ давало при спинной сухоткѣ особенно блестящіе и разнообразные результаты. *Erb* лично видѣлъ отъ подвѣшиванія рядъ хорошихъ результатовъ и примѣняетъ этотъ методъ довольно часто. Говоря о корсетѣ *Hessing*'а, *Erb* не совѣтуетъ имъ очень увлекаться, такъ

какъ во многихъ случаяхъ только очень мало вознаграждаются большія издержки на таковой корсетъ.

Belugou ¹⁾ говоритъ о подвѣшиваніи, что дѣйствительно случай выдвинулъ этотъ способъ леченія, „судьба котораго была такъ блестяща, неблаговоленіе къ нему такъ коротко и который даже и теперь своими заслугами привлекаетъ вниманіе врачей“. Много повредила методу вначалѣ популяризація его общей прессой; совершенно еще научно необоснованный, онъ попалъ въ большую публику, примѣнялся при всякомъ удобномъ и неудобномъ случаѣ людьми не компетентными и неопытными, полученные при этомъ нежелательные результаты въ большей части послужили матерьяломъ для преувеличеннаго дискредитированія, въ которое попалъ этотъ методъ въ послѣдствіи. Подводя итоги тому, что подвѣшиваніе дало при леченіи спинной сухотки, авторъ, отмѣчаетъ уже хорошо извѣстные намъ факты; къ недостаткамъ подвѣшиванія *Belugou* относитъ нестойкость полученныхъ результатовъ; многими отмѣчается также, что въ началѣ появившееся улучшеніе часто уступаетъ мѣсто послѣдующему ухудшенію. По мнѣнію *Belugou*, классификацію противопоказаній къ подвѣшиванію, выработанную *P. Blocq*'омъ и *Raoult*'емъ, слѣдуетъ еще пополнить: подвѣшиваніе противопоказано и въ случаяхъ *tabes* съ острымъ теченіемъ или гдѣ наблюдаются внезапныя обостренія, а также и въ случаяхъ, гдѣ есть тенденція къ пораженію продолговатаго мозга (горланные кризы и проч.); никогда не слѣдуетъ прибѣгать къ подвѣшиваніямъ въ преатактическомъ періодѣ; осторожности требуютъ и случаи, гдѣ преобладаютъ боли и гиперѣстезія. Въ методахъ сгибанія позвоночника *Belugou* не видитъ преимуществъ передъ подвѣшиваніемъ.

Б. И. Воротыньскій ²⁾ въ 1895 году пишетъ, что онъ до настоящаго времени продолжаетъ также настойчиво при-

1) *Belugou*. Traitement mecanique de l'ataxie. Archives générales de médecine, p. 149, 1896.

2) *Б. И. Воротыньскій*. Значеніе вытяженій позвоночника въ горизонтальномъ положеніи при мѣзлитахъ отъ сдавленія. Неврологическій Вѣстникъ т. III. вып. 4, 1895 г.

мѣнять подвѣшиваніе при помощи аппарата д-ра *Спримона* и можетъ повторить свое прежнее мнѣніе, что этотъ методъ леченія при нѣкоторыхъ нервныхъ болѣзняхъ (*tabes, myelitis e compressione*) даетъ лучшіе результаты, чѣмъ всѣ средства, имѣющіяся въ нашемъ распоряженіи. Въ послѣднее время кромѣ подвѣшиванія онъ началъ также примѣнять и кроватное вытяженіе такъ, какъ оно давно уже практикуется въ хирургіи при леченіи спондилитовъ. Онъ остался очень доволенъ послѣднимъ методомъ и, какъ примѣръ, приводитъ два случая міэлита отъ сдавленія, гдѣ были достигнуты очень хорошіе результаты. Вытяженіе производилось грузомъ въ 40—50 фунтовъ, тракція примѣнялась за голову и подмышки. При пораженіи шейнаго отдѣла грузъ брался 15—20 фунтовъ. Въ одномъ случаѣ вытяженіе примѣнялось 7 мѣсяцевъ, въ другомъ 4. Авторъ старался производить вытяженіе по возможности въ теченіе всего дня.

В. К. Дидрихсонъ ¹⁾ примѣнялъ подвѣшиванія въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ въ Харьковской поликлиникѣ проф. *П. И. Ковалевскаго* и ни разу не наблюдалъ опасныхъ либо вредныхъ побочныхъ дѣйствій. Авторъ признаетъ за подвѣшиваніями вліяніе на табетическій процессъ, сказывающееся уменьшеніемъ и даже уничтоженіемъ нѣкоторыхъ болѣзненныхъ симптомовъ. Самъ проф. *П. И. Ковалевскій* ²⁾ видитъ особенную пользу отъ примѣненія подвѣшиванія при спинной сухоткѣ, но при этомъ онъ настоятельно совѣтуетъ производить еще механическое растяженіе мускуловъ нижнихъ конечностей, такъ какъ, по его мнѣнію, при спинной сухоткѣ имѣетъ мѣсто между прочимъ и измѣненіе строенія и функціи мышцъ.

Модификаціи способа подвѣшиванія не переставали предлагаться до послѣдняго времени, хотя и ни одна изъ нихъ не внесла какого-либо новаго принципа въ примѣненіе

¹⁾ *В. К. Дидрихсонъ*. Причины и леченіе спинной сухотки. Военно-медицинскій журналъ. Іюнь 1896 г. стр. 468.

²⁾ *П. И. Ковалевскій*. Сифилисъ мозга и его леченіе. 1893 г., цит. по *Дидрихсону*.

этого метода; такъ д-ръ *Чуприна* ¹⁾ предложилъ аппаратъ *Sayer'a* съ тѣмъ видоизмѣненіемъ, что тракція за шею производится на отдѣльномъ коромыслѣ, между которымъ и коромысломъ для подмышниковъ вставленъ динамометръ. Изъ прилагаемаго рисунка видно, что новый аппаратъ ничего новаго не представляетъ, и все это давно уже предлагалось французскими и англійскими авторами.

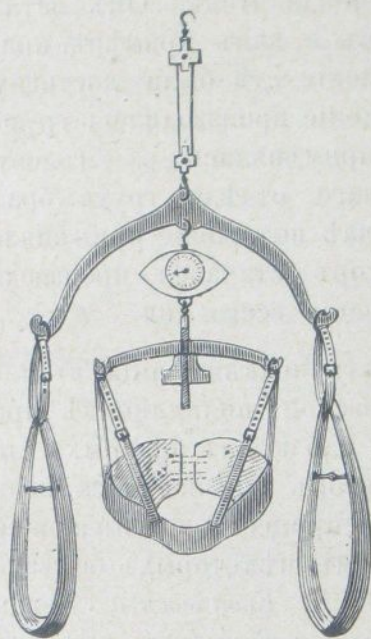


Рис. 9.

A. Hoffmann давно уже также пользуется пружинными вѣсами для измѣренія силы тракціи при подвѣшиваніи и въ 1897 году рекомендуетъ такого рода подвѣшиваніе какъ наиудобнѣйшее ²⁾. Онъ примѣнялъ его у 25 пациентовъ, изъ которыхъ 18 были табетички. У табетичковъ, а также въ одномъ старомъ случаѣ поперечнаго міэлиты *Hoffmann* достигъ очень хорошаго результата, особенно успѣхъ былъ замѣтенъ въ такихъ случаяхъ спинной сухотки, которые находились въ началѣ такъ называемаго атактиче-

скаго стадія, хорошо поддавались вліянію леченія и начальныя стадіи.

S. H. Scheiber оспариваетъ у *Hoffmann'a* приоритетъ введенія въ аппаратъ *Мочутковскаго*—*Charcot* пружинныхъ вѣсовъ, такъ какъ онъ еще 7 ноября 1896 года въ засѣданіи Будапештскаго общества врачей демонстрировалъ свой аппаратъ, построенный совершенно такъ же, какъ опи-

¹⁾ *П. С. Чуприна*. Видоизмѣненіе аппарата *Sayer'a* для подвѣшиванія по *Мочутковскому*. Обзорніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи. 1897 г. стр. 248.

²⁾ *Aug. Hoffmann*. Ueber Suspensionbehandlung bei chronischen Rückenmarksaffectionen. S. 972. Neurologisches Centralblatt. 1897.

сываетъ его *Hoffmann*. Хотя *Scheiber* и называетъ свой аппаратъ идеальнымъ, но мы не склонны видѣть въ немъ никакихъ преимуществъ передъ аппаратомъ *Спримона* — *Бехтерева*. Рисунокъ аппарата *Scheiber*'а можно найти въ Энциклопедическомъ ежегодникѣ *Eulenburg*'а ¹⁾. Единственное удобство аппарата то, что онъ не занимаетъ много мѣста, не громоздокъ и менѣе напоминаетъ „дыбу“, съ которой такъ охотно сравниваютъ болыные аппараты для подвѣшиванія. *Scheiber* въ общемъ получилъ благопріятные результаты при *tabes*, *tremor*, *ischias* и функциональной импотенціи; при амблиопіи авторъ не видѣлъ никакого улучшенія. Авторъ настойчиво рекомендуетъ испытать неврологамъ его аппаратъ. Въ литературномъ обзорѣ *Scheiber* приводитъ выдержку изъ описательной анатоміи *Hyrtl*'я (изданіе пятидесятихъ годовъ), гдѣ уже есть замѣчанія объ удлиненіи позвоночника и спинного мозга при сгибаніи позвоночника впередъ; по *Hyrtl*'ю, связанное съ каждымъ сгибаніемъ позвоночника вытяженіе спинного мозга обуславливаетъ болѣе высокое положеніе *conus medullaris*, такъ, если спина трупа согнута, то протѣнутый черезъ межпозвоночную связку между послѣднимъ груднымъ и первымъ поясничнымъ позвонкомъ кальпель болѣе не попадаетъ на *conus medullaris*.

Къ прежнему своему наблюденію (см. стр. 145) *Blondel* ²⁾ добавляетъ, что ему удалось еще разъ видѣть перваго больного по поводу скоропреходящаго паралича *n. abducentis*, теченіе болѣзни въ остальномъ не обнаружило никакихъ новыхъ проявленій. Кромѣ того *Blondel* примѣнялъ свой методъ еще у четырехъ табетиковъ начальнаго періода и только въ одномъ случаѣ съ успѣхомъ.

Chipault ³⁾ на XI сѣздѣ французскихъ хирурговъ сообщилъ о 14 случаяхъ вытяженія нервовъ, примѣннаго по поводу *mal perforant du pied*. Операция состояла въ сред-

¹⁾ *Scheiber*. Suspension. Encyclopädische Jahrbücher VII Band.

²⁾ *M. Blondel*. Traitement de l'ataxie par l'incurvation forcée de la colonne vertebrale. Séance de l'academie de médecine, 4 Mars, 1897.

³⁾ Rev. de Chir. № 11 1897. и *Chipault*. De la cure radicale du mal perforant par l'elongation des nerfs plantaires. Académie de médecine, 6 Avr. 1897. см. Médecine moderne № 7 1897.

ней степени вытяжений п. п. *plantaris extern. et intern.* (9 случаев), одного п. *plantar. int.* (1 случ.), ветви, идущей къ большому пальцу (1 случ.) и п. *saph. min.* (3 случ.) Кромѣ вытяженія нервовъ производилось и выскабливаніе язвы. Результаты операціи: въ 12 случаяхъ успѣхъ и только 2 случая неуспѣха.

Gilles de la Tourette и *A. Chipault*¹⁾, экспериментально убѣдясь въ томъ, что подвѣшиваніе вызываетъ менѣе замѣтное удлиненіе спинного мозга и его корней, чѣмъ сгибаніе позвоночника, рекомендуютъ замѣнить подвѣшиваніе сгиба-

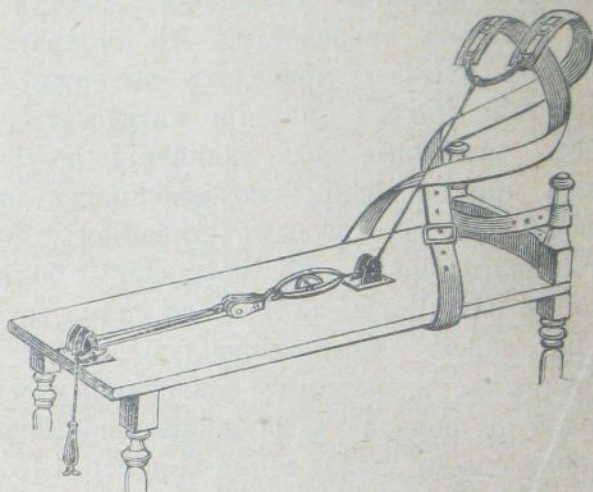


Рис. 10.

ніемъ, какъ болѣе дѣйствительнымъ. Произведенные авторами предварительные опыты на 5 трупахъ убѣдили ихъ, что сгибаніе позвоночника всегда вызываетъ удлиненіе спинного мозга, колеблющееся въ предѣлахъ отъ 1 до 1, 7 смт. Это удлиненіе распредѣляется и на спинной мозгъ, и на *cauda equina*. Удлиненіе *caudae equinae* у различныхъ субъектовъ сильно колеблется отъ 1,1 мм. до 6 мм., удлиненіе самого спинного мозга колеблется отъ 7 до 9 мм. Махімумъ удлиненія падаетъ на уровень первой поясничной пары.

¹⁾ *Gilles de la Tourette* и *A. Chipault*. Le traitement de l'ataxie par l'elongation vraie de la moelle epinière. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Mai et Juin 1897. см. также Bulletin officiel de l'Académie de Médecine de Paris, засѣданіе 27 апрѣля 1897 года.

По понятнымъ причинамъ на заднія части спинного мозга сгибаніе дѣйствуетъ сильнѣе. Для производства сгибанія позвоночника авторами предложень особый ими построенный аппаратъ. Этотъ аппаратъ представляетъ изъ себя столъ на низкихъ ножкахъ (см. рис. 10), длиной въ 1,4 метра и шириной въ 45 снт., съ маленькой спинкой, къ которой придѣлывается ремень, служащій для фиксированія паціента. На средней линіи стола, въ точкѣ соединенія задней трети длины съ двумя передними, находится блокъ, черезъ который проходитъ веревка, служащая для производства тракціи.

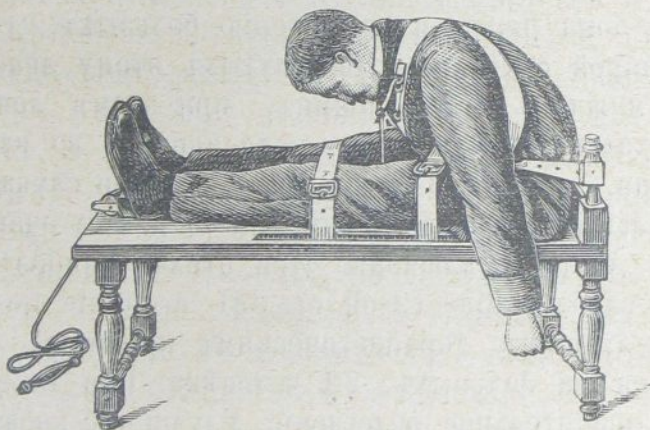


Рис. 11.

Съ одной стороны веревка оканчивается у передняго края стола ручкой, за которую и происходитъ тракція, съ другой же стороны она прикрѣпляется къ центру желѣзнаго изогнутаго стержня, приходящагося на груди паціента. На пути между передаточнымъ блокомъ и рукояткой находится динамометръ, показывающій силу тракціи. Паціентъ усаживается поясицей къ спинкѣ стола и прикрѣпляется къ послѣдней посредствомъ ремня, проходящаго по животу; подобный же ремень укрѣпляетъ колѣна (см. рис. 11), дабы нижнія конечности во все время сеанса находились въ полномъ разгибаніи. Затѣмъ помощью крестообразно расположенныхъ ремней, къ концамъ которыхъ прикрѣпляется коромысло, и производится сгибаніе туловища впередъ, какъ это можно видѣть на рис. 11. Сила сгибанія въ среднемъ равна 70 kg.,

но до этой степени сгибания слѣдуетъ доходить постепенно. Если же дѣлать болѣе сильныя сгибанія, то больные чувствуютъ неприятое напряженіе въ обоихъ сѣдалищныхъ нервахъ, что можно считать за лучшее доказательство дѣйствительнаго вытяженія нервныхъ стволовъ нижнихъ конечностей и спинного мозга. Въ четырехъ случаяхъ наблюдался даже двусторонній *ischias*. Средняя продолжительность сеанса простирается отъ 8' до 12'. Дыханіе во время сгибанія, по наблюденіямъ авторовъ, не затрудняется; не нарушается въ противоположность подвѣшиванію и кровообращеніе. Послѣ того, какъ авторы изучили сгибаніе позвоночника на 10 здоровыхъ, они перешли къ леченію больныхъ. Всѣхъ случаевъ спинной сухотки, подвергнутыхъ этому леченію, было 47,—39 мужчинъ и 8 женщинъ, при этомъ леченію подверглись только случаи *tabes*, находившіеся во второмъ стадіи болѣзни, — случаи 3-го стадіа, а равно и случаи съ очень незначительнымъ развитіемъ симптомовъ или съ очень острымъ теченіемъ были исключены. При этихъ наиболѣе частыхъ формахъ заболѣванія (2-ой стадій) сгибаніе позвоночника является лучшимъ терапевтическимъ приѣмомъ, такъ какъ почти половина больныхъ, 22 человекъ, при такомъ леченіи получили значительное облегченіе. Улучшеніе касалось всѣхъ симптомовъ заболѣванія и шло въ такомъ порядкѣ: сначала исчезали парѣстезіи и расстройства чувствительности, затѣмъ расстройства мочеиспусканія и въ особенности задержка его. На импотенцію сгибаніе позвоночника всегда вліяло благоприятно. Походка была рѣзко разстроена у 12 изъ 22 больныхъ и у 10 она весьма замѣтно улучшилась. Глазные и бульбарные симптомы измѣнялись весьма мало. Эти результаты вполне отвѣчаютъ опытнымъ изслѣдованіямъ авторовъ: сгибаніе главнымъ образомъ дѣйствуетъ на нижнегрудную и поясничную область спинного мозга и на нервъ *caudaе equinae*, поэтому-то и клинически наблюдается улучшеніе функцій именно этихъ областей. 16 больныхъ обнаружили улучшеніе только какихъ нибудь отдѣльныхъ симптомовъ. 10 больныхъ совершенно не улучшились. Такимъ образомъ это всего едва $\frac{1}{4}$ случаевъ, между тѣмъ какъ по

изслѣдованіямъ авторовъ подвѣшиваніе не даетъ результатовъ въ 35—40⁰/₀. (Но спрашивается, съ такимъ же ли выборомъ брались больные для подвѣшиванія, какъ для сгибанія?) Ни въ одномъ изъ случаевъ не было сдѣлано менѣе 15—20 сеансовъ. Улучшеніе наступало послѣ 10—15 сеансовъ, во время достиженія наибольшаго сгибанія. Сеансы дѣлались черезъ день. Послѣ 40—50 сеансовъ улучшеніе обыкновенно прекращается и временно переходятъ на лѣкарственное леченіе, спустя 1¹/₂—2 мѣсяца сгибаніе можетъ быть возобновлено.

Въ 1898 году изданы „Лекціи о спинной сухоткѣ, читанныя проф. О. О. Мочутковскимъ въ 1896 и 1897 годахъ въ клиническомъ институтѣ Вел. Кн. Елены Павловны“¹⁾. Въ главѣ о леченіи О. О. Мочутковскій приводитъ нѣсколько интересныхъ подробностей и о подвѣшиваніи. Всѣхъ случаевъ смертей, описанныхъ при подвѣшиваніяхъ, авторъ считаетъ 13 (мы считаемъ нѣсколько менѣе, такъ какъ напр. *Altichieri* описалъ 6 случаевъ, не лично имъ наблюдаемыхъ, а уже до него описанныхъ въ литературѣ), въ это число О. О. Мочутковскій не включаетъ и одинъ случай, бывший въ Россіи. Этотъ больной былъ богатый помѣщикъ, жилъ въ деревнѣ и страдалъ нарастающимъ параличомъ; совѣтуясь съ авторомъ, онъ спросилъ и о подвѣшиваніяхъ. „Я, говоритъ Мочутковскій, высказался самымъ рѣшительнымъ образомъ противъ; однажды, проходя черезъ комнату, гдѣ висѣлъ мой приборъ, онъ повѣсилъ, но не въ петлѣ, а на шнуркѣ, гдѣ его и нашли нѣсколько часовъ спустя. Ясно, что данный случай не можетъ быть отнесенъ къ числу тѣхъ, въ которыхъ подвѣшиваніе, какъ лечебный способъ, причинило смерть. Это былъ душевно-больной, который только воспользовался готовой веревкой“.

Сдѣлавъ 20,000 подвѣшиваній, О. О. Мочутковскій ни разу не встрѣтилъ, чтобы приборъ вызывалъ въ больныхъ страхъ, какъ о томъ писали нѣкоторые авторы. Совершенно неосновательными считаетъ О. О. Мочутковскій

¹⁾ С.-Петербургъ. 1898 г.

заявленія, что подвѣшиванія были давно извѣстны въ Турціи подъ названіемъ „последняго утѣшенія старости“, а равно будто въ нѣкоторыхъ публичныхъ домахъ Парижа прибѣгаютъ къ подвѣшиванію лицъ, нуждающихся въ повышеніи половой способности. „Быть можетъ последнее примѣненіе, говоритъ авторъ, явилось плодомъ популяризаціи подвѣшиванія въ Парижѣ, но до 1889 г., какъ я узналъ на мѣстѣ, ничего подобнаго тамъ не было. Что же касается до свѣдѣній о Турціи, то они совершенно вымышленны. Я собралъ на этотъ счетъ самыя точныя данныя отъ турецкихъ врачей въ Константинополь, отъ которыхъ узналъ, что турокъ съ указанной цѣлью парятъ горячими губками, сѣкутъ розгами, вытягиваютъ въ лежачемъ положеніи и массируютъ“ (стр. 69 и 80).

О. О. Мочутковскій не видитъ надобности замѣнять подвѣшиваніе другими методами вытяженія, не находя въ нихъ особыхъ преимуществъ. Ни одинъ изъ способовъ леченія спинной сухотки не даетъ такихъ многостороннихъ улучшеній, какія получаются отъ подвѣшиванія.

В. А. Муратовъ ¹⁾ не видѣлъ тѣхъ блестящихъ успѣховъ отъ подвѣшиванія, о которыхъ сообщаютъ другіе наблюдатели, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ спинной сухотки дѣйствительно наступало извѣстное улучшеніе стрѣляющихъ болей и улучшеніе атаксіи. Возстановленія половой дѣятельности и улучшенія сфинктеровъ не наблюдалось. Вообще авторъ не могъ отмѣтить стойкаго успѣха леченія. Оцѣнивая подвѣшиваніе авторъ склоненъ приписать ему извѣстное значеніе, приблизительно равное отвлекающей терапіи; «можетъ быть, говоритъ *Муратовъ*, дѣйствительно такимъ путемъ вызывается усиленная дѣятельность уцѣлѣвшихъ нервныхъ элементовъ, но рассчитывать на что-нибудь болѣе едва ли возможно».

¹⁾ Пр.-доц. *В. А. Муратовъ*. Критическій очеркъ современнаго состоянія вопроса о патологій и терапіи спинной сухотки. Отдѣльный оттискъ изъ журнала „Русскій Архивъ Патологій, Клинической Медицины и Бактеріологій“. С.-Петербургъ 1898.

Проф. *Чирьевъ*, какъ приводитъ его мнѣніе *Муратовъ*, признаетъ преходящее улучшение отъ подвѣшиванія, которое, однако, быстро смѣняется ухудшеніемъ. Изъ методовъ вытяженія *Муратовъ* отдаетъ предпочтеніе вытяженію въ постели, какъ методу болѣе мягкому, или еще лучше наложенію корсетовъ, какъ это примѣняется въ клиникѣ *Leyden'a*.

Послѣдняя работа, трактующая о подвѣшиваніи и вытяженіи, вышла въ 1899 году и принадлежитъ *Leclerc'у* ¹⁾. *Leclerc* убѣжденъ, что подвѣшиваніе оказываетъ дѣйствительное вліяніе на спинной мозгъ, такъ какъ, слѣдя за расстройствами чувствительности несомнѣнно спинно-мозгового происхожденія, можно видѣть, что расстройства эти под вліяніемъ подвѣшиванія улучшаются. Въ обзорѣ полученныхъ отъ подвѣшиванія результатовъ, къ сожалѣнію, приписываемыя авторомъ числа наблюденій *Russel* и *Taylor'у* и *Воротынскому* показаны ошибочно (255 и 289 случаевъ), такъ какъ только что упомянутые авторы сами составили ихъ по наблюденіямъ другихъ авторовъ. Упомянувъ о смертныхъ случаяхъ, наблюдавшихся при подвѣшиваніи, авторъ говоритъ, что *Blocq* сообщаетъ 3 случая, *Altichieri*—6, *Erb*—1, *Gorezki* и *Eisenlohr*—нѣсколько, однако надо имѣть въ виду, что одинъ и тотъ же несчастный случай фигурируетъ у нѣсколькихъ авторовъ. *Leclerc* считаетъ очень хорошо формулированнымъ показаніе къ подвѣшиванію, сдѣланное *Grasset*: „подвѣшиваніе есть хроническое леченіе хроническихъ фазъ спинной сухотки“ ²⁾. Къ симптомамъ, которые поддаются вліянію подвѣшиванія, авторъ считаетъ необходимымъ добавить и расстройства чувствительности, они особенно важны, по *Leclerc'у*, такъ какъ анестезіи кожи и слизистыхъ оболочекъ обуславливаютъ многія явленія спинной сухотки. Авторъ приводитъ 3 случая, (2 муж. и 1 женщина), леченные имъ подвѣшиваніемъ. Въ первомъ случаѣ отмѣчено улучшение полового чувства, симптома Ромберга и уменьшеніе границъ расстройства болевой чувствительности. Во второмъ случаѣ отмѣчено улучшение диплопій; расстрой-

¹⁾ *Jean Leclerc. Les traitements actuels du tabes. Paris. 1899.*

²⁾ *Ibid. p. 80.*

ства чувствительности здѣсь уменьшились мало. Въ третьемъ случаѣ у женщины температурная и болевая чувствительность возвратилась къ нормѣ и глазныя разстройства стали менѣ замѣтны.

Желая лечить больныхъ по методу *Gilles de la Tourette* и *Chipault*, *Leclerc* нашель однако необходимымъ нѣсколько видоизмѣнить рекомендуемый для этой цѣли вышеупомянутыми авторами аппаратъ. Въ своемъ аппаратѣ *Leclerc* сдѣлалъ передаточный блокъ, расположенный на границѣ 2 переднихъ третей стола съ задней третью, подвижнымъ въ опредѣленныхъ границахъ, такъ какъ при неподвижномъ блокѣ условія тракціи у лицъ разнаго роста и тучности мѣняются; затѣмъ съ цѣлью болѣе энергичнаго воздѣйствія на верхніе отдѣлы спинного мозга *Leclerc* сдѣлалъ добавочные шейные ремни, помощью которыхъ производится болѣе энергичное сгибаніе и шейнаго отдѣла позвоночника; кромѣ того для усиленія тракціи онъ ввелъ въ аппаратъ наклонную плоскость въ 40 снт. длины и 10 снт. вышины, плоскость эта помѣщается въ ножномъ концѣ стола, и на нее больной кладеть ноги, плоскость можетъ быть и подвижной. Прежде чѣмъ пользоваться больныхъ, *Leclerc* сдѣлалъ нѣсколько опытовъ на трупахъ. Изъ своихъ опытовъ авторъ убѣдился, что при его способѣ тракціи спинной мозгъ удлиняется въ значительной степени, до 6 снт., и удлиненіе это распространяется и на шейную часть въ довольно значительномъ размѣрѣ (около 1,9 снт.). Дѣлая больнымъ вытяженіе на своемъ аппаратѣ, онъ слышалъ отъ нихъ заявленія, что они испытываютъ чувство дерганія въ крестцовой области и въ ногахъ и испытываютъ тѣ же ощущенія въ рукахъ. По *Leclerc*'у, послѣднія ощущенія въ рукахъ — ясное доказательство удлиненія корешковъ шейнаго отдѣла спинного мозга. Нѣкоторые больные однако не могли переносить шейной тракціи, вслѣдствіе вызываемой ею у нихъ головной боли, въ этихъ случаяхъ приходилось отказаться отъ шейной тракціи. Ни у одного больного *Leclerc* не наблюдалъ стѣсненія кровообращенія или явленія застоя, дыханіе было нормально, пульсъ не ускоренъ; брюшныя внутренности не сдавливаютъ

ся нисколько, если не стягивать сильно пояса. Сгибанием *Leclerc* лечилъ 12 больныхъ, 10 мужчинъ и 2 женщинъ, всѣ больные находились во второмъ стадіи заболѣванія; къ сожалѣнію, одно удлиненіе примѣнялось только въ 5-ти случаяхъ, въ двухъ случаяхъ удлиненію предшествовало специфическое лечение, въ трехъ случаяхъ вмѣстѣ съ вытяженіемъ больные дѣлали упражненія по методу *Frenkel*'я и въ двухъ случаяхъ, наконецъ, одновременно больнымъ давали іодъ. Одно удлиненіе примѣнялось въ IV, V, IX, X и XII случаяхъ, число сеансовъ достигало 40, лечение продолжалось нѣсколько мѣсяцевъ. Въ IV случаѣ сначала было замѣчено улучшение мочеполовыхъ разстройствъ и разстройствъ чувствительности; гастрическіе кризы стали рѣже, улучшилась половая способность, вскорѣ однако опять ухудшившаяся, при этомъ и разстройства зрѣнія стали хуже. Въ V наблюдалось очень значительное улучшение: пониженіе температурной и болевой чувствительности прошло совершенно, зрѣніе улучшилось, улучшилось и общее состояніе. Въ X наблюденіи кризы прямой кишки и недержаніе мочи исчезли, боли стали рѣже, замѣчено пробужденіе полового чувства, нистагмъ исчезъ. Въ XII отмѣчено уменьшеніе площади ослабленія болевой чувствительности (конечно, кромѣ другихъ улучшеній общаго состоянія и проч.) Аналогичныя улучшенія отмѣчены и въ другихъ случаяхъ. Достойно также упоминанія улучшение глазныхъ разстройствъ и зрѣнія, наблюдавшееся въ случаяхъ 1, 3 и 8. Слѣдуетъ еще сказать, что ни специфическое лечение, ни примѣненіе іода не давали у наблюдаемыхъ больныхъ значительныхъ улучшеній. *Leclerc* въ заключеніяхъ къ своей работѣ между прочимъ выставляетъ положеніе, что вытяженіе (*élongation*) и гимнастика *Frenkel*'я должны считаться въ настоящее время лучшими методами леченія спинной сухотки.

Въ то время, когда настоящій историческій очеркъ нами былъ уже оконченъ, мы получили только что отпечатанный трудъ проф. *О. О. Мочутковскаго* ¹⁾. Въ этомъ трудѣ, по-

¹⁾ Проф. *О. О. Мочутковскій*. Клинико-статистическое изслѣдованіе спинной сухотки. Изданіе Главнаго Военно-Медицинскаго Управленія. Приложение къ Военно-Медицинскому журналу. С.-Петербургъ 1899 года.

священномъ клинко-статистическому изслѣдованію спинной сухотки, нѣсколько страницъ удѣлено и подвѣшиванію. Число леченныхъ подвѣшиваніями больныхъ *О. О. Мочутковскаго* достигаетъ 993, при чемъ успѣхъ отмѣченъ въ 207 случаяхъ. Получено болѣе или менѣе рѣзкое улучшение въ весьма многостороннемъ смыслѣ: 1) уменьшеніе атоній мышцъ отмѣчено въ 162; 2) уменьшеніе симптома *Brach-Romberg'a* въ 155; 3) улучшение мышечнаго чувства 110; 4) улучшение походки 202; 5) прибавленіе силъ 125; 6) уменьшеніе парестезій 117; 7) ослабленіе невралгій 111; 8) улучшение разстройствъ мочеотдѣленія 44; 9) улучшение разстройства половой способности 91; 10) уменьшеніе болей въ поясницѣ и спинѣ 65; 11) прекращеніе кризисовъ 42; 12) улучшение сна 37; 13) появленіе свѣтовой реакціи зрачковъ 2; 14) уменьшеніе запоровъ 5. Подвѣшиваніе дѣлалось обыкновенно черезъ день, продолжалось при постепенномъ прибавленіи времени отъ $1/2'$ до $5'$; средняя цифра подвѣшиваній принята была въ сто, послѣ чего только рѣшался вопросъ о пригодности дальнѣйшаго примѣненія этого леченія. Были случаи (19), гдѣ больные сдѣлали отъ 400—500 подвѣшиваній, а одинъ больной сдѣлалъ ихъ болѣе 1000. Лишь въ 48 случаяхъ пришлось прекратить леченіе, у 20 больныхъ вслѣдствіе головокруженій, у одного вслѣдствіе рвоты и у 27 вслѣдствіе обмороковъ. Въ среднемъ каждому больному сдѣлано 91 подвѣшиваніе. Замѣчательно, что безусловно вреднаго вліянія подвѣшиванія авторъ не наблюдалъ ни на одномъ больномъ. Равнымъ образомъ за послѣдніе 11 лѣтъ онъ ни разу не наблюдалъ какихъ бы то ни было симптомовъ, опасныхъ для жизни больного; это обстоятельство авторъ приписываетъ предосторожностямъ, принимаемымъ имъ при леченіи; во первыхъ онъ пользовался шейникомъ, не допускающимъ ни малѣйшаго давленія на сосуды шеи; во вторыхъ всѣ больные подвѣшивались авторомъ или лично, или по его просьбѣ другими врачами, достаточно знакомыми съ этимъ методомъ, но никогда это дѣло не передавалось въ руки фельдшеровъ, родственниковъ больного, его пріятелей или прислуги. Особый интересъ въ книгѣ

проф. О. О. Мочутковскаго представляютъ его взгляды на судьбу близкаго его сердцу подвѣшиванія. Здѣсь по понятнымъ причинамъ авторъ отнесся къ вопросу не совсѣмъ объективно и, какъ это дѣлаютъ ближайшіе родственники, когда членъ ихъ семьи въ опасности, преувеличиваетъ размѣры послѣдней и шлетъ упреки по адресу тѣхъ, кто этого не только не заслужилъ, но кому подвѣшиваніе обязано всей своей прежней популярностью. Интересно знать, спрашиваетъ себя О. О. Мочутковскій, почему подвѣшиванія постигла такая печальная участь, что теперь они почти забыты. Причина этому, по его мнѣнію, лежитъ прежде всего въ томъ фактѣ, что одна новинка вытѣсняетъ другую: теперь подвѣшиванія уступили мѣсто гимнастикѣ; во вторыхъ, напрасныя надежды, возлагавшіяся многими на подвѣшиваніе, какъ на средство, которое должно окончательно излечивать табесъ; въ третьихъ неправильное производство самихъ подвѣшиваній, послѣднее авторъ иллюстрируетъ выдержкой изъ „Leçons sur les maladies du système nerveux ¹⁾“ Gilles de la Tourette'a. „Не было, говоритъ Gilles de la Tourette, во Франціи ни одного гидротерапевтическаго заведенія, ни одного гимнастическаго зала, въ которыхъ бы они (подвѣшиванія) не примѣнялись, оставленные на руки банщиковъ и лицъ неполнѣ невѣжественныхъ въ медицинѣ; лечили всѣхъ табетиковъ направо и налево, такъ что стали наблюдаться тяжелые случаи, даже смертельныя, которые и подорвали значеніе метода“. „Въ самомъ дѣлѣ, продолжаетъ далѣе О. О. Мочутковскій, даже въ госпиталѣ Salpêtrière можно было видѣть ту же картину, описанную Gilles de la Tourette'омъ: въ одной изъ залъ, къ потолку прикрѣплено было нѣсколько очень плохихъ Сайровскихъ приборовъ и около каждаго стоялъ въ буквальномъ смыслѣ „мужикъ“—сторожъ клиники. Онъ впускалъ толпившуюся публику побочередно и вѣшалъ кого и какъ хотѣлъ. Возмущенный этой картиной, которая мнѣ казалась тогда уже губящей подвѣшиваніе, я обратился съ моимъ откровеннымъ заявленіемъ къ покойному проф. Char-

¹⁾ 1898 г.

cot. Онъ мнѣ очень лаконически отвѣтилъ, что считаетъ этотъ способъ совершенно безвреднымъ (*inoffensif*) и что его люди къ этому дѣлу отлично подготовлены“ (стр. 94). „Чѣмъ-же, если не этой процедурой, продолжаетъ авторъ, можно объяснить фразу *Charcot*, что „вначалѣ методъ давалъ превосходные результаты; больной, не могшій вовсе ходить, сталъ входить и выходить изъ вагона конно-желѣзной дороги на его ходу; неспособные къ соитію опять стали мужьями своихъ женъ; недержавшіе мочу снова стали ее хорошо удерживать; а теперь мы имѣемъ меньше удачъ“. Въ этомъ словѣ „вначалѣ“ сказано все. Сначала слушались моего совѣта, и больные подвѣшивались самими врачами осторожно и съ разборомъ, потомъ французамъ это показалось слишкомъ скучнымъ и они все передали въ руки прислуги. Этимъ они убили методъ. Но правдивое дѣло всегда останется правдивымъ, кончаетъ авторъ; пройдетъ можетъ быть еще не мало лѣтъ и подъ какими-нибудь предлогами, быть можетъ въ измѣненномъ видѣ, но все же вернуться къ подвѣшиванію“. „Что касается меня, то я останусь сторонникомъ подвѣшиванія до тѣхъ поръ, пока не буду убѣжденъ въ преимуществѣ какого либо другого лучшаго способа леченія табетиковъ“ (стр. 95).

Съ разсмотрѣнія только что цитированнаго взгляда на подвѣшиваніе проф. *О. О. Мочутковскаго* мы и начнемъ наши выводы о вытяженіи позвоночника, какъ терапевтическомъ методѣ, выводы, которые можно сдѣлать изъ опубликованныхъ до настоящаго времени по этому вопросу въ литературѣ данныхъ. Что судьба подвѣшиванія не такъ печальна, какъ это рисуетъ себѣ *О. О. Мочутковскій*, уже слѣдуетъ изъ того, что до послѣдняго времени появляются работы невропатологовъ о вытяженіи позвоночника, предлагаются модификаціи аппаратовъ и измѣненія методики, авторитетнѣйшіе врачи отводятъ подвѣшиванію въ терапіи спинной сухотки если не выдающееся, то во всякомъ случаѣ видное мѣсто, и извѣстно, что подвѣшиваніе продолжаетъ примѣняться въ нѣкоторыхъ большихъ клиникахъ и больницахъ для нервно-больныхъ, какъ у насъ, такъ отчасти и за границей. Правда улеглось увлеченіе, никто теперь не переоцѣниваетъ подвѣшиванія, не ждетъ отъ него

чудесъ, но огромное большинство авторовъ, тракующихъ о немъ, считаетъ его въ нѣкоторыхъ случаяхъ спинной сухотки показаннымъ, и даже самые строгіе судьи и скептики не рѣшаются отказывать ему вовсе въ терапевтической цѣнности. Наболѣе цѣнныя въ терапіи средства переживали за періодомъ увлеченія, періодъ безпристрастной критики и даже иногда незаслуженнаго осужденія, но въ концѣ концовъ средство всетаки приобрѣтало свое истинное значеніе. Тотъ фактъ, что подвѣшиваніе до сихъ поръ не сошло со сцены, свидѣтельствуесть о его жизнеспособности. Мы не говоримъ уже о томъ, что, благодаря поднятому *О. О. Мочутковскимъ* вопросу о вытяженіи позвоночника, механическая терапія табеса обратила на себя бѣльшее вниманіе, значительно развилась въ послѣднее десятилѣтіе и въ настоящее время преобладаетъ надъ терапіей лѣкарственной; вытяженіе позвоночника и методъ *Frenkel*'я могутъ быть признаны безъ преувеличенія лучшими и наименѣе эмпирическими методами леченія спинной сухотки. Обвиненія *Мочутковскимъ* французовъ въ томъ, что они убили методъ, мы не считаемъ отвѣчающими дѣйствительному положенію дѣла; если и замѣчается охлажденіе къ подвѣшиванію, то ужъ въ этомъ виноваты не французы, а скорѣе англійскіе и нѣмецкіе критики, которые пробовали отрицать за подвѣшиваніемъ всякое терапевтическое значеніе, но и эти попытки однако, какъ видно изъ историческаго очерка, были не многочисленны, а нѣкоторые критики, какъ напр. *Leyden*, всетаки примѣняютъ вытяженіе позвоночника, хотя-бы въ формѣ корсета. Причиной охлажденія слѣдуетъ также считать и то, что подвѣшиваніе, по крайней мѣрѣ по способу *Мочутковскаго—Charcot*, оказалось не лишенымъ серьезныхъ опасностей, даже если оно примѣнялось и руками опытныхъ врачей (*Erb* и друг.). Несмотря однако на критику и опасности, можно считать въ настоящее время оставленнымъ лишь старый методъ подвѣшиванія, но видоизмѣненное, градуированное и лишенное всякихъ опасностей (напр. съ аппаратомъ *Спримона—Бехтерева*), оно осталось въ числѣ хорошихъ средствъ въ небогатомъ терапевтическомъ арсеналѣ невропатологовъ. Проф. *О. О.*

Мочутковскій далеко не одинъ остается въ настоящее время убѣжденнымъ сторонникомъ подвѣшиванія. Лишь введеніе въ терапію спинной сухотки болѣе дѣйствительнаго метода позволить невропатологамъ окончательно оставить подвѣшиванія ¹⁾. Надо, однако, сказать, что разработанное за подвѣшиваніемъ вытяженіе позвоночника вообще по своему терапевтическому вліянію имѣетъ значеніе не при одной спинной сухоткѣ, а и при другихъ нервныхъ болѣзняхъ.

Что же до сихъ поръ дало вытяженіе позвоночника для леченія нервныхъ болѣзней?

Какъ отвѣтъ на только что поставленный вопросъ, мы помѣщаемъ здѣсь въ видѣ таблицъ всѣ собранные нами въ литературѣ случаи нервныхъ и душевныхъ болѣзней, леченные тѣмъ или другимъ способомъ вытяженія позвоночника.

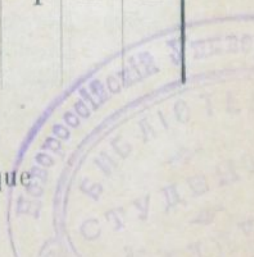
Годъ.	Названіе болѣзней и имена авторовъ.	Общее число.	улучш.	безъ резул.	ухудш.	?
Нервные болѣзни.						
Tabes dorsalis.						
1883	Мочутковскій	15	13	—	2	—
1889	Balaban	9	9	—	—	—
—	Bangel (t. spasmodique)	1	1	—	—	—
—	Bancel (t. spasmodique)	1	1	—	—	—
—	Benedikt	5	5	—	—	—
—	(t. spasmodique)	1	1	—	—	—
—	Bernhardt	17	16	—	1	—

1) Методъ *Frenkel*'я, какъ исключительно симптоматическое средство противъ атаксіи, конечно, не замѣнитъ вытяженія позвоночника, дѣйствующаго на гораздо болѣе число симптомовъ и на самый мучительный изъ нихъ боли.

Годъ.	Названіе болѣзней и имена авторовъ.	Общее число.	улучш.	безъ резул.	ухудш.	?
1889	Bianchetti	8	4	1	3	—
—	Bonuzzi (по своему способу)	1	1	—	—	—
—	Booth	1	1	—	—	—
—	Bourrough	1	1	—	—	—
—	Bouyon	7	4	3	—	—
—	Bruns	8	7	—	1	—
—	Charcot	14	10	3	1	—
—	»	114	38	64	5	7
—	Chauffard (t. convulsif)	1	1	—	—	—
—	Churton	1	—	—	1	—
—	Clarke M.	13	10	3	—	—
—	Clement	1	1	—	—	—
—	Dana	6	2	4	—	—
—	Dujardin-Beaumetz	25	17	6	2	—
—	Dupuy-Fromy	1	1	—	—	—
—	Eisenlohr	7	—	7	—	—
—	» (кроватн. вытяженіе)	1	1	—	—	—
—	Erb	6	2	—	4	—
—	Eulenburg и Mendel	34	8	11	—	5
—	Fenwick	1	1	—	—	—
—	Folet	1	1	—	—	—
—	Garry	4	3	1	—	—
—	Gilles de la Tourette и Lagoudakis	3	3	—	—	—
—	Goetz	2	2	—	—	—
—	Gosselin	8	5	3	—	—
—	Hammond	5	5	—	—	—
—	» (по своему способу — за голову)	1	1	—	—	—
—	Haushalter и Adam	6	4	2	—	—
—	Hickey L.	5	1	1	3 ¹⁾	—
—	Jurgensen (корсетъ Hessing'a)	1	1	—	—	—
—	Kussmaul (методъ Hessing'a)	1	—	1	—	—
—	Lespinasse	2	2	—	—	—
—	Lumbroso	6	1	1	1	3
—	Marina	21	11	—	10	—
—	Morton	6	6	—	—	—
—	Mouisset	8	7	1	—	—
—	Renaud	1	1	—	2	—
—	Rienzi	7	4	—	—	3
—	» (t. spasmodique)	1	1	—	—	—
—	Reveillod	4	3 ²⁾	1	—	—
—	Russel и Taylor	14	5	5	4	—
—	Schilling	3	2	1	—	—

¹⁾ число сеансовъ 3—9.

²⁾ Въ томъ числѣ улучшилось 1 mal perforant tabeticque



Годъ.	Названіе болѣзни и имена авторовъ.	Общее число.	улучш.	безъ резул.	ухудш.	?
1889	Schuster	17	17	—	—	—
—	Shaw,	2	2	—	—	—
—	Short	6	1	5	—	—
—	Simpson.	2	2	—	—	—
—	Stewart D.	8	8	—	—	—
—	Stewart G.	3	3	—	—	—
—	Teissier.	3	2 ¹⁾	—	1	—
—	Tiberghien	26	21	5	—	—
—	Thiem.	1	1	—	—	—
—	Waitzfelder.	6	5	1	—	—
—	Wattewille.	1	1	—	—	—
—	Weiss (по своему способу).	8	8	—	—	—
—	Wood (за корсетъ)	1	1	—	—	—
—	Штейнъ.	14	3	—	—	11
1890	Богровъ.	4	3	—	1	—
—	Clarke M.	1	1	—	—	—
—	Давидло и Пржиходскій.	11	10	1	—	—
—	Friedrich	1	—	—	1	—
—	Gilles de la Tourette.	100	60	40	—	—
—	Guttman.	10	5	2	3	—
—	Hamilton.	5	5	—	—	—
—	Hirt.	114	—	110	4	—
—	Rosenbaum.	61	26	25	1	9
—	Russel и Taylor.	16	4	10	2	—
—	White.	3	2	—	—	1
1892	Leyden.	1	1	—	—	—
1893	Воротынский.	7	6	—	—	1
1894	Glorieux (методъ Bonuzzi- Benedikt'a)	4	3	1	—	—
1895	Blondel (по своему методу)	1	1	—	—	—
1897	Blondel (по своему методу)..	4	1	3	—	—
—	Gilles de la Tourette и Chirault (вытяж.)	48	38	10	—	—
1899	Leclerc (подвѣшиваніе).	3	3	—	—	—
—	» (вытяженіе).	12	12	—	—	—
—	Мочутковскій.	993	207	786	—	—
Всего		1907	698	1118	51	40
Impotentia и Neurasthenia.						
1889	Bernhardt.	1	—	—	—	1
—	Bianchetti.	1	—	1	—	—
—	Charcot	2	2	—	—	—

*) Въ томъ числѣ 1 mal perf. tabet. улучшилось.

Годъ.	Название болѣзни и имена авторовъ.	Общее число	улучш.	безъ резул.	ухудш.	?
1889	Dana.	5	—	—	—	5
—	Glatz.	1	—	1	—	—
—	Hammond.	2	2	—	—	—
—	Revilliod.	3	3	—	—	—
—	Tiberghien.	1	—	—	—	1
—	Weiss (горизонтально).	5	—	—	—	5
—	Штейнъ.	62	38	4	—	20
1890	Истамановъ.	10	10	—	—	—
1891	Ярошевскій.	3	—	3	—	—
	Всего	96	55	9	—	32
Спинно-мозговой спастическій параличъ.						
1889	Bianchetti.	1	—	1	—	—
—	Charcot.	6	6	—	—	—
—	Haushalter и Adam.	2	1	1	—	—
—	Revilliod.	1	1	—	—	—
—	Schilling.	1	1	—	—	—
—	Stewart D.	3	2	1	—	—
—	Stewart G.	2	2	—	—	—
—	Weiss (горизонтально).	1	1	—	—	—
1893	Бехтеревъ (при сифилитическомъ).	1	1	—	—	—
1894	Glorieux.	1	—	1	—	—
	Всего	19	15	4	—	—
Разстѣянный склерозъ.						
1889	Charcot.	3	2	—	1	—
—	Clement.	3	3	—	—	—
—	Erb (по методу Hessing'a).	1	1	—	—	—
—	Eulenburg и Mendel.	1	1	—	—	—
—	Gosselin.	2	2	—	—	—
—	Мочутковскій.	1	—	1	—	—
—	Rienzi	2	2	—	—	—
—	Shaw.	1	1	—	—	—
—	Tiberghien.	2	2	—	—	—
1890	Rosenbaum.	2	2	—	—	—
—	Russel и Taylor.	1	—	1	—	—
	Всего	19	16	2	1	—

Годъ.	Название болѣзни и имена авторовъ.	Общее число.	улучш.	безъ резул.	ухудш.	?
Ischias.						
1889	Мочутковскій.	1	—	1	—	—
1890	Богровъ.	7	7	—	—	—
—	Gottardi (подвѣшиваніе съ противо-экстензіей).	1	1	—	—	—
—	Guttman.	7	7	—	—	—
—	Rosenbaum.	1	—	—	—	1
	Всего . . .	17	15	1	—	1
Mal perforant du pied (не табетическая).						
1889	Revilliod.	1	1	—	—	—
1897	Chipault (вытяженіе нервовъ).	14	12	2	—	—
	Всего . . .	15	13	2	—	—
Paralysis agitans.						
1889	Bianchetti.	1	—	1	—	—
—	Charcot.	4	4	—	—	—
—	Dana	2	2	—	—	—
—	Eulenburg и Mendel.	3	1	2	—	—
—	Weiss (горизонтально)	1	1	—	—	—
1890	Rosenbaum.	3	—	3	—	—
—	Russel и Taylor.	1	1	—	—	—
	Всего . . .	15	9	6	—	—
Поперечный мізлитъ.						
1889	Dana	1	1	—	—	—
—	Erb (по Hessing'у).	1	1	—	—	—
—	Eulenburg и Mendel.	1	—	1	—	—
—	Rienzi	1	—	1	—	—
—	Schilling.	1	1	—	—	—
1890	Богровъ.	1	—	—	1	—
—	Guttman.	2	2	—	—	—
—	Rosenbaum.	4	—	4	—	—
1891	Kirchner.	1	1	—	—	—
1894	Glorieux.	1	1	—	—	—
	Всего . . .	14	7	6	1	—
Neurosis traumatica.						
1889	Benedikt.	5	5	—	—	—
—	Eulenburg и Mendel.	1	—	1	—	—
—	Haushalter и Adam.	2	2	—	—	—
1890	Hamilton	6	6	—	—	—
	Всего . . .	14	13	1	—	—

Годъ.	Название болѣзней и имена авторовъ.	Общее число.	улучш безъ резул.	ухудш.	?
Neuralgia.					
1889	Haushalter и Adam.	6	4	2	—
—	Schilling.	4	4	—	—
1891	Ярошевскій.	2	—	—	2
	Всего . . .	12	8	2	2
Neurasthenia.					
1889	Haushalter и Adam.	4	4	—	—
—	Weiss (горизонтально).	6	6	—	—
1893	Воротынскій.	1	1	—	—
	Всего . . .	11	11	—	—
Болѣзнь Pott'a.					
1889	Sinkler.	1	1	—	—
—	Tiberghein.	1	1	—	—
—	Verdalle.	1	1	—	—
—	Weir-Mitchell.	7	7	—	—
	Всего . . .	10	10	—	—
Spondylitis.					
1889	Weiss (горизонтально).	2	2	—	—
1890	Guttman.	5	3	2	—
1893	Воротынскій.	1	1	—	—
	Всего . . .	8	6	2	—
Hysteria.					
1889	Benedikt.	1	1	—	—
—	Folet.	1	—	1	—
—	Haushalter и Adam.	2	2	—	—
1891	Ascher.	2	—	—	2
—	Ярошевскій	1	—	—	1
	Всего . . .	7	3	1	2
Болѣзнь Friedreich'a.					
1889	Charcot.	4	1	3	—
—	Clarke M.	1	—	1	—
—	Dana.	1	1	—	—
	Всего . . .	6	2	4	—

Годъ.	Названіе болѣзней и имена авторовъ.	Общее число.	улучш.	безъ резул.	ухудш.	?
Meningo-myelitis chronica.						
1889	Мочутковскій	1	—	1	—	—
—	Rienzi	2	2	—	—	—
—	Stewart D.	1	1	—	—	—
1890	Hamilton (кроватн. вытяж. за стопы).	1	1	—	—	—
1893	Воротынскій.	1	—	—	1	—
	Всего	6	4	1	1	—
Міэлитъ отъ сдавленія.						
1889	Schilling.	2	1	1	—	—
1890	Guttman.	1	—	—	—	1
1895	Воротынскій (кроватное вытяженіе).	2	2	—	—	—
	Всего	5	3	1	—	1
Склерозъ боковыхъ столбовъ.						
1889	Hammond.	1	1	—	—	—
—	Мочутковскій.	3	—	3	—	—
—	Russel и Taylor.	1	—	—	1	—
	Всего	5	1	3	1	—
Гемиплегія.						
1889	Dana	1	1	—	—	—
—	Schilling.	1	—	1	—	—
—	Weiss (горизонтально).	1	1	—	—	—
1891	Ярошевскій.	1	1	—	—	—
	Всего	4	3	1	—	—
Разсѣянный хроническій міэлитъ.						
1889	Haushalter и Adam.	3	2	1	—	—
—	Мочутковскій.	1	—	1	—	—
	Всего	4	2	2	—	—
Neuritis multiplex.						
1889	Мочутковскій.	1	1	—	—	—
1890	Hamilton. (кроватн. вытяж. за стопы).	3	3	—	—	—
	Всего	4	4	—	—	—
Атактическая параплегія.						
1889	Stewart D.	2	1	—	1	—
—	Russel и Taylor.	1	—	—	—	1
1890	Russel и Taylor.	1	—	1	—	—
	Всего	4	1	1	1	1

Годъ.	Названіе болѣзней и имена авторовъ.	Общее число.	улучш.	безъ резул.	ухудш.	?
Atrophia n. optici (не табетическая).						
1889	Bernhardt.	1	—	1	—	—
1893	Воротынскій.	2	—	2	—	—
	Всего	3	—	3	—	—
Enuresis nocturna.						
1889	Haushalter и Adam.	1	1	—	—	—
—	ReviIliod.	1	1	—	—	—
	Всего	2	2	—	—	—
Poliomyelitis.						
1889	Schilling.	2	1	1	—	—
	Всего	2	1	1	—	—
Athetosis duplex.						
1889	Haushalter и Adam.	1	—	1	—	—
	Всего	1	—	1	—	—
Paramyoclonus.						
1893	Воротынскій	1	—	—	1	—
	Всего	1	—	—	1	1
Sclerosis lateralis amyotrophica.						
1889	Tiberghien.	1	—	—	—	1
	Всего	1	—	—	—	1
II. Душевные болѣзни.						
Прогрессивный параличъ помѣшанныхъ.						
1889	Bianchetti.	1	—	1	—	—
—	Schilling.	1	—	1	—	—
—	Schuster.	1	—	—	1	—
1890	Friese и Regis.	12	10	—	—	2
1891	Ascher.	11	5	5	1	—
	Всего	26	15	7	2	2
Острое галлюцинаторное помѣшательство.						
1891	Acher.	3	3	—	—	—
	Всего	3	3	—	—	—

Годъ.	Названіе болѣзней и имена авторовъ.	Общее число.	улучш.	безъ резул.	ухудш.	?
Hypochondria.						
1889	Haushalter и Adam.	2	—	2	—	—
	Всего	2	—	2	—	—
Melancholia.						
1890	Friese и Regis.	2	1	1	—	—
	Всего	2	1	1	—	—
Хроническая спутанность.						
1891	Ascher	2	1	—	1	—
Folie à double forme.						
1890	Friese и Regis.	1	1	—	—	—
Imbecillitas.						
1891	Ascher.	1	—	1	—	—
Помѣшательство эпилептическое.						
1891	Ascher.	1	1	—	—	—
Помѣшательство хроническое.						
1891	Ascher.	1	—	—	—	1
Слабоуміе.						
1891	Ascher	1	1	—	—	—
Слабоуміе алкогольное.						
1891	Ascher	1	1	—	—	—
Слабоуміе старческое.						
1891	Ascher	1	—	—	—	1

Итакъ всего опубликовано **2212**¹⁾ случаевъ заболѣваній нервной системы, леченныхъ тѣмъ или другимъ способомъ вытяженія позвоночника, изъ этихъ 2212 случаевъ въ 902 леченіе сопровождалось успѣхомъ, что составляетъ 40,8⁰%, ухудшеніе наблюдалось только въ 2,8⁰%, въ остальныхъ случаяхъ не получено никакого результата. Изъ общаго числа 1907 случаевъ принадлежитъ спинной сухоткѣ съ 698 улучшеніями, что составитъ 36⁰%, ухудшеніе было наблюдаемо въ 2,7⁰%.

Подвѣшиваніе (по различнымъ методамъ) примѣнялось въ 2107 случаяхъ, съ успѣхомъ у 826 больныхъ, различные методы сгибанія позвоночника и кроватное вытяженіе примѣнялось у 105 больныхъ и въ 76 случаяхъ съ успѣхомъ.

Всѣ случаи смерти и особенно неприятыя случайности опубликованы большею частью авторами, пользовавшимися старымъ первоначальнымъ способомъ подвѣшиванія. Всѣхъ случаевъ смерти, приписываемыхъ подвѣшиванію, мы нашли въ литературѣ 9: 1) случай *Vincent'a*; 2) самъ *Vincent*; 3) случай *Sayer'a*; 4) случай *Gorezk'ago*; 5) *Carlo Borsari*; 6) *Forster'a*; 7) *Paul Blocg'a*; 8) *Remak'a* и 9) *Erb'a*. Изъ неприятыхъ явленій чаще всего наблюдались: покраснѣніе и цианозъ лица, головокруженія и обмороки, боли въ шеѣ, затылкѣ и челюстяхъ, сонливость и слабость.

Болѣе рѣдко наблюдались вызываемые подвѣшиваніемъ гортанные кризы (*Charcot, Hirt*); отекъ нижнихъ конечностей (*Charcot*); мураши въ рукахъ (*Bernhardt, Mouisset* и друг.); парезъ обѣихъ рукъ (*Hammond*); параличъ лучевого нерва (*Charcot, Gilles de la Tourette*), усиленіе гиперэстезіи (*Morton*). Въ 3 случаяхъ *Charcot* послѣ подвѣшиванія появлялся

¹⁾ Это число, конечно, далеко отъ дѣйствительнаго, такъ какъ многие авторы писали о вытяженіи позвоночника не приводя числа больныхъ, ими наблюдаемыхъ, другіе, приводя общее число, не указывали сколько больныхъ получило облегченіе и сколько осталось безъ результата; къ послѣднимъ авторамъ относится напр. сторонникъ подвѣшиванія *Althaus*, который приводитъ 38 случаевъ, *Ladame*—12 случаевъ и *Saundby*—3 случая (1889 г.). Въ это число не вошли и наблюденія авторовъ, работы которыхъ мы, къ сожалѣнію, не могли достать, напр. *Lépine, Gaston'a, Ducampe'a, Bonjour'a, Tripier, Magnan'a, Moutard-Martin'a, Delprat, Inglis, Passerim, Toralbo, Tonoli* и *Sternberg'a*.

въ мочѣ больного сахаръ, *Gosselin* наблюдалъ боли въ области почекъ, *Teissier* въ мочѣ одного больного наблюдалъ появленіе бѣлка послѣ каждаго сеанса, *Bouyon* и *Ascher* — полиурию, а *Friedrich*, подвѣшивая одного нефритика, вызвалъ у него даже гематурию. Иногда послѣ подвѣшиваній и во время сеанса видѣли расширеніе зрачковъ (*Bernhardt*, *Данилло* и *Пржиходскій*); общія судороги (*Bernhardt*); кратковременное расстройство слуха и зрѣнія (*Mouisset*, *Bouyon*); рвоту (*Benedikt*), кровотеченіе (у женщины, страдающей міомой матки — *Benedikt*). Слѣдуетъ еще упомянуть, что *Russel* и *Taylor*, *White* и *Борровъ* описываютъ по случаю, гдѣ подвѣшиваніе вызывало повышеніе температуры, подобные случаи, какъ намъ кажется, были въ числѣ наблюденій *Данилло* и *Пржиходскаго* (трое больныхъ).

Всѣ эти случаи, какъ мы уже сказали, наблюдались при старомъ методѣ подвѣшиваній; при новѣйшихъ способахъ, а равно и при другихъ способахъ вытяженія позвоночника не только не наблюдалось смерти и тяжелыхъ осложненій, но и кратковременные обмороки упоминаются очень рѣдко.

Особенно блестящіе результаты отъ подвѣшиваній и другихъ методовъ вытяженія описали *Мочутковскій* (авторъ допускаетъ возможность остановки въ дальнѣйшемъ развитіи болѣзни на довольно продолжительное время¹⁾, *Charcot*, *Althaus*, *Eulenburg* и *Mendel*, *Schauffard*, *Dujardin* — *Beaumontz*, *Rienzi* (полное излеченіе случая менинго-міэлита), *Waitzfelder*, *Weiss* (излеченіе неврастеніи), *Bianchetti* (удивительные результаты съ значительной прибылью въ вѣсѣ больныхъ). *Simpson*, *Renaut*, *Benedikt*, *Jürgensen* (1 случай почти полного выздоровленія) *Schuster*, *Hamilton*, *Gottardi*, *Истамановъ* (8 выздоровленій отъ импотенціи), *Kirschner* (излеченіе случая

¹⁾ Такъ напр. больной П.-М-скій, которому первому *Мочутковскій* примѣнилъ подвѣшиванія, когда больной находился въ 3-мъ періодѣ (1883 г.) болѣзни, вернулся во второй періодъ и оставался въ такомъ видѣ въ теченіе 14 лѣтъ. Послѣдній разъ авторъ видѣлъ его лѣтомъ 1897 года: больной попрежнему оставался на своемъ мѣстѣ, продолжалъ заниматься продажей лошадей и ежедневно ходилъ въшкомъ 5 или 6 верстъ безъ большого утомленія. Никакихъ новыхъ явленій въ его болѣзни не прибавилось, не было и возврата исчезнувшихъ симптомовъ.

мієлита), *Воротынскій* (при неврастеніи) и *Blondel*. Хорошіе результаты отъ подвѣшиванія и вытяженія позвоночника наблюдали *Erb*, *Бехтеевъ*, *Штейнъ*, *Спримонъ*, *Balaban*, *Bangel*, *Hammond*, *Morton*, *Bernhardt*, *Bonuzzi*, *Bourrough*, *Bruns*, *Clarke*, *Clement*, *Raymond*, *Gilles de la Tourette*, *Lespinasse*, *Fenwick*, *Mouisset*, *Glorieux*, *Russel* и *Taylor* и мног. друг. (см. таблицу стр. 166).

Не видѣли никакихъ результатовъ или результаты были ничтожны: *Hirt*, *Leyden*, *Churton*, *Haushalter et Adam*, *White* и *Strümpell*.

Мы не будемъ здѣсь подробно говорить о характерѣ и продолжительности наблюдаемыхъ авторами улучшеній; почти всѣ симптомы спинной сухотки поддаются леченію вытяженіемъ позвоночника, какъ о томъ свидѣлствуютъ согласныя данныя многочисленныхъ авторовъ, мы остановимся здѣсь только на симптомахъ, которые менѣе всего поддаются дѣйствию вытяженія, къ каковымъ принадлежатъ расстройства чувствительности, глазные симптомы и колѣнный рефлексъ. Огромное подавляющее большинство авторовъ, какъ мы видѣли изъ историческаго очерка, никогда не наблюдали возвращенія колѣннаго рефлекса подъ вліяніемъ подвѣшиваній и сдѣлали объ этомъ опредѣленныя заявленія, однако, въ литературѣ мы нашли и положительныя указанія по этому поводу, такъ *Althaus* описалъ возвращеніе колѣннаго рефлекса у 1 табетика, *Marina*—также у табетика; *Renaut* говоритъ, что у его больного спинно-сухоточнаго послѣ 50 подвѣшиваній колѣнный рефлексъ возвратился; возвращеніе колѣннаго рефлекса подъ вліяніемъ подвѣшиваній видѣлъ и *Bonjour* (цит. по *Мочутковскому*); *Kirschner* видѣлъ возвращеніе рефлекса въ одномъ случаѣ мієлита. Что вытяженіе не остается безъ вліянія на рефлексъ, можно заключить и изъ заявленій другихъ авторовъ, *Dana* напр. отмѣчаетъ повышеніе колѣннаго рефлекса послѣ подвѣшиваній у не атактиковъ, *Ascher* видѣлъ возвращеніе рефлекса у алкоголика, *Clarke* описываетъ повышеніе колѣннаго рефлекса во время подвѣшиванія у 1 атактика, у котораго ранѣе рефлексъ этотъ былъ только ослабленъ; *Stewart* упоминаетъ о пониженіи клонуса стопы при спасти-

ческомъ параличѣ; *Ярошевскій* наблюдалъ пониженіе сухожильныхъ рефлексовъ при гемиплегіи, *Weiss*, *Бехтеревъ*, *Воротынскій* и *Mitchell* говорятъ о пониженіи рефлексовъ при леченіи вытяженіемъ міэлитовъ отъ сдавленія.

Относительно глазныхъ симптомовъ, ослабленія зрѣнія и отсутствія свѣтовой реакціи мы имѣемъ 36¹⁾ наблюдений, гдѣ авторы не видѣли никакого улучшенія или даже видѣли ухудшенія (*Galezowsky*, *Bernhardt*, *Mowisset*, *Gosselin*, *Stewart*, *Russel* и *Taylor*, *Boujon*, *Bianchetti*, *Benedikt*, *Ascher*, *Бехтеревъ* и *Воротынскій*, *Scheiber* и *Leclerc*), но съ другой стороны мы имѣемъ 26 наблюдений, гдѣ или возвратилась свѣтовая реакція зрачковъ, или улучшилось зрѣніе (*Abadie*, *Darier*, *Morton*, *Eulenburg* и *Mendel*, *Clarke*, *Бехтеревъ* и *Воротынскій*, *Balaban*, *Schaw*, *Tiberghien*, *Данилло*, *Rosenbaum*, *Leclerc* и *Мочутковскій*). Правда улучшеніе зрѣнія никогда не отличалось значительной степенью и продолжительностью.

Объективное улучшеніе разстройствъ чувствительности наблюдали *Charcot*, *Ladame*, *M. Clarke*, *Gosselin*, *Данилло* и *Пржиходзскій*, *Ascher*, *Ярошевскій*, *Воротынскій*, *Kirschner* и *Leclerc*.

Согласно заявленіямъ большинства авторовъ, лучшіе результаты вытяженіе позвоночника даетъ: 1) при спинной сухоткѣ медленнаго теченія, особенно во второмъ стадіи заболѣванія; 2) при міэлитахъ отъ сдавленія; 3) при неврастеніи съ импотенціей; 4) при спинно-мозговомъ спастическомъ параличѣ и 5) при *paralysis agitans*. При другихъ формахъ число наблюдений очень мало, и мнѣнія сильно расходятся (напримѣръ при поперечныхъ міэлитахъ и менинго-міэлитахъ), то же слѣдуетъ сказать и о душевныхъ болѣзняхъ, къ тому же при послѣднихъ подвѣшиваніе большею частью примѣнялось при наличности показаній со стороны соматической (разстройства тазовыхъ органовъ и проч.). Изъ наблюдений авторовъ видно,

1) Здѣсь мы опять-таки не беремъ въ расчетъ простыхъ, не подкрѣпленныхъ цифрами и наблюденіями заявленій авторовъ о вліяніи подвѣшиванія на зрѣніе, при чемъ это одинаково относится и къ ниже помѣщенному числу улучшеній.

что чѣмъ долѣе примѣняется вытяженіе, тѣмъ результаты прочнѣе и значительнѣе.

Какъ объясняется дѣйствіе вытяженія позвоночника? Опытами на животныхъ, измѣреніями на трупахъ и на живыхъ, наблюденіями надъ больными большинствомъ авторовъ установлено, что спинной мозгъ, его оболочки, корешки и нервы *caudae equinae* измѣняютъ во время вытяженія свое положеніе относительно позвоночника, что позвоночникъ, спинной мозгъ, оболочки, корешки и *cauda equina* способны къ дѣйствительному растяженію; что за этимъ растяженіемъ наступаетъ измѣненіе кровообращенія съ послѣдующимъ развитіемъ гипереміи главнымъ образомъ спинного мозга и его оболочекъ. По нѣкоторымъ авторамъ явленія эти сильнѣе наступаютъ при сгибаніи туловища впередъ, чѣмъ при вертикальномъ подвѣшиваніи. Этимъ измѣненіямъ кровообращенія и несомнѣнному механическому воздѣйствію на самую нервную субстанцію и слѣдуетъ приписать вліяніе вытяженія позвоночника. Заявленія другого рода имѣютъ мало фактическихъ доказательствъ въ свою пользу (анемія мозга по *Dujardin-Beaumont*'у, разрывъ сращеній, растяженіе нервовъ по *Althaus*'у и проч.). Вполнѣ слѣдуетъ также согласиться съ *Erb*'омъ, что нельзя объяснять все дѣйствіе подвѣшиваній внушеніемъ, какъ это хотѣли сдѣлать *Haushalter* и *Adam* и главнымъ образомъ *Bernheim*.

Извѣстные уже намъ опыты *Bernheim*'а доказываютъ лишь старый фактъ, что внушеніе можетъ дѣйствовать и на симптомы органическаго происхожденія¹⁾, но ими еще нельзя доказать, что подвѣшиваніе дѣйствуетъ исключительно внушеніемъ. Внушенію при вытяженіи позвоночника можно приписать, не боясь преувеличенія, лишь нѣкоторую долю вліянія, какъ и при всякомъ другомъ методѣ и только, — такъ смотритъ большинство авторовъ, какъ это мы видѣли изъ изложенія отдѣльныхъ мнѣній въ настоящемъ историческомъ очеркѣ.

¹⁾ См. по этому поводу работу проф. В. М. Бехтерева „Терапевтическое значеніе гипноза.“ Невролог. Вѣстникъ Т. 1. Вып. 1.

Г Л А В А П.

Вліяніе вытяженія позвоночника на состояніе черепно-мозгового кровообращенія.

Мы уже видѣли, что даже осторожное вытяженіе позвоночника можетъ сопровождаться рядомъ непріятныхъ явленій: обмороками, потерей сознанія, разрывомъ аневризмъ (случай *Charcot*), развитіемъ гемиплегіи (случай *Hamilton'a*) и проч., явленій, указывающихъ на то, что при вытяженіи наступаетъ быстрое измѣненіе условій кровообращенія. Опытами *Богрова*, *Слюнина* и *Lumbroso* установлено, что вытяженіе позвоночника вызываетъ расширеніе сосудовъ спинного мозга и его оболочекъ и ихъ гиперемію. *Мочутковскій* и *Слюнинъ* убѣдились, что кровяное давленіе въ артеріяхъ во время вытяженія повышается. *Слюнинъ* изслѣдовалъ кровяное давленіе въ *art. carotis*; онъ убѣдился, что высота давленія поднималась въ моментъ вытяженія и падала съ прекращеніемъ послѣдняго, во время вытяженія давленіе крови не удерживалось на одной и той-же высотѣ, а разъ поднявшись до опредѣленной высоты начинало падать, конецъ вытяженія всегда характеризовался болѣе рѣзкимъ паденіемъ давленія; опыты съ перерѣзкою и раздраженіемъ, какъ центрального, такъ и периферическаго конца *n. vagi* не мѣняли дѣла; самый глубокой наркозъ ослабляя, однако не уничтожалъ совершенно подъема кровяного давленія подъ вліяніемъ вытяженія. *Слюнинъ* склоненъ объяснять усиленную вазомоторную функцію раздраженіемъ твердой мозговой оболочки. «Едва-ли имѣется достаточно основанія искать объясненіе повышенія кровяного давленія въ вытяженіи спинного мозга, который несравненно болѣе вытягивается при обыденномъ сгибаніи, говоритъ *Слюнинъ*, скорѣе можно-было бы объяснить это раздраженіемъ твердой мозговой оболочки, тѣмъ болѣе, что эта богатая нервами оболочка, какъ при подвѣшиваніи труповъ людей, такъ и при вытяженіи кроликовъ представлялась крайне напряженною» (стр. 62). На вскрытіяхъ кроликовъ убитыхъ послѣ вытяженія, *Слюнинъ* находилъ твердую оболочку въ состояніи крайней гипереміи.

Гипереміей мозга и его оболочекъ большинство авторовъ объясняетъ благоприятное терапевтическое вліяніе вытяженія позвоночника, многіе авторы указываютъ, что и симптомы чисто черепно-мозгового происхожденія (напр. ослабленіе зрѣнія при tabes) не исключаются изъ этого вліянія; такъ напр. д-ръ *Boirrovъ* думаетъ, что образующееся во время подвѣшиванія въ позвоночномъ каналѣ отрицательное давленіе отражается и на черепномъ мозгу, обуславливая гиперемію центрального сѣраго вещества желудочковъ, поверхности черепного мозга и черепныхъ нервовъ. Проф. *В. М. Бехтеревъ* также объясняетъ вліяніе подвѣшиванія на атрофическія и иныя пораженія зрительнаго нерва гипереміей сѣраго вещества, расположеннаго по сосѣдству съ желудочками и на поверхности черепного мозга. Что же касается ближайшей причины наступающихъ при подвѣшиваніи измѣненій кровообращенія вообще, то, сколько намъ извѣстно, проф. *В. М. Бехтеревъ* держится того взгляда, что они въ значительной мѣрѣ зависятъ отъ рефлекторныхъ вліяній со стороны мышцъ, связокъ и нервовъ. Только что отмѣченныхъ взглядовъ придерживается и д-ръ *Б. И. Воротынский*. *Althaus* приписываетъ подвѣшиванію дѣйствіе и на продолговатый мозгъ и этимъ объясняетъ замѣчаемое при вытяженіи измѣненіе сердечной дѣятельности и измѣненіе вазомоторной дѣятельности. *Lande* считаетъ возможнымъ, что дыханіе и кровообращеніе могутъ измѣняться черезъ вліяніе подвѣшиванія на продолговатый мозгъ. О томъ же вліяніи подвѣшиванія на продолговатый мозгъ говоритъ *Н. О. Лихонинъ*. Несомнѣнное вліяніе подвѣшиванія на сосудистую систему отмѣчается почти всѣми авторами. *Lumbroso*, вскрывая животныхъ, умершихъ послѣ нѣсколькихъ сеансовъ вытяженія позвоночника, находилъ у нихъ небольшія кровоизліянія какъ въ оболочки, такъ и въ вещество головного мозга, а въ одномъ случаѣ было найдено кровоизліяніе въ продолговатый мозгъ. Несомнѣнно, говоритъ *Rosenbaum*, при подвѣшиваніи создаются условія для развитія значительной активно-пассивной гипереміи въ полости черепа; авторъ считаетъ поэтому необходимымъ изслѣдованіе кровяного давленія. Въ виду только что отмѣченныхъ взглядовъ интересно было-бы знать ближе

измѣненія, претерпѣваемыя кровообращеніемъ въ сосудахъ головного мозга. Специальныхъ изслѣдованій по этому предмету въ литературѣ мы не нашли, а потому сочли необходимымъ поставить нѣсколько опытовъ для выясненія только что намѣченнаго вопроса.

Для изслѣдованія кровообращенія въ сосудахъ головного мозга *resp.* для изслѣдованія состоянія просвѣта этихъ сосудовъ лучшимъ методомъ въ настоящее время признанъ методъ *K. Hürthle*, имъ мы и воспользовались для нашей задачи. Опыты были поставлены на собакахъ, вытяженіе позвоночника производилось въ горизонтальномъ положеніи, постановка опытовъ была слѣдующая: собакѣ надѣвался ошейникъ хорошо пригнанный, но въ то же время не оказывающій давленія на сосуды шеи, ремни отъ ошейника проходили по бокамъ морды ко рту, гдѣ они соединялись и къ нимъ прикрѣплялась тракціонная веревка, перекинутаая чрезъ блокъ обыкновеннаго станка, употребляющагося въ клиникахъ для цѣлей кроватнаго вытяженія; на концѣ веревки, перекинутой черезъ блокъ, былъ привязанъ мѣшокъ, въ который и производилась нагрузка тяжестей. Противовытяженіе было достигаемо фиксированіемъ таза и заднихъ конечностей собаки помощью надѣваемаго ей на тазъ и заднія лапы костюма изъ крѣпкаго полотна; концы костюма прикрѣплялись къ краямъ стола, на которомъ производилось вытяженіе. До начала вытяженія у собаки обнажалась лѣвая общая сонная артерія, для чего на соответствующей сторонѣ шеи дѣлался длинный продольный кожный разрѣзъ; достигнувъ искомой артеріи съ ея вѣтвями мы перевязывали щитовидную, ушную и наружную сонную артеріи и накладывали на общую сонную артерію два зажимныхъ пинцета на разстояніи 5—6 снт. другъ отъ друга. Затѣмъ въ центральный (сердечный) и периферическій (мозговой) концы артеріи вставлялись канюли, укрѣпившіяся лигатурами. Обѣ канюли соединялись посредствомъ толстостѣнныхъ каучуковыхъ и свинцовыхъ трубокъ съ двумя ртутными манометрами кимографа, на безконечной лентѣ котораго два пера манометровъ, установленныя на одной отвѣсной линіи одно-

временно записывали кривыя давленія крови въ центральномъ и периферическомъ концахъ артерій. Вся система трубокъ, соединявшая артерію съ манометрами наполнялась 25% растворомъ сѣрнокислой магнезій. На той-же бумагѣ кимографа отмѣчалось время въ секундахъ. Дыханіе записывалось съ грудной клѣтки помощью Мареевскаго барабанича. На прилагаемыхъ кривыхъ имѣется такимъ образомъ четыре записи, первая сверху отмѣчаетъ дыханіе; вторая— давленіе крови въ центральномъ концѣ артерій; третья— въ периферическомъ и четвертая— время.

ОПЫТЪ № 1.

Методъ Hürthle. Собака кобель, пудель, вѣсомъ 1 пудъ 1 фунтъ. — Нагрузка производилась или постепенно или сразу. Вытяженіе повторялось нѣсколько разъ въ теченіе 1 часа съ четвертью. Порядокъ опыта и полученные данныя видны изъ прилагаемой таблицы № 1.

ТАБЛИЦА № 1.

№№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ которое производилось измѣреніе давленія.	Давленіе крови въ центр. концѣ правой общей сонной артерій.	Давленіе въ периферическомъ концѣ той же артерій.	Разница между давленіемъ въ обоихъ концахъ этой же артерій.	Отношеніе давленія въ периферич. концѣ къ давленію въ центр. концѣ той же артерій.	Грузъ.	Дыханіе.
I. 3 ч. 46 м.	— с.	234	117	117	0,50			4
		90 с.	235	120	115	0,51	15 ф.	
3 ч. 47 м.	— с.	—	—	—	—	—	20 ф.	
3 ч. 49 м.	170 с.	230	118	112	0,51	30 ф.		
3 ч. 53 м.	240 с.	231	120	111	0,51			
3 ч. 53 м.	— с.	—	—	—	—	—	33 ф.	
3 ч. 55 м.	390 с.	224	114	110	0,50	34 ф.		
3 ч. 55 м.	425 с.	234	120	114	0,51	35 ф.		
	80 с.	231	120	111	0,51	—15 ф.		
3 ч. 57 м.	115 с.	226	118	108	0,52	снято все.		
	160 с.	231	114	117	0,49			
	240 с.	230	116	114	0,50			

№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ которое производилось измѣреніе давленія.	Давленіе крови въ центр. концѣ правой сонной артерій.	Давленіе крови въ периферическомъ концѣ той же артерій.	Разность между давленіемъ въ обоихъ концахъ.	Отношенія давленія въ периферическомъ концѣ къ давленію въ центральномъ.	Грузъ.	Дыханіе.	
II.	4 ч. 2 м.	— с.	227	114	113	0,50			
		20 с.	224	110	114	0,49	30 ф.		
		100 с.	221	107	114	0,48	40 ф.		
		200 с.	227	110	117	0,48			
		250 с.	227	114	113	0,50	45 ф.		
		380 с.	225	114	111	0,50	50 ф.		
		410 с.	225	118	107	0,52			
		505 с.	230	118	112	0,51			
	4 ч. 10 м.	10 с.	227	116	111	0,51		снято все.	
		25 с.	217	108	109	0,49			
		60 с.	231	114	117	0,49			
		80 с.	229	116	113	0,50			
	III.	4 ч. 19 м.	— с.	216	112	104	0,51		3,5
			30 с.	225	114	111	0,50	30 ф.	3
			105 с.	221	118	103	0,53	40 ф.	
185 с.			223	118	105	0,52	45 ф.	2	
250 с.			229	124	105	0,54	50 ф.		
320 с.			230	122	108	0,53			
360 с.			244	124	120	0,50			
468 с.			246	132	114	0,53			
4 ч. 27 м.		10 с.	236	136	100	0,57		все снято.	
		28 с.	240	122	118	0,50			
	100 с.	240	124	116	0,51				
	180 с.	235	126	109	0,53		3		
IV.	4 ч. 33 м.	— с.	236	126	110	0,53	50 ф.		
		30 с.	237	128	109	0,54			

№№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ которое производилось измѣреніе давленія крови.	Давленіе крови въ центр. концѣ правой общей сонной артеріи.	Давлен. въ периф. концѣ той же артеріи.	Разница между давленіемъ въ обоихъ концахъ этой же артеріи.	Отношеніе давленія въ периферическомъ концѣ къ давленію въ центральномъ.	Грузъ.	Дыханіе.
		145 с.	230	132	98	0,57		Дыханіе во время вытяженія замедляется и дѣлается глубже.
		370 с.	246	136	110	0,51		
		580 с.	238	142	96	0,59		
		690 с.	238	140	92	0,58		
4 ч. 45 м.		10 с.	238	136	102	0,57		снято все.
		60 с.	234	136	98	0,58		Дыханіе поверхностное.
		125 с.	232	116	116	0,50		
V. 4 ч. 51 м.		— с.	240	128	112	0,53	50 ф.	въ 20'' = 3
		40 с.	232	134	98	0,57		
		100 с.	236	126	110	0,53		
4 ч. 54 м.								снято. въ 20'' = 2
		15 с.	236	120	116	0,50		въ 20'' = 4
		25 с.	216	104	112	0,48		
		60 с.	236	116	120	0,49		
VI. 4 ч. 55 м.		— с.	230	126	104	0,54	50 ф.	дыханіе также во время нагрузки рѣже и глубже.
		20 с.	236	126	110	0,53		
4 ч. 59 м.		60 с.	230	126	104	0,54	снято.	
		20 с.	224	126	98	0,56		

Изъ таблицы № 1 видно, что первое вытяженіе съ постепенной нагрузкой, продолжавшееся въ теченіе 9 минутъ съ грузомъ 35 фунт. вызвало небольшія колебанія разности и отношенія въ центральномъ и периферическомъ концахъ art. carotis, только послѣ снятія груза отношеніе съ 0,52 упало до 0,49, вернувшись однако черезъ 1½ м. къ первоначальной цифрѣ. Давъ животному отдыхъ въ 5 м., мы произвели второй сеансъ и получили тѣ же результаты. Послѣ

отдыха въ 9 мин. начато было третье вытяженіе съ постепенной нагрузкой до 50 фунтовъ, продолжительность сеанса 8 минутъ; въ первыя минуты вытяженія разность давленій съ 104 стала 111, но послѣ упала до 103, отношеніе въ то же время дало 0,50; а затѣмъ 0,53; на 4-ой минутѣ вытяженія разность 105, отношеніе 0,54, на 6-ой минутѣ разность 120, отношеніе 0,50; на 8-ой минутѣ разность 114, отношеніе 0,53; послѣ снятія груза разность 100, отношеніе 0,57; черезъ $\frac{1}{2}$ —2 м. разность 118, отношеніе 0,50—0,53. Послѣ отдыха въ 5 м. сдѣлано было 4-ое вытяженіе, при этомъ нагрузка произведена сразу въ 50 фунт. при первоначальной разности давленій въ 110 и отношеніи 0,53, черезъ 2 м. вытяженія разность 98, отношеніе 0,57, черезъ 6 м. вытяженія разность 110, отношеніе 0,51, черезъ 9 м. разность 96 отношеніе 0,59, послѣ 12 мин. вытяженія грузъ былъ весь снятъ и черезъ 2 минуты затѣмъ разность дала 116, при отношеніи въ 0,50. Послѣ отдыха въ 6 минутъ при разности 112 и отношеніи 0,53 была произведена снова нагрузка въ 50 ф. сразу, черезъ 1 м. разность 98, отношеніе 0,57; черезъ 2 м. разность 110, отношеніе 0,53; послѣ трехъ минутъ вытяженія грузъ снятъ весь, черезъ 25 с. разность 112, отношеніе 0,48—0,49 и затѣмъ оно постепенно пришло къ первоначальной цифрѣ. Послѣднее вытяженіе, произведенное послѣ 1 м. отдыха въ теченіе 3 минутъ вызвало лишь послѣ снятія груза пониженіе разности до 98 и повышеніе отношенія до 0,56. Дыханіе во время вытяженія становилось рѣже и глубже, а иногда только замедлялось, но вообще измѣненія его были не рѣзки. Принимая въ расчетъ, что при методѣ К. Hürthle колебанія разности давленія даютъ возможность судить о скорости теченія крови по мозговымъ сосудамъ, а уменьшеніе или увеличеніе отношенія давленій въ периферическомъ и центральномъ концѣ ар. carotisъ даетъ понятіе объ уменьшеніи или увеличеніи просвѣта мозговыхъ сосудовъ и просматривая цифры разности и отношенія въ нашемъ опытѣ мы можемъ придти къ заключенію, что такъ какъ во время вытяженія позвоночника большею частью разность умень-

шается, а отношеніе давленія увеличивается, послѣ-же снятія груза разность увеличивается, а отношеніе падаетъ, то во время вытяженія позвоночника увеличивается сопротивление теченію крови по мозговымъ сосудамъ, скорость теченія крови уменьшается, просвѣтъ мозговыхъ сосудовъ суживается, послѣ-же снятія груза при повышенной скорости теченія крови сопротивление ея теченію уменьшается и просвѣтъ мозговыхъ сосудовъ расширяется. Такимъ образомъ гиперемія сосудовъ мозга, предшествуемая ихъ анеміей, развивается не только во время самаго вытяженія, какъ это мы увидимъ ниже, но и послѣ снятія груза. Слѣдуетъ также отмѣтить, что во время вытяженія позвоночника давленіе въ центральномъ концѣ ар. carotis повышается, что совершенно согласно съ наблюденіями д-ра Слюнина.

По окончаніи опыта животное было убито уколomъ въ сердце. При вскрытіи центральной нервной системы мы могли отмѣтить рѣзкую гиперемію сосудовъ спинного мозга и его оболочекъ, а также и гиперемію продолговатаго мозга. Въ спинномъ мозгу явленія гипереміи особенно были выражены соотвѣтственно 4 — 5 поясничнымъ корешкамъ, при поперечномъ разрѣзѣ спинного мозга макроскопически замѣтны красныя полоски сосудовъ, идущихъ по задней спайкѣ, въ той-же области мѣстами замѣтны точечныя кровоизліянія; рѣзко выраженными выступаютъ и сосуды продолговатаго мозга.

О П Ы Т Ъ № 2.

Собака пудель, кобель, вѣсомъ 39 фунтовъ. Методъ К. Hürthle.

ТАБЛИЦА № 2.

№ сессіи.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ которое измѣрилось кровяное давленіе.	Давленіе крови въ центральн. концѣ правой сонной общей артеріи.	Давленіе крови въ периферическомъ концѣ той же артеріи.	Разность между давленіемъ въ обоихъ концахъ.	Отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію въ центральномъ концѣ.	Грузъ.
I.	4 ч. 55 м.	—	203	88	115	0,43	50 ф.
		10 с.	202	93	109	0,46	
		70 с.	204	110	94	0,53	

№№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ которое измѣрилось кровяное давленіе.	Давленіе крови въ центральномъ концѣ правой общей сонной артеріи.	Давленіе крови въ периферическомъ концѣ той-же артеріи.	Разность между давленіемъ въ обоихъ концахъ.	Отношеніе давленія въ периферическомъ концѣ къ давленію въ центральномъ.	Г р у з ъ.
	4 ч. 58 м.						снять весь грузъ.
		10 с.	211	98	113	0,46	
		25 с.	217	96	121	0,44	
		60 с.	214	100	114	0,46	
II.	5 ч.		203	92	111	0,45	40 ф.
		5 с.	136	90	46	0,66	
		10 с.	210	98	112	0,46	
		30 с.	198	108	90	0,54	
		110 с.	206	110	96	0,53	
	5 ч. 3 м.						снять весь грузъ.
		10 с.	200	94	106	0,47	
		25 с.	222	114	108	0,51	
		60 с.	207	108	99	0,52	
III.	5 ч. 12 м.	—	204	100	104	0,49	40 ф.
		10 с.	204	106	98	0,51	
		60 с.	210	120	90	0,57	
		120 с.	195	104	91	0,53	
	5 ч. 15 м.						снято все.
		10 с.	197	94	103	0,47	
		25 с.	205	105	100	0,51	
		60 с.	187	98	89	0,52	
IV.	5 ч. 18 м.	—	185	102	83	0,55	43 ф.
		10 с.	194	106	88	0,54	
		25 с.	196	108	88	0,55	
		60 с.	193	108	85	0,55	
	5 ч. 22 м.						снять весь грузъ.
		10 с.	195	80	115	0,41	

№№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ которое измѣрилось кровяное давленіе.	Давленіе крови въ центральномъ концѣ правой обѣй сонной артеріи.	Давленіе крови въ периферическомъ концѣ той же артеріи.	Равность между давленіемъ въ обонхъ концахъ.	Отношенія давленія въ периферическомъ концѣ къ давленію въ центральномъ.	Грузъ.	
V.	5 ч. 33 м.	—	186	94	92	0,50	43 ф.	
		5 с.	214	110	104	0,51		
		25 с.	210	106	104	0,50		
		50 с.	198	98	100	0,49		
		105 с.	216	112	104	0,51		
		130 с.	209	108	101	0,51		
	5 ч. 37 м.	7 с.	204	94	110	0,46	СНЯТО все.	
		25 с.	208	100	108	0,48		
		60 с.	203	102	101	0,50		
	VI.	5 ч. 39 м.	—	200	100	100	0,50	45 ф.
			10 с.	174	100	74	0,57	
			25 с.	204	88	116	0,43	
5 ч. 42 м.		10 с.	193	90	103	0,46	СНЯТО все.	
		25 с.	195	96	99	0,49		
VII.	5 ч. 47 м.	—	193	94	99	0,48	20 ф.	
		8 с.	196	100	96	0,51		
	5 ч. 48 м.	40 с.	167	92	75	0,55	10 ф.	
		60 с.	196	90	106	0,45		
	5 ч. 49 м.	95 с.	195	100	95	0,51	+ 5 ф.	
		110 с.	210	106	104	0,50		
		128 с.	185	84	101	0,45		
	5 ч. 50 м.	136 с.	204	100	104	0,49	— 5 — 5 — 10 — 20	
		10 с.	205	104	101	0,50		
		30 с.	215	112	103	0,52		
		10 с.	210	97	113	0,46		
		60 с.	205	94	111	0,45		
10 с.		210	97	113	0,46			
VIII.	5 ч. 52 м.	—	206	104	102	0,50	48 ф.	
		3 с.	212	110	102	0,51		+ 5 ф.

№№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ которое измѣрялось кровяное давленіе.	Давленіе крови въ центральномъ концѣ правой сонной артеріи.	Давленіе крови въ периферическомъ концѣ той же артеріи.	Разность между давленіемъ въ обоихъ концахъ.	Отношеніе давленія въ периферическомъ концѣ къ давленію въ центральномъ.	Грузъ.
		42 с.	184	90	94	0,47	
		50 с.	202	94	108	0,46	
	5 ч. 54 м.						СНЯТО все.
		5 с.	210	102	108	0,48	
		10 с.	203	90	113	0,44	
		60 с.	197	90	107	0,45	
ОПЫТЫ второй серіи (животное подѣ наркосомъ).							
IX.	6 ч. 13 м.	—	164	66	98	0,40	43 ф.
		25 с.	166	70	96	0,41	
		60 с.	169	72	97	0,42	
		200 с.	156	68	88	0,43	
	6 ч. 18 м.						СНЯТО все.
		5 с.	147	58	89	0,39	
		60 с.	156	66	90	0,42	
		90 с.	160	70	90	0,43	
X.	6 ч. 20 м.	—	165	72	93	0,43	43 ф.
		10 с.	142	64	78	0,45	
		25 с.	149	66	83	0,44	
		150 с.	152	66	86	0,43	
	6 ч. 24 м.						СНЯТО все.
		6 с.	138	52	86	0,37	
		25 с.	154	64	90	0,41	
		60 с.	167	80	87	0,47	
XI.	6 ч. 30 м.	—	166	66	100	0,39	53 ф.
		10 с.	148	58	90	0,39	
		60 с.	165	68	97	0,41	
		130 с.	160	66	94	0,41	
		195 с.	157	67	90	0,42	
	6 ч. 34 м.						СНЯТО все.
		5 с.	154	60	94	0,38	
		50 с.	169	70	99	0,42	
		90 с.	169	72	97	0,43	

Дыханіе во время вытяженія становилось рѣже, послѣ вытяженія было чаще и глубже.

Первые три сеанса, какъ видно изъ таблицы № 2, были 3 минуты продолжительности каждый, съ нѣкоторыми промежутками времени для отдыха, произведены съ нагрузкой въ 40—50 ф., нагрузка дѣлалась сразу, всѣ три раза во время самаго вытяженія разность давленій уменьшалась а отношеніе увеличивалась, послѣ снятія груза, разность давленій увеличивалось, но отношеніе уменьшаясь, оставалось, однако выше первоначальной цифры. Во время четвертаго сеанса (нагрузка сразу 43 фунт.) разность и отношеніе колебались мало, но послѣ снятія груза разность давленій съ 85 поднялась до 115, а отношеніе съ 0,55 упало до 0,41. Во время 5, 6, 7-го и 8-го сеансовъ, изъ которыхъ въ 7 сеансѣ нагрузка и снятіе груза производились постепенно результаты получились аналогичные. Въ началѣ разность уменьшалась, а отношеніе увеличивалось, но черезъ 1 минуту разность увеличивалась, а отношеніе уменьшалось, при чемъ явленія эти вскорѣ послѣ снятія груза выступали еще рѣзче. Измѣненія эти можно видѣть на прилагаемыхъ здѣсь кривыхъ № 1 и 2 (сеансы 5 и 6).

9, 10 и 11 сеансы вытяженія произведены были тому же животному, но въ наркозѣ, наркозъ былъ смѣшанный: морфію 3⁰/₀ впрыснуто было 1 куб. сант. и кромѣ того животному давался хлороформъ. Вытяженіе позвоночника, произведенное въ наркозѣ, какъ видно изъ таблицы № 2 вызвало тѣ-же явленія въ измѣненіи разности и отношенія давленій центральнаго и периферическаго конца ар. carotis, только послѣ снятія груза отношеніе послѣ первоначальнаго паденія повышалось и было во всѣхъ трехъ опытахъ выше первоначальной цифры. На кривой № 3 (сеансъ 10) можно видѣть измѣненія давленія въ центральномъ и периферическомъ концахъ ар. carotis во время вытяженія позвоночника у наркотизированнаго животнаго. Такимъ образомъ судя по цифровымъ даннымъ колебанія разности и отношенія давленія мы можемъ заключить, что вытяженіе позвоночника у этого второго животнаго вызвало первоначально суженіе мозговыхъ сосудовъ, уменьшеніе скорости теченія и повышеніе давленія; въ концѣ сеанса вытяженія и въ особенности послѣ

снятія груза сосуды значительно расширяются, давленіе падаетъ и скорость теченія крови увеличивается; послѣ снятія груза у наркотизированнаго животнаго однако явленія выражены менѣе рѣзко.

Дыханіе при нагрузкѣ сразу въ первые моменты дѣлается неправильнымъ, затѣмъ учащается и дѣлается болѣе поверхностнымъ и наконецъ замедляется и становится глубокимъ, по снятіи груза оно все же остается нѣсколько болѣе рѣдкимъ, чѣмъ до начала опыта. Результаты вскрытія убитаго послѣ опыта животнаго тѣ-же, что и у перваго.

О П Ы Т Ъ № 3.

Убѣдясь въ томъ, что вытяженіе измѣняетъ состояніе мозгового кровообращенія и желая исключить вліяніе въ данномъ случаѣ дыханія, мы поставили опыты съ вытяженіемъ позвоночника на курарезированномъ животномъ. Собакѣ, кобелю, сетеру, вѣсомъ 1 п. 25 фунтовъ, мы вприснули въ вену 1¹/₂ шприца 1⁰/₀ раствора кураре. Съ этимъ животнымъ намъ удалось произвести 1 сеансъ вытяженія въ 3 м. продолжительности, съ нагрузкой сразу въ 60 фунтовъ. Результаты опыта видны изъ таблицы № 3.

ТАБЛИЦА № 3.

№№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Давлен. крови въ центральномъ концѣ правой сонной артерій.	Время, черезъ которое произошло измѣненіе давленія.	Давленіе крови въ периферическомъ концѣ той же артерій.	Разность давленія въ центральномъ и периферическомъ концѣ артерій.	Отношеніе давленія периферическаго конца къ давленію въ центральномъ концѣ.	Грузъ.
I. 4 ч. 12 м.		202		66	136	0,32	60 фунт.
	5 с.	132		32	100	0,24	
	15 с.	220		62	158	0,28	
	95 с.	142		22	120	0,15	
4 ч. 15 м.							снято все.
	5 с.	183		40	143	0,21	
	60 с.	172		40	132	0,23	

ОПЫТЪ № 4.

Собака, сука, въсомъ 1 п. 3 ф., постановка опыта по методу К. Hürthle. Передъ вытяженіемъ выпрыснуто 1¹/₂ шприца 1⁰/₀ раствора кураре. Сдѣлано 3 сеанса съ нагрузкой въ 45 фунтовъ и 1 сеансъ съ нагрузкой въ 50 фунтовъ и еще 2 сеанса съ постепенной нагрузкой и снятіемъ тяжестей.

ТАБЛИЦА № 4.

№№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ которое производилось измѣрѣніе давленія.	Давленіе крови въ центральномъ концѣ правой общей сонной артерій.	Давленіе крови въ периферическомъ концѣ той же артерій.	Разность между давленіемъ обонихъ концовъ той же артерій.	Отношеніе давленія въ периферическомъ концѣ къ давленію въ центральномъ.	Грузъ	
I.	1 ч. 18 м.	— с.	152	64	88	0,42	45 фунт.	
		3 с.	156	70	86	0,44		
		5 с.	159	74	85	0,46		
		10 с.	154	70	84	0,45		
		25 с.	144	64	80	0,44		
		35 с.	141	58	83	0,41		
		45 с.	148	65	83	0,43		
	1 ч. 19 м.	5 с.	160	74	86	0,46	СНЯТЬ ВЕСЬ.	
		15 с.	135	54	81	0,40		
		30 с.	139	46	93	0,33		
		60 с.	140	48	92	0,34		
	II.	1 ч. 22 м.		139	50	89	0,35	45 фунт.
			5 с.	148	66	82	0,44	
10 с.			152	66	86	0,43		
25 с.			142	60	82	0,42		
45 с.			125	40	85	0,32		
60 с.			125	43	82	0,34		
1 ч. 24 м.		3 с.	116	32	84	0,27	СНЯТЬ ВЕСЬ.	
10 с.	111	30	81	0,27				
25 с.	126	38	88	0,30				

№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ которое производилось измереніе давленія.	Давленіе крови въ центральномъ концѣ правой общей сонной артерій.	Давленіе крови въ периферическомъ концѣ той же артерій.	Равносѣ между давленіемъ обоихъ концовъ той же артерій.	Отношеніе давленія въ периферическомъ концѣ къ давленію въ центральномъ.	Г р у з ъ.
III.	1 ч. 27 м.		134	44	90	0,32	45 фунт.
		5 с.	144	52	92	0,36	
		10 с.	143	54	89	0,37	
		30 с.	134	52	82	0,38	
		60 с.	136	50	86	0,36	
		120 с.	114	36	78	0,31	
	1 ч. 29 м.	5 с.	114	26	88	0,23	снять весь.
		15 с.	117	24	93	0,20	
		20 с.	125	34	91	0,27	
		90 с.	125	36	89	0,28	
	IV.	1 ч. 34 м.		138	51	87	0,36
3 с.			129	44	85	0,34	
10 с.			136	52	84	0,38	
1 ч. 35 м.		30 с.	119	38	81	0,31	+ 10 фунт.
		60 с.	143	54	89	0,37	+ 10 фунт.
1 ч. 36 м.		80 с.	122	48	74	0,39	+ 5 фунт.
		115 с.	112	32	80	0,28	+ 5 фунт.
1 ч. 37 м.		145 с.	124	48	76	0,38	
		10 с.	119	44	75	0,36	— 5 фунт.
		20 с.	119	40	79	0,33	— 5 фунт.
1 ч. 38 м.		50 с.	122	36	86	0,29	— 10 фунт.
		65 с.	128	48	80	0,37	— 10 фунт.
		75 с.	115	36	79	0,31	
1 ч. 39 м.							— 20 фунт.
		10 с.	122	32	90	0,26	
	25 с.	127	38	89	0,29		
	45 с.	127	36	91	0,28		
V.	1 ч. 53 м.		155	70	85	0,45	20 фунт.
		10 с.	160	74	86	0,46	
	1 ч. 54 м.	35 с.	145	68	77	0,46	+ 10 фунт.
		55 с.	141	60	81	0,42	+ 5 фунт.
		75 с.	133	58	75	0,43	+ 5 фунт.
		90 с.	134	54	80	0,44	

№№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ которое производилось измѣреніе давленія	Давленіе крови въ центральномъ концѣ правой общей сонной артеріи.	Давленіе крови въ периферическомъ концѣ той же артеріи.	Разность между давленіемъ обонхъ концовъ той же артеріи.	Отношеніе давленія въ периферическомъ концѣ къ давленію въ центральномъ.	Г р у з ъ.	
I ч. 55 м.		115 с.	130	57	73	0,43	— 5 фунт.	
		130 с.	136	60	76	0,44	— 5 фунт.	
		145 с.	144	64	80	0,44	— 10 фунт.	
								— 30 фунт.
		5—10 с.	150	68	82	0,45		
		30 с.	165	78	87	0,47		
		90 с.	156	72	84	0,46		
VI. 2 ч. 1 м.			136	56	80	0,41	50 фунт.	
		10 с.	147	62	85	0,42		
		20 с.	146	66	80	0,41		
		50 с.	129	54	75	0,41		
		105 с.	122	50	72	0,40		
								снять весь.
2 ч. 4 м.		5 с.	120	41	79	0,34		
		60 с.	127	46	81	0,36		
		120 с.	128	49	79	0,38		

Какъ видно изъ прилагаемой таблицы № 4, измѣненія подъ вліяніемъ кураре носили такой характеръ: давленіе ни въ центральномъ, ни въ периферическомъ концѣ ар. carotis во время вытяженія позвоночника не увеличивалось, а падало и еще больше оно падало въ периферическомъ; разность измѣнялась мало, но отношеніе, увеличиваясь въ началѣ вытяженія, къ концу опыта становилось большею частью ниже первоначальнаго. Эти данныя даютъ намъ право сдѣлать выводъ, что и при кураре вытяженіе позвоночника въ началѣ своего дѣйствія вызываетъ, правда, кратковременное суженіе просвѣта мозговыхъ сосудовъ, которое смѣняется затѣмъ значительнымъ расширеніемъ. На кривыхъ 4 и 5 можно наглядно видѣть колебанія давленія въ центральномъ

и периферическомъ концахъ *ar. carotis* у курарезированной собаки во время и послѣ вытяженія позвоночника.

Съ цѣлью изслѣдованія состоянія мозгового кровообращенія во время вытяженія позвоночника нами были поставлены также опыты съ опредѣленіемъ внутричерепного давленія. Способъ привязки собаки и процессъ вытяженія остались тѣ-же, что и въ предыдущихъ опытахъ. Опредѣленіе внутричерепного давленія производилось такимъ образомъ: сдѣлавъ собагѣ подъ слабымъ морфійнымъ наркозомъ трепанацію въ самой выпуклой части теменной кости въ 2 ст. въ діаметрѣ и вскрывъ твердую мозговую оболочку, мы очищали трепанаціонную рану отъ крови. Когда кровотечение было остановлено, въ трепанаціонное отверстіе ввинчивалась помощью ключа воронка соотвѣтствующей величины. Послѣ того, какъ воронка была ввинчена, она обкладывалась кругомъ плотно ватой, смоченной въ густомъ растворѣ гуммиарабика, чтобы трепанаціонное отверстіе было герметически закрыто. Верхній узкій конецъ воронки соединялся помощью каучуковой трубки съ Магеу'евскимъ барабанчикомъ, перо котораго и писало колебанія внутричерепного давленія на безконечной полосѣ бумаги кимографа Людвига. Одновременно съ внутричерепнымъ давленіемъ изслѣдовалось также и кровяное давленіе въ бедренной артеріи, для чего центральный конецъ этой артеріи посредствомъ канюли и трубокъ, наполненныхъ 25% растворомъ сѣрнокислой магнезій, соединялся съ ртутнымъ манометромъ кимографа, такимъ образомъ перо манометра чертило на той же бумагѣ и кривую артеріальнаго давленія. На той же бумагѣ отмѣчалось время въ секундахъ, а также и кривая дыханія. Дыханіе записывалось, какъ и въ предыдущихъ опытахъ.

О П Ы Т Ъ № 5.

Собака, кобель, изъ породы таксовъ, вѣсомъ 23,5 фунта. Опредѣленіе внутричерепного давленія. Порядокъ опыта см. таблицу № 5.

ТАБЛИЦА № 5.

№№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ ко- торое производи- лось измѣреніе давленія.	Давленіе крови въ артеріи.	Внутричерепное давленіе.	Грузъ.
I.	1 ч. 14 м.	—	125	111	25 ф.
		5 с.	126	109	
		55 с.	143	110,5	
	1 ч. 16 м.	10 с.	140	109	+ 5 ф.
		40 с.	137	107	
		1 ч. 17 м.	10 с.	138	
	30 с.	147	113		
	60 с.	133	111,5		
	II.	1 ч. 18 м.	—	133	114,5
10 с.			122	117	
30 с.			126	110	
70 с.			118	108	
1 ч. 20 м.		10 с.	107	111	СНЯТЬ ВЕСЬ.
		70 с.	124	112	
		—	128	113	
1 ч. 22 м.	10 с.	123	110,5		
	1 ч. 23 м.	30 с.	126	110	+ 5 ф.
		40 с.	124	100	
		90 с.	125	109	
		125 с.	132	111	
1 ч. 25 м.	10 с.	124	112	СНЯТЬ ВЕСЬ.	
	30 с.	119	112,5		
	90 с.	129	114		
	IV.	1 ч. 28 м.	—		126
10 с.			131	115	
90 с.			130	114	
1 ч. 31 м.	10 с.	126	115	СНЯТЬ ВЕСЬ.	
	90 с.	134	116		

Дыханіе 3 въ 10 с. Послѣ нагрузки 4 въ 10 с., въ концѣ нагрузки
5 въ 20 с. и послѣ снятія груза 3 въ 10 с.

№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ ко- торое производи- лось измѣреніе давленія.	Давленіе крови въ артеріи.	Внутричерепное давленіе.	Грузъ.
V.	1 ч. 41 м.	—	158	148	40 ф.
		7 с.	155	104	
		80 с.	158	103	
		125 с.	159	104	
		150 с.	159	105	
		1 ч. 45 м.			
Дыханіе участилось, на нѣсколько разъ въ минуту.					
		5 с.	158	107	
		100 с.	161	107	
VI.	1 ч. 57 м.	—	150	106,5	10 ф.
		10 с.	146	104	
	1 ч. 58 м.	20 с.	149	104	+ 10 ф.
		30 с.	149	104	+ 10 ф.
	1 ч. 59 м.	60 с.	156	103,5	+ 5 ф.
		85 с.	152	101	+ 5 ф.
		100 с.	154	103	
	2 ч. 1 м.	130 с.	152	102	
		—			— 5 ф.
		10 с.	160	101,5	— 5 ф.
		25 с.	160	103	— 10 ф.
		35 с.	160	104	— 10 ф.
		50 с.	156	104	— 10 ф.
	2 ч. 3 м.	60 с.	154	104	
		90 с.	160	108	
110 с.		155	107		

Какъ видно изъ таблицы № 5 внутричерепное давленіе во время вытяженія падаетъ, между тѣмъ какъ давленіе въ периферическихъ артеріяхъ повышается, послѣ же снятія груза наблюдается повышеніе внутричерепного давленія и цифра его высоты теперь даже нѣсколько большая, чѣмъ до начала вытяженія. Артеріальное давленіе повышается во все время вытяженія и падаетъ послѣ снятія груза. Происходитъ ли нагрузка сразу или постепенно, ха-

рактерь измѣненій внутричерепного давленія остается тотъ же, при медленной нагрузкѣ явленія только выражены не такъ рѣзко. Измѣненіе внутричерепного давленія подъ вліяніемъ вытяженія позвоночника см. на прилагаемыхъ кривыхъ № 6 (сеансъ 1) и 7 (сеансъ 6).

ОПЫТЪ № 6.

Собака, кобель, изъ породы понтеровъ, вѣсомъ 1 п. 14 ф. Опредѣленіе внутричерепного давленія. Первые пять сеансовъ произведены безъ наркоза, 6, 7, 8, 9 и 10 въ наркозѣ. Наркозъ былъ морфійный (1,2 куб. сант. 3% раствора морфія + немного хлороформа). Порядокъ опыта см. въ таблицѣ № 6.

ТАБЛИЦА 6.

№№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ ко- торое производи- лось измѣреніе.	Давленіе крови въ артеріи.	Внутричерепное давленіе.	Грузъ.
I.	2 ч. 43 м.	—	120	102	64 ф.
		10 с.	114	106	
		30 с.	117	112	
	2 ч. 44 м.	—	120	110	снять весь.
		20 с.	120	110	
		70 с.	118	111	
II.	2 ч. 46 м.	—	122	102	40 ф.
		2 с.	123	100	
		10 с.	122	103	
		40 с.	117	114	
		110 с.	123	114	
	2 ч. 48 м.	—	118	115	снять весь.
		40 с.	120	115	

№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ ко- торое производил- ось измереніе.	Давленіе крови въ артеріи.	Внутричерепное давленіе.	Грузъ.
III.	2 ч. 52 м.	—	118	91	50 ф.
		10 с.	111	90	
		12 с.	113	79	
		15 с.	93	90	
		20 с.	99	91	
		40 с.	112	92	
		60 с.	119	93	
	2 ч. 55 м.	110 с.	119	93	СНЯТЬ ВЕСЬ.
		5 с.	103	93	
		15 с.	107	92	
		30 с.	119	92	
		50 с.	122	95	
		100 с.	114	97	
		160 с.	120	100	
IV.	2 ч. 59 м.	—	112	97	40 ф.
		3 с.	110	96	
		5 с.	105	92	
		7 с.	108	78	
		9 с.	106	96,5	
		20 с.	104	95	
		30 с.	110	94	
		60 с.	110	94	
		110 с.	116	92	
		3 ч. 1 м.	5 с.	110	
	10 с.		112	94	
	30 с.		113	94	
	60 с.		116	94,5	
	V.	3 ч. 12 м.	—	84	91
5 с.			82	91,5	
10 с.			89	92,5	
30 с.			95	92	
60 с.			97	91	

№ ссапсовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ ко- торое пронзоди- лось измѣрение.	Давленіе крови въ артеріи.	Внутричерепное давленіе.	Грузъ.
		90 с.	97	94	
		170 с.	95	92	
	3 ч. 16 м.				снять весь.
		5 с.	91	92,5	
		7 с.	101	75	
		10 с.	70	87	
		100 с.	88	94	
		125 с.	80	94	
		130 с.	83	85	
<hr/>					
VI.	3 ч. 27 м.	—	83	88	40 ф.
		2 с.	87	86	
		5 с.	78	89,5	
		10 с.	69	91	
		30 с.	90	88	
		60 с.	89	90,5	
		180 с.	89	91,5	
	3 ч. 31 м.				снять весь.
		3 с.	83	81	
		5 с.	79	91	
		60 с.	92	90	
		85 с.	95	94	
		120 с.	92	93	
<hr/>					
VII.	3 ч. 39 м.	—	83	97	40 ф.
		20 с.	86	94	
		60 с.	81	94,5	
		90 с.	73	93	
		110 с.	77	96	
		130 с.	77	94,5	
	3 ч. 42 м.				снять весь.
		5 с.	71	94,5	
		15 с.	79	94,5	
		30 с.	80	97	
		60 с.	84	95,5	
<hr/>					
	3 ч. 46 м.	—	91	125	20 ф.
		5 с.	92	126,5	

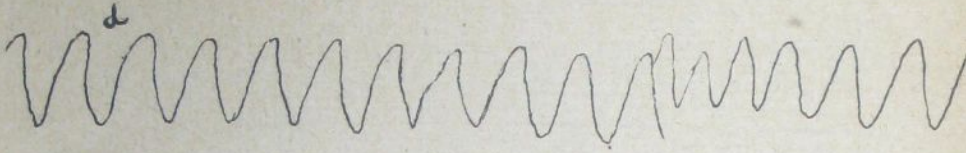
№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ ко- торое производи- лось извѣрженіе.	Давленіе крови въ артеріи.	Внутричерепное давленіе.	Грузъ.
		30 с.	89	125	+ 10
		40 с.	90	125	+ 10
		50 с.	88	127	+ 10
		80 с.	86	126	+ 5
		100 с.	85	125,5	+ 5
		110 с.	87	128	
		120 с.	89	129	
		160 с.	88	126	
	3 ч. 50 м.				снять весь.
		5 с.	90	127	
		25 с.	90	127	
<hr/>					
IX.	3 ч. 53 м.	—	115	80	50 ф.
		5 с.	110	80	
		25 с.	126	82	+ 10 ф.
		55 с.	108	80	
		80 с.	112	83	
		100 с.	115	81	
		180 с.	115	80	
	3 ч. 56 м.				— 10 ф.
		5 с.	113	81	
		30 с.	117	82	
		140 с.	127	83	
		180 с.	128	80	
		250 с.	128	80	
		260 с.	131	94 *)	
		390 с.	125	96	
	4 ч. 2 м.				— 50 ф.
		5 с.	115	95	
		20 с.	129	98	
		40 с.	130	100	
		100 с.	125	103	
		140 с.	123	105	
<hr/>					
X.	4 ч. 10 м.	—	125	108	50 ф.
		5 с.	109	107	

*) Поднято искусственно.

α

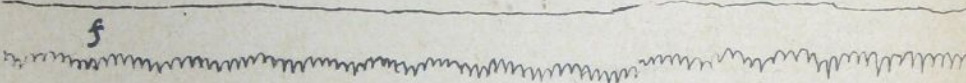
+50

№ X продолжение.

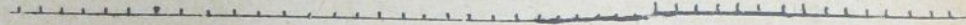


e

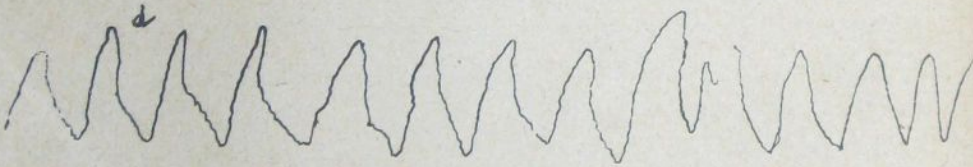
f



d

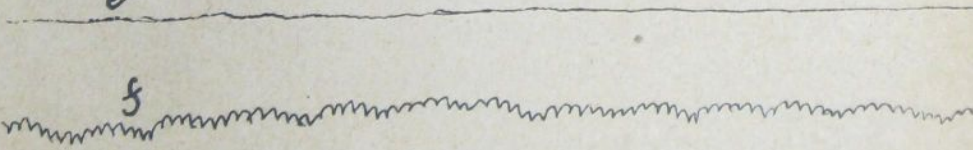


№ X продолжение.

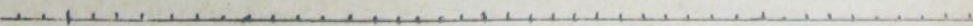


e

f



d



№№ сеансовъ.	Время начала и конца опыта.	Время, черезъ которое произво- дилось измѣреніе.	Давленіе крови въ артеріи.	Внутричерепное давленіе.	Г р у з ъ.
		10 с.	112	107	
		35 с.	126	108	
		70 с.	122	107	
		110 с.	127	108	
	4 ч. 13 м.				снять весъ.
		3 с.	110	107	
		5 с.	122	107	
		15 с.	128	108	
		30 с.	130	109	
		80 с.	133	112	

Измѣненія внутричерепного давленія и давленія въ бедреной артеріи во время первыхъ двухъ сеансовъ выражались поднятіемъ перваго и паденіемъ втораго, но съ третьяго сеанса паденіе внутричерепного давленія подъ вліяніемъ вытяженія стало обнаруживаться сильнѣе, къ концу вытяженія и послѣ снятія гирь внутричерепное давленіе однако опять поднималось. Слѣдуетъ отмѣтить, что въ наркозѣ колебанія внутричерепного давленія, въ особенности при постепенной нагрузкѣ, очень незначительны. На прилагаемыхъ кривыхъ № 8, 9 и 10 (сеансы 4, 6 и 9) можно видѣть колебанія внутричерепного давленія, во время вытяженія позвоночника у наркотизированнаго и не наркотизированнаго животнаго, при постепенной и быстрой нагрузкѣ и снятіи тяжестей. Вскрытіе убитаго послѣ опыта животнаго макроскопически обнаружило гиперемію спинного мозга и его оболочекъ.

На основаніи нашихъ опытовъ съ изслѣдованіемъ мозгового кровообращенія во время вытяженія позвоночника мы считаемъ себя вправѣ придти къ заключенію, что вытяженіе дѣйствительно имѣетъ вліяніе на состояніе кровообращенія въ сосудахъ головного мозга. Во время вытяженія наблюдается суженіе мозговыхъ артерій, повышеніе артеріальнаго давленія и пониженіе внутричерепного давленія,

вслѣдъ за чѣмъ въ послѣдующія минуты вытяженія и послѣ снятія груза наступаетъ расширеніе мозговыхъ сосудовъ, пониженіе артеріальнаго давленія и повышеніе внутрочерепного давленія.

Какимъ образомъ слѣдуетъ объяснить себѣ только что описанныя измѣненія кровообращенія сосудовъ головного мозга? Прежде всего слѣдуетъ отмѣтить, что измѣненія эти не однороднаго характера и вызываемая вытяженіемъ гиперемія сосудовъ центральной нервной системы предшествуется, какъ мы видѣли, ихъ анеміей. Имѣя это въ виду, вѣроятноѣ всего объяснить себѣ дѣйствіе вытяженія позвоночника такимъ образомъ: вслѣдствіе происходящаго при подвѣшиваніи и сгибаніи вытяженія мышцъ, связокъ, периферическихъ нервовъ, корешковъ, равно какъ оболочекъ и самаго вещества спинного мозга, вызывается рефлекторное раздраженіе сосудодвигательнаго центра; сосудодвигательный центръ кромѣ того раздражается и прямымъ путемъ черезъ непосредственное вліяніе подвѣшиванія на продолговатый мозгъ. Вслѣдствіе возбужденія сосудодвигательнаго центра вызывается сокращеніе артерій и повышеніе кровяного давленія. Продолжающееся однако дѣйствіе вытяженія вызываетъ затѣмъ преобладаніе раздраженія депрессорныхъ волоконъ, идущихъ, какъ извѣстно, во всѣхъ чувствительныхъ нервахъ рядомъ съ прессорными волокнами (*Landois*, стр. 947). Здѣсь кромѣ того надо имѣть въ виду изслѣдованія *Knoll*'я, который доказалъ, что всякая преходящая анемія мозговыхъ сосудовъ и сама по себѣ уже влечетъ за собою послѣдующее расширеніе ихъ и гиперемію (*Landois*, стр. 1002).

Такимъ образомъ при вытяженіи создаются условія для возникновенія послѣдующей за анеміей гипереміи, которая, какъ это видно и изъ нашихъ опытовъ, болѣе значительна и длится бѣльшій промежутокъ времени.

Глава III.

Клиническія наблюденія надъ вліяніемъ вытяженія позвоночника при леченіи нервныхъ болѣзней.

Изложенію клиническихъ наблюденій мы считаемъ необходимымъ предпослать нѣсколько строкъ, гдѣ вкратцѣ кос-

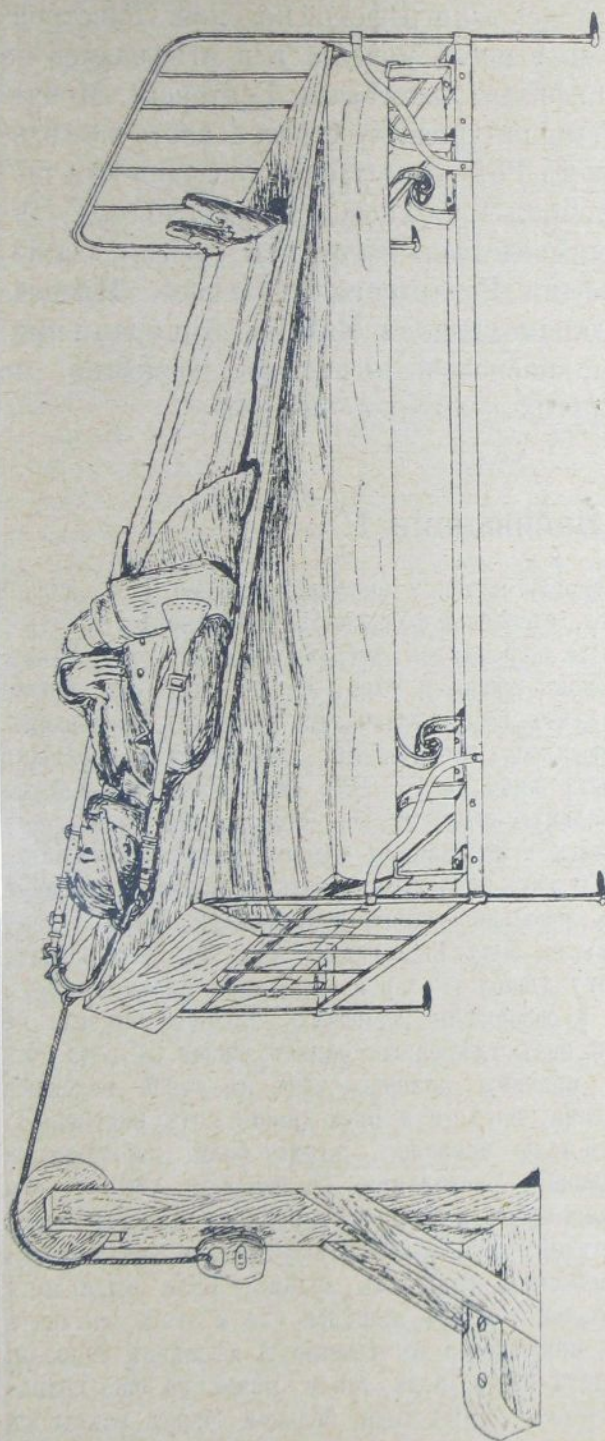


Рис. 12.

немыя методовъ, которыми мы пользовались. Подвѣшиванія производились нами на аппаратъ Спримона-Бехтерева; для стибанія позвоночника мы пользовались столомъ Gilles de la Tourette'a и Chirault'a, выписаннымъ клиникомъ душевныхъ и нервныхъ болѣзней отъ Chazal'я изъ Парижа; кроватьное вытяженіе примѣнялось нами такъ, какъ это показано на рис. 12.

Что касается методовъ наблюденія, то о состояніи зрачковъ во время вытяженія мы судили по фотографическимъ снимкамъ, сдѣланнымъ нами до сеанса, во время сеанса и тотчасъ послѣ. Походка записывалась до начала леченія и послѣ на длинныхъ листахъ обойной бумаги, при чемъ

стоны больного намазывались типографской краской. Разстройства чувствительности до и послѣ леченія или отмѣчались на рисункахъ, или же въ цифрахъ болямѣрами Бехтерева, Мочутковского и Кульбина. Температурная чувствительность изслѣдовалась термоэстезиометромъ Рота. Замедленіе проводимости чувства боли наблюдалось помощью обыкновенныхъ секундныхъ часовъ. Пульсъ, кромѣ непосредственнаго счета и прощупыванія, записывался сфигмографами Ричардсона и Jасquet. Мышечная сила измѣрялась динамометромъ Mathieu. Во время примѣненія вытяженія мы, насколько это было возможно, не назначали никакихъ другихъ методовъ леченія.

Наблюденіе I.

11 декабря 1894 г. въ нервную клинику поступилъ больной Г. Э., мѣщанинъ Ковенской губерніи, 52 л., отставной фельдшеръ, лютеранинъ, женатый.

Анамнезъ. Отецъ больного пользовался всегда хорошимъ здоровьемъ, не пилъ, велъ умѣренный образъ жизни и умеръ на 30 году отъ брюшного тифа. Мать умерла 65 лѣтъ, всегда отличалась крѣпкимъ здоровьемъ. Въ роднѣ никогда не наблюдалось заболѣваній душевными и нервными болѣзнями, многіе изъ родныхъ жили до 75—80 лѣтъ. Самъ больной на 3 году жизни перенесъ натуральную оспу, на 10—корь, а на 37-мъ году сифилисъ, отъ котораго лечился неисправно и недолго іодистымъ калиемъ, втираній вовсе не дѣлалъ. 10 лѣтъ тому назадъ больной перенесъ брюшной тифъ и кромѣ того страдалъ довольно сильно лихорадками. Лѣтъ 6 тому назадъ сильно ушибся, упавъ на бокъ. Еще ранѣе, лѣтъ 30 тому назадъ, онъ также подвергся сильному ушибу. Больной недавно женился и имѣетъ дочь, родившуюся въ срокъ и совершенно здоровую. Больной никогда не злоупотреблялъ алкоголемъ и велъ умѣренный образъ жизни. 4 года тому назадъ у него безъ всякой причины появился зудъ на лѣвой половинѣ груди, усиливающийся во время потѣнія и проходившій отъ растиранія. Черезъ годъ на этихъ же мѣстахъ появились жгучія боли, періодически усиливающіяся, тоже уступавшія растиранію. Съ февраля 1894 г. эти боли приняли стрѣляющій характеръ и распространялись въ видѣ пояса на обѣ половины грудной клѣтки, хотя сильнѣе выражались почти всегда съ лѣвой стороны и сопровождались сильнымъ зудомъ. Боли были такъ сильны и постоянны, что больной совсѣмъ лишился сна и могъ засыпать только съ хлораломъ. Послѣ примѣненія въ теченіе 2 мѣсяцевъ хлорала, салициловаго натра и іодистаго калия боли стали рѣже, но еще сохранили колющій характеръ. Лѣтомъ 1894 года больной бралъ ванны въ Старой Руссѣ. Сначала онъ чувствовалъ себя хорошо, но къ осени боли

опять возвратились. Въ настоящее время больной жалуется на сильныя стрѣляющія боли въ окружности лѣваго соска и въ лѣвой лопаткѣ, наступающія при приведеніи рукъ, особенно лѣвой, къ груди, поэтому онъ всегда держится въ согнутой позѣ съ отведенными отъ туловища руками. Боли иногда бываютъ настолько сильны, что, по словамъ больного, вызываютъ даже головокруженіе. Когда у больного развиваются запоры и животъ вздувается газами, эти боли распространяются въ лѣвую ногу, а иногда и въ лѣвую руку и даже въ правыя конечности, вмѣстѣ съ тѣмъ появляются спазмы въ кишкахъ и иногда эрекция. Въ рукахъ и ногахъ больной почти всегда ощущаетъ холодъ, онѣмѣніе и ползаніе мурашекъ.

Status praesens. Грудная клѣтка въ передне-заднемъ діаметрѣ немного сужена. Съ передней поверхности она сильно уплощена, реберныя промежутки вдавлены. Напротивъ того, въ боковомъ діаметрѣ, и именно въ нижней своей части грудная клѣтка расширена, ребра при дыханіи остаются неподвижными, и дыханіе поэтому представляется исключительно брюшнымъ. Позвоночникъ представляетъ равномерное искривленіе въ грудной части съ выпуклостью сзади, при постукиваніи не болѣзненъ, лишь при сильномъ постукиваніи въ области остистаго отростка третьяго грудного позвонка обнаруживается слабая болѣзненность. Зрачки нѣсколько сужены; измѣненій со стороны поля зрѣнія нѣтъ. Больной жалуется на скорую усталость при ходьбѣ, задержку мочеиспусканія и запоры. Въ грудной части позвоночникъ совершенно неподвиженъ, въ шейной же и поясничной части движенія позвоночника крайне ограничены. Изъ кожныхъ рефлексовъ межлопаточный ясно выраженъ на правой сторонѣ, брюшной и надчревной отсутствуют на обѣихъ сторонахъ, ягодичный справа ясно выраженъ, слѣва—отсутствуетъ. Cremaster'овый рефлексъ повышенъ, равно какъ и подошвенный. Изъ сухожильныхъ рефлексовъ локтевыя (на *triceps* и *biceps*), а также и колѣнный на обѣихъ ногахъ сильно повышены. Рефлексъ съ Ахилова сухожилія выраженъ хорошо, но справа яснѣе. Мышечная сила правой руки 25, а лѣвой 24 килогр. Мышечная сила ногъ нормальна. Мышечное чувство нигдѣ не нарушено. При изслѣдованіи больного уколами булавки, на большей части груди и грудной части спины кромѣ болевого чувства онъ испытываетъ чувство жженія, а при болѣе сильныхъ уколахъ—сильный зудъ. Чувствительность къ фарадическому току представляется по вышеуказаннымъ границамъ повышенной. Вмѣстѣ съ тѣмъ въ области лѣваго соска и въ надлопаточной области обнаруживается легкая анестезія. Осозательная чувствительность представляетъ также извращеніе,—вмѣсто осозательнаго раздраженія воспринимается чувство жженія и зуда въ кожѣ. Мѣстами въ тѣхъ же областяхъ наблюдается температурная анестезія, выражающаяся пониженіемъ чувствительности къ холоду и извращеніемъ ощущенія. Въ рукахъ и ногахъ болевая чувствительность ослаблена, особенно она понижена въ рукахъ. Со стороны мочевого пузыря и прямой кишки также существуютъ разстройства функціи, выражающіяся небольшой задержкой при мочеиспусканіи и запоромъ.

Съ 8 января больному начаты *подвѣшиванія* на аппаратъ Спримона-Бехтерева.

Мѣсяцъ и число.	Время подвѣшиванія.	Грузъ въ фунтахъ.	Пульсъ.			Дыханіе.		
			До подв.	Во время.	Послѣ подв.	До подв.	Во время.	Послѣ подв.
1895 г.	7 ч. 40 м.	50	96	—	—	—	—	—
Январь.	7 ч. 49 м.	—	—	98	—	—	—	—
8	7 ч. 53 м.	—	—	100	—	—	—	—
	7 ч. 57 м.	—	—	104	—	—	—	—
	8 ч. — м.	—	—	—	108	—	—	—

Зуда во время подвѣшиванія не наблюдается. Зрачки безъ измѣненій, свѣтовая реакція ихъ довольно жива. **Myosis**, какъ и до подвѣшиванія.

9.	8 ч. — м.	60	86	—	—	17	—	—
	8 ч. 9 м.	—	—	84	—	—	17	—
	8 ч. 15 м.	—	—	88	—	—	16	—
	8 ч. 18 м.	—	—	—	88	—	—	16

Зрачки, немного расширились. Сегодня днемъ послѣ вчерашняго подвѣшиванія зудъ и жженіе въ груди, особенно слѣва, ощущаются меньше. Субъективныя ощущенія (парѣстезіи и дизѣстезіи) во время подвѣшиванія значительно меньше, больной даетъ трогать грудь и не говоритъ, что «палить», какъ огнемъ». Пульсъ послѣ подвѣшиванія полнѣе.

10	8 ч. 6 м.	65	88	—	—	—	—	—
	8 ч. 12 м.	—	—	92	—	—	—	—
	8 ч. 16 м.	—	—	94	—	—	—	—
	8 ч. 20 м.	—	—	—	96	—	—	—

8 ч. 6 м. зрачки безъ измѣненій. 8 ч. 16 м. пульсъ полнѣе, послѣ подвѣшиванія еще полнѣе.

11.	2 ч. 5 м.	70	92	—	—	20	—	—
	2 ч. 10 м.	—	—	88	—	—	20	—
	2 ч. 15 м.	—	—	92	—	—	18	—
	2 ч. 20 м.	—	—	—	92	—	—	—

Дрожаніе рукъ. Зрачки во время подвѣшиванія расширились. Неприятныя ощущенія въ кожѣ груди и спины настолько проходятъ во время подвѣшиванія, что больной готовъ спать въ это время. Дыханіе глубже. Послѣ снятія груза опять «зажгло и закололо», 2 ч. 20 м. немного кружится голова.

12.	2 ч. 45 м.	75	88	—	—	21	—	—
	2 ч. 50 м.	—	—	92	—	—	22	—
	2 ч. 55 м.	—	—	92	—	—	24	—
	3 ч. — м.	—	—	96	—	—	21	—
	3 ч. 5 м.	—	—	—	88	—	—	22

Пульсъ безъ измѣненія (по напряженію). Во время наложенія наибольшаго груза появились ощущенія «горѣнія» въ груди, которыя черезъ 1 м. прошли. Немного кружится голова.

Мѣсяцъ и число.	Время подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунтахъ.	П у л ь с ь.			Д ы х а н і е.		
			До подв.	Во время.	Послѣ подв.	До подв.	Во время.	Послѣ подв.
13.	2 ч. 50 м.	85	88	—	—	20	—	—
	2 ч. 55 м.	—	—	92	—	—	22	—
	3 ч. — м.	—	—	96	—	—	22	—
	3 ч. 5 м.	—	—	98	—	—	22	—
	3 ч. 10 м.	—	—	—	92	—	—	21

Боли меньше. Чувствуетъ себя хорошо. Пульсъ полнѣе. Голова некружится.

15.	1 ч. — м.	80	88	—	—	17	—	—
	1 ч. 5 м.	—	—	90	—	—	20	—
	1 ч. 10 м.	85	—	92	—	—	18	—
	1 ч. 15 м.	85	—	100	—	—	18	—
	1 ч. 20 м.	—	—	—	94	—	—	20

1 ч. 5 м. самочувствіе гораздо лучше. 1 ч. 10 м. дыханіе глубже.

16.	5 ч. 52 м.	80	90	—	—	—	—	—
	6 ч. — м.	—	—	100	—	—	—	—
	6 ч. 5 м.	—	—	100	—	—	—	—
	6 ч. 12 м.	—	—	—	104	—	—	—

Во время подвѣшиванія самочувствіе значительно улучшается. Свѣтлая реакція зрачковъ безъ измѣненій. Парѣстезии и дизѣстезии (при уколахъ чувство жженія) во время подвѣшиванія значительно меньше. Зрачки также увели. Пульсъ во время сеанса полнѣе и напряженнѣе, послѣ сеанса чаще, но не такъ полноѣ.

17.	—	80	—	—	—	—	—	—
-----	---	----	---	---	---	---	---	---

Зрачки во время сеанса расширились. На груди уколы ощущають, какъ «теплое, но не горячее», какъ раньше.

18.	1 ч. 22 м.	—	84	—	—	20	—	—
	1 ч. 27 м.	50	—	92	—	—	24	—
	1 ч. 32 м.	80	—	84	—	—	—	—
	1 ч. 42 м.	—	—	88	—	—	—	—
	1 ч. 47 м.	—	—	—	—	—	—	—

Субъективное ощущеніе стрѣляющихъ болей и зуда въ туловищѣ исчезло, при дотрогиваніи же или уколахъ булавкой боли и зудъ появляются, хотя выражены слабѣе. 1 ч. 27 м. зрачки шире, пульсъ слабѣе. 1 ч. 32 м. пульсъ полнѣе, зрачки еще шире, реакція на свѣтъ живая. По снятіи съ аппарата сейчасъ же возобновились боли и зудъ.

19.	1 ч. 17 м.	80	88	—	—	—	—	—
	1 ч. 27 м.	—	—	92	—	—	—	—
	1 ч. 32 м.	—	—	—	96	—	—	—

1 ч. 27 м. зрачки шире, хорошо реагируютъ на свѣтъ; ощущенія зуда и болей почти нѣтъ. Уменьшеніе зуда начинаетъ чувствовать съ 30 ф. вѣса, съ прибавленіемъ груза зудъ все болѣе и болѣе уменьшается и на 80 ф. почти исчезаетъ. Пульсъ напряженный.

20 января сеансъ подвѣшиванія продолжался 18 мин., грузъ 80 ф. Зрачки во время подвѣшиванія расширились. Чувствуя себя очень хорошо во время подвѣшиваній, больной однако вскорѣ послѣ сеанса, часа черезъ 1½—2 начиналъ испытывать прежнее состояніе. Послѣ 12 сеанса подвѣшиванія оставлены. Больному назначено ртутное и іодистое леченіе и фарадизація. Фарадизація нѣсколько успокаивала парѣстезіи больного. Къ 2 апрѣля сеансы фарадизаціи перестали оказывать успокаивающее дѣйствіе, и больной просилъ снова начать ему подвѣшиванія, такъ какъ во время висѣнія онъ всетаки чувствовалъ себя лучше. Сеансы снова начаты съ 4 апрѣля, дѣлались черезъ день, грузъ 80 фунтовъ, продолжительность до 20 минутъ. Во второй серіи сеансовъ, продолжавшихся до 1 іюня 1895 года, сдѣлано было 25 подвѣшиваній. 1 іюня больной выписанъ изъ клиники. При выпискѣ отмѣчено слѣдующее: держать голову больной можетъ теперь прямѣе. Постукиваніе по позвоночнику неболезненно, но вызываетъ ощущеніе зуда и жженія въ грудной области. При походкѣ также держитъ позвоночникъ неподвижно. Активные движенія въ позвоночникѣ такъ же ограничены, какъ и раньше. Зрачки умѣренной широты и равнѣ наблюдававшихся myosis'a нѣтъ; аккомодативная реакція нормальна, свѣтовая рѣзко ослаблена. Надчревный рефлексъ ослабленъ, брюшной нѣтъ, ягодичный слабъ, яичковый повышенъ, подошвенный рефлексъ также; сухожильные рефлексы верхнихъ конечностей также повышены; колѣнный рефлексъ первые нѣсколько разъ получается очень живой, но затѣмъ быстро истощается; рефлексъ съ Ахиллова сухожилія ослабленъ. Дермографизмъ. Нервные стволы верхнихъ конечностей къ давленію мало чувствительны. Фарадическая возбудимость нервовъ и мышцъ верхнихъ конечностей 90 m.m. и нижнихъ 65. Гальваническая возбудимость нормальна. Механическая мышечная возбудимость верхнихъ конечностей повышена. Осязательная чувствительность нормальна, прикосновеніе теперь не вызываетъ зуда и жженія, какъ раньше; мѣсть анестезіи не замѣчается. Только глубокіе уколы булавкой сопровождаются зудомъ. На спинѣ замѣчается пониженіе температурной чувствительности, — разницу въ 4° больной не различаетъ. Кожная чувствительность къ фарадическому току, бывшая ранѣе на мѣстѣ анестезіи 60 m.m., въ настоящее время повышена и равна 145 m.m. На остальныхъ мѣстахъ она осталась въ старыхъ границахъ — 80—110 m.m. Стоять и ходить больной можетъ дольше, менѣе устаетъ. Мышечная сила, измѣренная динамометромъ, въ правой рукѣ равна 40, въ лѣвой 55 ф. Тазовые органы въ порядкѣ. Жалобы сводятся на чувство давленія въ груди, на неподвижность позвоночника въ шейной и грудной областяхъ. Согрѣванія грудной области больной не переноситъ, какъ и раньше, съ тою лишь разницею, что ранѣе парѣстезіи чувствовались поверхностнѣе, теперь онѣ чувствуются глубже. Въ октябрѣ 1895 года больной снова былъ принятъ въ клинику. Состояніе его снова ухудшилось, и онъ представлялъ тѣ же явленія, что и при поступленіи въ 1894 году. Новая серія подвѣшиваній не имѣла никакого вліянія и потому они были оставлены.

Заключеніе. Непосредственное вліяніе подвѣшиванія у нашего больного со *сращеніемъ позвоночника*¹⁾ выразилось въ уменьшеніи парэстезій, расширеніи зрачковъ и улучшеніи ихъ свѣтовой реакціи, ускореніи пульса и дыханія, — послѣдняго не всегда. Что же касается вліянія подвѣшиванія на теченіе болѣзни, то здѣсь трудно сказать что-либо опредѣленное, такъ какъ теченіе самой болѣзни, — одеревенѣлости позвоночника, — еще не установлено окончательно. Несомнѣнно лишь то, что подвѣшиваніе здѣсь оказало только временное дѣйствіе на улучшеніе парэстезій, разстройства чувствительности и разстройства тазовыхъ органовъ.

Наблюденіе II.

30 декабря 1894 г. въ клинику нервныхъ болѣзней принятъ больной *В. К—скій*, 32 лѣтъ, уроженецъ С.-Петербургской губ., холостой, чертежникъ. Главныя жалобы больного сводятся на боли въ грудной части позвоночника, боли эти не позволяютъ ему свободно ни ходить, ни стоять; съ трудомъ онъ можетъ сидѣть; въ лежачемъ положеніи болей нѣтъ; въ въ обоихъ бедрахъ ощущенія, которыя больной характеризуетъ словами: «грызеть что то внутри». Моча идетъ плохо, слабой струей, съ перерывами.

Анамнезъ. Отецъ умеръ 48 л., по словамъ больного, «отъ простуды», вышиваль порядочно, но рѣдко; мать, 70 л., пользуется до настоящаго времени хорошимъ здоровьемъ. Въ роду больного не замѣчалось никакихъ нервныхъ, душевныхъ и друг. болѣзней. Братъ и сестра больного здоровы по настоящее время, второй братъ умеръ взрослымъ неизвѣстно отъ какой болѣзни. Въ дѣтствѣ больной отличался хорошимъ здоровьемъ, перенесъ только корь. Съ 13—14 лѣтъ сталъ заниматься чертежнымъ ремесломъ, чѣмъ занимается и теперь. Занятія эти больной долженъ вести стоя за большимъ столомъ и ему приходится все время стоять въ полусогнутомъ положеніи. Такое сгибаніе позвоночника, почти ежедневное, по 6—8 час. въ сутки, продолжается лѣтъ 19—20. Съ 17 лѣтъ больной начинаетъ злоупотреблять алкоголемъ, нерѣдки были дни, когда онъ выпивалъ по 30 рюмокъ водки. Послѣ пьянства бывали припадки, ихъ было 5—6; во время припадковъ больной терялъ сознаніе, наблюдались судороги; припадковъ этихъ больной не помнитъ, но послѣ нихъ языкъ и губы обыкновенно бывали поранены. Года 4 тому назадъ былъ приступъ *delirii trementis* со слуховыми галлюцинаціями. Года 2 тому назадъ больной прекратилъ такія выпивки и ограничился рюмкой водки передъ обѣдомъ и ужиномъ. Сифилиса и триппера не имѣлъ. 6 л. тому назадъ былъ правосторонній плевритъ, который продолжался 6 недѣль и не оставилъ никакихъ послѣдствій. 2 года тому назадъ произошли въ жизни больного непріятности; около же 2-хъ лѣтъ у него появились боли въ поясницѣ, которыя проходили послѣ смазыванія іодной настойкой. Около

1) Интересующіеся этимъ заболѣваніемъ могутъ найти обстоятельное писаніе даннаго случая въ книгѣ проф. *В. М. Бехтерева*. „Нервные болѣзни въ отдѣльныхъ наблюденіяхъ.“ Вып. 2. 1899 г. Спб. Изданіе К. Л. Риккера.

года замѣчаетъ, что началъ худѣть. Съ полгода, какъ обнаружилъ у себя горбъ; послѣднее обстоятельство и заставило его обратиться въ клинику.

Status praesens: Зрачки расширены, на свѣтъ реагируютъ хорошо. Позвоночникъ въ нижней грудной части представляетъ сильно выраженный кифозъ; начиная съ 7-го грудного позвонка, остистые отростки сильно выступаютъ кзади, при чемъ самой выдающейся точкой является остистый отростокъ 10-го позвонка; тѣло 10-го позвонка и его остистый отростокъ сильно деформированы, — увеличены; въ менѣе рѣзкой степени тѣ же измѣненія замѣтны на 11, 12, 9 и 8 позвонкахъ. Животъ представляется выпяченнымъ, надчревная область особенно. Грудная клѣтка въ нижнемъ отдѣлѣ въ передне-заднемъ діаметрѣ увеличена. Нижнія ребра, начиная съ 6-го, у грудного конца выпячены впередъ. Линія алба въ нижней части скошена влѣво. Костный тазовой поясъ стоитъ неравномѣрно: лѣвая половина его приподнята, правая опущена. Кости нижнихъ конечностей также представляютъ нѣкоторое, хотя и незначительное отклоненіе отъ нормы, подколѣвные ямки сглажены и сильно выступаютъ кзади, *sop-dilus internus* выступаетъ больше внутри, чѣмъ это наблюдается нормально. Реберныя дуги у позвоночнаго столба болѣе, чѣмъ нормально, вы-

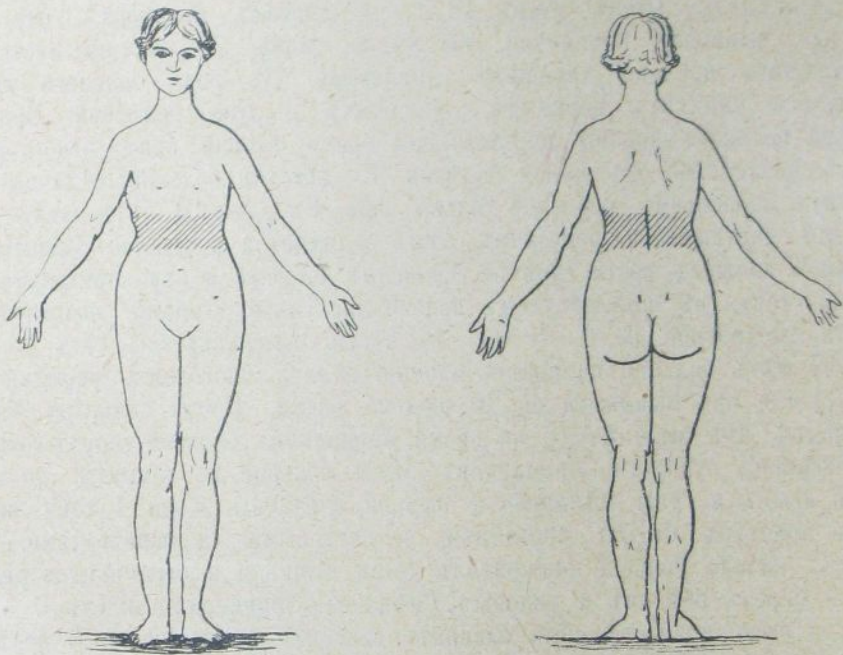


Рис. 13.

пячиваются кзади и круто спускаются отъ позвоночника. Чувствительность тактильная, болевая, озязательная и температурная безъ измѣненій, если не считать небольшого пояса гиперѣстезіи, границы котораго видны на прилагаемомъ рисункѣ (см. рис. 13). Сухожильные рефлексы въ нижнихъ конеч-

ностях рѣзко повышены, съ ахиллова сухожилія получается даже клонусъ; такое же клоническое дрожаніе получается и съ колѣнной чашки, при чемъ сухожильные рефлексы съ лѣвой стороны выражены нѣсколько сильнѣе, чѣмъ съ правой. Кожные рефлексы подошвенный и cremaster'овый повышены, брюшной рефлексъ почти отсутствуетъ, надчревный рефлексъ больше выраженъ справа, слѣва вялъ; анальный рефлексъ повышенъ. При раздраженіи внутреннихъ поверхностей бедеръ получается общій рефлексъ на нижнихъ конечностяхъ. При стояніи съ закрытыми глазами наблюдается незначительное покачиваніе; ходить больной съ трудомъ и только съ палкой. Походка такъ называемая «утиная». При пассивномъ сгибаніи въ колѣнномъ суставѣ чувствуется нѣкоторая ригидность. Мышечная сила въ нижнихъ конечностяхъ нѣсколько ослаблена. При движеніяхъ туловища жалуются на боль въ поясницѣ. Кромѣ того больной жалуются на затрудненное мочеиспусканіе и запоры.

Сначала больному было назначено іодистое леченіе и ванны 28°. Со 2-го января больному начато *подвѣшиваніе* на аппаратъ Сиримона-Бехтерева. На прилагаемой ниже таблицѣ можно видѣть нѣкоторыя данныя, касающіяся измѣненій, наблюдаемыхъ у больного при подвѣшиваніи, а равно и свѣдѣнія о продолжительности каждаго сеанса, о количествѣ груза и проч.

Мѣсяць и число.	Время подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунтахъ.	П у л ь с ь .			Д ы х а н і е .		
			До подв. время.	Во время.	Послѣ подв.	До подв. время.	Во время.	Послѣ подв.
1895 г.	3 ч. 9 м.	50	92	—	—	24	—	—
Январь	3 ч. 15 м.	—	—	88	—	—	24	—
2	3 ч. 21 м.	—	—	84	—	—	26	—
	3 ч. 25 м.	—	—	100	—	—	—	—
	3 ч. 27 м.	—	—	—	96	—	—	24

Самочувствіе хорошо. Зрачекъ во время подвѣшиванія нѣсколько суживается.

3.	8 ч. 44 м.	55	92	—	—	—	—	—
	8 ч. 55 м.	—	—	90	—	—	—	—
	9 ч. — »	—	—	90	—	—	—	—
		—	—	—	82	—	—	—
		—	—	—	88	—	—	—
4.	1 ч. 6 м.	60	92	—	—	—	—	—
	1 ч. 12 м.	—	—	100	—	—	—	—
	1 ч. 14 м.	—	—	108	—	—	—	—
	1 ч. 15 м.	—	—	104	—	—	—	—
	1 ч. 17 м.	—	—	88	—	—	—	—
	1 ч. 19 м.	—	—	92	—	—	—	—
	1 ч. 20 м.	—	—	—	92	—	—	—

Зрачки суживаются; послѣ снятія груза замѣчается боль въ поясницѣ; бывающія по временамъ опоясывающія боли во время подвѣшиванія проходятъ, послѣ подвѣшиванія вновь появляются. На прилагаемыхъ рисункахъ можно видѣть измѣненія пульса во время примѣненія подвѣшиванія. Кривыя пульса сняты сфигмографомъ Ричардсона. Рис. 14—пульсъ до подвѣшиванія; рис. 15 и 16—пульсъ во время подвѣшиванія и рис. 17—кривая пульса послѣ подвѣшиванія.

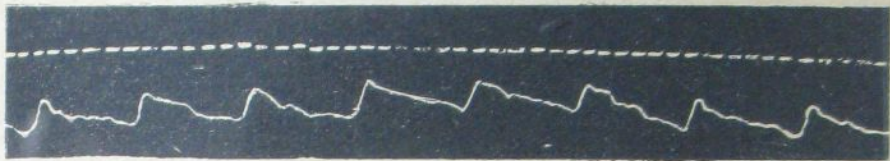


Рис. 14.

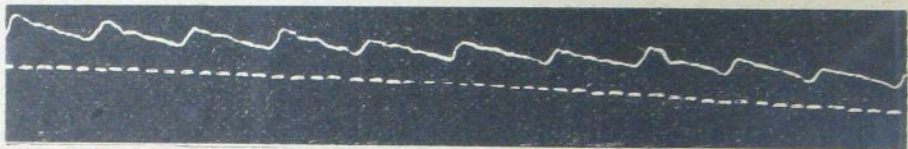


Рис. 15.

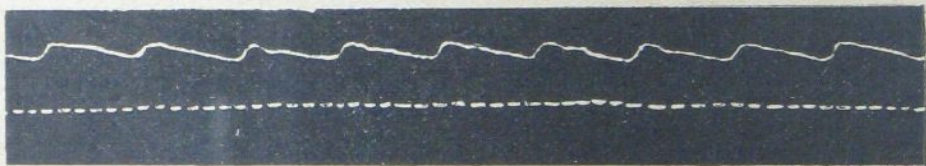


Рис. 16.



Рис. 17.

Мѣсяць и число.	Время подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунтахъ.	П у л ь с ь.			Д ы х а н і е.		
			До подв.	Во время.	Послѣ подв.	До подв.	Во время.	Послѣ подв.
5.	9 ч. 25 м.	65	86	—	—	—	—	
	9 ч. 30 м.	—	—	90	—	—	—	
	9 ч. 35 м.	снято 5	—	86	—	—	—	
	9 ч. 40 м.	снято 10	—	90	—	—	—	
	9 ч. 41 м.	снято 50	—	88	—	—	—	
			—	—	81	—	—	

Свѣтовая реакція очень хороша. Зрачки нѣсколько уже, чѣмъ прежде. По мѣрѣ сниманія гирь появляется опоясывающая боль, при чемъ сегодня она выражена сильнѣе, чѣмъ вчера. Пульсъ рѣже послѣ подвѣшиванія, но полнѣе. Зрачки послѣ подвѣшиванія такъ же, какъ и во время. Боль опоясывающая наблюдается и послѣ подвѣшиванія, но слабѣе, чѣмъ до сеанса. Ранѣе при поворотахъ туловища почти всегда при вставаніи чувствовалъ боль въ лѣвомъ боку (иногда переходила на правый и поясницу), больной испытывалъ даже какъ бы судорожное стягиваніе въ лѣвомъ боку. Сегодня этихъ явленій, — послѣ 4-го подвѣшиванія, — не наблюдалось и при поворотахъ туловища. Кромѣ того больной заявляетъ, что мочеотдѣленіе стало свободнѣе, и струя мочи вытекаетъ безъ перерывовъ. Рефлексы безъ измѣненій, чувствительность тоже.

Янв.	3 ч. — м.	70	84	—	—	—	—
6.	3 ч. 6 м.	—	—	92	—	—	—
	3 ч. 9 м.	—	—	96	—	—	—
	3 ч. 12 м.	—	—	96	—	—	—
	3 ч. 14 м.	—	—	92	—	—	—
	3 ч. 18 м.	—	—	—	80	—	—

Послѣ подвѣшиванія зрачки шире, чѣмъ до подвѣшиванія. Въ концѣ сеанса показался потъ на рукахъ, груди и спинѣ.

7.	6 ч. 50 м.	70	86	—	—	20	—
	6 ч. 59 м.	—	—	94	—	—	21
	7 ч. 2 м.	—	—	100	—	—	22
	7 ч. 5 м.	—	—	86	—	—	22
	7 ч. 7 м.	—	—	84	—	—	—
	7 ч. 9 м.	—	—	—	86	—	—

7 ч. 2 м. зрачки стали уже, чѣмъ до подвѣшиванія. 7 ч. 5 м. пульсъ полнѣе, но рѣже. 7 ч. 7 м. зрачки опять стали шире. Легкій потъ на кистяхъ рукъ. Дыханіе во время подвѣшиванія глубже.

8.	8 ч. 7 м.	75	96	—	—	—	—
	8 ч. 15 м.	—	—	96	—	—	—
	8 ч. 20 м.	—	—	102	—	—	—
	8 ч. 25 м.	—	—	84	—	—	—
	8 ч. 27 м.	—	—	90	—	—	—
		—	—	—	90	—	—

На прилагаемых кривых можно видеть измененія пульса: кривая 18 снята до подъѣшиванія, съ 19 по 24 — во время и 25 снята послѣ сеанса.

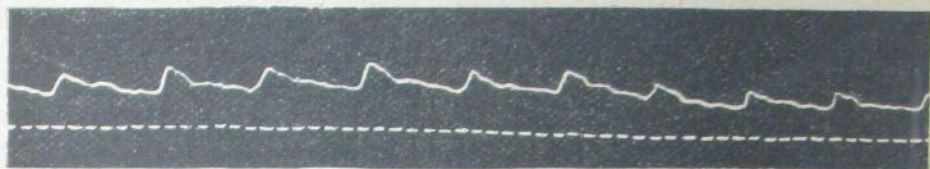


Рис. 18.

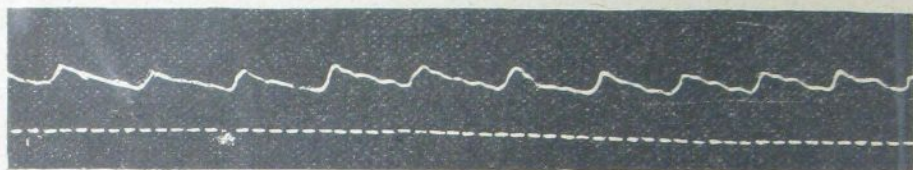


Рис. 19.

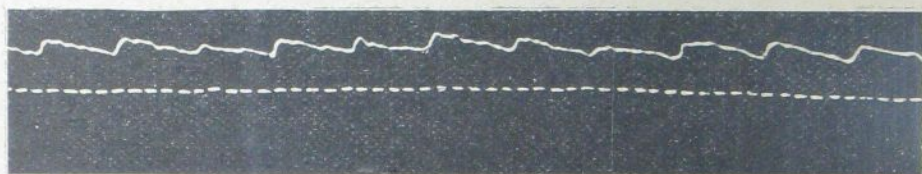


Рис. 20.

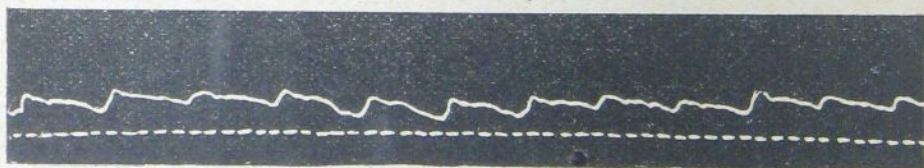


Рис. 21.

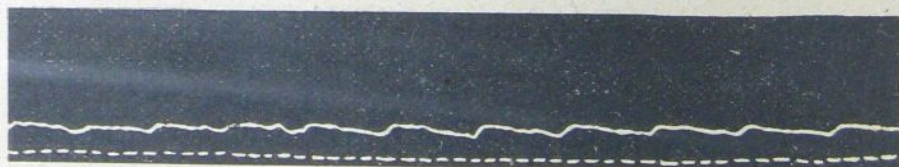


Рис. 22.

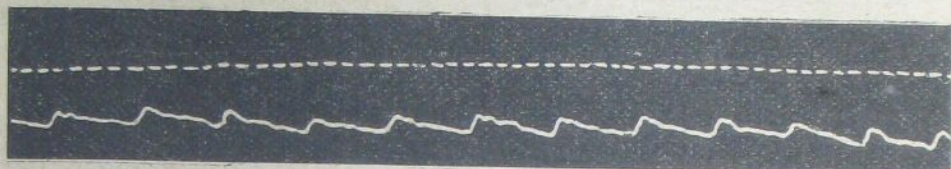


Рис. 23.

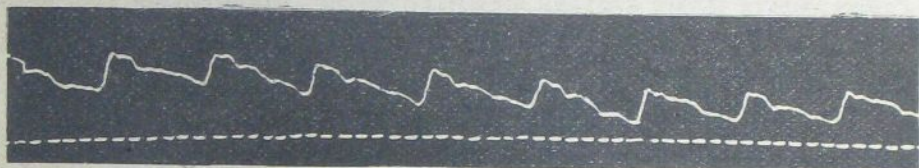


Рис. 24.

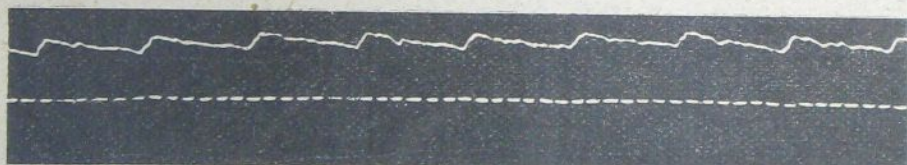


Рис. 25.

Мѣсяць и число.	Время подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунтахъ.	П у л ь с ь.			Д ы х а н і е.		
			До подв.время.	Во подв.	Послѣ подв.	До подв.время.	Во подв.	Послѣ подв.
9.	8 ч. 27 м.	75	92	—	—	20	—	—
		—	—	—	—	—	—	—
	8 ч. 35 м.	—	—	100	—	—	20	—
	8 ч. 40 м.	—	—	102	—	—	24	—
	8 ч. 42 м.	—	—	100	—	—	26	—
	8 ч. 45 м.	—	—	—	88	—	—	20

8 ч. 27 м. зрачки сначала нѣсколько сузились, а потомъ вернулись къ прежней величинѣ. 8 ч. 35 м. зрачки опять стали уже. Пульсъ въ концѣ подвѣшиванія и первое время послѣ него значительно полнѣе и рѣже.

10.	8 ч. 25 м.	80	88	—	—	—	—	—
	8 ч. 35 м.	—	—	96	—	—	—	—
	8 ч. 40 м.	—	—	104	—	—	—	—
	8 ч. 45 м.	—	—	104	—	—	—	—
		—	—	—	100	—	—	—

8 ч. 25 м. потъ. 8 ч. 45 м. пульсъ значительно полнѣе.

Мѣсяцъ и число.	Время подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунтахъ.	П у л ь с ь.			Д ы х а н і е.		
			До подв.	Во время.	Послѣ подв.	До подв.	Во время.	Послѣ подв.
11.	1 ч. 40 м.	80	96	—	—	22	—	—
	1 ч. 45 м.	—	—	106	—	—	22	—
	1 ч. 50 м.	—	—	102	—	—	24	—
	1 ч. 55 м.	—	—	108	—	—	22	—
	2 ч. — м.	—	—	—	—	98	—	—

Во время подвѣшиванія боли въ поясницѣ, которыя очень усиливаются во время снятія груза. Сильная усталость послѣ подвѣшиванія.

12.	1 ч. 15 м.	80	92	—	—	22	—	—
	1 ч. 20 м.	75	—	102	—	—	24	—
	1 ч. 25 м.	80	—	100	—	—	23	—
	1 ч. 30 м.	—	—	102	—	—	24	—
	1 ч. 35 м.	—	—	—	—	96	—	—

1 ч. 20 м. пульсъ очень малъ, появились боли въ поясницѣ. 1 ч. 25 м. пульсъ малъ, боли въ поясницѣ меньше. 1 ч. 30 м. пульсъ полнѣе. Послѣ снятія груза пульсъ полный, дыханія глубже.

13.	2 ч. — м.	85	94	—	—	22	—	—
	2 ч. 5 м.	—	—	104	—	—	25	—
	2 ч. 10 м.	5 ф. снято.	—	106	—	—	24	—
	2 ч. 15 м.	—	—	100	—	—	23	—
	2 ч. 20 м.	—	—	—	—	90	—	—

При болѣе постепенномъ наложеніи груза болей въ поясницѣ не появляется. При грузѣ 85 ф. больного приподнимаетъ отъ сидѣнья. 2 ч. 10 м. жалуется на тяжесть и боль въ спинѣ. 2 ч. 15 м. пульсъ полнѣе, незначительный потъ.

14.	6 ч. 42 м.	80	88	—	—	—	—	—
	6 ч. 45 м.	—	—	88	—	—	—	—
	6 ч. 50 м.	—	—	94	—	—	—	—
	6 ч. 55 м.	—	—	—	—	—	—	—
	6 ч. 58 м.	—	—	—	—	84	—	—

6 ч. 45 м. самочувствіе удовлетворительное. 6 ч. 55 м. больной заявляетъ, что въ спинѣ у него что-то хрустнуло и появилась сильная боль. Грузъ постепенно снятъ.

15.	1 ч. 30 м.	80	90	—	—	20	—	—
	1 ч. 35 м.	70	—	100	—	—	22	—
	1 ч. 40 м.	—	—	100	—	—	21	—
	1 ч. 50 м.	—	—	98	—	—	21	—
	1 ч. 55 м.	—	—	—	—	96	—	—

1 ч. 35 м. снято 10 фунтовъ, такъ какъ при болѣшемъ грузѣ начинаетъ «тянуть» въ поясницѣ.

Мѣсяцъ и число:	Время подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунтахъ.	П у л ь с ь.			Д ы х а н і е.		
			До подв.	Во время.	Послѣ подв.	До подв.	Во время.	Послѣ подв.
16.	4 ч. 57 м.	75	86	—	—	—	—	—
	5 ч. 2 м.	—	—	90	—	—	—	—
	5 ч. 7 м.	—	—	88	—	—	—	—
	5 ч. 12 м.	—	—	88	—	—	—	—
	0 ч. 17 м.	—	—	—	84	—	—	—

До подвѣшиванія рефлексы брюшной и надчревной вялы, кожные повышены. Во время подвѣшиванія зрачки безъ измѣненій, кожные рефлексы какъ будто нѣсколько живѣе. Сухожильные также. Зрачки къ концу подвѣшиванія стали нѣсколько шире, чѣмъ до подвѣшиванія. Послѣ сеанса пульсъ полнѣе и немного рѣже. Кожные рефлексы такъ же, какъ и до подвѣшиванія. Сухожильные тоже.

17 января продолжительность сеанса 20 мин.; грузъ 70 ф. Парэстезіи, ранѣе наблюдавшіяся въ ногахъ, значительно уступили леченію; опоясывающая боль и боль въ поясницѣ еще есть. Зрачки стали значительно уже.

19.	2 ч. 34 м.	70 ф.	—	—	—	—	—	—
	2 ч. 56 м.	снято.	—	—	—	—	—	—

Зрачки во время сеанса немного уже; ощущеніе тяжести въ поясницѣ.

20 января продолжительность сеанса 20 минутъ, грузъ 70 ф. Зрачки во время сеанса стали уже, затѣмъ опять расширились. Когда снимають гири, боли значительно меньше.

24.	3 ч. 30 м.	65	96	—	—	17	—	—
	3 ч. 35 м.	60	—	98	—	—	20	—
	3 ч. 40 м.	65	—	98	—	—	22	—
	3 ч. 45 м.	—	—	—	—	—	—	—
	3 ч. 50 м.	—	—	—	96	—	—	20

3 ч. 35 м. «чуть тянетъ въ поясницѣ». 3 ч. 45 м. руки устали, пальцы нѣмѣютъ.

Послѣ 24 января подвѣшиванія стали примѣняться черезъ день, всего сдѣлано сеансовъ 32, продолжительность сеанса оставалась, какъ и въ 18 сеансѣ, равной 20 м., грузъ 70 ф. Записи дыханія, пульса и другихъ явленій въ послѣдніе сеансы не производилось, такъ какъ всѣ явленія, ранѣе отмѣченныя, наблюдались и въ послѣдніе сеансы. Хотя кифотическое искривленіе позвоночника было послѣ леченія такъ же рѣзко выражено, какъ и при поступленіи въ клинику, но больной держится прямѣе. Походка больного значительно улучшилась, носить характеръ простой паретической; раскачиванія (утиная походка) теперь почти незамѣтны. Явленіе складного ножа ослабѣли (въ коленномъ суставѣ при сгибаніи). Сухожильные рефлексы выражены тоже нѣсколько умѣреннѣе противъ прежняго. Мочеспусканіе не затруднено. Слабость мышечная субъективно въ нижнихъ конечностяхъ, по словамъ больного, стала меньше. Поясъ гиперэстезіи почти исчезъ.

17 февраля больной выписанъ изъ клиники въ значительно улучшенномъ состояніи.

Заключеніе. Разсматривая только что приведенную исторію болѣзни, мы видимъ, что подвѣшиваніе вліяетъ на состояніе зрачковъ, на пульсъ и на дыханіе. Зрачки суживаются въ началѣ дѣйствія вытяженія и затѣмъ расширяются; пульсъ, какъ видно изъ записи 16 сеансовъ, подъ вліяніемъ вытяженія всегда ускоряется и дѣлается болѣе низкимъ, ускореніе замѣчается отъ 2 до 16 ударовъ въ минуту, наибольшаго числа ударовъ пульсъ достигаетъ въ первыя десять минутъ дѣйствія вытяженія, въ концѣ сеанса онъ снова замедляется и дѣлается полнымъ; непосредственно послѣ сеанса пульсъ большею частью дѣлается рѣже, чѣмъ до подвѣшиванія, но всего на 4—6 ударовъ. Въ началѣ сеанса пульсъ дѣлается значительно поверхностнымъ и легко сжимаемымъ, затѣмъ въ дальнѣйшемъ онъ является все болѣе напряженнымъ, не достигая однако первоначальнаго (до подвѣшиванія) напряженія. Рефлексы во время сеанса остаются безъ измѣненій, только послѣ ряда подвѣшиваній они нѣсколько ослабли. Разстройство чувствительности уменьшилось. Походка улучшилась. Улучшилась функція тазовыхъ органовъ. Ослабѣли явленія ригиднаго паралича. Рѣзко улучшилось самочувствіе больного. Такимъ образомъ подвѣшиваніе въ настоящемъ случаѣ *міэлима отъ сдавленія* оказало довольно хорошую услугу.

Наблюденіе III.

15-го октября 1896 г. въ клинику нервныхъ болѣзней поступила *В. Н. А—ва*, 34 лѣтъ, дѣвица.

Анамнезъ. Больна съ 3-лѣтняго возраста. Какъ рассказываютъ окружающіе, болѣзнь началась приступами лихорадки, кончавшимися обильнымъ потомъ, по временамъ наступала сонливость, больная спала по двое сутокъ и ее никакъ не могли добудиться; послѣ этихъ явленій родные стали замѣчать, что у нея измѣнилась походка, она стала часто падать, ноги стали «заплетаться». Въ первые два года жизни она была очень здоровымъ ребенкомъ, у нея во время прорѣзались зубы и году она начала ходить. Въ то время, какъ она стала при ходьбѣ падать, было замѣчено, что одинъ позвонокъ въ верхне-грудной области нѣсколько выпятился и болѣзненъ къ давленію. Температура по временамъ безъ видимой причины повышалась. Постепенно у больной развился параличъ нижнихъ конечностей, мышцъ спины и туловища. Наблюдались и расстройства тазовыхъ органовъ, такъ, больная знаетъ, что до шести лѣтъ по временамъ бывала произвольная дефекація. Въ ногахъ появились затѣмъ контрактуры. Въ промежутокъ отъ 3 до 5 лѣтъ развилось искривленіе позвоночника назадъ. 5-ти лѣтъ больная брала ванны въ Крейцнахѣ и здѣсь же по совѣту *Langenbeck'a* начали ей примѣнять вытяженіе позвоночника въ кровати, которое продолжалось съ перерывами въ теченіе нѣсколькихъ

лѣтъ и поставило снова больную на ноги. Начиная съ 7 лѣтъ каждую весну явленія слабости ногъ повторялись, но годъ отъ году слабѣе. 8-ми лѣтъ она упала и ушибла позвоночникъ, —сейчасъ же отнялась правая нога и только недѣль черезъ 6 больная снова стала ею пользоваться, но въ ней съ тѣхъ поръ такъ и осталось чувство стянутости и ограниченность движенія. 6 лѣтъ затѣмъ больная прожила въ Ниццѣ и все время продолжала вытяженіе. Впослѣдствіи А—ва чувствовала себя сносно, ходила хорошо и съ большимъ успѣхомъ училась въ Академіи Художествъ. Въ 1895 г. въ январѣ она слегла, у нея былъ сильный жаръ, головная боль и бронхитъ, пролежала она мѣсяць, и лечившій ее врачъ сказалъ, что она больна тифомъ. Когда температура упала и самочувствіе улучшилось, А—ва замѣтила, что ноги у нея снова отнялись; въ то же время была задержка мочеотдѣленія и запоры. Два мѣсяца А—ва не могла ходить и чувствовала сильныя боли въ спинѣ. Улучшеніе шло очень тихо. Изъ заболѣваній родни можно отмѣтить: дѣдъ со стороны отца былъ душевно-больной, братъ отца умеръ отъ прогрессивнаго паралича; туберкулезныхъ не было.

Status praesens. Въ настоящее время больная жалуется на затрудненіе походки: послѣ нѣсколькихъ шаговъ ноги какъ бы стягиваетъ и связываетъ въ колѣнахъ. Сидѣть и ходить болѣе или менѣе продолжительное время больная не можетъ; въ позвоночникѣ по временамъ бываетъ чувство жара и боли; мочеотдѣленіе затруднено, запоры; сонъ, аппетитъ и самочувствіе плохіе. При долгомъ сидѣніи и стояніи въ позвоночникѣ чувствуется ломота. При объективномъ изслѣдованіи можно отмѣтить: больная средняго роста, въ грудной части позвоночникъ представляетъ рѣзко выраженный дугообразный кифозъ. Зрачки равномѣрны, на свѣтъ реагируютъ хорошо. Движенія въ рукахъ свободны, мышечная сила рукъ—правой 90, лѣвой—70 фунтовъ. Стоять больная можетъ, ходить только съ палочкой, походка спастически-паретическая, правая нога при ходьбѣ не сгибается въ колѣнѣ. Правая стопа большею частью находится въ подошвенномъ сгибаніи, повернута внутрь и внутренній край ея приподнятъ. Пассивныя движенія и въ правой стопѣ, и въ правомъ колѣнѣ затруднены, особенно сгибаніе, въ лѣвой ногѣ тѣ же явленія, но выражены слабѣе. Объемъ голени: правой—30, лѣвой—33 снт., бедра праваго 44, лѣваго—46 сант. Позвоночникъ къ постукиванію болѣзненъ, начиная съ 3 до 7 грудного позвонка. Нервные стволы къ давленію неболезненны. Изслѣдованіе чувствительности показываетъ, что начиная съ нижняго угла лопатокъ и спереди съ границы 6-го ребра кругомъ туловища идетъ поясъ гиперэстезіи, которая ниже постепенно переходитъ въ пониженіе чувствительности. Пониженіе чувствительности занимаетъ нижнюю часть живота, ягодицы, бедра и голени. Измѣреніе по бодемѣру дало слѣдующія цифры: животъ 1,8; бедро правое 2, лѣвое—2,3; голень правая 2,3; лѣвая—2,5; пальцы рукъ—правой 0,7, лѣвой—0,7. Кожные рефлексы: подошвенный съ обѣихъ сторонъ ослабленъ, но съ правой онъ всетаки

нѣсколько живѣе. Ягодичные рефлексы отсутствуют. Рефлексы съ Ахиллова сухожилія рѣзко повышены, и легко вызывается клонусъ стопъ съ обѣихъ сторонъ; колѣнные рефлексы оба повышены и правый въ серединѣ своего развитія задерживается появляющейся судорогой сгибателей.

Съ 22 октября больной начали дѣлать прижиганія аппаратомъ Rasquelin'a, и *вытяженіе въ кровати* два раза въ день, утромъ и вечеромъ по часу, съ грузомъ въ 25—30 фунтовъ. Производимое измѣреніе температуры показало, что у больной по временамъ наблюдается подъемъ ея до 38,4.

17 ноября. Походка улучшилась, ригидность выражена также рѣзко. Чувствительность безъ измѣненій.

5 декабря. Походка лучше, больная можетъ пройти нѣсколько шаговъ безъ палки. Клонусъ стопы существуетъ.

Съ 1 января по 8-е іюля 1897 г. больная продолжала дѣлать вытяженіе. Походка значительно улучшилась, въ лѣвой ногѣ почти совершенно исчезла ригидность, и клонусъ стопы не получается. Поясъ гиперѣстезія попрежнему. Болевая чувствительность: правая стопа 0,9, лѣвая 0,9, правая голень 0,9, лѣвая 1,0, правое бедро 1,1, лѣвое 1,0, пальцы рукъ 0,8. Мочеотдѣленіе свободнѣе.

8 августа вечеромъ появился потрясающій ознобъ, температура поднялась до 38,8, больная стала жаловаться на боль при глотаніи, на задней стѣнкѣ глотки и на миндалинахъ замѣтенъ сѣровато-бѣлый налетъ, легко снимающійся. До 12 августа температура была еще повышена и явленія ангины продолжались. Больная сильно ослабѣла, ходить не можетъ, рѣзко усилилась гиперѣстезія. Рефлексы повысились. Клонусъ стопъ съ обѣихъ сторонъ и клонусъ колѣнныхъ чашекъ, чего раньше не было.

До 3 сентября 1897 г. больной было назначено укрѣпляющее леченіе и гваяколь. 3 сентября начато снова вытяженіе, однако вскорѣ его пришлось оставить, такъ какъ оно стало каждый разъ вызывать головныя боли.

Состояніе больной было теперь слѣдующее: сидѣть больная долго не можетъ, такъ какъ появляются боли въ спинѣ. Пройти по комнатѣ можетъ только 2—3 шага съ палкой. Жалуется на сильную связанность какъ въ правой, такъ и въ лѣвой ногѣ. Въ рукахъ замѣтно дрожаніе, мышечная сила правой руки 80, лѣвой 70 фунтовъ. Походка спастически-паретическая, правая нога при ходьбѣ волочится, въ лѣвой бедро и колѣно тугоподвижны, правая стопа въ тонической контрактурѣ. Мышечная сила ногъ ослаблена. Позвоночникъ къ постукиванію болѣзненъ весь и особенно на 6—8 грудномъ позвонкѣ. Сухожильные рефлексы верхнихъ конечностей, какъ на *m. biceps*, такъ и на *m. triceps* съ обѣихъ сторонъ повышены. Колѣнные рефлексы повышены и неравномѣрны, — съ правой стороны сильнѣе. Клонусъ стопъ и колѣнныхъ чашекъ съ обѣихъ сторонъ.

Окружность:	справа		слѣва	
	справа	слѣва	справа	слѣва
голеи	29,5	32,5	голень	0,9 1,0
бедра	43	45,5	бедро	1,1 1,0
Болевая чувствитель-				
ность по болевѣру:			ягодицы	1,2 1,2
Пальцы рукъ	0,8	0,8	животъ	1,1
стопы.	0,8	0,8	поясница	1,0
			грудь	0,9

Тактильная чувствительность на лѣвой ступнѣ и голени понижена. Поясъ гиперэстезиі остался въ прежнихъ границахъ. Въ нижней трети голени гиперэстезія температурной чувствительности. При разгибаніи голени наступаетъ ригидность мышцъ сгибателей голени. Жалуются больная на затрудненіе мочеиспусканія, запоры, на боли и чувство стянутости въ позвоночникѣ.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ *myelitis e compressione при спондилитѣ кроватное вытяженіе позвоночника* оказывало сначала хорошія услуги, улучшая движеніе, функціи тазовыхъ органовъ и разстройство чувствительности. Однако всякое инфекціонное заболѣваніе (тифъ, ангина), переносимое больной, обостряло спинномозговой процессъ и значительно ухудшало ея состояніе. Послѣ перенесенной ангины заболѣваніе приняло такое теченіе, что вытяженіе не только уже не оказывало никакого вліянія, но даже вызывало головныя боли.

Наблюденіе IV.

10 мая 1897 г. въ клинику нервныхъ болѣзней принять В. М—въ, 22 лѣтъ, офицеръ.

Анамнезъ. Лѣтомъ 1890 г. М—въ упалъ съ лошади и ушибъ позвоночникъ, три недѣли онъ не могъ ходить и сидѣть, чувствовалъ боль въ крестцѣ и поясницѣ, поправился мѣсяца черезъ два. Въ сентябрѣ 1893 г., какъ рассказываетъ больной, товарищи, шала, загнули ему такъ назыв. «салазки», въ самый моментъ загибанія онъ услышалъ какой-то хрустъ въ спинѣ и почувствовалъ въ поясницѣ страшную боль, которая хотя въ послѣдствіи и стала слабѣе, но уже никогда не проходила вовсе. Въ 1894 г. онъ перенесъ воспаленіе легкихъ, послѣ котораго остался кашель. Съ 1894 г. больной пилъ. 20 іюня 1896 г., послѣ кутежей, М—въ почувствовалъ сильную слабость и одышку и дня 4 не могъ ходить; тогда онъ пересталъ злоупотреблять виномъ. 24 марта 1897 г. у М—ва опять появилось затрудненіе походки; сдѣлано было нѣсколько прижиганій. Боль въ крестцѣ осталась до настоящаго времени; боль эта мѣшаетъ долго сидѣть и усиливается при движеніяхъ позвоночника. Сифилиса больной не имѣлъ. Семья здоровая.

Status praesens. Больной жалуется на боли въ позвоночникѣ, одышку, головокруженіе и слабость ногъ. Зрачки равномѣрные, свѣтовая реакція ихъ выражена хорошо, равно какъ и аккомодативная, при движеніяхъ глаз-

ныхъ яблокъ замѣчается небольшой нистагмъ. При закрытыхъ глазахъ большой покачивается. Позвоночникъ въ ниже-грудной и поясничной областяхъ изогнутъ впередъ болѣе, чѣмъ нормально; при постукиваніи онъ болѣзненъ, начиная съ 8 грудного позвонка и кончая 2—3 поясничнымъ. Кости черепа къ постукиванію неболезненны. Правый уголокъ лопатки стоитъ нѣсколько ниже лѣваго. Грудная часть позвоночника дугообразно изогнута въ лѣвую сторону. Мышечная сила рукъ по динамометру правой руки 80, лѣвой—65 фунтовъ; мышечная сила ногъ, особенно правой, немного ослаблена. Подошвенные рефлексы повышены съ обѣихъ сторонъ, яичковый рефлексъ повышенъ съ правой стороны. Брюшной и надчревный рефлексы крайне непостоянны. Болевой рефлексъ живота выраженъ рѣзко. Сухожильные рефлексы верхнихъ конечностей нормальны. Коленные рефлексы, а равно и рефлексы съ Ахиллова сухожилія съ обѣихъ сторонъ рѣзко повышены. Всѣ виды чувствительности, — тактильная, болевая и температурная, — повышены въ области живота, поясницы, ягодицъ, въ бедрахъ и голеняхъ; границы гиперэстезіи показаны на прилагаемомъ рисункѣ (см. рис. 26).

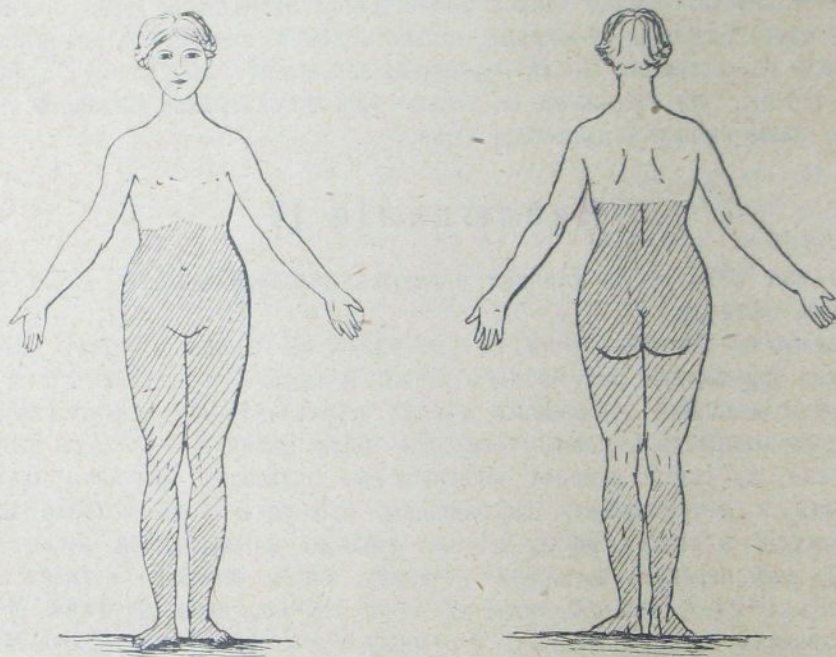


Рис. 26.

При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ было найдено: западеніе правой надключичной ямки, притупленіе перкуторнаго звука и болѣе низкое стояніе правой верхушки, ограниченность подвижности праваго легкаго сравнительно съ лѣвымъ и явленія бронхита (*tuberc. incipiens?*).

Съ 20 іюля больному начато было *кроватьное вытяженіе*; сеансы продолжались 20—30 минутъ, грузъ 25 фунтовъ. Кромѣ того внутрь боль-

ному давался креозотъ и дѣлались прижиганія Расquelin'овскимъ приборомъ. Вытяженія дѣлались ежедневно, переносилъ ихъ больной хорошо, только послѣ нѣкоторыхъ сеансовъ жаловался на головную боль. Вышеописанное леченіе продолжалось до 17 Февраля 1898 г., когда больному былъ надѣтъ поддерживающій позвоночникъ корсетъ и онъ выписался изъ клиники въ значительно улучшенномъ состояніи. При выпискѣ больной обнаружилъ слѣдующее: болѣзненность позвоночника къ постукиванію значительно слабѣе, чѣмъ раньше. Рефлекторная сфера безъ перемѣнъ. Область гиперестезіи стала меньше (см. рис. 27), такъ въ голеняхъ и стопахъ чув-

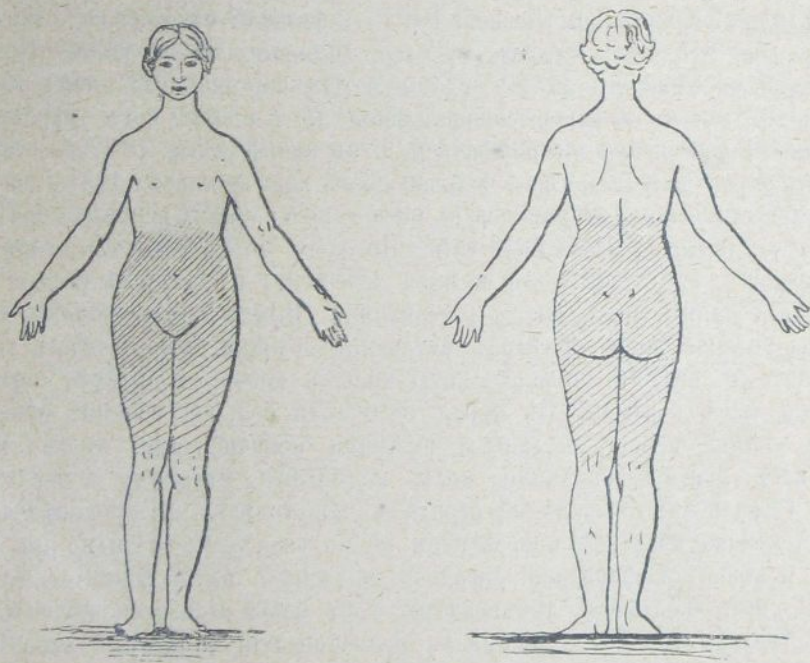


Рис. 27.

ствительность нормальна. Мышечная сила правой руки 130, лѣвой 110 фунтовъ. Въ ногахъ мышечная сила лучше, больной долше можетъ ходить; можетъ долго сидѣть, не чувствуя въ позвоночникѣ боли.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ *хроническаго спинальнаго менингита и каріознаго пораженія позвонковъ* вытяженіе, совмѣстно съ прижиганіями и креозотомъ, оказало хорошее вліяніе на мышечную силу, на разстройство чувствительности и на общее состояніе.

Наблюденіе V.

31 января 1899 года въ нервную клинику поступилъ больной *А. К—ій*, 26 лѣтъ, сынъ коллежскаго совѣтника, холостъ.

Анамнезъ. Больной происходитъ изъ здоровой семьи, родители живы и здоровы, братья и сестры также. Въ дѣтствѣ болѣлъ золотухой. Начало своей болѣзни больной относитъ къ лѣту 1896 года, когда онъ впервые замѣтилъ затрудненіе мочеиспусканія. Въ серединѣ лѣта при купаньи въ рѣкѣ онъ замѣтилъ въ ногахъ утрату температурной чувствительности; вплоть до конца этого года ничего другого за собой не наблюдалъ. Съ начала 1897 г. появилась слабость и разбитость во всемъ организмѣ, и ноги стали быстро утомляться при ходьбѣ. Послѣ инфлюэнцы въ мартѣ того же года, когда общая слабость и утомляемость ногъ особенно усилились, больной обратился въ Харьковскую клинику, гдѣ у него опредѣлили неврастенію. Весной 1897 г. больной успѣшилъ уѣхать въ деревню, гдѣ много гулялъ, купался, занимался физическимъ трудомъ, часто дѣлалъ пѣшкомъ по 10 верстѣ, и для постороннихъ лицъ и даже врачей походка не казалась ненормальной; но слабость ногъ продолжала медленно и постепенно увеличиваться, и въ концѣ лѣта 1897 г. слабость ногъ стала еще значительнѣе и больной сталъ подволакивать лѣвую ногу. Въ концѣ августа больной отправился въ московскую клинику нервныхъ болѣзней, гдѣ, по его словамъ, у него нашли *tabes dorsalis*. Послѣ этого онъ отправился въ Харьковъ, гдѣ лежалъ въ частной лечебницѣ и получалъ теплыя гальваническія ванны, іодъ, бромъ и стрихнинъ. Выйдя изъ лечебницы черезъ мѣсяць, больной вновь замѣтилъ ухудшеніе походки; вскорѣ сталъ ходить, не сгибая въ колѣнѣ сначала лѣвую ногу, а потомъ и правую, переставляя ихъ, какъ костыли. Съ марта 1898 года больной совсѣмъ пересталъ ходить и даже пересталъ двигать нижними конечностями, только временами могъ двигать пальцами ногъ, но потомъ утратилъ и эту способность. Сифилисомъ больной не страдалъ, алкоголизму не предавался и никакихъ травматическихъ поврежденій не получалъ. Какъ видно изъ анамнеза, болѣзнь развивалась довольно медленно, безъ всякихъ острыхъ явленій, безъ повышенія температуры, безъ болей въ позвоночникѣ и нервныхъ стволахъ и т. д. Указаній на ревматическій характеръ заболѣванія въ анамнезѣ больного также не имѣется. Кромѣ того, передъ настоящимъ заболѣваніемъ никакими инфекціонными болѣзнями больной не страдалъ.

Въ настоящее время больной жалуется на полный параличъ нижнихъ конечностей, вслѣдствіе чего онъ совершенно не можетъ ходить. Кромѣ того его беспокоятъ запоры и затрудненіе мочеиспусканія, выражающееся въ томъ, что больной при мочеиспусканіи не можетъ совершенно опорожнить свой мочевоу пузырь и долженъ дѣлать сильныя напряженія брюшнымъ прессомъ, чтобы выпустить всю мочу; но послѣ мочеиспусканія больной все-таки чувствуетъ, что не вся моча вышла изъ мочевого пузыря. Въ нижнихъ конечностяхъ иногда бываютъ легкія судорожныя подергиванія. На какія-либо боли не жалуется. Аппетитъ и сонъ удовлетворительны.

Status praesens. Больной средняго роста, правильнаго тѣлосложенія; костная и мышечная система развиты хорошо. Обѣ нижнія конечности

совершенно парализованы, — больной не только не может ходить, но онъ даже не въ состояннн произвести какое нибудь отдѣльное движеніе любой ногой. Обѣ стопы слегка отечны и цианотичны. Колѣнные рефлексы рѣзко повышены на обѣихъ сторонахъ, на обѣихъ же ногахъ рѣзко выражено дрожаніе колѣнной чашки и рѣзкій клонусъ стопы. Рефлексы съ Ахиллова сухожилія повышены. Мышцы нижнихъ конечностей значительно ригидны. Мышечное чувство въ обѣихъ ногахъ совершенно утрачено, — больной совсѣмъ не можетъ опредѣлять положенія своихъ ногъ въ пространствѣ. Всѣ виды чувствительности (тактильной, болевой, температурной) совершенно утрачены, начиная со стопъ и доходя до уровня пупка. Въ этой обширной области больной не чувствуетъ ни прикосновенія, ни глубокихъ уколовъ иглой, ни сильныхъ сдавленій и совершенно не опредѣляетъ температуры прикладываемыхъ къ поверхности тѣла предметовъ. На границѣ анестезіи и нормальной чувствительности наблюдается поясъ гиперестезіи (см. рис. 28). Кожные рефлексы — надчревный, брюшной, лона-

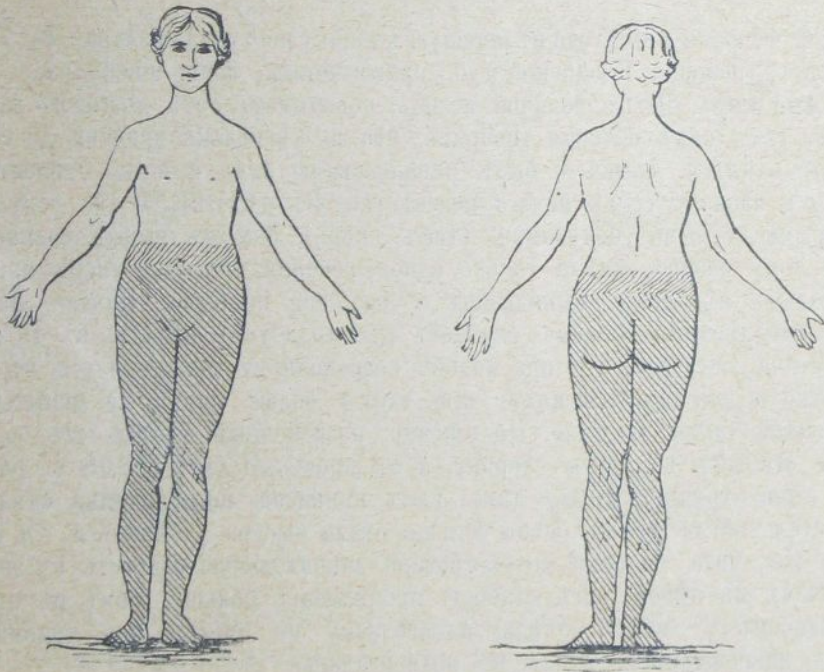


Рис. 28.

точный и згодичный ничего особеннаго не представляютъ. Яичковый рефлексъ почти отсутствуетъ. Что же касается области туловища выше пупка, а также верхнихъ конечностей и головы, то здѣсь никакихъ разстройствъ не наблюдается. Обѣ половины лица симметричны, зрачки равномѣрны, реагируютъ на свѣтъ и аккомодацию. Подвижность глазныхъ яблокъ совершенно правильна. Сила обѣихъ рукъ нормальна, на динамометрѣ боль-

ной выжимаетъ каждой рукой 140—150 дѣленій. Чувствительность (въ виды ея), начиная съ пунка и идя вверхъ, нисколько не измѣнена. Суженія поля зрѣнія нѣтъ. Рѣчь больного вполне правильна.

Съ 10 февраля начато больному *кроватное вытяженіе*. Грузъ 25 фунтовъ, продолжительность 20—30 минутъ сеансы ежедневно. Непосредственно послѣ вытяженія больной иногда чувствуетъ небольшую боль въ позвоночникѣ. Самочувствіе больного ухудшилось. Сдѣлано 15 вытяженій. Объективное изслѣдованіе нервной системы послѣ 15 сеансовъ не обнаружило никакой разницы съ первоначально полученными данными, въ виду чего вытяженіе отмѣнено и назначено другое леченіе.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ *хроническаго поперечнога мѣлзита* 15 сеансовъ вытяженія остались безъ всякихъ результатовъ, ухудшилось лишь самочувствіе больного.

Наблюденіе VI.

28 Февраля 1899 года въ нервную клинику поступила больная *Е. Ч—ва*, 49 лѣтъ, уроженка Казанской губ., православная, жена швейцара.

Анамнезъ. Отецъ больной погибъ, повидимому, отъ мозгового заболѣванія, такъ какъ больная говоритъ, что за нѣсколько времени до смерти у него отнялся языкъ и были парализованы рука и нога. Относительно другихъ членовъ семьи ничего неизвѣстно. Въ дѣтствѣ Ч—ва болѣла нѣкоторыми острыми болѣзнями (тифъ, корь). Замужъ вышла больная 20 лѣтъ тому назадъ, имѣла только одного ребенка, который умеръ, проживъ нѣсколько мѣсяцевъ; выкидышей у больной не было. Начало настоящаго заболѣванія больная считаетъ два года тому назадъ; въ то время она стала замѣчать, что при ходьбѣ позвоночникъ искривляется, что было замѣтно и для окружающихъ; при этомъ болей нигдѣ не испытывала, лихорадки также не было. Постепенно позвоночный столбъ все болѣе и болѣе сгибался въ лѣвую сторону, и съ прошлаго лѣта (1898 г.) больной уже стало трудно ходить, такъ какъ кривизна позвоночника сдѣлалась значительной; во время ходьбы больная стала быстро утомляться. Съ прошлаго же лѣта больная почувствовала значительную слабость въ ногахъ, при чемъ въ лѣвой ногѣ слабость проявлялась больше, чѣмъ въ правой. Сифилисомъ Ч—ва не болѣла, алкоголизму не предавалась, травматическимъ поврежденіямъ спины не подвергалась.

Главные жалобы больной сводятся къ слѣдующему: больную безпокоитъ кривизна позвоночника, которая постепенно все увеличивается, слабость ногъ, вслѣдствіе чего больная не можетъ много пройти; довольно часто бываютъ запоры. Кромѣ того больная жалуется на боли въ поясницѣ; иногда бываютъ тянущія боли въ животѣ.

Status praesens. Больная ниже средняго роста, видимыя слизистыя оболочки довольно блѣдны. При осмотрѣ прежде всего бросается въ глаза рѣзкій сколіозъ позвоночника, начинающійся въ средней части грудного

отдѣла позвоночника и переходящій въ поясничный; выпуклость обращена влѣво; въ области сколіоза замѣтна небольшая болѣзненность позвоночника при постукиваніи. Ягодица правая подтянута, лѣвая отвисла. Ягодичный рефлексъ отсутствуетъ съ обѣихъ сторонъ. Анальный рефлексъ выраженъ ясно. Колѣнные рефлексы повышены, при чемъ справа больше. Ахилловы рефлексы ослаблены. Надчревные — рѣзко выражены (слѣва больше); рефлексъ живота выраженъ только слѣва. Въ области ануса и большихъ губъ замѣтна гиперѣстезія. Стопный рефлексъ справа ясно выраженъ, слѣва пониженъ. Пальцы ногъ мозолисты, ногти ломки. Въ области обѣихъ стопъ замѣчается пониженіе болевой чувствительности, какъ показано на прилагаемомъ рисункѣ (см. рис. 29).

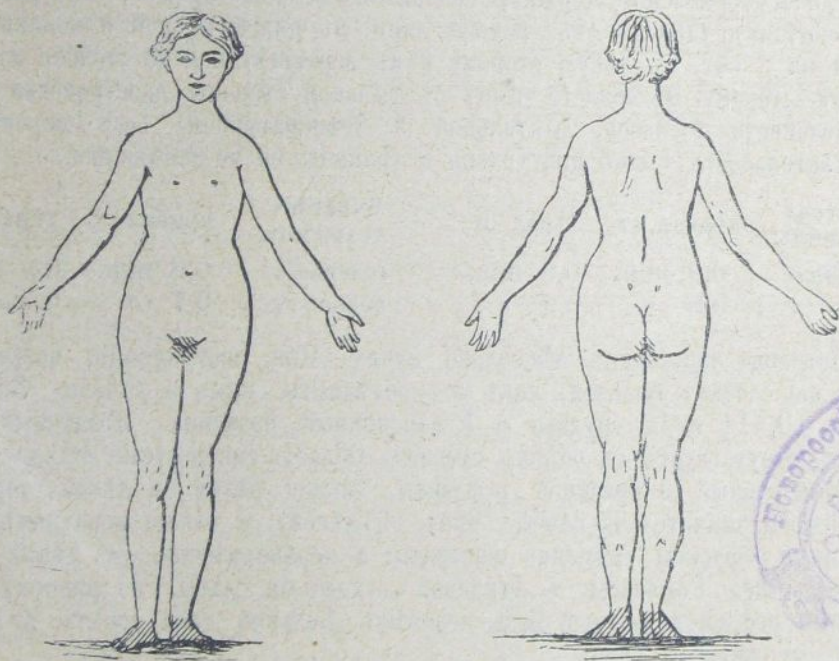


Рис. 29.

Сила рукъ по динамометру: правой 30, лѣвой 25 ф.

Окружность въ сантиметрахъ:	правая стор.	лѣвая стор.
плечо	25	24
бедро въ верхней трети . . .	49	47
голени въ верхней трети . . .	34	33

Измѣреніе болевой чувствительности болевѣромъ проф. В. М. Бехтерева дало:

	правая.	лѣвая.		правая.	лѣвая.
подошва . . .	1,0 мм.	1,0 мм.	голень . . .	0,9 мм.	0,9 мм.
стопа . . .	0,9 »	0,9 »	бедро . . .	0,7 »	0,7 »

Съ 6 марта больной начато одно *кроватьное вытяженіе* ежедневно. Первые 20 вытяженій сдѣланы по 15 минутъ, грузъ 15 ф., затѣмъ 14 дней вытяженіе производилось съ грузомъ въ 18 фунтовъ по 20 минутъ каждое и, наконецъ, послѣднія 24 вытяженія сдѣланы съ грузомъ въ 20 фунтовъ, продолжительностью въ 20 минутъ. Переносила вытяженія больная хорошо, только послѣ первыхъ сеансовъ наблюдалось легкое головокруженіе.

По окончаніи вытяженій 9 мая изслѣдованіе больной дало слѣдующее: Слабость въ ногахъ меньше, пройти можетъ болѣе длинное пространство, чѣмъ до поступленія въ клинику. Тянущихъ болей въ животѣ теперь не бываетъ, запоры рѣже. Боли въ поясницѣ рѣже, но бываютъ. Мочеотдѣленіе нормально. Сила рукъ по динамометру и размѣры конечности тѣ же, что и до начала леченія. Держится больная значительно прямѣе, чѣмъ раньше. Позвоночникъ удаленъ отъ средней линіи въ нижнегрудной и поясничной части на 3 сѣт. въ лѣвую сторону и въ верхнегрудной на столько же въ правую сторону. Въ области стопъ съ тыльной стороны разстройства чувствительности (болевой, тактильной и температурной) безъ перемѣнъ, чувствительность также притуплена и границы ея не измѣнились.

Чувствительность:	правая ст.	лѣвая ст.	Чувствительность:	правая ст.	лѣвая ст.
подошва . .	0,9 мм.	0,9 мм.	голень . .	0,9 мм.	0,9 мм.
стопа . .	0,9 »	0,9 »	бедро . .	0,7 »	0,7 »

Подошвы чувствуютъ нѣсколько лучше. При постукиваніи позвоночникъ, по словамъ больной, такъ же болѣзненъ, какъ и раньше. Болѣзненны 10, 11 и 12 грудные и 1 поясничныя позвонки. Ягодичный рефлексъ отсутствуетъ съ обѣихъ сторонъ. Область гиперѣстезіи осталась та же. Надчревныя и брюшныя рефлексы также рѣзки съ лѣвой стороны (съ правой значительно слабѣе, чѣмъ съ лѣвой) и также неравномѣрны. Колѣнные рефлексы умѣренно повышены и неравномѣрны, — съ лѣвой стороны слабѣе. Рефлексы съ Ахиллова сухожилія слабы, но равномѣрны. Стопный рефлексъ кожный безъ перемѣнъ. Больной данъ совѣтъ продолжать вытяженіе и дома.

Заключеніе. Въ приведенномъ случаѣ *миелита отъ сдавленія* (myelitis e compressione) ежедневное кроватьное вытяженіе, продѣланное въ теченіе двухъ мѣсяцевъ, оказало весьма незначительное вліяніе на разстройство чувствительности; парѣстезія же въ области живота прошла вовсе, мышечная сила въ ногахъ увеличилась, походка улучшилась, искривленіе позвоночника нѣсколько уменьшилось, больная сама замѣтила, что стала держаться прямѣе. Въ рефлекторной сферѣ вытяженіе перемѣнъ не произвело.

Наблюденіе VII.

8 февраля 1894 года въ нервную клинику принятъ *И. Г.—въ*, 33 лѣтъ, крестьянинъ Тверской губ., православный, писарь.

Анамнезъ. Отецъ и мать больного живы и здоровы, сифилисомъ больны не были. У брата были сыпи на ногахъ, признанныя врачами за сифилитическія, хотя Г—въ утверждаетъ, что братъ его не заразился. Самъ Г—въ 11 лѣтъ тому назадъ заразился сифилисомъ, имѣлъ твердый шанкръ на членѣ; лечился втираніями, сдѣлалъ 16 втираній и съ тѣхъ поръ не лечился. Инфекціонными болѣзнями не страдалъ. Изрядно выпивалъ. Года два тому назадъ почувствовалъ боли ноющаго характера, являющіяся больше по ночамъ. Локализовались боли въ суставахъ. Въ то же время Г—въ сталъ замѣчать, что ходитъ какъ будто не такъ, какъ ранѣе, — ноги стали какъ-то «раскидываться». Мѣсяцевъ 5 тому назадъ правая нога онѣмѣла и движенія въ голенно-стопномъ сочлененіи парализовались, нога, какъ говоритъ больной, стала хлопать; но черезъ нѣсколько дней явленія эти прошли. Мѣсяца два тому назадъ ноги снова стали нѣмѣть, больной все-таки съ трудомъ пробовалъ ходить до тѣхъ поръ, пока онѣмѣніе не дошло до пояса и ноги уже совсѣмъ стали заплетаться. Лечился въ клиническомъ институтѣ В. К. Елены Павловны, гдѣ давали микстуру, по вкусу похожую на *kalium iodatum*.

Status praesens. Больной средняго тѣлосложенія. Костная и мышечная системы развиты достаточно. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Позвоночникъ немного изогнутъ влѣво въ грудной части, въ поясничной области небольшой лордозъ, при ощупываніи и постукиваніи позвоночника молоточкомъ онъ не болѣзненъ, но въ мѣстѣ лордоза удары молотка кажутся больному тупыми, глухими. Стоять больной не можетъ, если закроетъ глаза или даже если просто сдвинетъ ноги вмѣстѣ, сблизивъ носки, при этомъ онъ сильно шатается и падаетъ. Походка рѣзко атактическая; больной ходитъ съ трудомъ, широко раскидывая въ стороны ноги (сильно повернутыя носками кнаружи), при поворотахъ шатается и разстройство координаціи дѣлается еще яснѣе (говоритъ, что ему труднѣе ходить по холодному полу). Въ рукахъ разстройства координаціи нѣтъ. Мышечная сила рукъ, какъ правой, такъ и лѣвой одинакова и нормальна. Мышечная сила ногъ нормальна. Атрофій мышцъ незамѣтно. Мышечное чувство въ рукахъ сохранено, въ ногахъ сильно понижено, — больной съ трудомъ и послѣ продолжительнаго времени, и то иногда, можетъ опредѣлить дѣлаемое ему движеніе, большею частью отвѣчаетъ: «не могу опредѣлить». Если положить больного и заставить его съ закрытыми глазами нарисовать правой или лѣвой ногой кругъ въ воздухѣ, то онъ не можетъ описать правильнаго круга, а чертитъ ногой въ воздухѣ угловатыя фигуры, дѣлая при этомъ массу лишнихъ движеній. Рефлексы кожные — ягодичный и лопаточный существуютъ, брюшной и cremaster'овый также. Отсутствуетъ рефлексъ подошвенный, какъ тактильный, такъ и болевой. Сухожильные рефлексы на верхнихъ конечностяхъ (*m. m. bicipitis* и *tricipitis*) понижены, на нижнихъ — совершенно отсутствуютъ (колѣнный и съ Ахиллова сухожилія). Тактильная чувствительность сохранена, ослаблена лишь на обѣихъ стопахъ съ тыльной и подошвенной сторонъ. Болевая чувстви-

тельность рукъ ослаблена; замѣчается послѣощущеніе, хотя и не рѣзкое. Анестезія поясничной области. Чувствительность груди, лица и спины нормальна. Въ нижнихъ конечностяхъ болевая чувствительность сильно ослаблена и ослабленіе это дѣлается замѣтнѣе, чѣмъ ниже спускаться къ стопѣ, при чемъ замѣтнѣе дѣлается и послѣощущеніе. Температурная чувствительность: чувство холода,—лицо, грудь и спина—нормально; въ рукахъ сохранено, въ ногахъ утрачено. По мѣсту опоясыванія ощущеніе холода повышено. На бедрахъ замѣтно послѣощущеніе. Чувство тепла имѣеть такое же отношеніе, по мѣсту опоясыванія также повышено. Чувство локализациі нормально. Субъективное ощущеніе пояса, онѣмѣнія въ нижнихъ конечностяхъ и половыхъ органахъ. Половая функція нарушена, вслѣдствіе утраты чувствительности. Разстройство мочеиспусканія нѣтъ. Зрачки неравномерны, правый уже лѣваго, свѣтовая реакція утрачена, аккомодативная сохранена. Внутренніе органы уклоненій не представляютъ.

12 февраля. Ванна 28°. Назначено *подвѣшиваніе* на аппаратѣ Спринона-Бехтерева и внутрь *kalii jodat.* 8,0, *Hydr. bijodat.* 0,03, *Aq. destill.* 180,0. *MDS* 3 раза въ день по столовой ложкѣ.

15 февраля. Самочувствіе больного улучшилось. Объективныхъ измѣненій въ ходѣ болѣзни нѣтъ.

18 февраля. Подвѣшиваніе 3-е, грузъ 70 фунтовъ, продолжительность сеанса 8 минутъ. Пульсъ до подвѣшиванія 86, во время—90, послѣ подвѣшиванія 100. Во время подвѣшиванія самочувствіе не измѣняется. Пульсъ дѣлается полнѣе.

20 февраля. Жалуется на онѣмѣніе въ ногахъ, слабое онѣмѣніе замѣчается и въ пальцахъ рукъ. Стягиваетъ лицо. Въ языкѣ замѣтно дрожаніе.

21 февраля. Подвѣшиваніе, грузъ 80 фунт. продолжительность 10 минутъ. Пульсъ до подвѣшиванія 80, во время—108.—Прижиганіе.

23 февраля. Подвѣшиваніе, грузъ 90 фунтовъ, продолжительность 12 минутъ. Пульсъ до подвѣшиванія 80, во время—104, послѣ подвѣшиванія—92. Сильный потъ, подъ конецъ подвѣшиванія туманъ передъ глазами, легкое обморочное состояніе; пульсъ замедленъ. Блѣдность покрововъ. Тяжесть въ спинѣ. Жалуется вообще на мимолетную ломоту во всѣхъ членахъ. Послѣ нѣсколькихъ минутъ покойнаго положенія всѣ эти явленія исчезли. Особыхъ перемѣнъ въ субъективныхъ и объективныхъ данныхъ нѣтъ.

Съ 17 марта ртутное леченіе оставлено, больному было назначено *Sol. arsenic. Fowleri* 4,0, *Aq. Menthae* 30,0, по 12 капель два раза въ день во время ѣды.

21 марта. Чувствуетъ себя хорошо, головной боли нѣтъ.

28 марта. Замѣтное улучшеніе координаціи движеній нижнихъ конечностей. Можетъ войти одинъ на лѣстницу,—ранѣе этого сдѣлать не могъ. Парестезія ногъ въ формѣ онѣмѣнія пальцевъ ослабла. Свѣтовая реакція зрачка ослаблена (почти не получается).

2 апрѣля. Походка значительно улучшилась.

8 апрѣля. Чувствительность въ нижнихъ конечностяхъ улучшилась, такъ теперь больной чувствуетъ, когда ему дотрагиваются до пальцевъ ногъ, чего раньше не было. Походка значительно улучшилась, въ чемъ мы и объективно убѣдились путемъ ея записи. (Запись до леченія и въ настоящее время произведена была такимъ образомъ: больному намазывали густой синей типографской краской подошвы ногъ и просили его затѣмъ пройти по длинной полосѣ бѣлой обойной бумаги; получаемые затѣмъ отпечатки стопъ и были сравниваемы). Колѣнныхъ рефлексовъ нѣтъ.

14 апрѣля. Легкая ноющая боль въ лѣвой голени ночью. Подвѣшиванія прекращены. Всего сдѣлано 30 сеансовъ. При изслѣдованіи больного можно было отмѣтить слѣдующее. Свѣтовая реакція зрачковъ рѣзко ослаблена. съ закрытыми глазами больной можетъ стоять, покачиваніе еще выражено. На голеняхъ и на стопѣ мѣстами наблюдается небольшое пониженіе температурной чувствительности. Тактильная чувствительность нормальна, болевая—тоже, но на стопахъ и голеняхъ иногда за уколѣмъ больной ощущаетъ продолжительное жженіе. Электрокожная чувствительность правой стопы 130, лѣвой—122; правой голени 135, лѣвой—130; праваго бедра 140, лѣваго 140,5. Активные движенія нижнихъ конечностей безъ всякой атаксіи. Мышечное чувство: движенія правой стопы книзу и кнаружи опредѣляетъ вѣрно, кнутри и кверху опредѣляетъ не всегда вѣрно; на лѣвой стопѣ быстрыя движенія называетъ все вѣрно, при болѣе же медленныхъ—ошибается. Мышечное чувство рукъ нормально. Кожные рефлексы все нормальны, только подошвенный отсутствуетъ. Колѣнные рефлексы и рефлексы съ Ахилова сухожилія отсутствуютъ; на верхнихъ конечностяхъ сухожильные рефлексы отсутствуютъ.

Субъективно больной чувствуетъ себя много лучше, стрѣляющія боли стали очень рѣдки и слабы, изъ парѣстезій осталось лишь чувство онѣмѣнія въ голенно-стопныхъ суставахъ; больной заявляетъ, что теперь, когда онъ трогаетъ свои стопы рукой, онъ чувствуетъ это, раньше же онъ ощущалъ, какъ будто онъ дотрогивался не до своихъ, а до чужихъ ногъ. Мочеотдѣленіе нормально.

Заключеніе. Какъ непосредственное вліяніе подвѣшиванія во время самаго сеанса въ данномъ случаѣ второго стадія *спинной сухотки* можно отмѣтить учащеніе пульса, и только однажды пульсъ былъ замедленъ, но въ этотъ разъ сеансъ пришлось прекратить, вслѣдствіе развившагося обморока. Какую роль играли въ полученномъ значительномъ улучшеніи 30 сдѣланныхъ подвѣшиваній, конечно, сказать трудно, такъ какъ одновременно больному примѣнялось сначала ртутное леченіе, а затѣмъ укрѣпляющее и методъ Frenkel'я. Лишь съ большими оговорками можно отмѣтить, что уменьшеніе парѣстезій и улучшеніе чувствительности скорѣе можно приписывать подвѣшиваніямъ, чѣмъ методу Frenkel'я, исключительно симптоматическому средству противъ двигательныхъ табетическихъ разстройствъ.

Наблюденіе VIII.

14 декабря 1894 года въ нервную клинику принять А. Б—ва, 34 лѣтъ, крестьянинъ Ярославской губ., православный, женатъ.

Анамнезъ. Отецъ живъ, ему теперь 85 лѣтъ, онъ не пилъ, сифилиса у него не было. Судорогами, параличами и головными болями не страдалъ. Матушка умерла 60 лѣтъ отъ чахотки. Мать пила, но «въ большомъ хмѣлю не бывала». Дѣтей у нея было 16 человекъ, въ живыхъ—8. Братья и сестры больного здоровы. Когда умирали остальные дѣти и были ли у матери выкидыши, больной не знаетъ. Сидней не было. Въ дѣтствѣ, лѣтъ съ трехъ, у больного искривились ноги, при чемъ кривизна эта постепенно увеличивалась и сильнѣе была выражена въ лѣвой ногѣ. Лѣтъ 7—8 тому назадъ больной несъ тяжелый ящикъ и вывихнулъ лѣвую ногу, она въ колѣнѣ сильно распухла, былъ жаръ въ колѣнномъ суставѣ, и потомъ, выздоравливая, больной замѣтилъ, что нога стала кривѣе (у больного *genu valgum*). Въ дѣтствѣ (лѣтъ 10-ти) перенесъ оспу. До женитьбы сильно пилъ. Женатъ лѣтъ шесть. Сифилиса не имѣлъ. Лѣтъ 8 тому назадъ былъ трипперъ; въ прошломъ году лѣтомъ трипперъ повторился. Съ іюля 1893 года больной сталъ замѣчать, что если надо идти скоро, то ноги путаются, медленно же ходилъ хорошо, ноги не раскидывались. Съ октября 1893 года стало хуже,—появились боли переходящія; то болить въ пальцахъ, то бросится въ колѣна. Боли продолжались вплоть до поступленія въ клинику, изъ-за нихъ больной иногда не спалъ ночи. Съ того же времени (октябрь 1893 г.) появилась слабость въ ногахъ. До Рождества прошлаго года больной еще могъ кое-какъ ходить, затѣмъ сталъ ходить только съ палкой и съ посторонней помощью. Моченспусканіе задерживается съ лѣта 1894 года. Раньше задержки, приблизительно года два тому назадъ, когда больной еще ходилъ, появилось недержаніе мочи; тогда онъ уже по временамъ обмачивался ночью. Стрѣляющихъ и опоясывающихъ болей не было.

Status praesens. Больной средняго роста. Въ правомъ зрачкѣ свѣтовая реакція ослаблена, въ лѣвомъ выражена ясно, аккомодативная реакція сохранена въ обоихъ глазахъ. Костная система верхнихъ конечностей и туловища развита правильно;—нижнихъ конечностей развита неправильно колѣна находятся въ положеніи *genu valgum*, при чемъ въ лѣвой конечности это выражено сильнѣе. Разстояніе между внутренними краями стопъ при сомкнутыхъ бедрахъ равно 17¹/₂ снт. Стоитъ больной безъ поддержки, хотя и съ трудомъ, при закрытыхъ глазахъ стоять не можетъ, сильно шатается и падаетъ. Походка рѣзко атактическая, больной сильно раскидываетъ ноги кнаружи, скользитъ, дѣлаетъ размахистыя движенія въ стороны. Ходитъ только съ поддержкой и съ палкой. Кожные рефлексы: брюшной, лопаточный и надчревный сохранены, cremaster'овый слабъ, подошвенный и ягодичный отсутствуютъ; сухожильные рефлексы на верхнихъ конечностяхъ крайне ослаблены, на нижнихъ же конечностяхъ ко-

лѣнные и съ Ахиллова сухожилія отсутствуютъ. Тактильная чувствительность на передней поверхности бедеръ и голеней ослаблена, на тыльной поверхности стопы точно также ослаблена, на подошвахъ отсутствуютъ; тактильная чувствительность на задней поверхности тѣла, начиная съ ягодиць, ослаблена и чѣмъ ниже, тѣмъ ослабленіе это выражено сильнѣе. Болевая чувствительность имѣетъ такое же отношеніе, какъ и тактильная. Больной не можетъ сказать, за который палець и какъ его трогаютъ, мышечное чувство отсутствуетъ. Температурная чувствительность въ стопахъ къ теплу почти потеряна, къ холоду ослаблена, при чемъ самое ощущеніе наступаетъ много позже прикладыванія раздражителя. На голени то же отношеніе, только выражено слабѣе; на бедрахъ, начиная съ пахового сгиба, температурная чувствительность ослаблена, температурныхъ рефлексовъ нѣтъ. Позвоночникъ къ постукиванію молоточкомъ (поверхностному и глубокому) безболѣзненъ. Мѣсяцевъ 5 тому назадъ сначала было недержаніе мочи, которое смѣнилось задержаніемъ, существующимъ и по настоящее время. Жалобы больного сводятся на слѣдующее: затрудненіе походки и ноющія боли, бывающія особенно, какъ говорить больной, передъ переменъ погоды, на задержку мочи и запоры.

19-го декабря начаты *подвѣшиванія* на аппаратѣ Спримона-Бехтерева.

Мѣсяць и число.	Продолжи- тельность подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунт.	П у л ь с ь.			Д ы х а н і е.		
			До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.	До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.
Декабрь 19	7 мин.	40	92	—	—	20	—	—
		—	—	108	—	—	—	—
		—	—	100	—	—	—	—
		—	—	—	88	—	—	24
Послѣ подвѣшиванія пульсъ полнѣе. Легкая испарина. Самочувствіе то же. Усталость въ рукахъ и дрожаніе.								
20	7 мин.	45	100	—	—	28	—	—
		—	—	108	—	—	—	—
		—	—	104	—	—	—	—
		—	—	—	96	—	—	24
Поть. Пульсъ полнѣе.								
22	7 мин.	50	96	—	—	24	—	—
		—	—	100	—	—	32	—
		—	—	—	88	—	—	20
Во время подвѣшиванія дрожаніе въ рукахъ, зрачки немного сузились. Послѣ сеанса пульсъ полнѣе.								
23	8 мин.	50	100	108	—	20	—	—
		—	—	112	—	—	24	—
		—	—	—	112	—	—	24

Во время сеанса въ рукахъ дрожаніе. Послѣ подвѣшиванія крѣпко спалъ около 2 часовъ.

Мѣсяць и число.	Продолжи- тельность подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунт.	П у л ь с ь.			Д ы х а н і е.		
			До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.	До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.
24	9 мин.	50	108	104	—	28	—	—
		—	—	96	—	—	24	—
		—	—	—	88	—	—	20
Во время сеанса потъ.		Пульсъ значительно полнѣе съ конца сеанса.						
30	9 мин.	55	116	108	—	20	—	—
		—	—	104	—	—	20	—
		—	—	—	100	—	—	20
Во время подвѣшиванія		незначительная потливость.						
31	10 мин.	55	104	112	—	20	—	—
		—	—	116	—	—	16	—
		—	—	—	100	—	—	16
1895 г. январь 2	11 мин.	60	100	—	—	20	—	—
		—	—	108	—	—	—	—
		—	—	116	—	—	24	—
		—	—	—	100	—	—	20

Подвѣшиваніе не такъ чувствительно. Пульсъ черезъ 5 м. послѣ на-
чала сеанса сталъ слабѣе, черезъ 8 м. болѣе полный, черезъ 9 м. вновь
сталъ слабымъ; послѣ окончанія—полный.

3	12 мин.	65	80	104	—	20	—	—
		—	—	104	—	—	24	—
		—	—	—	100	—	—	16

Во время подвѣшиванія чувство жара въ спинѣ; незначительная уста-
лость рукъ.

4	12 мин.	70	96	88	—	20	—	—
		—	—	112	—	—	24	—
		—	—	—	100	—	—	20

Незначительный потъ и ощущеніе жара въ головѣ во время наиболь-
шей тяжести.

6	14 мин.	70	108	92	—	24	—	—
		—	—	120	—	—	32	—
		—	—	108	—	—	24	—
		—	—	—	104	—	—	20

Самочувствіе хорошее.

8	14 мин.	75	96	112	—	24	—	—
		—	—	104	—	—	20	—
		—	—	—	100	—	—	20

Не спалъ вовсе предыдущую ночь вслѣдствіе ломоты въ ногахъ.

Мѣсяцъ и число.	Продолжи- тельность подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунт.	П у л ь с ь .			Д ы х а н і е .		
			До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.	До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.
9	15 мин.	80	96	—	—	20	—	—
		—	—	112	—	—	—	—
		—	—	104	—	—	26	—
		—	—	—	100	—	—	20
		—	—	—	96	—	—	—

Подъ конецъ подвѣшиванія закружилась голова; зрачки сузились, при чемъ лѣвый зрачекъ былъ шире праваго.

10	15 мин.	80	100	116	—	20	—	—
		—	—	110	—	—	26	—
		—	—	104	104	—	—	20

По истеченіи 5 м. пульсъ сталъ очень малъ и слабъ. Лѣвый зрачекъ остается болѣе широкимъ. Реакція на свѣтъ живѣе во время подвѣшиванія, чѣмъ до подвѣшиванія. Черезъ 10 м. пульсъ полнѣе.

12	15 мин.	85	92	112	—	20	28	—
		80	—	100	—	—	26	—
		—	—	100	92	—	—	20

При грузѣ въ 85 ф. больной поднимается весь, такъ что подъ ягодицы можно подвести руку.

13	15 мин.	80	100	108	—	28	—	—
		—	—	108	—	—	30	—
		—	—	104	100	—	—	20

Чувствуетъ себя хорошо.

14	17 мин.	80	100	104	—	28	—	—
		—	—	112	—	—	28	—
		—	—	112	100	—	—	24

Чувствуетъ себя сегодня хуже.

15	18 мин.	80	100	104	—	24	—	—
		—	—	96	—	—	28	—
		—	—	98	96	—	—	24

Чувствуетъ себя по прежнему.

16	18 мин.	80	88	—	—	—	—	—
		—	—	100	—	—	—	—
		—	—	102	—	—	—	—
		—	—	—	100	—	—	—

До подвѣшиванія: зрачки сужены (myosis). Свѣтовая реакція ослаблена, но есть. Аккомодативная (при конвергенціи) есть. Рефлексы брюшной и надчревной живые. Во время подвѣшиванія: черезъ 7 м. послѣ начала зрачки шире, реакція на свѣтъ живѣе. Кожные рефлексы безъ измѣненій. Гипе-

ремія лица. *Послѣ подвѣшиванія:* Кожныя рефлексы, какъ до подвѣшиванія. Зрачки немного шире, или такъ же, какъ до подвѣшиванія, реакція на свѣтъ вялая.

При началѣ леченія моча задерживалась, теперь идетъ лучше. Запоры тоже лучше. Походка уллучилась: можетъ ходить со служителемъ, раньше ходилъ съ челобѣкомъ и съ палкой. Чувствительность безъ измѣненій.

Мѣсяць и число.	Продолжи- тельность подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунт.	П у л ь с ь.			Д ы х а н і е.		
			До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.	До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.
17	29 мин.	80	104	108	—	—	—	—
		—	—	108	—	—	—	—
		—	—	108	104	—	—	—

Безъ перемѣнъ. Во время подвѣшиванія потъ.

24	3 ч. 55 м.	75	92	—	—	—	—	—
	4 ч. — м.	70	—	102	—	—	—	—
	4 ч. 5 м.	75	—	100	—	—	—	—
	4 ч. 10 м.	75	—	100	—	—	—	—
	4 ч. 15 м.	—	—	—	98	—	—	—

Чувствуетъ себя хорошо.

27	11 ч. 50 м.	80	90	—	—	—	—	—
	11 ч. 55 м.	70	—	94	—	—	—	—
	12 ч. — м.	75	—	98	—	—	—	—
	12 ч. 5 м.	80	—	94	—	—	—	—
	12 ч. 10 м.	—	—	—	94	—	—	—
30	11 ч. 20 м.	80	90	—	—	—	—	—
	11 ч. 25 м.	80	—	96	—	—	—	—
	11 ч. 30 м.	80	—	94	—	—	—	—
	11 ч. 35 м.	80	—	100	—	—	—	—
	11 ч. 40 м.	80	—	—	94	—	—	—

11 ч. 30 м. потъ. 11 ч. 35 м. потъ сильнѣе.

Февраль 2	10 ч. 25 м.	80	82	—	—	—	—	—
	10 ч. 30 м.	—	—	90	—	—	—	—
	10 ч. 35 м.	—	—	94	—	—	—	—
	10 ч. 40 м.	—	—	94	—	—	—	—
	10 ч. 45 м.	—	—	—	88	—	—	—
5	12 ч. 15 м.	80	88	—	—	—	—	—
	12 ч. 20 м.	—	—	90	—	—	—	—
	12 ч. 25 м.	—	—	94	—	—	—	—
	12 ч. 30 м.	—	—	100	—	—	—	—
	12 ч. 35 м.	—	—	—	—	—	—	—

Заключеніе. Во время 24 подвѣшиваній считался и записывался пульсъ: изъ полученныхъ данныхъ видно, что во время подвѣшиванія пульсъ почти всегда учащался (только въ 3-хъ случаяхъ онъ замедлился на 4—8 ударовъ въ 1 мин.) на 8—24 ударовъ въ 1', при чемъ напряженіе сосудистыхъ стѣнокъ становилось болѣе слабымъ, и сосуды легко сжимаемы. Послѣ подвѣшиванія пульсъ былъ значительно полнѣе, сосудистыя стѣнки напряженнѣе, частота пульса была или равна числу ударовъ до подвѣшиванія, или уменьшалась на нѣсколько ударовъ, или увеличивалась тоже на незначительное число ударовъ (см. прилагаемые рисунки 30, 31, 32 и 33).



Рис. 30.

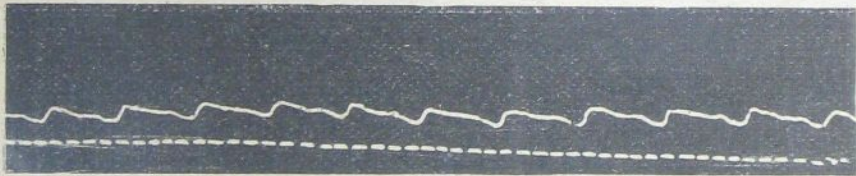


Рис. 31.



Рис. 32.

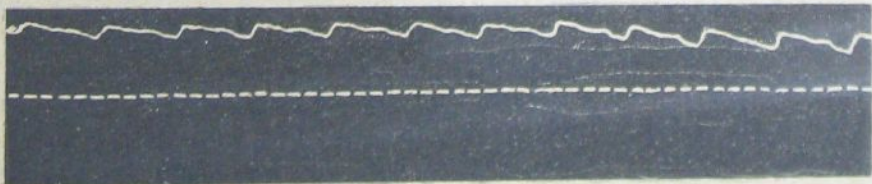


Рис. 33.

Дыханіе было подсчитано 17 разъ. Въ 12 сеансахъ во время подвѣшиванія оно учащалось отъ 2 до 8 разъ въ 1', въ 3-хъ случаяхъ не измѣнилось и въ 2-хъ замедлилось на 4 въ минуту. Послѣ подвѣшиванія въ 8 случаяхъ дыханіе было замедлено на 4—8 ударовъ въ 1', въ 7 случаяхъ оставалось безъ измѣненій и въ 2 случаяхъ участилось на 4 удара въ минуту. Во время 6-ти подвѣшиваній у больного выступалъ болѣе или менѣе сильный потъ, въ особенности къ концу сеанса. Переносилъ подвѣшиванія больной хорошо, только одинъ разъ у него подъ конецъ сеанса сдѣлалось головокруженіе и нѣсколько разъ во время сеансовъ у него появлялось дрожаніе въ рукахъ и чувство жара въ спинѣ и головѣ. Вскорѣ послѣ 4-го сеанса наступилъ сонъ, длившійся около двухъ часовъ. Наблюденіе за состояніемъ зрачковъ, произведенное въ сеансы 22 декабря, 9, 10 и 16 января, показало, что вытяженіе не остается безъ вліянія и на состояніе зрачковъ,—зрачки во время вытяженія суживаются (22 декабря, 9 января) или расширяются (10 и 16 января), реакція ихъ на свѣтъ кажется болѣе живою, чѣмъ до подвѣшиванія. Состояніе рефлексовъ во время вытяженія, сколько можно судить на глазъ, остается безъ измѣненій. Что касается терапевтическаго вліянія, то послѣ сдѣланныхъ 25 подвѣшиваній отмѣчено улучшеніе походки и улучшеніе функціи тазовыхъ органовъ.

Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ *спинной сухотки въ атактическомъ періодѣ* подвѣшиваніе имѣло благопріятный терапевтическій эффектъ.

Наблюденіе IX.

2-го января 1895 г. въ нервную клинику принять А. П—ца, 30 лѣтъ, купецъ, холостой.

Анамнезъ. До 5 лѣтъ страдалъ рахитомъ. Въ болѣе позднемъ дѣтствѣ страдалъ частыми носовыми кровотечениями, которыя каждый разъ останавливались съ трудомъ. Съ 12 до 14 лѣтъ больной перенесъ тяжелую форму ревматизма. 20-ти лѣтъ, по словамъ лечившихъ его врачей, онъ страдалъ хореей, явленія которой исчезли на 22 году. Изъ венерическихъ заболѣваній П. перенесъ трипперъ; кромѣ того, лѣтъ 10 тому назадъ у больного была, по его словамъ, на членѣ какая то язвочка,—спустя дня 3 послѣ совокупленія,—о характерѣ которой онъ затрудняется сказать въ настоящее время. Вторичныхъ явленій больной не наблюдалъ. Были ли сифилисъ у отца или матери больной не знаетъ. У матери было 13 человѣкъ дѣтей, въ живыхъ 10; выкидышей не было. Алкоголиковъ въ роднѣ не имѣется. Семья больного не отличается здоровьемъ. Отецъ, мать и одинъ братъ страдаютъ экземой. Одинъ изъ братьевъ страдаетъ пляской св. Витта; младшая сестра крайне нервная; у старшаго брата кромѣ нервности наблюдается непереносимость къ спиртнымъ напиткамъ,—подъ вліяніемъ небольшихъ количествъ алкоголя онъ теряетъ сознаніе и не

помнить, что дѣлаетъ. Года 1^{1/2} тому назадъ у больного появились гастрическіе кризы. Кризы продолжались 5—6 дней и повторялись разъ въ 3—4 мѣсяца. Послѣ криза нѣсколько дней чувствуетъ головокруженіе. Около 3 лѣтъ замѣчается задержка мочи, наблюдающаяся и во время кризовъ. Съ началомъ самопроизвольнаго выдѣленія мочи послѣ криза совпадаетъ возобновленіе аппетита. Неприятности, огорченія, переутомленіе, крѣпкій чай и алкоголь вызывали у больного припадки рвоты. Со времени появленія кризовъ у больного рѣзко измѣнился почеркъ, — раньше онъ писалъ значительно лучше. Около 1^{1/2} года П. лечился безуспѣшно отъ катарра желудка, наконецъ отправился въ Петербургъ для совѣта со специалистами, гдѣ и поступилъ сначала въ терапевтическую, а затѣмъ въ нервную клинику.

Status. praesens. При поступленіи больного въ нервную клинику отмѣчено слѣдующее: больной средняго роста, правильнаго тѣлосложенія. Подкожный жирный слой развитъ умеренно. Стоять больной можетъ правильно, при закрытыхъ глазахъ наблюдается легкое пошатываніе. Пассивныя и активныя движенія нормальны. Если положить больного и заставить сдѣлать ногою кругъ съ закрытыми глазами, то ясно выступаетъ атактичность движеній, особенно въ лѣвой ногѣ. Походка нормальна. Зрачки неравномѣрны, — правый шире лѣваго, свѣтовая реакція ихъ отсутствуетъ, аккомодативная выражена слабо. Сухожильные рефлексы на верхнихъ конечностяхъ нормальны. Колѣнный рефлексъ и рефлексъ съ Ахиллова сухожилія отсутствуютъ. Кожные рефлексы — подошвенный, брюшной и надчревный рѣзко повышены, остальные — безъ измѣненій. Чувствительность тактильная, болевая и температурная безъ измѣненій. Электрическая реакція мышцъ и нервовъ нормальна. Болѣзненности нервныхъ стволовъ не замѣчается, п. ulnaris къ давленію реагируетъ нормально. Жалуется больной на общую слабость, тоскливое настроеніе духа, чувство общаго недомоганія, задержку мочи и запоръ. По временамъ бывають ревматическія боли въ нижнихъ конечностяхъ.

Съ 2 по 7 января у больного наблюдался гастрическій кризъ, прошедшій при леченіи *segium oxalicum* и не повторявшійся впредь до выписки.

Съ 17 января ему начаты *подвѣшиванія* на аппаратѣ Спримона-Бехтерева, которыя онъ отлично переносилъ. Сеансы дѣлались черезъ день, грузъ отъ 60 до 120 фунтовъ.

17-го января. Первое подвѣшиваніе. Грузъ 60 ф., продолжительность — 10 мин. Пульсъ до подвѣшиванія 96, во время — 88, 84, послѣ подвѣшиванія 92 въ 1 мин.

19-го января. Продолжительность сеанса 12 мин., грузъ — 65 ф. Во время подвѣшиванія зрачки суживаются. Пульсъ до сеанса 80, во время — 100, 92, послѣ подвѣшиванія 86; во время подвѣшиванія пульсъ дѣлается замѣтно полнѣе.

21—23-го января. Продолжительность сеанса 15 минутъ, грузъ—70 ф. Самочувствіе хорошее.

30 января. Подвѣшиваніе продолжалось 18 мин., грузъ 75 ф. Пульсъ до подвѣшиванія 94, во время—102, 96 и 94, послѣ сеанса 94; характеръ пульса тотъ же, что отмѣченъ и раньше.

12 февраля. Сеансы продолжаются 20 м., грузъ 80 фунт. Больной чувствуетъ себя значительно лучше, чѣмъ до подвѣшиванія. Хорошій сонъ, отличный аппетитъ. Моча выдѣляется замѣтно лучше. Въ основныхъ явленіяхъ болѣзни измѣненій нѣтъ.

26-го февраля. Грузъ 85 ф. сеансъ 20 м.

28-го февраля. Самочувствіе хорошее. Замѣтное улучшение въ мочеотдѣленія, — моча идетъ почти нормально.

2-го марта. Продолжительность сеанса 20 мин., грузъ 90 ф. Пульсъ также во время подвѣшиванія ускоряется и дѣлается подъ конецъ сеанса хотя медленнѣе, но полнѣе. Переноситъ подвѣшиванія больной отлично.

Сдѣлано всего 30 подвѣшиваній.

При выпискѣ изъ клиники 1 апрѣля отмѣчено слѣдующее: задержка мочи прошла почти вовсе, самочувствіе прекрасное, сонъ и аппетитъ удовлетворительные. Субъективныя ощущенія теркосты рукъ и ногъ прошли.

Заключеніе. 30 подвѣшиваній, сдѣланныхъ въ этомъ случаѣ *tabes incipiens*, на общее состояніе, парѣстезіи и мочеотдѣленіе оказали хорошее вліяніе.

Наблюденіе X.

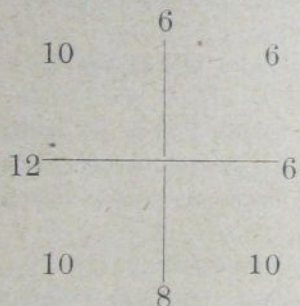
3-го ноября 1896 г. переведенъ изъ глазного отдѣленія клиническаго военнаго госпиталя въ нервное *К. С—ій*, 43 лѣтъ, офицеръ, уроженецъ Витебской губерніи.

Анамнезъ. Въ семьѣ больного никто нервными и душевными болѣзнями не страдалъ. С—ій въ дѣтствѣ имѣлъ большую для своего возраста голову, поздно началъ ходить. Изъ дѣтскихъ заболѣваній онъ перенесъ корь. Будучи еще небольшимъ, однажды ушибъ затылокъ. На 28 году заболѣлъ сочленовнымъ ревматизмомъ. Въ 1887 г. С—ій получилъ сифилисъ, лечился аккуратно, но склоненъ думать, что ртуть много способствовала ухудшенію его здоровья. Въ 1890 г. злоупотреблялъ половыми сношеніями. Вскорѣ развилась бессонница, появились обмороки, по временамъ во время раздраженія замѣчалъ недержаніе мочи, тогда же были гортанные кризы, изрѣдка повторяющіеся и въ настоящее время. Въ 1890 г. С—ій замѣтилъ ослабленіе зрѣнія въ лѣвомъ глазу и ощущеніе летающихъ мушекъ, до 1892 г. по временамъ замѣчалъ двойственность видѣнія. До 1895 г. заболѣваніе прогрессировало крайне медленно. Въ 1891 г., вмѣстѣ съ появленіемъ папулъ, больной сталъ замѣчать слабость въ ногахъ, стрѣляющія боли и запоры, въ то же время врачъ обнаружилъ

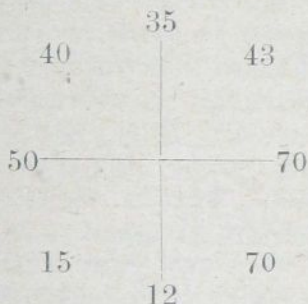
отсутствіе колѣбныхъ рефлексовъ; больной лечился подвѣшиваніями, затѣмъ примѣнялась электризація, прижиганія и проч., послѣ этого леченія стало лучше. Въ 1895 г. послѣ ряда неприяностей больной почувствовалъ себя хуже, въ ногахъ развилась атаксія, зрѣніе въ лѣвомъ глазу ухудшилось, а вмѣстѣ съ тѣмъ опустились верхнія вѣки.

Status praesens. Острота зрѣнія — правый глазъ $^{20}/_{20}$, лѣвый $^{20}/_{40}$

Поле зрѣнія: правый глазъ.



лѣвый глазъ.



Лѣвый зрачекъ шире праваго, правый уже нормального. На свѣтъ зрачки не реагируютъ, на аккомодацию реагируютъ хорошо. Лѣвый зрачекъ при прямомъ освѣщеніи какъ будто нѣсколько расширяется. При офтальмоскопированіи можно отмѣтить, что соски зрительныхъ нервовъ сѣроваты, границы ихъ ясны. При стояніи съ закрытыми глазами наблюдается рѣзкое пошатываніе, походка атактическая. Ходитъ съ палкой и поддержкой. Встать съ кровати можетъ только тогда, когда ему помогутъ. Сила рукъ по динамометру — правой 110, лѣвой 130. Мышечная сила ногъ нормальна. Костя черепа и позвоночника къ постукиванію не болѣзненны. Пассивныя движенія вездѣ нормальны. Тактильная чувствительность въ ногахъ ослаблена, по наружной поверхности праваго бедра почти утрачена вовсе. Болевая чувствительность понижена по внутреннему краю лѣвой ладони, лѣвый п. *ulnaris* къ давленію мало чувствителенъ; въ ногахъ болевая чувствительность понижена значительно и кромѣ того съ подошвъ и голени замѣчается замедленная ея проводимость (8—10"); такое же отношеніе представляетъ и температурная чувствительность. Мышечное чувство въ ногахъ рѣзко ослаблено. Температурный рефлексъ (холодовый) ясно выраженъ съ внутреннихъ поверхностей бедеръ. Брюшной и надчревной рефлексы рѣзко повышены, подошвенный отсутствуетъ, яичковые рефлексы слабы, ягодичный рефлексъ не случается только съ правой стороны. Сухожильные рефлексы верхнихъ конечностей слабы, нижнихъ — отсутствуютъ. Фарадическая возбудимость мышцъ и нервовъ понижена.

До 22-го ноября больной безъ всякаго успѣха испыталъ леченіе ртутью и іодомъ и прижиганія, послѣ чего ему стали примѣняться под-

опииванія на аппаратъ Спримона-Бехтерева, внутрь давался стрихнинъ и кромѣ того примѣнялся методъ Frenkel'я. Первые сеансы дѣлались черезъ день, грузъ 80 фунтовъ, продолжительность 8—12 минутъ.

24-го ноября сеансъ подвѣшванія прерванъ, такъ какъ при грузѣ въ 50 фунтовъ у больного появилось головокруженіе, пульсъ сдѣлался слабымъ, лицо цианотичнымъ.

Слѣдующіе сеансы больной выдерживалъ до конца, но послѣ сеанса жаловался на плохое самочувствіе.

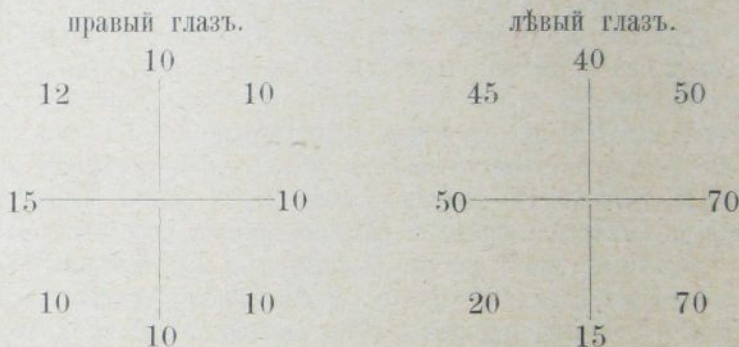
26—30-го ноября. Сонъ плохъ. Непроизвольное мочеотдѣленіе замѣтнѣе. Жалуется на большую слабость лѣвой ноги.

7-го декабря 9-ый сеансъ,—продолжительность 10 мин.; грузъ 110 фунтовъ. Самочувствіе удовлетворительное.

12-го декабря. 13-ый сеансъ,—10 мин., грузъ 125 ф. Во время сеанса зрачки расширились. Сонъ лучше. Самочувствіе плохое, атаксія выражена также рѣзко. Функціи тазовыхъ органовъ безъ перемѣнъ. Разстройства чувствительности тѣ же.

Къ 11-го января было сдѣлано 30 подвѣшваній.

11-го января 1896 г. Зрачки неравномѣрны,—правый рѣзко суженъ, свѣтовая реакція зрачковъ отсутствуетъ, аккомодативная слаба. Острота зрѣнія праваго глаза $\frac{20}{20}$, лѣваго $\frac{20}{40}$. Поле зрѣнія:



Встать съ постели безъ посторонней помощи больной не можетъ, устанавливается съ трудомъ, при началѣ движеній рѣзко выраженная атаксія. Ходить только если его поддерживаютъ, при ходьбѣ сильно разбрасываетъ ноги. При закрытыхъ глазахъ больной сильно шатается. Мышечная сила рукъ по динамометру—правой 110 ф., лѣвой 120. Мышечная сила ногъ нѣсколько ослаблена. Тактильная, болевая и температурная чувствительность значительно ослаблены въ тѣхъ же границахъ, что и раньше, замѣчается замедленіе проводимости болевой чувствительности до 10"и долѣе. Мышечное чувство въ ногахъ почти утрачено. Подошвенный рефлексъ отсутствуетъ, брюшной и надчревный повышены, яичковый крайне слабъ, ягодичный получается только съ правой стороны. Колѣнные рефлексы, а равно и рефлексъ съ Ахиллова сухожилія отсутствуютъ. Сухожильные рефлексы

верхнихъ конечностей ослаблены. Жалуетса больной, какъ и раньше, на ослабленіе зрѣнія въ лѣвомъ глазу, на затрудненность походки, на слабость въ ногахъ, на боли, на запоры, задержку мочеотдѣленія, по временамъ смѣняющуюся недержаніемъ, и на ослабленіе половой функціи.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ *спинной сухотки* конца второго стадія подвѣшиванія не принесли никакой пользы, за исключеніемъ небольшого расширенія поля зрѣнія. По отношенію же къ мышечной силѣ замѣчено даже ухудшеніе, такъ въ лѣвой рукѣ она стала меньше на 10 фунтовъ, въ ногахъ тоже нѣсколько ослабѣла; замедленіе болевой проводимости тоже стало долѣе 10". Непосредственное вліяніе вытяженія проявлялось одинъ разъ почти обморочнымъ состояніемъ и иногда расширеніемъ зрачковъ; самочувствіе послѣ сеанса было плохое.

Наблюденіе XI.

Съ 3 марта 1895 г. лечился въ клиникѣ нервныхъ болѣзней амбулаторно Г. И. Х—въ, 50 лѣтъ.

Анамнезъ. Дѣдъ со стороны матери пьяница, а бабушка страдала душевнымъ разстройствомъ. Мать тоже была душевно-больная и умерла въ лечебницѣ. Братъ матери страдалъ слабоуміемъ, одна изъ ея сестеръ поступила въ монастырь. Братъ и сестра больного находились одно время въ психіатрической лечебницѣ. Въ 1864 г. Х—въ имѣлъ сифилисъ. Женатъ, имѣетъ двухъ дѣтей. Въ 1877 г. перенесъ острый сочленовный ревматизмъ, послѣ чего вскорѣ появились боли въ правой рукѣ и ногѣ. Въ апрѣлѣ 1878 г. однажды утромъ у Х—ва отнялись правая рука, нога и языкъ. Одновременно съ гемиплегіей у больного наблюдался psoriasis palmaris и plantaris. Послѣ долгаго и систематическаго леченія больной поправился, но осталось нечистое произношеніе словъ и ригидность въ правой ногѣ. Съ 1892 г. появились боли стрѣляющаго характера въ ногахъ, а также частые и ложные позывы къ мочеиспусканію, тогда же появилось и ослабленіе половой способности. Въ 1893 г.—ночное недержание мочи.

Status praesens 3-го марта. Жалуетса больной на недержание мочи, вслѣдствіе котораго принужденъ носить мочепріемникъ, на неловкость, неустойчивость и неувѣренность при ходьбѣ, на слабыя стрѣляющія и опоясывающія боли и на ослабленіе зрѣнія. Кости черепа и позвоночника къ постукиванію неболезненны. Зрачки неравнобѣрны—правый шире лѣваго,—свѣтовая реакція ихъ отсутствуетъ, аккомодативная хорошо выражена. Острота зрѣнія какъ въ правомъ, такъ и въ лѣвомъ глазу $\frac{20}{40}$. Правая носогубная складка сглажена, правый уголь рта опущенъ. Височныя артеріи извиты и склерозированы, также склерозированными прощупываются и плечевыя артеріи. Языкъ отклоненъ вправо, правая половина его нѣсколько худѣе лѣвой. Рѣчь при волненіи больного затруднена. Стоять Х—въ можетъ, при закрытыхъ глазахъ замѣчается симптомъ Ром-

берга. При ходьбѣ X—въ прихрамываетъ на правую ногу, на правую стопу больной ступаетъ только на носокъ. При поворотахъ рѣзко выражена атаксія движенія. Активные движенія всѣ возможны, при пассивномъ движеніи въ правой стопѣ и колѣнѣ замѣчается нѣкоторая ригидность. Мышечная сила въ правой рукѣ 65, въ лѣвой—80 фунт.

Окружность:	Правая сторона.	Лѣвая сторона.
Плечо	24	25
Предплечіе	23	24
Бедро	42	46
Голень.	31	32,5

Подошвенный рефлексъ повышенъ, ягодичный отсутствуетъ, яичковый и надчревный получаютъ хорошо, брюшной ослабленъ. Сухожильные рефлексы верхнихъ конечностей повышены; колѣнные рефлексы отсутствуютъ, рефлексъ съ Ахиллова сухожилія также не вызываются. Тактильная чувствительность нормальна, болевая ослаблена на задней поверхности голени и на тыльной поверхности стопы. Температурная чувствительность безъ измѣненій, температурный рефлексъ съ внутреннихъ поверхностей бедеръ вызывается ясно. Мышечная чувствительность къ давленію ослаблена. N. ulnaris къ давленію воспримчивъ слабѣе нормальнаго. Мышечное чувство въ стопахъ рѣзко ослаблено.

Въ теченіе времени съ 3 марта по 15 апрѣля больной принималъ іодъ и ртуть внутрь и ему дѣлались прижиганія по позвоночнику термокаутеромъ Rasquelin'a и примѣнялся методъ Frenkel'я. Послѣ такого леченія 15/IV отмѣчено: улучшеніе мышечнаго чувства, атаксія исчезла, походка стала правильнѣе и больной можетъ дольше ходить; днемъ больной почти не обмачивается, ночью—по старому. Болевая чувствительность въ стопахъ и задней поверхности голени лучше. Въ глазахъ по временамъ «рябитъ», острота зрѣнія ²⁰/₄₀.

15-го апрѣля больной принятъ въ клинику и ему начаты *подвѣшиванія* на аппаратѣ Спримона-Бехтерева. Всего сдѣлано 20 подвѣшиваній, грузъ не превышалъ 70 фунтовъ (имѣя въ виду склерозъ сосудовъ).

15-го мая больной выписанъ изъ клиники въ значительно улучшенномъ состояніи: походка стала тверже, симптомъ Рэмберга почти исчезъ, больной можетъ неопредѣленное время стоять съ закрытыми глазами. Мышечное чувство нарушено немного въ правой стопѣ, въ лѣвой всѣ движенія X—въ опредѣляетъ вѣрно. Днемъ непроизвольное мочеиспусканіе наблюдается крайне рѣдко и то въ видѣ нѣсколькихъ капель. Колѣнныхъ рефлексовъ нѣтъ, свѣтовой реакціи зрачковъ также. Острота зрѣнія ²⁰/₄₀ и субъективныхъ измѣненій со стороны зрѣнія нѣтъ.

Заключеніе. Подвѣшиваніе въ данномъ случаѣ *спинной сухотки*, развившейся у стараго гемиплегика, не оказало никакого вліянія на остроту зрѣнія, всѣ же остальные симптомы во время подвѣшиванія продолжали улучшаться.

Наблюденіе XII.

12-го января 1896 года въ нервную клинику принять больной С. Н., 42 л., мѣщанинъ, уроженецъ Рязанской губ., холостъ.

Анамнезъ. Больной пьетъ очень значительно и началъ пить лѣтъ 20 тому назадъ; по специальности — торговецъ, часто приходилось проводить безсонныя ночи и испытывать прочія неудобства кочевой торговой жизни. Захворалъ 8 мѣсяцевъ тому назадъ. Сперва появилось ощущеніе, какъ будто кожа передней поверхности груди была обожжена крапивой, однако на кожѣ въ это время ничего не было замѣтно особеннаго, — ни сыпи, ни эритемы. Дня черезъ 2—3 это ощущеніе замѣнилось чувствомъ ноющей, сверлящей боли подъ ложечкой. Боль была довольно интензивна и очень непріятна, такъ что больной обратился къ медицинской помощи. Лечился отъ катарра желудка. Боль подъ ложечкой продолжалась безпрерывно 2 мѣсяца; сохраняя въ общемъ характеръ ноющей, сверлящей, она по временамъ обострялась и дѣлалась въ это время стрѣляющей, молніеобразной. Мѣсяца черезъ 2 къ ней присоединилась боль въ лѣвомъ боку (сейчасъ же подъ ребрами), а одновременно съ ней бурчаніе и переливаніе въ кишечникѣ, тоже преимущественно съ лѣвой стороны. Такъ продолжалось до декабря 1895 года. Въ ноябрѣ этого же года появилось чувство легкаго опоясыванія на передней поверхности груди, поясъ былъ шириной около $1\frac{1}{2}$ —2 вершковъ. Сперва онъ появлялся лишь временами, преимущественно къ вечеру и ненадолго. Постепенно поясъ суживался, и ощущеніе обострялось, пока наконецъ въ послѣднее время не достигло степени боли. Больной говоритъ, что его грудь какъ бы перевязана туго тонкой проволокой. 20 мая пролежалъ на землѣ въ лѣтнемъ пальто. Тогда почувствовалъ легкую опоясывающую боль. Съ іюля по декабрь 1895 года у больного запоры, не уступающіе никакимъ терапевтическимъ мѣропріятіямъ. Послѣднее время, — лѣтъ около 3-хъ, — замѣтилъ ослабленіе половой сферы. Относительно болѣзней, предшествовавшихъ настоящей, пациентъ заявилъ, что въ 1880 году онъ заразился сифилисомъ, лечился плохо у какого-то фельдшера, дававшего пилюли неизвѣстнаго состава и кромѣ того еще іодистый калий. Лѣтъ 6 тому назадъ былъ трипперъ. Года 3 тому назадъ былъ параличъ глазныхъ мышцъ съ опущеніемъ праваго вѣка. Семейная наслѣдственность отрицается. Отецъ и мать пациента умерли въ старости, всегда были здоровы, спиртными напитками не злоупотребляли. У нихъ было 13 человекъ дѣтей, все живы, никакими особенными болѣзнями, въ томъ числѣ и нервными, не страдали и не страдаютъ. Самъ пациентъ до 1880 года былъ здоровъ. Жалобы: чувство пояса, запоры и ослабленіе половой функціи.

Status praesens. Пациентъ средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, хорошо упитанъ. Костная система уклоненій отъ нормы не представляетъ. Кожа нормальна; слизистыя оболочки довольно хорошо окрашены. Разстройствъ кожной чувствительности (болевой, тактильной и температурной)

при изслѣдованіи не обнаружено, за исключеніемъ показанной на рис. 34 области, гдѣ болевая чувствительность нѣсколько ослаблена; здѣсь также замѣчается и относительное ослабленіе температурнаго чувства съ характеромъ извращенія. Кожные рефлексы надчревной, брюшной и cremaster'овый рѣзко повышены, лопаточный рефлексъ хорошо выраженъ, ягодичный сель-

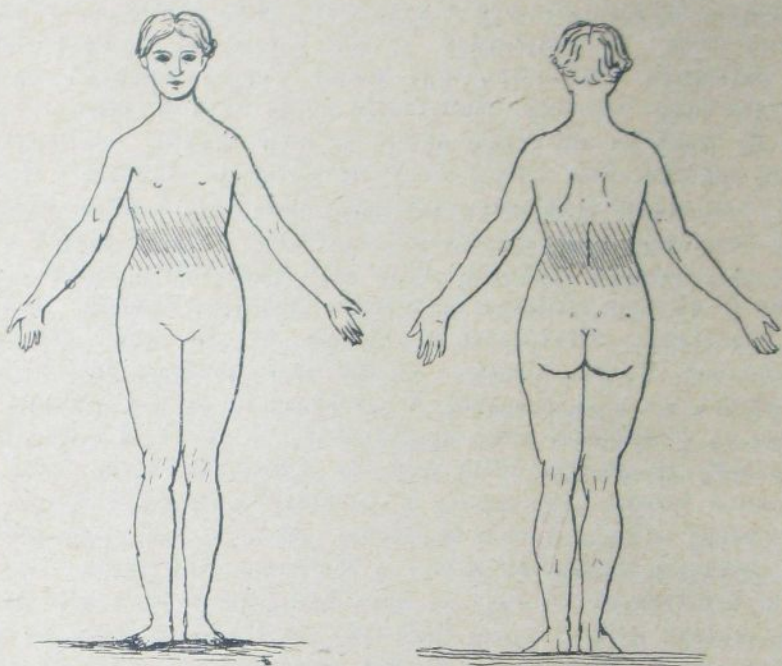


Рис. 34.

но ослабленъ. Сухожильные рефлексы: колѣнный отсутствуетъ, также и подошвенный. Рефлексы верхнихъ конечностей ясно выражены. Мышечные рефлексы тоже. Мышечная сила и мышечное чувство неизмѣнены. Если больной описываетъ ногою кругъ при закрытыхъ глазахъ, то замѣчается легкое зигзагообразное движеніе въ лѣвой ногѣ. Жженія при проведеніи ногтемъ по подошвѣ не замѣчается. При стояннн пациента съ сдвинутыми ногами и закрытыми глазами замѣчается легкое пошатываніе. Зрачки сильно сужены, равномѣрны; на свѣтъ весьма слабо реагируютъ; аккомодация не нарушена. Разстройство походки и вообще координаціи движеній нѣтъ. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не обнаружило уклоненій отъ нормы.

Больной жалуется на чувство опоясыванія груди, на боли подъ ложечкой (стрѣляющаго характера), на мимолетныя боли въ спинѣ, появляющіяся изрѣдка.

Съ 26-го января начаты *подъшиванія* на аппаратѣ Спримона-Бехтерева. Грузъ 100—110 ф., продолжительность 7—10 минутъ. Во

время подвѣшиванія больной чувствуетъ, какъ постепенно ослабѣваетъ мучащее его чувство пояса и парѣстезіи въ грудной области, составляющія его главную жалобу. Послѣ сеанса подвѣшиванія, въ теченіе 1—1½ час. пациентъ чувствуетъ себя очень хорошо, ощущение опоясыванія проходитъ совершенно, къ сожалѣнію, затѣмъ оно появляется вновь и къ вечеру усиливается до прежней степени. Пульсъ во время подвѣшиванія учащается на 20 ударовъ въ минуту, напряженіе его въ то же время уменьшается. Подвѣшиванія дѣлаются черезъ день. 30 января послѣ сеанса подвѣшиванія больной почувствовалъ покалываніе въ позвоночникѣ. 2 февраля состояніе не измѣнилось. 3 февраля больной чувствуетъ себя утромъ очень плохо, парѣстезіи очень мучительны, послѣ сеанса подвѣшиванія наблюдалось въ теченіе 1½—2 часовъ облегченіе, но затѣмъ, къ вечеру, боли усилились до плача. 6 февраля отмѣчено: боли въ грудной части и на соотвѣтствующемъ уровнѣ позвоночника усиливаются, причина больному значительныя страданія, послѣ подвѣшиванія болѣзненные ощущенія проходятъ не вполне, какъ это наблюдалось ранѣе, въ подложечной области боль продолжается, какъ во время висѣнія, такъ и остается послѣ. Объективные симптомы заболѣванія безъ всякихъ перемѣнъ. Подвѣшиванія продолжались до 12 февраля. Съ 7 по 12 февраля больной чувствовалъ себя нѣсколько лучше, боли опять стали проходить во время висѣнія.

Съ 12 февраля у больного появились признаки инфекціоннаго заболѣванія,—головная боль, общее недомоганіе, на слизистой оболочкѣ глотки краснота, миндалевидныя железы припухли, t^0 39,4; затѣмъ t^0 нѣсколько дней держалось на 37,5, а 18 февраля вдругъ поднялась до 40,2; на другой день утромъ у больного показалось рожистое воспаленіе кожи лица, въ 2—3 дня распространившееся по всему лицу и по волосистой части головы. Сильное рожистое воспаленіе съ отекомъ и образованіемъ серозныхъ пузырей продолжалось до 22 числа. Во время рожистаго процесса больной былъ переведенъ въ заразный баракъ, подвѣшиваніе, конечно, не примѣнялось. Что касается самочувствія, то, параллельно съ сильной слабостью, чувство пояса ощущалось слабѣе, но по мѣрѣ того, какъ больной поправлялся отъ рожи, его прежнія парѣстезіи давали себя знать все сильнѣе.

17-го марта больной былъ переведенъ изъ заразнаго отдѣленія въ нервное, до 27-го онъ принималъ Amygdophenin по 0,5. Въ первые дни Amygdophenin нѣсколько еще облегчалъ страданія больного, но потомъ больной къ нему привыкъ.

27-го марта снова начато подвѣшиваніе, но при грузѣ 110 ф. и на 7-ой минутѣ висѣнія съ полнымъ грузомъ у больного потемнѣло въ глазахъ и онъ почувствовалъ головокруженіе, пульсъ сталъ слабъ и частъ, лицо приняло цианотическую окраску, больной былъ близокъ къ полному обморочному состоянію, однако освобожденіе отъ груза и нѣсколько минутъ покойнаго положенія возвратили больному его прежнее самочувствіе.

Въ послѣдующіе дни подвѣшиванія продолжались, но грузъ былъ 100 ф. продолжительность сеанса 5—8 минутъ. Чувство пояса во время висѣнія оставляло больного вовсе, возвращаясь вечеромъ въ тотъ же день. 6 апрѣля чувство пояса нѣсколько измѣнило свой характеръ, оно стало, какъ выразился больной, «блуждать», кромѣ того ранѣе больной не могъ долго лежать на спинѣ, такъ какъ появлялись колющіе боли въ позвоночникѣ, теперь этого не было. 7 апрѣля подвѣшиваніе, въ виду наступающихъ при немъ сердцебіеній и рѣзкаго чувство слабости, оставлено. Какъ только было оставлено вытяженіе, парестезіи снова усилились. Съ 7 апрѣля по 8 мая принималъ наркотическія и примѣнялось статическое электричество, но послѣднія средства мало облегчали больного. Съ 8 по 24 мая была сдѣлана третья серія подвѣшиваній. Всего было сдѣлано больному 26 подвѣшиваній.

24-го мая больной выписанъ изъ клиники при слѣдующихъ явленіяхъ: парестезіи существуютъ, какъ и раньше, измѣнивъ нѣсколько свой харак-

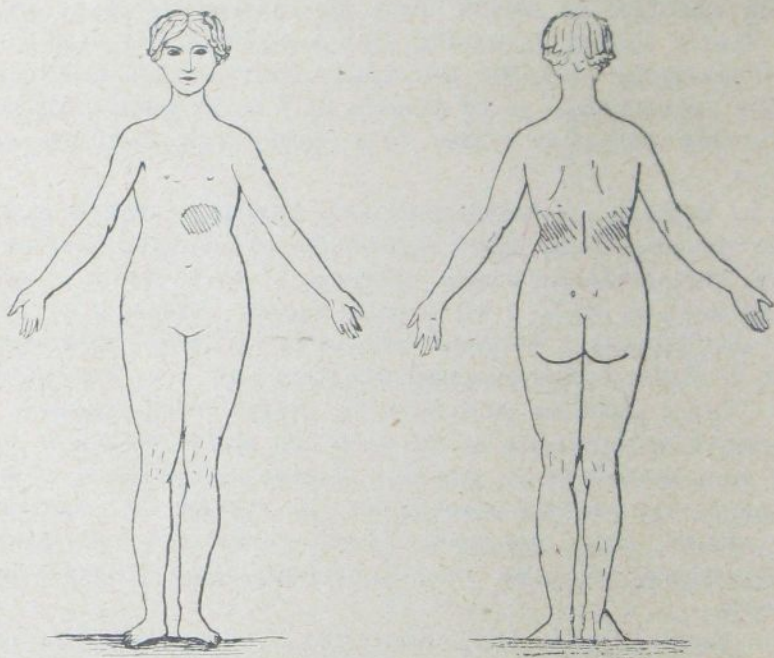


Рис. 35.

теръ и свою интензивность; больной чувствуетъ теперь колющіе боли въ спинѣ и въ груди не рѣзкія и не въ одномъ какомъ либо мѣстѣ, но распространенныя, въ разныхъ мѣстахъ, въ подкрыльцовыхъ ямкахъ, въ груди, по ребрамъ; чувство пояса бываетъ не всегда. Ежедневно утромъ больной встаетъ безъ болей, но по мѣрѣ усталости парестезіи появляются и въ дальнѣйшемъ усиливаются, однако теперь больной можетъ спать. Мочеотдѣленіе, какъ и раньше, безъ измѣненій. Зрачки сужены. Симптомъ Ромберга выраженъ также слабо. Объективныя разстройства чувствительности теперь занимаютъ значительно меньшую площадь (см. рис. 35). Рефлексы

брюшной и надчревной рѣзко повышены. Колѣнный отсутствуетъ съ обѣихъ сторонъ. *N. ulnaris* къ давленію чувствителенъ съ обѣихъ сторонъ. Больной купилъ аппаратъ для подвѣшиванія и былъ намѣренъ продолжать это леченіе дома (данъ совѣтъ безъ врача подвѣшиванія не производить).

Заключеніе. Подвѣшиваніе здѣсь, въ случаѣ преатактическаго стадія *стинной сухотки* съ упорными парестезіями грудной области, хотя и не устранило таковыхъ, но все-таки оказалось наиболѣе дѣйствительнымъ средствомъ. Замѣчательно, что во время самаго висѣнія парестезіи почти всегда оставляли больного. Слѣдуетъ еще отмѣтить, что границы пониженія болевой чувствительности значительно сузились. Улучшился также подъ вліяніемъ подвѣшиванія сонъ. Къ сожалѣнію, анемичность больного, его склонность къ обморокамъ во время висѣнія и перенесенное имъ инфекціонное заболѣваніе, конечно, значительно помѣшали примѣненію въ данномъ случаѣ леченія вытяженіемъ.

Наблюденіе XIII.

Съ 4-го апрѣля по 27-е мая 1896 года пользовалась амбулаторно въ клиникѣ нервныхъ болѣзней *А. А. К—ва*, 50 лѣтъ, уроженка Лифляндской губ., православная, вдова, замужемъ была 25 лѣтъ, занимается домашнимъ хозяйствомъ.

Анамнезъ. Жалуется на чувство тяжести въ головѣ, на боли въ поясницѣ, въ ногахъ и въ колѣнахъ; характера боли стрѣляющаго. Бываютъ боли часто и держатся дня по два, по три. Жалуется на онѣмѣніе въ пальцахъ рукъ и ногъ. При ходьбѣ подъ ногами является ощущеніе подстилки, — «что-то мягкое чувствуется, говоритъ больная, и я боюсь упасть». Боли въ лопаткахъ и чувство стягиванія въ груди. Постоянные запоры, — безъ лекарствъ и клизмъ дефекаціи не происходитъ. Считаетъ себя больной лѣтъ 15. Лѣтъ 6, какъ заболѣваніе выразилось яснѣе. Началось заболѣваніе болями въ поясницѣ и разстройствомъ походки, разстройствомъ, по временамъ доходившимъ до паденія. Шесть лѣтъ тому назадъ стрѣляющія боли очень усилились, появилось также ощущеніе пояса и стягиванія (какъ будто постоянно надѣтъ корсетъ). Около того же времени походка стала также ухудшаться. Постепенно явленія усиливались. Нынѣшній годъ больная чувствуетъ себя особенно плохо. Въ глазахъ точно насыпанъ песокъ. Зрѣніе нѣсколько ослаблено, — шить можетъ, читать плохо—сливаются буквы. Мать умерла отъ рожи. Отецъ былъ алкоголикъ, хотя умѣренный. Братья и сестры здоровы. Нервныхъ и душевныхъ заболѣваній въ близкомъ родствѣ не было (во второй линіи былъ одинъ дядя душевно-больной). Въ дѣтствѣ *К—ва* была здорова. Регулы появились на 18-мъ году; на 19-мъ вышла замужъ. Мужъ былъ здоровъ, только на ногахъ у него были «какія-то подкожные опухоли». Былъ-ли сифилисъ у мужа, больная не знаетъ, также не знаетъ, былъ-ли сифилисъ у нея самой. Часто лѣчилась отъ женскихъ болѣзней.

Страдает *metritis chronica et erosiones*. Много лѣтъ тому назадъ на ногѣ у больной, какъ она говоритъ, были ранки; онѣ были очень малы и глубоки, одна заживетъ—другая откроется. Ранки были около полгода.

Status praesens. Зрачки равномѣрны; свѣтовая реакція ихъ ослаблена, почти отсутствуетъ, аккомодативная выражена ясно. Походка атактичская; больная широко раскидываетъ ноги, когда идетъ, смотреть подъ ноги, идетъ неувѣренно, временами уклоняется отъ прямой линіи. Ноги, по словамъ больной, чувствуются какъ бы натянутыми, и требуется большое усиліе для вѣрности походки. При закрытыхъ глазахъ наблюдается рѣзкое пошатываніе. Мышечная сила въ нижнихъ конечностяхъ слегка ослаблена. Мышечное чувство нѣсколько нарушено на правой сторонѣ. Болевая чувствительность на нижнихъ конечностяхъ притуплена и на правой ногѣ сильнѣе, чѣмъ на лѣвой (см. рис. 36). Въ рукахъ чувстви-

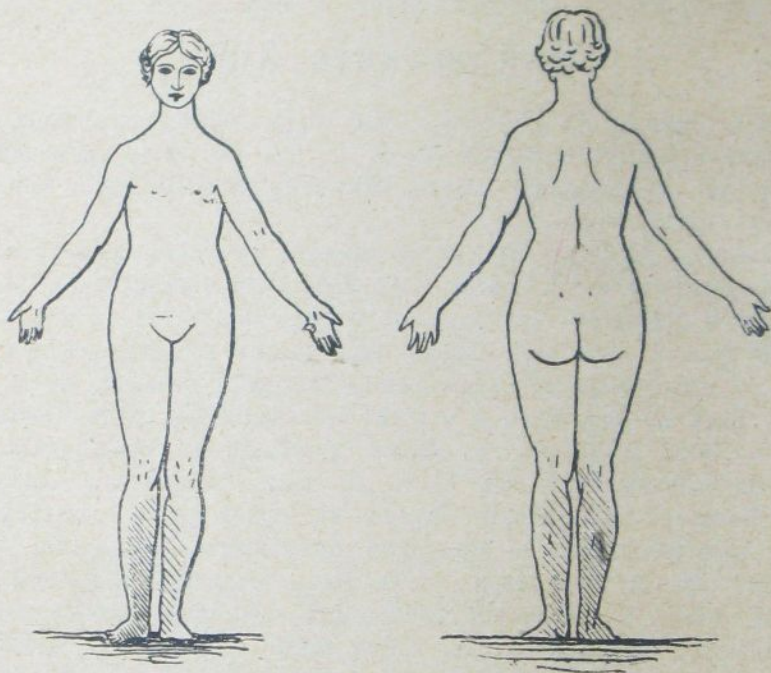


Рис. 36.

тельность безъ измѣненій. *N. ulnaris* къ давленію чувствителенъ на обѣихъ сторонахъ. Колѣнные рефлексы отсутствуютъ. Брюшной и надчревной рефлексы выражены хорошо, если даже нѣсколько не повышены. Мочепусканіе крайне задержано, по временамъ почти до остановки. Запоры. Последнее сношеніе съ мужемъ имѣла годъ тому назадъ, сношеніе было прервано, вслѣдствіе слабости мужа. Больная говоритъ, что «къ этому дѣлу она всегда была равнодушна». По выслушиваніи сердца тоны нѣсколько глуховаты, границы сердца незначительно увеличены.

8/IV. Сдѣлано первое *подвѣшиваніе* на аппаратѣ Спримона-Бехтерева; продолжительность сеанса 4 минуты, грузъ 60 фунтовъ.

10/IV. Сдѣлано 2-е подвѣшиваніе. Продолжительность 5 м., грузъ 70 фунтовъ.

17/IV. Сдѣлано 7-ое подвѣшиваніе (продолжительность 15 м., грузъ 80 ф.). Чувствуетъ себя немного лучше. Улучшеніе выражается болѣе свободной походкой. Болевые кризы значительно ослабѣли, третій день ноги только ноютъ, тогда какъ до подвѣшиванія боли были очень интенсивны. Мочепусканіе свободнѣе, — не приходится такъ долго ждать передъ выдѣленіемъ мочи, какъ это было раньше.

28/IV. Чувствуетъ боли въ лѣвой половинѣ туловища. Боли непостояннаго характера, ноющія и схватками. Походка за эти два дня нѣсколько ухудшилась, равно какъ и моча стала опять нѣсколько задерживаться. Сдѣлано 17-ое подвѣшиваніе.

30/IV. Ранѣе наблюдавшіяся боли въ спинѣ совершенно исчезли. Походка опять улучшилась. Моча идетъ довольно свободно. Жалуются на боли въ правомъ боку и въ нижней части живота.

3/V. Со вчерашняго дня моча опять задерживается, появились боли въ колѣнахъ. Непосредственно послѣ подвѣшиванія чувствуетъ себя лучше.

4/V. Боли въ колѣнахъ продолжаютъ, но менѣе, чѣмъ вчера. Моча идетъ еще свободнѣе.

5/V. Боли въ колѣнныхъ суставахъ меньше; моча выдѣляется свободнѣе. Больная жалуются на чувство пояса въ области живота и на чувство сдавленія въ области груди.

7/V. Болей въ колѣнныхъ суставахъ нѣтъ. Существуютъ боли въ правой подвздошной области. Моча идетъ хорошо.

8/V. Боли всѣ исчезли. Ходить много лучше. Моча идетъ свободно.

20/V. Походка лучше. Слабость въ ногахъ. Большихъ болей нѣтъ. Вчера были судороги (подергиванія и стягиванія ногъ). Моча идетъ сравнительно хуже, чѣмъ нѣсколько дней тому назадъ. На ногахъ стоитъ тверже.

26/V. Сдѣлано послѣднее подвѣшиваніе (всѣхъ подвѣшиваній сдѣлано 30). При окончаніи леченія: походка значительно лучше, — идетъ, мало шатаясь и рѣже уклоняясь въ стороны. Натянутость въ ногахъ при ходьбѣ чувствуется также. Симптомъ Ромберга выраженъ слабѣе. Измѣненія чувствительности безъ перемѣнъ. Задержка мочи такъ же, какъ и раньше. Мышечная сила безъ перемѣнъ. Мышечная чувствительность нормальна. Болевые кризы значительно ослабѣли и стали рѣдки.

Заключеніе. 30 сдѣланныхъ подвѣшиваній въ этомъ случаѣ атактического періода *спинной сухотки* вызвали улучшеніе походки, оказали вліяніе на симптомъ Ромберга и значительно способствовали ослабленію болевыхъ кризовъ. На объективныя разстройства чувствительности и на мышечное чувство подвѣшиванія вліянія не имѣли. На функцію тазовыхъ органовъ у данной больной подвѣшиваніе оказывало вліяніе, но вліяніе это однако держалось недолго.

Наблюденіе XIV.

2-го іюня 1896 г. переведенъ изъ глазного отдѣленія въ клинику нервныхъ болѣзней *K. С—въ*, 26 лѣтъ.

Анамнезъ. Родные здоровы. Сифилиса больной не имѣлъ. Въ 1885 г. *С—въ* упалъ съ лошади и получилъ сильный ушибъ головы. Въ 1886 г. онъ перенесъ тяжелую форму тифа, хворалъ 4 мѣс.; вскорѣ послѣ этого у него появились стрѣляющія боли въ рукахъ и ногахъ и парестезіи въ видѣ ползанія мурашей. Въ 1891 г. у больного было обильное геморроидальное кровотеченіе. Съ 1893 г. сталъ замѣчать ослабленіе зрѣнія. Въ 1894 г. послѣ ртутнаго леченія зрѣніе быстро упало и не возвращалось; изслѣдовавшій тогда окулистъ отмѣтилъ въ правомъ глазу остроту зрѣнія 1/1000, въ лѣвомъ также 1/1000.

Status psaesens. Зрачки расширены, на свѣтъ не реагируютъ. Соски зрительныхъ нервовъ блѣдны, границы ихъ рѣзко очерчены, вдоль сосудовъ тянутся бѣлыя полосы, особенно по артеріямъ, сбоку отъ нихъ; въ кровенаполненіи какъ артерій, такъ и венъ уклоненій отъ нормы не замѣчено. При сдвинутыхъ ногахъ у больного наблюдается пошатываніе. При движеніяхъ ногами (круговыя движенія) у больного, лежащаго въ кровати, замѣтна атаксія. *N. ulnaris* чувствителенъ къ давленію съ обѣихъ сторонъ. Брюшной и надчревной рефлексы повышены, какъ на правой, такъ и на лѣвой сторонѣ. Колѣнные рефлексы отсутствуютъ. Жалуется больной на полную потерю зрѣнія и на стрѣляющія боли въ рукахъ и ногахъ.

Съ 17-го іюня больному начаты *подвѣшиванія* на аппаратѣ Сирмона-Вехтерева. Сеансы черезъ день, продолжительность сеанса 8—10 минутъ, грузъ 100—120 фунтовъ.

1/VII. Отмѣчено послѣ 8-го подвѣшиванія, что боли въ ногахъ сильнѣе, — по словамъ больного, онъ еще такихъ раньше не испытывалъ.

11—17/VII. Кромѣ болей въ конечностяхъ появились еще головныя боли.

19/VII. Сдѣлано 15-е подвѣшиваніе. Все время жалобы на боли; острота зрѣнія = 1/1000, какъ и раньше. Зрачки нѣсколько уже. Больной жалуется на тяжесть въ вѣкахъ. Въ остальномъ перемѣнъ не произошло.

Заключеніе. 15 подвѣшиваній, сдѣланныхъ *С—ву*, страдавшему *спинной сухоткой*, не только не принесли ему никакой пользы и не улучшили замѣтнымъ образомъ зрѣнія, но сопровождались усиленіемъ болей.

Наблюденіе XV.

28-го декабря 1897 года въ клинику нервныхъ болѣзней поступилъ больной *Н. И—въ*, 39 лѣтъ.

Анамнезъ. Отецъ алкоголикъ, умеръ отъ чахотки. Матери 70 лѣтъ, она здорова. Младшіе братья умирали маленькими, старшій братъ умеръ отъ порока сердца; нервныхъ и душевно-больныхъ въ родѣ не было. Въ дѣтствѣ II—въ страдалъ частыми носовыми кровотечениями. Половую жизнь началъ 18 лѣтъ. 19-ти лѣтъ получилъ сифилисъ, лечился много. Жизнь велъ неправильную, пилъ. Лѣтъ 10 тому назадъ у него появились стрѣляющія боли по ходу сѣдалищныхъ нервовъ, приступы ихъ бывали каждую недѣлю; онъ помнитъ, что передъ появленіемъ ихъ злоупотреблялъ половыми сношеніями. Вскорѣ вслѣдъ за болями появилась задержка мочеиспусканія. Однажды наблюдался приступъ спазмодического кашля. Въ 1896 году въ декабрѣ начинала развиваться атаксія, которая вскорѣ однако исчезла, и лѣтомъ больной поправился, но въ августѣ 1897 г. походка снова разстроилась. Лѣчился впрыскиваніями спермина, до 36 впрыскиваній больной, не теряя надежды, продолжалъ терять ноги; послѣ 36 впрыскиваній перешли къ ртутнымъ впрыскиваніямъ, едѣлавъ 10, опять-таки безъ всякой пользы. Тогда больной обратился въ клинику.

Status praesens 8-го января 1898 г. Въ настоящее время II—въ жалуется на одышку, очень сильную усталость, затрудненіе походки, стрѣляющія боли; на задержку мочеотдѣленія и запоры, на онѣмѣніе въ стопахъ обѣихъ ногъ, на ослабленіе половой дѣятельности. Кризы стрѣляющихъ болей крайне мучительны, никакія средства не помогали, кромѣ коньяку. Зрачки неравномѣрны, — правый шире лѣваго, свѣтовая реакція отсутствуетъ. Походка больного рѣзко атактическая, при поворотахъ онъ долженъ за что-нибудь держаться, чтобы не упасть, при закрытыхъ глазахъ и сдвинутыхъ ногахъ падаетъ, на правой ногѣ стоять труднѣе, чѣмъ на лѣвой. Пассивныя движенія всѣ нормальны. Атаксії въ рукахъ незамѣтно. Въ ногахъ атаксія выражена рѣзко. Мышечное чувство въ стопахъ и голеняхъ рѣзко нарушено. Мышечная сила ногъ ослаблена. Мышечная сила рукъ по динамометру—правой руки 85—95, лѣвой—80 ф. Болевая чувствительность по болемѣру:

	Правая сторона.	Лѣвая сторона.		Правая сторона.	Лѣвая сторона.
Лобъ	0,6	0,6	Кисть	0,8	0,8
Щеки	0,6	0,6	Пальцы. . . .	0,8	0,8
Грудь	1,4	1,4	Бедро	1,5	1,5
Животъ . . .	1,0	1,0	Голень	1,4	1,4
Плечо	1,0	1,0	Стопа	1,2	1,2
Предплечіе . .	1,0	1,0			

Проводимость болевой чувствительности замедлена,—на нижнихъ конечностяхъ 3—5", на рукахъ до 2". Тактильная чувствительность, изслѣдованная таксіометромъ Мочутковскаго, показала, что больной не различаетъ ни одной поверхности прибора на стопахъ, голеняхъ и бедрахъ, на животѣ разли-

часть всѣ 8 поверхностей. Разницу температуры въ 5° различаютъ только на рукахъ, на ногахъ же не различаютъ. Подошвенный рефлексъ отсутствуетъ съ обѣихъ сторонъ. Рефлексъ яичковый существуетъ только съ правой стороны. Надчревный рефлексъ получается довольно рѣзко, если мышцы живота расслаблены, брюшной—выраженъ хорошо. N. p. medianus и radialis мало чувствительны къ давленію, n. ulnaris чувствителенъ, n. tibialis не чувствителенъ съ обѣихъ сторонъ.

Съ 8-го января по 23-е февраля больному были дѣлаемы сеансы *стибанія* на столѣ Gilles de la Tourette'a черезъ день, сила тракціи 60 кил., продолжительность отъ 6 до 10 минутъ,—безъ всякаго успѣха: тѣ же жалобы и то же состояніе больного было констатировано и 23 февраля, почему сгибаніе и было оставлено.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ *стинной сухотки* сгибаніе осталось недѣйствительнымъ.

Наблюденіе XVI.

Съ 19 января 1895 г. началъ лечиться *подвѣшиваніями* амбулаторно Е. Н. Б—iii, 43 лѣтъ, мировой судья.

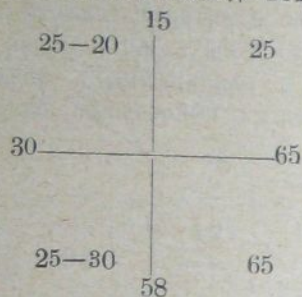
Анамнезъ. Четыре года тому назадъ появились боли въ рукахъ, стрѣляющаго характера, и сердцебіенія, вскорѣ появились рвоты и поносы, періодически повторяющіеся. Лѣтомъ 1894 г. стали замѣчать ослабленіе зрѣнія. Въ анамнезѣ сифилисъ и половые эксцессы. Жалобы на боли въ рукахъ и ослабленіе зрѣнія въ лѣвомъ глазу.

Status praesens. Стоять и ходить больной можетъ; при закрытыхъ глазахъ и сдвинутыхъ носкахъ ногъ замѣчается пошатываніе. Спускаться съ лѣстницы больному трудно. Правый глазъ уже около 20 лѣтъ ничего не видитъ, у внутренняго угла глаза жировая опухоль, на склерѣ сильно развита сѣтъ сосудовъ.

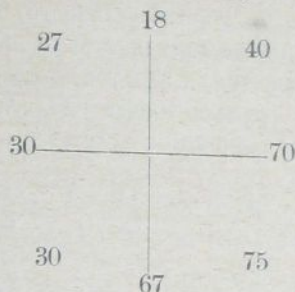
Въ лѣвомъ глазу изслѣдованіе, произведенное офтальмологомъ, показало: острота зрѣнія $\frac{20}{40}$, ограниченіе поля зрѣнія сверху, papill. n. optici блѣденъ, толщина сосудовъ нормальна. Тактильная, болевая и температурная чувствительность нормальна, только на наружной сторонѣ голени можно отмѣтить пониженіе болевой чувствительности и запаздываніе болевого ощущенія. Рефлексы колѣнный и съ Ахиллова сухожилія отсутствуютъ.

Мѣсяць и число.	Время подв.	Грузъ въ фунтахъ.	П У Л Ъ С Ъ.		
			До подвѣш.	Во время.	Послѣ подвѣш.
Янв. 19	15 мин.	50	100	108	96

Поле зрѣнія лѣваго глаза до подвѣшиванія.

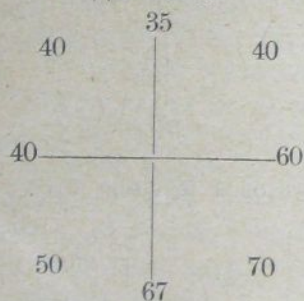


Послѣ сеанса.



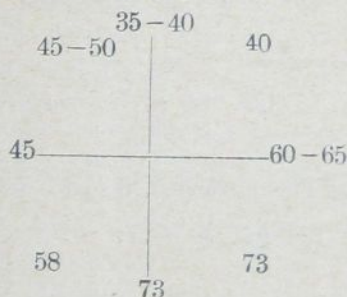
Янв. 21	15 м.	55	96	—	—
	—	50	—	108	—
	—	45	—	116	—
	—	40	—	—	96

До сеанса.



Поле зрѣнія.

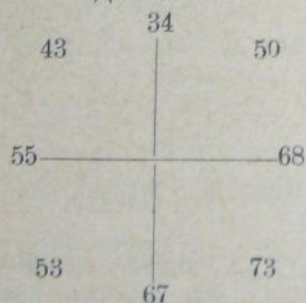
Послѣ.



Во время подвѣшиванія чувствуетъ усталость, слабость, мурашки въ рукахъ и приливъ крови къ черепу.

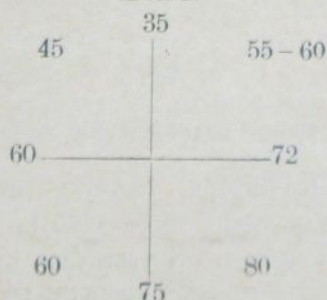
23	12 м.	50	88	104	—
	—	—	—	96	—
	—	—	—	96	—
	—	—	—	—	96

До сеанса.



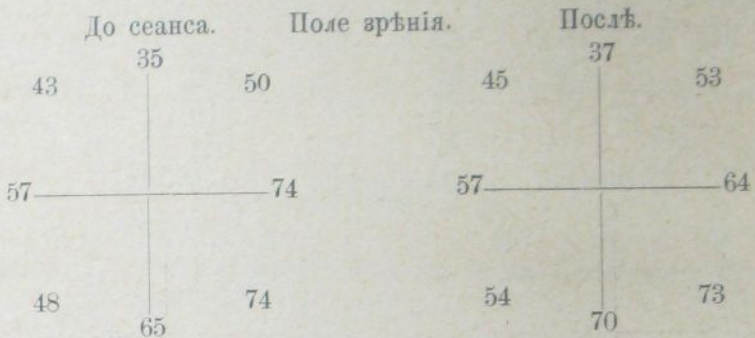
Поле зрѣнія.

Послѣ.



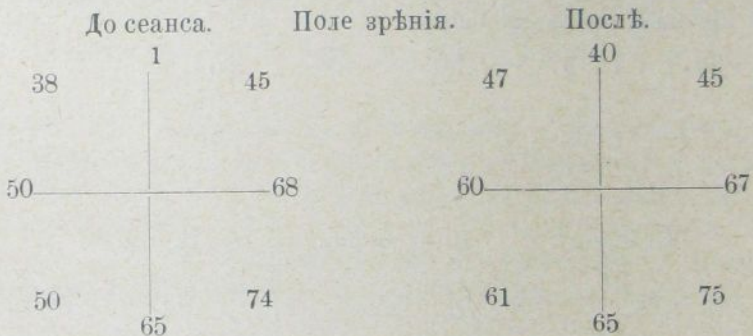
Зрачки нѣсколько шире. Подвѣшиваніе вызываетъ значительную гиперемію лица, чувство усталости, потъ, чувство нѣкоторой тяжести головы. Пульсъ сначала замедляется и напряженіе его значительно падаетъ, потомъ онъ ускоряется, дѣлается болѣе полнымъ, и напряженнымъ; послѣ подвѣшиванія пульсъ снова немного замедляется съ нѣкоторымъ еще усиленіемъ его полноты.

25	15	45	100	—	—
	—	40	—	104	—
	—	35	—	—	96



Во время сеанса зрачекъ расширенъ, свѣтовой реакціи нѣтъ.

27	15	40	104	—	—
	—	35	—	108	—
	—	—	—	—	100



Во время подвѣшиванія потъ.

27-го Января, сдѣлавъ всего 5 подвѣшиваній, больной по дѣламъ службы долженъ былъ уѣхать.

Заключеніе. Интересуясь въ данномъ случаѣ *спинной сухотки* вліяніемъ подвѣшиваній на остроту и поле зрѣнія, мы получили здѣсь, что

острота зрѣнія осталась прежней ($20/40$), поле зрѣнія подѣ вліяніемъ подвѣшиванія незначительно расширялось послѣ каждаго сеанса и послѣ 5 сеансовъ оно снизу, сверху и снугри стало шире, чѣмъ было до подвѣшиванія, на 10—15°.

Наблюденіе XVII.

Съ 3-го іюня 1897 года поступилъ подѣ наблюденіе амбулаторно тов. прокурора *К. Д. М—ва*, 42 лѣтъ, православный, уроженецъ города Твери, холостой.

Анамнезъ. Считаетъ себя больнымъ съ 1891 года; началось заболѣваніе чувствомъ слабости въ ногахъ и затрудненіемъ походки, отсутствіемъ колыньныхъ рефлексовъ и затѣмъ уже появившимися въ томъ же году стрѣляющими болями. Болѣзнь началась довольно остро, но нѣкоторое время спустя боли и чувство тяжести въ спинѣ исчезли, походка же продолжала ухудшаться и въ настоящее время (около уже года) больной можетъ ходить только съ поддержкой, еще болѣе разстроилась походка послѣ перенесеннаго больнымъ въ мартѣ прошлаго года перелома лѣвой голени. Въ началѣ заболѣванія появились и симптомы со стороны тазовыхъ органовъ, такъ появилось затрудненіе мочеотдѣленія иногда до полной задержки, но затѣмъ функція пузыря улучшилась и въ настоящее время больной замѣчаетъ только, что не можетъ мочиться сидя и для этого акта обязательно долженъ встать. Около 7 лѣтъ у больного утѣсла половая способность, ослабленіе же рѣзкое этой функціи появилось года за два до развитія заболѣванія. Со времени зараженія сифилисомъ въ 1882 году *К. Д.* сталъ замѣчать у себя ослабленіе половой функціи. Лечился въ 1882 году у специалистовъ, сдѣлалъ 34 втиранія сѣрой ртутной мази въ два приѣма, второй приѣмъ при появленіи вторичныхъ явленій. Въ 1889 году у *К. Д.* появилось воспаленіе салныхъ железъ кожи носа, заболѣваніе это продолжалось около года, пока больной не попалъ къ проф. В. М. Тарновскому, который назначилъ ему іодистый калий, отчего это воспаленіе железъ прошло въ недѣлю; тогда же больной началъ пить Цитмановскій декоктъ и выпилъ 24 бутылки — это было въ 1890 году, въ слѣдующемъ же 1891 году развились вышеописанныя явленія со стороны нервной системы. Въ дѣтствѣ перенесъ какое-то лихорадочное заболѣваніе. 26 лѣтъ тому назадъ имѣлъ перелой, осложнившійся двухстороннимъ эпидимитомъ. Указаній на патологическую наслѣдственность нѣтъ. Травмы черепа и позвоночника не испытывалъ. Вина не пьетъ.

Что касается леченія нервнаго заболѣванія, то со времени развитія болѣзни *К. Д.* продѣлалъ около 200 драхмовыхъ втираній сѣрой ртутной мази и выпилъ порядочное количество іодистаго калия безъ всякихъ сколько нибудь замѣтныхъ для себя результатовъ. Дѣлали больному и вытяженіе позвоночника, такъ въ 1895 году лѣтомъ на Кеммеринскихъ минеральныхъ водахъ ему сдѣлано было 30 подвѣшиваній; врачъ, примѣнявшій подвѣшиваніе, высказалъ будто больному убѣжденіе такого рода: «если можетъ

быть действительнымъ какой-либо способъ подвѣшиванія, то только подвѣшиваніе за одну голову», исходя изъ этого убѣжденія онъ и примѣнялъ К. Д. подвѣшиваніе за одну голову, избѣгая подмышниковъ. Каждый сеансъ продолжался не болѣе одной минуты. Ощущенія, испытываемыя больнымъ во время висѣнія, были крайне мучительны, дыханіе почти прекращалось, ощущался рѣзкій приливъ крови къ головѣ, глаза невольно закрывались. По окончаніи 30 мучительныхъ сеансовъ больной не получилъ никакого облегченія, никакого дѣйствія не оказалъ такой способъ подвѣшиванія и на функцію тазовыхъ органовъ. Дѣлалъ К. Д. вытяженіе и по другому, какъ онъ называетъ его, «первобытному» способу; дѣлалъ массажистъ, совѣтовалъ студентъ изъ Юрьева. «Я, рассказываетъ больной, ложился на кушетку и мнѣ по точному выраженію «загибали салазки» такимъ образомъ, чтобы стопы заходили за голову; сначала это было трудно, операція требовала большой физической силы и слабосильному бы не загнуть».

Послѣ этого вытяженія чувствовалось бодрѣе, но объективнаго улучшенія симптомовъ не наблюдалось. Вытяженіе позвоночника только-что отмѣченнымъ способомъ продолжалъ около года. Много сдѣлалъ также прижиганій, которымъ приписываетъ нѣкоторое кратковременное вліяніе. Въ настоящее время жалуется на стрѣляющія боли, на чувство онѣмѣнія въ ногахъ, въ особенности усиливающееся при болѣе или менѣе долгомъ сидѣніи, на затрудненность походки и невозможность ходьбы безъ посторонней помощи; при ходьбѣ скоро устаетъ и появляется одышка. Мочетѣдленіе затруднено.

Status praesens. Зрачки равномѣрны, свѣтовая реакція ихъ отсутствуетъ, аккомодативная выражена хорошо. Кости черепа и позвоночника къ постукиванію неболезненны. Стоять можетъ только при поддержкѣ, на одной ногѣ стоитъ съ большимъ трудомъ, особенно на лѣвой, при стояніи наблюдаются подергиванія отдѣльныхъ группъ мышцъ. Ходить можетъ только съ палкой и при посторонней помощи. При стояніи съ закрытыми глазами наблюдается рѣзко выраженный симптомъ Ромберга. Походка больного рѣзко атактическая. Въ движеніяхъ рукъ незначительная атаксія наблюдается, какъ явленіе только временное, почеркъ не измѣненъ. Пассивныя и активныя движенія во всѣхъ суставахъ свободны. Мышечная сила рукъ по динамометру: правой = 50 фунт., лѣвой = 49 фунт. Мышечная сила нижнихъ конечностей довольно хорошая. Объемъ праваго плеча 27 снт. лѣваго — 26,5 снт.; праваго предплечія — 25 снт.; лѣваго — 24,5; праваго бедра (въ верхней трети) — 47,5, лѣваго — 48; объемъ правой голени — 36,5, лѣвой — 36 снт.

Кожные рефлексы брюшной и надчревной получаютъ только при уколахъ булавкой и то только незначительные; подошвенный, кремастеровый и ягодичный рефлексы отсутствуютъ; рефлексъ межлопаточный выраженъ довольно сильно. Сухожильные рефлексы какъ верхнихъ, такъ и нижнихъ конечностей совершенно отсутствуютъ. При изслѣдованіи чувствительности циркулемъ Sieveking'a получились слѣдующія данныя:

Правая сторона.

2,5 снт. 7 снт.
 2,5 »
 10,5 »
 5 »
 10 »
 Не различает даже
 при 12 снт.
 7 снт.
 5 »
 4 »
 2 »
 2 »
 2,5 »
 1,5 »
 0,9—1 снт.

Тыль стопы.
 Подошва.
 Передн. по верх. голени.
 Бедро.
 Животъ.
 Грудь.

Спина на уровнѣ ниж-
 няго края лопатокъ.
 Поясница.
 Плечи.
 Предплечіе.
 Ладонная пов. кисти.
 Тыльные пов.
 Щека.
 Лобъ.

Лѣвая сторона.

7 снт.
 7 »
 10 »
 6 »
 10 »
 Не различаетъ даже
 при 12 снт.
 7 снт.
 5 »
 4 »
 4 »
 2,5 снт.
 2,5 »
 1,5 »
 0,9—1 снт.

При изслѣдованіи на стопахъ и поясницѣ наблюдается множественность ощущенія, такъ при совершенно сдвинутыхъ ножкахъ циркуля

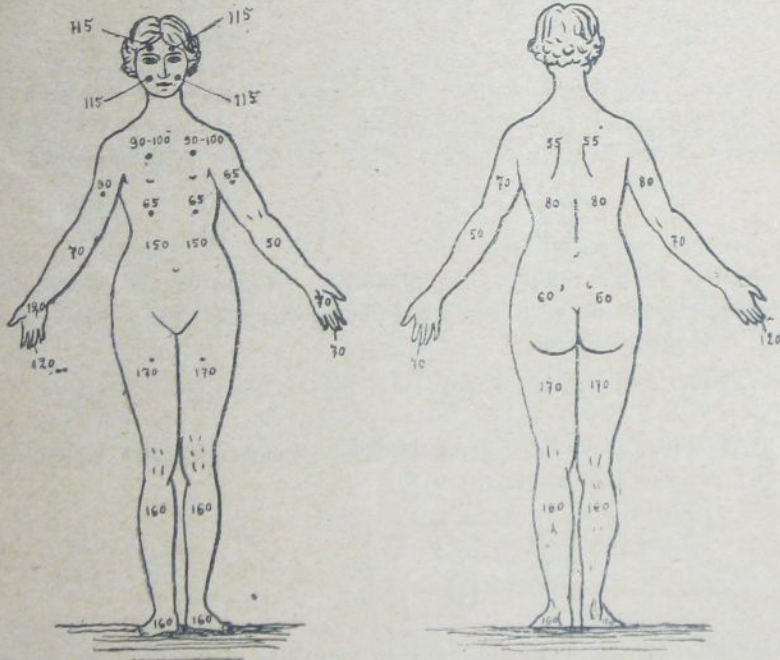


Рис. 37.

больной говорить, что ясно различаетъ двѣ ножки, иногда наблюдается и ложно-ощущеніе—больной чувствуетъ прикосновеніе тогда, когда до его ногъ не дотрагиваются совершенно. Состояніе болевой чувствительности, изслѣдованной болельромъ Кульбина, показано на прилагаемомъ рисункѣ 37.

Температурная чувствительность представляла слѣдующее: на тыльной сторонѣ стопы, какъ правой, такъ и лѣвой больной не различаетъ разницы въ два градуса (отъ 26°—29°), пониженіе t° на нѣсколько градусовъ воспринимаетъ, какъ повышеніе; кромѣ того на стопахъ у больного наблюдается и послѣощущеніе температуры, такъ, когда термоэстетометръ бывалъ уже нѣсколько секундъ убранъ, больной все еще продолжалъ чувствовать данную температуру. На голеняхъ, бедрахъ, а равно и по всему туловищу больной ясно различаетъ разницу въ 2°, на кистяхъ же рукъ и на лицѣ въ 1° и 1¹/₂°.

Съ 4-го іюня больному начато *подвѣшиваніе* на аппаратѣ Спримона-Бехтерева.

Мѣсяць и число.	Время подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунтахъ.	П У Л Ь С Ъ.		
			До подвѣш.	Во время подвѣш.	Послѣ подвѣш.
Іюнь.					
4	3 м.	70 ф.	80	84	81
5	3 м.	80	84	92	88

Въ концѣ сеанса полный пульсъ.

6	5 м.	85	84	104	96
---	------	----	----	-----	----

Заявляетъ, что вчера ночью была очень сильная и продолжительная эрекция, которую ему будто бы удалось утишить только опусканіемъ члена въ холодную воду. Пульсъ полнѣе, чѣмъ во время подвѣшиванія.

7	4 м.	90	92	100	96
9	4 м.	90	84	104	84

Пульсъ во время самого подвѣшиванія учащался, но напряженіе его становилось слабѣе, затѣмъ послѣ подвѣшиванія онъ сталъ рѣже, но болѣе полнымъ и напряженнымъ.

10	6 м.	100	84	96	96
----	------	-----	----	----	----

До подвѣшиванія пульсъ полный. Пульсъ едва ощутимъ во время сеанса и замѣтно полнѣе послѣ снятія груза.

11	6 м.	100	84	96	96
12	6 м.	105	88	96	86
13	6 м.	105	90	108	

Жалуется, что со вчерашняго утра начались боли по всей лѣвой ногѣ, боли эти непрерывныя, совершенно другого характера сравнительно съ болями, ранѣ бывавшими. Чувствуется какъ бы по ногѣ непрерывно ползаютъ мураши. Вслѣдствіе этихъ болей больной не спалъ всю ночь. Во

время сеанса подвѣшиванія боли эти ослабѣли, а къ концу прошли совершенно.

14 6 м. 105 78 100 96

Во время сеанса пульсъ слабого напряженія, по окончаніи вытяженія полный и трудно сжимаемый.

Утромъ сегодня были стрѣляющія боли въ лѣвой стопѣ, исчезли отъ одного порошка фенацетина. Своеобразное ощущеніе мурашекъ въ лѣвой ногѣ вчера въ слабой степени возобновилось спустя часа полтора послѣ подвѣшиванія, но затѣмъ вскорѣ прошло само.

16 6 м. 105 90 100 84

18 6 105 84 108 84

Во время сеанса пульсъ слабъ, до исчезновенія, послѣ подвѣшиванія пульсъ очень напряженный и полный.

Параллельно съ подвѣшиваніемъ начать методъ Frenkel'я.

20 6 м. 105 94 108 102

По вечерамъ въ ногахъ чувство полноты, ноги какъ-бы отекаютъ. Въ позвоночникѣ своеобразное ощущеніе пустоты. Больной, имѣя наклонность пользоваться медицинскими терминами, объясняетъ это чувство пустоты въ позвоночникѣ такъ: «видимо воспалительный процессъ тамъ прекратился». Боли въ послѣднее время, исчезли и замѣнились бывающимъ по вечерамъ чувствомъ ползанія мурашекъ по ногамъ.

22 6 м. 105 — — —

Во время подвѣшиванія въ позвоночникѣ чувство мурашекъ, въ животѣ чувство пустоты.

24 6 м. 105 90 104 96

Во время подвѣшиванія чувство пустоты въ брюшной полости и боль въ челюстяхъ.

Съ 25 іюня по 9 іюля сдѣлано 7 сеансовъ, продолжительность отъ 6 до 10 мин. съ грузомъ въ 105 фунтовъ.

Въ 4 часа дня 9-го іюля появились очень рѣзкія боли въ лѣвой ногѣ, на задней поверхности бедра, сейчасъ же подъ ягодицей и въ большомъ пальцѣ лѣвой стопы; боли эти продолжались до 12-го іюля.

10 10 м. 105

12 10 105

Боли прошли. По вечерамъ бываетъ только чувство онѣмѣнія.

14 10 105

Сдѣлано послѣднее 25 подвѣшиваніе.

Объективное изслѣдованіе чувствительности, произведенное циркулемъ Sieveking'a, послѣ сдѣланныхъ 25 подвѣшиваній, дало слѣдующія цифры:

Правая сторона.

Лѣвая сторона.

— Тылъ стопы.

4 снт. Подошва.

2 снт.

6 » Голень.

6 »

Правая сторона.
4—5 снт. Бедро.

5—7 снт. Животъ.

5—7 » Грудь.

Спина на уровнѣ
нижняго края ло-

6 снт. патокъ.

3—4 снт. Поясница.

4 снт. Плечи.

4 снт. Предплечіе.

Кисть на волярн.

3 снт. сторонѣ.

1,5 снт. На тылѣ.

1,5 » Щека.

1 снт. Лобъ.

Лѣвая сторона.

4—5 снт. Двойственность ощущенія
при одной ножкѣ; съ 4 снт.
ясно различаетъ удаляютъ
ясно различаетъ удаляютъ
ножки или прибли-
жаются.

5—7 снт.

5—7 »

6 снт.

4 »

4 »

4 »

3 »

1,5 снт.

1,5 »

1 снт.

Состояніе болевой чувствительности см. на прилагаемомъ здѣсь рисункѣ 38.
Температурная чувствительность, изслѣдованная термоэстезіометромъ

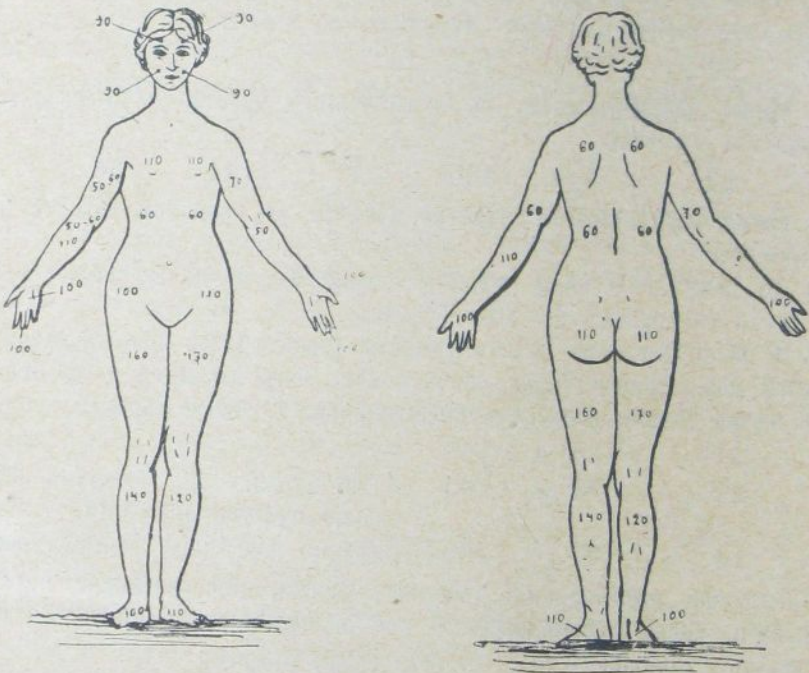


Рис. 38.

проф. В. К. Рота, обнаружилъ, что на стопахъ больной различаетъ ясно
разницу въ 2 градуса (отъ 26—29). На голеняхъ же, бедрахъ и выше

различается большимъ разниця и въ 1°. Переноса ощущенія на другую ногу, какъ было раньше, нѣтъ. Замедленіе проводимости болевой чувствительности и длительность ощущенія наблюдаются, какъ и раньше. Стоять съ закрытыми глазами не можетъ и чувствуетъ, когда закроетъ глаза, будто «ногъ у него нѣтъ». Можетъ пройти по комнатѣ съ одной палкой безъ посторонней помощи, походка значительно улучшилась, атаксія выражена слабѣе. На одной ногѣ, на правой, стоитъ съ большимъ трудомъ, на лѣвой можетъ простоять нѣсколько секундъ. Пройтись безъ посторонней помощи съ одной палкой по улицѣ не рѣшается, не хватаетъ увѣренности. Мышечная сила рукъ по динамометру: правой руки 65 фунтовъ, лѣвой руки 55 фунт. Объемъ праваго плеча 25—26 снт., лѣваго—25,2 снт., праваго предплечія—25—26 снт., лѣваго предплечія—24 снт., праваго бедра—45 снт., лѣваго бедра—46 снт., правой голени—33—33,8 снт., лѣвой—34 снт. Въ состояніи рефлексовъ измѣненій не произошло. Самочувствіе значительно улучшилось, въ спинѣ нѣтъ прежняго чувства боли и тяжести, обратно, чувствуется какая-то пустота, больной даже довольно смѣло заявляетъ, что «воспаленіе въ спинѣ, по всей вѣроятности, остановилось».

Болевые кризы въ ногахъ не повторяются и замѣнились бывающимъ въ ногахъ иногда онѣмѣніемъ и чувствомъ мурашей. 15 іюля больной уѣхалъ на Кавказъ. Лѣто 1897 года больной провелъ на Кавказѣ, гдѣ пользовался водолеченіемъ, продолжалъ упражненія по методу Frenkel'я, продолжалъ дѣлать подвѣшиванія, приобрѣтъ для себя аппаратъ Спримона-Бехтерева, дѣлалъ прижиганія и пилъ іодистый калий. Зимой 1897 и 1898 года, за неимѣніемъ мѣстъ въ клиникѣ, поступилъ въ нервное отдѣленіе клиническаго института В. К. Елены Павловны, гдѣ больному было также сдѣлано нѣсколько десятковъ подвѣшиваній. Пробылъ больной въ Институтѣ до весны, весной прожилъ мѣсяца два дома до мая 1898 года, когда отправился снова на Кавказъ, гдѣ повторилъ то же леченіе, что и въ лѣто 1897 г., за исключеніемъ іодистаго калия, котораго больной уже давно не пилъ. Осенью въ концѣ сентября больной побывалъ ненадолго дома, а затѣмъ вновь пріѣхалъ въ С.-Петербургъ и поступилъ въ клинику нервныхъ болѣзней. Изслѣдованіе нервной системы, произведенное 22 октября 1898 года, дало слѣдующее: мышечная сила рукъ по динамометру: правой руки 50 фунт., лѣвой руки—60 фунт. Объемъ праваго бедра 47,5 снт., лѣваго—46 снт., правой голени—34 снт., лѣвой—34 снт., праваго плеча—25 снт., лѣваго—25 снт., праваго предплечія—24,5—25 снт., лѣваго—24,5 снт. Болевая чувствительность, сравнительно съ послѣднимъ измѣреніемъ, разницы не представляетъ. Стоять можетъ безъ палки и безъ поддержки, съ палкой свободно ходить одинъ и по улицамъ. При долгомъ сидѣніи сразу встать не можетъ, чувствуя рѣзко тяжесть въ поясницѣ. Мышечное чувство довольно хорошее. Симптомъ Ромберга выраженъ рѣзко. Колѣнные рефлексы отсутствуютъ, точно также отсутствуютъ и рефлексы съ Ахиллова сухожилія. Жалуется больной въ настоящее время на неприятыя ощущенія въ обѣихъ

рукахъ, на онѣмѣніе и атаксію (иногда при взятіи выпадаютъ вещи). Мочеотдѣленіе хорошее. Рѣдко наблюдается небольшое произвольное выдѣленіе кала, а съ нимъ и моча (послѣднее больной приписываетъ вліянію стрихнина, оставляя который, онъ будто бы явленій этихъ не замѣчалъ). До 27 января было сдѣлано больному 30 подвѣшиваній (грузъ 100 ф., продолжительность сеанса 10 м.). Послѣ этихъ 30 подвѣшиваній боли и онѣмѣніе въ рукахъ стали значительно слабѣе, явленій со стороны прямой кишки (произвольнаго отдѣленія кала) не было.

27-го января больной, задѣвъ ногой за кроватьную ножку, причинилъ себѣ переломъ лѣвой наружной ладыжки и разрывъ наружной связки голеня-стопаго сустава съ обширнымъ кровоизліаніемъ въ подкожную клетчатку. Переломъ зажилъ безслѣдно, но въ теченіе января и февраля подвѣшиваній не дѣлалось (примѣнялись гальванизация, прижитанія, массажъ и гимнастика). Въ половинѣ марта подвѣшиванія были возобновлены и до 1-го апрѣля ихъ было сдѣлано 12.

1-го апрѣля больной выписанъ изъ клиники. При выпискѣ: стоять съ закрытыми глазами можетъ довольно долго, 5—6 м. Ходить можетъ одинъ съ палкой по нѣсколько часовъ, атаксію въ ногахъ незамѣтно, но постановка ногъ нѣсколько необычная, онъ сильно поворачиваетъ носокъ кнаружи и, ставя ногу, нѣсколько какъ бы выбрасываетъ ее. Въ настоящее время болей нѣтъ ни въ ногахъ, ни въ рукахъ. Мышечная сила рукъ по динамометру: правой 65 фунт., лѣвой 85 фунт. Объемъ праваго плеча 27 снт., лѣваго 26, праваго предплечія 25,5, лѣваго 25, праваго бедра 49, лѣваго 49, правой голени 32, лѣвой 33 сантиметра. Измѣреніе болевой чувствительности, произведенное бодемѣромъ д-ра Кульбина въ цифрахъ выражено на прилагаемомъ рис. 39. Измѣреніе температурной чувствительности термометромъ проф. В. К. Рота показало, что разницу въ 1 и 1½ градуса (27—29°) больной различаетъ повсюду хорошо. Тактильная чувствительность измѣненій сравнительно съ послѣднимъ изслѣдованіемъ не представляетъ.

Заключеніе. Изслѣдованіе пульса, произведенное у М—ва во время одинадцати сеансовъ подвѣшиванія показало, что во время вытяженія число ударовъ пульса постоянно увеличивалось отъ 8 до 22 ударовъ въ 1', напряженіе же его падало; непосредственно послѣ вытяженія частота пульса въ 3 случаяхъ была на 2—4 уд. въ 1' менѣе, чѣмъ до вытяженія, въ 8 случаяхъ отъ 4 до 18 уд. въ 1' чаще, но во всѣхъ 11 случаяхъ пульсъ становился болѣе полнымъ и напряженнымъ, чѣмъ до и во время подвѣшиванія. Переносилъ вытяженіе больной хорошо; изъ субъективныхъ ощущеній отмѣчается лишь чувство пустоты въ брюшной полости (во время самаго сеанса). Послѣ первыхъ трехъ подвѣшиваній у больного наблюдалась очень сильная эрекция. Изслѣдованіе болевой чувствительности, произведенное до начала леченія и послѣ первыхъ 25 подвѣшиваній (въ іюлѣ 1897 г.) показало, что болевая чувствительность въ ногахъ значительно улучшилась, больной при меньшихъ дѣленіяхъ бодемѣра ясно ощущалъ

боль. Также обнаружила температурная, а равно и тактильная чувствительность, исследованная первая прибором проф. В. К. Рота, вторая — циркулемъ Sieveking'a (сравни полученные цифры). Мышечная сила рукъ увеличилась на нѣсколько фунтовъ. Объемъ нижнихъ конечностей уменьшился на 2—3 снт. при увеличившейся мышечной силѣ (здѣсь слѣдуетъ имѣть въ виду, что у больного до леченія въ ногахъ было чувство тяжести и отека, съ которыми по всей вѣроятности было связано и нѣкоторое дѣйствительное увеличеніе ихъ объема). Значительное улучшение произошло въ двигательной сферѣ, хотя здѣсь эффектъ нельзя приписать одному подвѣшиванію, такъ какъ съ 12-го подвѣшиванія больному начать былъ параллельно и методъ Frenkel'я, методъ, имѣющій самъ по себѣ большое

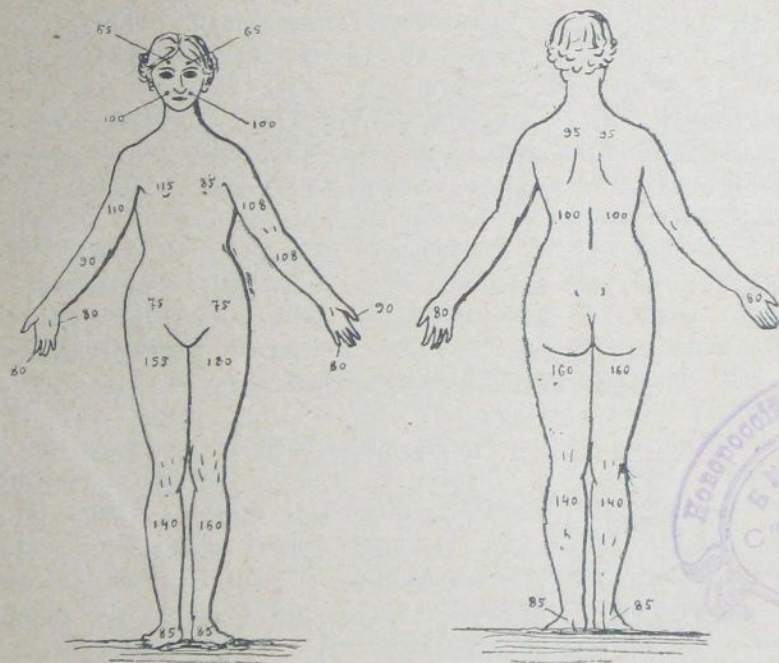


Рис. 39.

значеніе и вліяніе на двигательныя разстройства табетиковъ. Интересъ данного случая заключается еще и въ томъ, что больной находился подъ наблюденіемъ 2 раза въ теченіе 2-хъ лѣтъ. Во второй разъ ему было сдѣлано 42 подвѣшиванія. Появившіяся разстройства въ рукахъ (боли, онѣмніе и атаксія), а также со стороны прямой кишки подъ вліяніемъ новыхъ подвѣшиваній прошли. Болевые кризы въ ногахъ исчезли еще послѣ первыхъ 25 подвѣшиваній и съ тѣхъ поръ не повторялись. Больной, ранѣ ходившій только со служителемъ и палкой, уже послѣ перваго ряда подвѣшиваній и до настоящаго времени ходитъ подолгу и большія разстоянія только съ палкой. Конечно, трудно сказать, какъ потечетъ болѣзнь далѣе, но, думаю, что изъ только что представленнаго

наблюденія случая атактического періода *спинной суготки* можно заключить, что подвѣшиваніе оказываетъ иногда благопріятное вліяніе при развитіи *tabes'a*. Конечно, нельзя забывать, что въ данномъ случаѣ могло имѣть и по всей вѣроятности имѣло вліяніе на стойкость улучшенія послѣ подвѣшиваній во-первыхъ систематичность и продолжительность леченія, а во-вторыхъ и другіе методы леченія, примѣняемые больному на Кавказѣ, а также и въ клиникѣ въѣ времени подвѣшиванія.

Наблюденіе XVIII.

9 декабря 1897 года въ нервную клинику принять больной А. Б—въ, 35 л., крестьянинъ, уроженецъ Тверской губ., торговецъ.

Анамнезъ. Ничѣмъ до настоящаго заболѣванія не хворалъ, кромѣ сифилиса въ 1884 году. Съ 23 лѣтъ пьетъ вино. Женился въ 1885 году, имѣлъ 8 человѣкъ дѣтей; первыя пять умерли, выживая не болѣе сутокъ, а одинъ изъ нихъ былъ мертворожденный. Два брата—алкоголики. 7 лѣтъ тому назадъ появилась ломота въ ногахъ, особенно въ лѣвой; ночью боли усиливались. Вслѣдъ за болями замѣтилъ въ ногахъ судороги, онѣ съ промежутками повторялись года три и смѣнились чувствомъ одеревенѣлости сначала въ лѣвой ногѣ, а потомъ и въ правой. 4 года тому назадъ появилось недержаніе мочи; какъ вспоминаетъ теперь больной, недержаніе мочи предшествовалось задержкой мочеиспусканія. 3 года тому назадъ появились рвоты, бывающія раза 3 въ недѣлю, чаще послѣ приема пищи.

Status praesens. Въ настоящее время больной жалуется на онѣмѣніе въ ногахъ, особенно въ лѣвой и въ рукахъ, на сильное затрудненіе походки, боли въ животѣ, недержаніе мочи и запоры. Зрѣніе, какъ замѣчаетъ больной, тоже въ послѣднее время ослабло. Б—въ средняго роста, плохо упитанный, кожные покровы и слизистыя оболочки блѣдны. Зрачки неравномѣрны, — лѣвый суженъ, свѣтовая реакція отсутствуетъ, аккомодативная сохранена. На первыхъ фалангахъ обоихъ мизинцевъ прощупываются костныя утолщенія, также прощупывается утолщеніе и на большеберцовой кости лѣвой ноги. Конечности цианотичны. Стоять съ закрытыми глазами не можетъ, ходитъ только при посторонней помощи; походка рѣзко атактическая, съ трудомъ можетъ ставить стопы. Мелкія движенія въ рукахъ затруднены и атактичны, не можетъ завязать узла, застегнуть пуговицы; почеркъ также атактический. Колѣбные рефлексы отсутствуютъ, рефлексы съ сухожилій *m. bicipitis* и *tricipitis* получаютъ. Подошвенный рефлексъ отсутствуетъ. Брюшной рефлексъ болевой сохраненъ, тактильный получается не всегда. Механическая мышечная возбудимость сохранена. Мышечное чувство въ ногахъ и рукахъ рѣзко нарушено. Больной совершенно не различаетъ положенія ноги въ пространствѣ. Мышечное чувство въ локтевомъ и плечевомъ сочлененіи болѣе или менѣе сохранено. Болевая чувствительность понижена

въ обѣихъ ногахъ и въ кистяхъ рукъ, пониженіе тактильной чувствительности занимаетъ ту же область и еще распространяется по туловищу спереди до сосковъ, сзади—до нижняго края лопатокъ. Температурная чувствительность сильнѣе нарушена въ правой рукѣ, затѣмъ въ обѣихъ голенихъ и стопахъ. Изслѣдованіе съ циркулемъ Sieveking'a не удается, такъ какъ въ мѣстахъ, гдѣ тактильная чувствительность нарушена, большой совѣтъ не различаетъ прикосновенія ножекъ.

До 16 декабря больной получалъ іодистый калий, но затѣмъ лекарство было отмѣнено и назначено одно *сгибаніе на аппаратъ Gilles de la Tourette'a* и *Chipault'a*.

16 декабря. Сдѣлано первое сгибаніе. До сгибанія пульсъ въ лѣвой art. radialis 92 въ 1 м., средняго напряженія; послѣ 4 мин. сгибанія пульсъ 120 въ 1 м., аритмичный. Сгибаніе продолжалось 5 минутъ. 2 мин. спустя послѣ сеанса пульсъ ровный, полный, 118 въ 1 мин. Сила тракціи 45 кил.

18 декабря. 2-й сеансъ. Пульсъ до сгибанія 88 въ 1 м. При сгибаніи, по мѣрѣ увеличенія тракціи,—учащается и 5 м. спустя—108 въ 1 м., напряженнѣе; при постепенномъ прекращеніи тракціи падаетъ до 92. Черезъ 4—5 минутъ послѣ окончанія сеанса пульсъ 88 въ 1 мин., полный. Больной хорошо переноситъ сгибаніе и заявляетъ, что подвѣшаніе, которое ему дѣлали $1/2$ года тому назадъ, ему было труднѣе переносить. Сила тракціи 60 кил. Ночью были боли въ ногахъ.

19 декабря. Боли.

20 декабря. 3-й сеансъ. Пульсъ до сгибанія 96 въ 1 м., послѣ 4 мин. сгибанія—88; слабѣе; послѣ 5 мин. сгибанія 108 въ 1 м. Черезъ 3 м. послѣ окончанія сеанса—96 въ 1 м. Сила тракціи 60. Болевые кризы попрежнему.

23 декабря. 4-й сеансъ. Пульсъ до сгибанія 100 въ 1 м., послѣ 5 м. сгибанія—108, послѣ 7—104 въ 1 м. Черезъ 3 м. послѣ окончанія сеанса—90, полный, ровный. Чувство усталости меньше. Болей въ позвоночникѣ нѣтъ, головокруженій также. Боли въ ногахъ слабѣе.

27 декабря. 4 сеансъ. Пульсъ до сгибанія 100 въ 1 м., послѣ 5 м. сгибанія—96, послѣ 7—96, черезъ 3 мин. по окончаніи сеанса—80 въ 1 м., болѣе напряженный. Ночью были боли въ ногахъ.

29 декабря. Вслѣдствіе болей въ поясницѣ сгибанія не было.

31 декабря. 6-й сеансъ. До сгибанія пульсъ 90 въ 1 м., послѣ 3 м. сгибанія—96, прощупывается хуже, черезъ 6 м.—100 въ 1 м., полнѣе. Черезъ 3 м. послѣ сгибанія—96 въ 1 м. При мочеиспусканіи жженія и болей нѣтъ.

1898 г. 2 января. 7-й сеансъ. Пульсъ 100 въ 1 м., послѣ 5 мин. сгибанія—100, послѣ 10—106 въ 1 м. Болей въ пузырь и поясницѣ не было, но болѣла правая теменная область.

4 января. 8-й сеансъ сгибанія.

6 января. 9-е сгибаніе. Пульсъ до сеанса 72 въ 1 м., черезъ 5 м. сгибанія—100, послѣ сеанса 80 въ 1 м. Сила тракціи 85 кил.

7 января. Вечеромъ у больного появилась рвота, задержка мочи усилилась.

8 января. Рвота прекратилась.

9, 11 и 13 января. 10-й 11-й и 12-й сеансы сгибания.

15 и 18 января. Были сдѣланы два подвѣшиванія, такъ какъ столяр для сгибания потребовалъ ремонта. Сеансы по 8 мин., грузъ—60 фунтовъ.

21 января. Боли въ области желудка, рвота. Сгибание 10 м. Сила тракціи 45 кил.

23 и 25 января. 14 и 15 сгибание. Сила тракціи 50 кил., продолжительность сеанса 5 м. Сеансъ сгибания прекращенъ, вслѣдствіе появленія тошнотныхъ движеній.

28 января. 16 сгибание. Самочувствіе удовлетворительное. Мураши въ ногахъ.

1 февраля. 17-е сгибание. Вчера была рвота, дано 4 приема сегіи oxalici по 2 gr.; рвота прекратилась.

4 февраля. Больной выписанъ изъ клиники. Исслѣдованіе чувствительности показало, что она такъ же нарушена и въ тѣхъ же границахъ, какъ и передъ началомъ сгибания. Непроизвольное мочеиспусканіе прекратилось, затрудненіе мочи меньше, но еще наблюдается. Болей въ ногахъ нѣтъ. Въ остальномъ больной переѣвъ не представлялъ.

Заключеніе. Такимъ образомъ 17 сеансовъ сгибания позвоночника въ данномъ случаѣ *спиной сухотки* дали улучшеніе болевыхъ кризовъ и мочеотдѣленія. Гастрическіе кризы появлялись въ послѣднее время какъ бы чаще, но интенсивность ихъ не увеличилась. Двигательная и рефлекторная сфера и чувствительность остались безъ всякихъ измѣненій.

Наблюденіе XIX.

Съ 16 апрѣля по 25 мая 1898 г. пользовался амбулаторно въ клиникѣ нервныхъ болѣзней В. Ш—нъ, 38 лѣтъ, уроженецъ г. Кашина Тверской губ., православный, женатый, по занятіямъ торговецъ.

Анамнезъ. Боленъ около 12 лѣтъ. Началось заболѣваніе со стрѣляющихъ болей въ нижнихъ конечностяхъ, сначала болѣе рѣдкихъ, а затѣмъ все усиливающихся. Въ ногахъ чувствовалась нетвердость, когда больной волновался. Лѣтъ 7 задержка мочи. Стулъ на третій день. Половая способность не ослабла. До іюня мѣсяца 1897 года заболѣваніе прогрессировало довольно слабо. Въ іюнь 1897 г. сломалъ лѣвую ногу, послѣ чего заболѣваніе значительно ухудшилось. Переломъ сросся въ 5 недѣль, но затѣмъ продолжались отеки и опухоль, (даже до настоящаго времени. Послѣ перелома стрѣляющія боли стали очень часты, продолжались по долгу и повторялись чуть не каждый день, подъ ногами стала чувствоваться подстилка, ноги стали дрожать, устойчивость была значительно хуже. Стоять съ закрытыми глазами становилось труднѣе. Ночью стало труднѣе ходить. Моча начала больше задерживаться. При волненіи въ

горлѣ дѣлаются спазмы, становится труднѣе дышать, пульсъ дѣлается неправильнымъ.

Отець умеръ отъ рака желудка, выживалъ и былъ нервнымъ. Ма-тушка страдаетъ лѣтъ 10 суставнымъ ревматизмомъ, не можетъ ходить, руки и ноги свело. Всѣхъ дѣтей было 8, въ живыхъ 4; трое умерли дѣтьми (3—5 лѣтъ), одинъ—25 л. отъ чахотки. Послѣ больного былъ одинъ только выкидышъ. Двѣ сестры замужемъ, у одной дѣти, у другой дѣтей нѣтъ. Братъ нездоровъ, у него тоже былъ сифилисъ и 4 года страдаетъ желудкомъ. У нашего больного былъ сифилисъ 17 лѣтъ тому назадъ. Лечился года 4—5 основательно. Годъ былъ здоровъ, а затѣмъ начались стрѣляющія боли. Въ настоящее время жалуются на очень сильныя стрѣляющія боли, чуть не каждый день въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, бессонница, плохой сонъ,—«сразу никогда не заснешь», на плохую устойчивость и дрожаніе въ ногахъ, задержаніе мочи,—моча выдѣляется съ перерывами.

Status praesens. Брюшной и надчревной рефлексъ рѣзко повыше-нъ. Колѣнный рефлексъ и рефлексъ съ Ахиллова сухожилія отсутствуетъ. Су-хожильные рефлексы на верхнихъ конечностяхъ довольно живые. По-дошвенный рефлексъ съ правой стороны нѣсколько сильнѣе, съ лѣвой слабъ; такое же отношеніе рефлексовъ на cremaster. Лѣвый голенно-стопный суставъ обезображенъ костной мозолью послѣ перелома. Зрачки рѣзко неравномѣрны, правый значительно шире лѣваго. Стоять съ закры-тыми глазами не можетъ, развѣ самое короткое время (2—3"). Лѣвая нога укорочена. Походка довольно хорошая.

Болевая чувствительность, измѣренная бодемѣромъ Бехтерева:

	Правая сторона.	Лѣвая сторона.
лобъ	0,8	0,8
щеки	0,7	0,7
плечи	0,8	0,8
предплечія	0,8—1,1.	0,8—1,1.
тыльная сторона кисти	0,9	1,1
ладонная поверхность	0,4	0,4
пальцы	0,5; 0,6	0,5; 0,6
грудь	0,8	0,8
животъ	0,6	0,6
бедра	1,2	1,2
стопа	1,5	1,5 спустя 4".
голень		
пальцы	иногда не чувствуетъ совершенно, иногда слышитъ 1,5.	
подошва		
спина	1,5	1,5
поясница	1,2	1,2

Тактильная чувствительность представляет незначительныя измѣненія. 17 апрѣля. Сдѣлано первое *сгибаніе* на столѣ Gilles de la Tourette'a. Продолжительность сеанса 5 мин., сила—60 klg. Пульсъ до сгибанія 88, послѣ сгибанія—88 въ 1 мин. Во время сгибанія жалуется на небольшое затрудненіе дыханія. Лицо дѣлается цианотичнымъ.

Въ дальнѣйшемъ переноситъ сгибаніе хорошо. Продолжительность сеанса (въ два приѣма, по 4—5 мин. каждый) увеличена до 10 минутъ.

25 мая. Сдѣлано послѣднее, 30-е сгибаніе. Всѣ 30 сеансовъ прошли безъ всякихъ побочныхъ явленій. Послѣ сдѣланныхъ 30 ежедневныхъ сгибаній состояніе болевой чувствительности объективно не измѣнилось и при изслѣдованіи бодемъромъ Вехтерева даетъ тѣ же цифры, что и при началѣ наблюденія. Субъективныя ощущенія значительно улучшились, — болевые кризы стали значительно рѣже и стали уступать даже приѣмамъ фенацетина; улучшился сонъ, мочеотдѣленіе. Симптомъ Ромберга улучшился; больной стоитъ довольно долго съ закрытыми глазами (отъ 8 до 10 секундъ).

Заключеніе. Сгибаніе позвоночника на столѣ Gilles de la Tourette'a, примѣненное въ данномъ случаѣ атактическаго періода *спинной сухотки*, имѣло хорошее дѣйствіе на болевые припадки, повліяло нѣсколько на двигательную сферу, больной сталъ устойчивѣе. Объективныя разстройства чувствительности остались безъ измѣненія. Пульсъ во время вытяженія не измѣнялся; дыханіе во время сеанса затрудняется, лицо дѣлается цианотичнымъ.

Наблюденіе XX.

22 сентября 1898 г. въ клинику нервныхъ болѣзней принять штабсъ-капитанъ П. П. Г—ъ съ жалобами на разстройство походки, запоры, затрудненное мочеиспусканіе, половое безсиліе и рѣзкія стрѣляющія боли.

Анамнезъ. Г—ъ, 39 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, женатъ, на службѣ состоитъ съ 1877 г. Въ 1881 году получилъ сифилисъ. Въ 1884 году въ первый разъ появились боли въ ногахъ, стрѣляющаго характера. Въ 1886 году съ больнымъ случился правосторонній параличъ (hemiplegia dextra), послѣ котораго въ настоящее время остался только парезъ nervi abducentis (strabismus convergens). До 1891 г. больной жаловался лишь на стрѣляющія боли, наблюдавшіяся у него по временамъ и на бывавшія иногда сильныя запоры. Въ 1894 году больной сталъ замѣчать онѣмѣніе въ области развѣтвленія праваго локтевого нерва. Въ 1895 году появилось разстройство координаціи движеній нижнихъ конечностей—шаткая походка, въ томъ же 1895 г. появилось у больного разстройство мочеотдѣленія въ формѣ недержанія мочи, которая вытекала по каплямъ произвольно, днемъ и ночью; разстройство мочеотдѣленія періодически то ухудшалось, то улучшалось. Съ прошлаго 1897 года больной замѣтилъ ослабленіе полового чувства. Около года также при сношеніяхъ не наблюдается выдѣленія сѣмени. Отецъ въ 40 лѣтъ страдалъ полнымъ параличомъ (и руки, и ноги) около 6—7 мѣсяцевъ, но затѣмъ,

поправившись совершенно, жилъ до 52 лѣтъ, на которомъ году и умеръ отъ апоплексіи. По словамъ больного отецъ его сильно пилъ. Мать пользуется хорошимъ здоровьемъ до настоящаго времени, ей 63 года. Одинъ изъ братьевъ умеръ скоропостижно отъ удара. Самъ больной въ дѣтствѣ перенесъ корь. Ушибовъ черепа и позвоночника не испытывалъ.

Status praesens: больной средняго роста, хорошаго питанія. Мышечная система развита хорошо, но правая нога кажется худѣ лѣвой. Объемъ правой голени въ средней трети 35 снт., лѣвой на томъ же уровнѣ 37 снт. Объемъ праваго бедра въ верхней трети 50 снт.; лѣваго на томъ же уровнѣ—50 снт. Объемъ праваго плеча 25 снт., лѣваго 25,5 снт. Мышечная сила рукъ по динамометру: правой руки 125 фунт., лѣвой 110 ф. Мышечная сила ногъ довольно хорошая и одинакова какъ въ правой, такъ и лѣвой ногѣ. Зрачки неравнобѣрны—правый нѣсколько шире лѣваго. Свѣтовая реакція зрачковъ отсутствуетъ, аккомодативная выражена хорошо. Движенія глазныхъ яблокъ ограничены кнаружи, что замѣтнѣе въ движеніи праваго глаза, *strabismus convergens*. Горизонтальный нистагмъ, особенно выраженный, когда больной смотритъ внутрь (къ носу) или налѣво. V праваго глаза = $\frac{20}{XL}$ H 1, 5 D V = $\frac{20}{XXX}$ лѣваго глаза $V = \frac{20}{XXX}$ M. 0, 5 D V = $\frac{20}{XX}$. Поле зрѣнія обоихъ глазъ сужено въ верхнемъ квадрантѣ, вслѣдствіе наблюдающагося у больного *ptosis'a*. На днѣ глазъ измѣненій нѣтъ. Въ лицѣ замѣчается ассиметрія, правая носогубная складка сглажена, овалъ рта немного скошенъ въ правую сторону. Языкъ не отклоненъ. Ходитъ больной самостоятельно, безъ посторонней помощи, походка у него рѣзко атактическая, при чемъ при ходьбѣ наблюдается отклоненіе въ правую сторону. При закрытыхъ глазахъ сильно пошатывается (симптомъ Ромберга), если больного при этомъ не поддерживать, то онъ рискуетъ упасть. Пассивныя и активныя движенія, какъ въ верхнихъ, такъ и нижнихъ конечностяхъ свободны. Мышечная чувствительность въ нижнихъ конечностяхъ ослаблена. Мышечное чувство тоже ослаблено. N. p. *poplitei* къ давленію мало чувствительны. Чувствительность нервныхъ стволовъ верхнихъ конечностей вполнѣ сохранена. Тактильная чувствительность понижена въ ногахъ и рукахъ, въ рукахъ — въ правой кисти въ области распространенія n. *ulnaris*. Болевая чувствительность въ тѣхъ же областяхъ также понижена, тоже слѣдуетъ сказать и о температурной чувствительности. Подошвенный рефлексъ ослабленъ съ обѣихъ сторонъ, рефлексъ на m. *cremaster* выраженъ хорошо, брюшной и надчревный—тоже; лопаточный рефлексъ отсутствуетъ. Колѣнные рефлексы отсутствуютъ съ обѣихъ сторонъ, также отсутствуютъ и рефлексы съ Ахиллова сухожилія, а равно и съ сухожилія m. *tricipitis*, сохранены только сухожильный рефлексъ съ сухожилія m. *bicipitis*. Назначено 25 сент. 1898 г. Sol. kali jodati 8,0—175,0, Hydrarg. bijodati 0,03. 4 раза въ день по столовой ложкѣ. Ванны 27°, 2 раза въ недѣлю. Rp. Phenacetini 0,5

принимать по 1 порошку 3—4 въ день; Rp. Strychnini nitr. 0,06 Pulv. et extr. liquir. q. s. ut fiant pilulae № 60 s. принимать по 1 пилюль 2 раза въ день. Назначенное лечение больной продолжалъ до 22 октября безъ всякаго успѣха, почти каждый день наблюдались сильнѣйшія боли въ области внутреннихъ поверхностей обоихъ бедеръ, тогда 22 октября іодъ, ртуть и стрихнинъ оставлены, и назначены прижиганія по позвоночнику аппаратомъ Pasquelin'a и методъ Frenkel'я. Однако и это лечение нисколько не уменьшило болевыхъ кризовъ, несмотря на то, что одновременно съ этимъ леченіемъ велось и припадочное лечение различными антинеуралгическими средствами, какъ-то: смѣсью антипирина съ фенацетиномъ, пирамидономъ и проч. Методъ Frenkel'я, какъ средство симптоматическое, дѣйствующее почти исключительно на двигательную сферу,—на боли, конечно, не имѣлъ никакого вліянія. Въ виду только что изложеннаго 8 ноября было предложено больному испытать *сгибаніе позвоночника* на столѣ Gilles de la Tourette'a, на что онъ охотно согласился. Сгибанія производились черезъ день, продолжительность сеанса, начатая съ 5 минутъ, къ 4 сгибанію доведена до 10 минутъ, сила вытяженія была равна 60 kilog. Переносливостъ хорошая. При сгибаніи наблюдается рѣзкая гиперемія лица и нѣкоторое затрудненіе дыханія. Послѣ первыхъ нѣсколькихъ сеансовъ боли продолжались съ прежней силой, только послѣ 8 сгибанія замѣчено больнымъ, что принятый во время криза порошокъ фенацетина оказался дѣйствительнѣе, чѣмъ это наблюдалось ранѣе. Сдѣлано всего 33 сгибанія и 12 января 1899 г. больной выписанъ изъ клиники при слѣдующемъ состояніи его здоровья: мышечная сила рукъ правой 120 ф., лѣвой 105 фунт. При стояніи съ закрытыми глазами не падаетъ. Что касается болевыхъ кризовъ, составлявшихъ главную жалобу больного, то они утратили свою остроту, продолжительность ихъ сократилась до 2—3 часовъ вмѣсто прежнихъ недѣль, сонъ больного улучшился и ночью онъ уже не просыпается отъ болей, какъ раньше, свѣтлые промежутки (безъ болей), ранѣе почти отсутствовавшіе, теперь продолжаются по 4—5 дней; въ настоящее время боли легко поддаются фенацетину, котораго больной принимает не болѣе одного порошка по 8 гранъ въ недѣлю. (Здѣсь умѣстно замѣтить, что ранѣе больной по его выраженію «буквально глоталъ фенацетинъ безъ счету», такъ что врачи отказались подписывать ему рецепты, находя, что онъ слишкомъ имъ злоупотребляетъ, больной не выходилъ иначе изъ дома, какъ съ порошками фенацетина въ карманѣ). По мнѣнію больного, сдѣланныя 33 сгибанія существенно облегчили и почти устранили болевые кризы, сдѣлавъ ихъ крайне рѣдкими, малопродолжительными и не интензивными. Въ объективныхъ расстройствахъ чувствительности, а равно и въ рефлекторной сферѣ перемѣнъ не произошло. Походка безъ измѣненій. Въ отиривленіяхъ тазовыхъ органовъ перемѣнъ тоже не произошло. Въ маѣ 1899 г. мы получили отъ больного письмо, въ которомъ онъ извѣщаетъ, что улучшение, полученное въ клиникѣ, держится и что онъ продолжаетъ дѣ-

лать сгибанія 3 раза въ недѣлю на приобрѣтенномъ имъ столѣ Gilles de la Tourette'a.

Заключеніе. Въ только-что приведенномъ случаѣ *спинной сухотки* второго стадія сгибаніе несомнѣнно имѣло благотворное вліяніе на болевые кризы, составлявшіе главнѣйшій предметъ жалобъ больного.

Наблюденіе XXI

Больной *Ив. Т—въ*, 23 лѣтъ, мѣшанинъ, уроженецъ Самарской губ., православный, поступилъ въ нервное отдѣленіе клиники 7-го сентября 1894 года.

Анамнезъ. Отецъ умеръ, мать жива; отецъ страдалъ сначала припадками мигрени, затѣмъ развилась надучая болѣзнь; послѣ нѣсколькихъ лѣтъ страданія надучей, у отца Т—ва развилось психическое заболѣваніе, и онъ умеръ душевно-больнымъ въ Казанской Окружной лечебницѣ; въ молодости отецъ имѣлъ сифилисъ и кромѣ того страдалъ въ значительной степени алкоголизмомъ. Мать до сихъ поръ здорова, имѣла 12 человѣкъ дѣтей, изъ которыхъ осталось въ живыхъ только 4; выкидышей у матери не было, дѣти умирали въ различномъ возрастѣ—отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до 26 лѣтъ. Оставшіяся въ живыхъ дѣти, равно и другіе родственники больного, здоровы, нервными и душевными болѣзнями не страдали, алкоголиковъ между ними не было. Самъ больной въ дѣтствѣ перенесъ воспаленіе легкихъ, 17 лѣтъ имѣлъ язву на членѣ, на ощупь, по словамъ больного, твердую, безболѣзненную; лѣчился онъ тогда какими-то пилюлями, принималъ іодистый калий, но лѣчился ли ртутными препаратами, — больной не знаетъ. Изъ вторичныхъ явленій была только сыпь на спинѣ; черезъ полгода послѣ зараженія появились сильныя головныя боли, болѣла одна правая половина, боли продолжались около мѣсяца; кромѣ того больной рассказываетъ, что въ то же время чувствовалъ слабость во всемъ тѣлѣ.

Настоящее заболѣваніе развилось около 4 лѣтъ; причину его больной приписываетъ простудѣ. Около 4 лѣтъ тому назадъ, въ декабрѣ мѣсяцѣ, больной во время разѣзда по дѣламъ службы по уѣзду сильно познобилъ руки, образовались на рукахъ пузыри, послѣ того сошло нѣсколько ногтей, затѣмъ сейчасъ же больной замѣтилъ потерю чувствительности въ большомъ и указательномъ пальцахъ правой руки. Спустя полгода больной помнитъ, что не могъ правой рукой отличить горячаго отъ холоднаго, около года тому назадъ это явленіе прошло, но зато развилось въ лѣвой рукѣ. Больной думаетъ, что вскорѣ послѣ этого правая рука начала и худѣть; на 2-й годъ болѣзни образовались контрактуры, развиваясь постепенно. Лѣчился больной электричествомъ, но не систематически, потомъ ѣздилъ на Абаканскія теплыя воды около Бійска, Томской губ., потомъ лежалъ въ больницѣ въ Бійскѣ около 2 мѣсяцевъ, лѣчился ртутными втираніями, сдѣлалъ ихъ около 36. Съ 15—II по 1—V 1894 года лѣчился въ Томскѣ въ клиникѣ нервныхъ болѣзней, принималъ пилюли изъ стрих-

нина и дѣялся гальваническимъ электричествомъ, но улучшения не послѣдовало, а напротивъ наступило ухудшеніе, такъ что больной уже не могъ самъ одѣваться, хотя при поступленіи могъ это дѣлать свободно.

Въ настоящее время жалуется на слабость въ ногахъ и рукахъ, на контрактуры рукъ и головныя боли.

Status praesens 9-го сентября 1894 года. Больной высокаго роста, истощенъ и блѣденъ. Въ пальцахъ обѣихъ рукъ замѣчаются сгибательныя контрактуры, сильнѣе выраженныя въ правой рукѣ; контрактурой сильнѣе всего поражены оба мизинца, а затѣмъ на правой рукѣ безымянный, средний, указательный и слабѣе всего большой палецъ; на лѣвой же рукѣ большой, указательный и отчасти средней сохранили довольно свободныя движенія. Правая рука и правое плечо рукъ опущены; мышцы обѣихъ замѣтно атрофированы, особенно атрофія выражена рѣзко въ мышцахъ плечевого пояса, сильнѣе справа, чѣмъ слѣва. Грудная часть позвоночника сильно искривлена, образуя дугу, выпуклостью обращенную кпереди; лѣвая лопатка опущена, нижній внутренній уголъ правой лопатки рѣзко выстоптъ, также рѣзко выдаются впередъ остистые отростки 6 и 7 шейнаго позвонковъ. Поднятіе рукъ вверхъ и кзади возможно, хотя и не исполнѣ свободно; приведеніе правой руки весьма затруднено,—больной съ большимъ трудомъ кладетъ свою правую руку на лѣвое плечо. Правый *m. pectoralis* замѣтно атрофированъ, надключичныя ямки и *fossae supraspinalae* выражены рѣзко, вслѣдствіе атрофіи мышцъ. Походка типа нормальнаго. При ходьбѣ ощущаетъ слабость въ ногахъ, скоро устаетъ, и послѣ сколько нибудь усиленной ходьбы появляется дрожаніе въ правой ногѣ. Всѣ сухожильные рефлексы повышены и справа весьма сильно. Замѣчается справа *clonus* стопы и *clonus* колѣнной чашки. Кожные рефлексы рѣзко повышены, ягодичные и лопаточные, послѣдніе особенно съ лѣвой стороны; рефлексы брюшныя не получаютъ; надчревный рефлексъ слабо получается только правый; рефлексовъ на *m. cremaster* не замѣтно; подошвенные рефлексы выражены рѣзко и при этомъ справа сильнѣе, чѣмъ слѣва; рефлексы съ конъюнктивы, носовой и глоточный выражены хорошо. Чувствительность осязательная, болевая и термическая утрачена вовсе въ слѣдующихъ областяхъ: а) въ области шеи и груди спереди до уровня вторыхъ реберъ, сзади до 1-го груднаго позвонка и съ боковъ до наружнаго конца ключицы; б) на всей лѣвой половинѣ туловища до гребешка лѣвой подвздошной кости; в) во всей лѣвой рукѣ. Въ области лѣвой ягодицы и во всей лѣвой ногѣ всѣ вышепоименованныя виды чувствительности значительно слабѣе, чѣмъ въ соответственныхъ частяхъ справа. На лицѣ чувствительность сохранена и симметрична. Электрокожная чувствительность потеряна и ослаблена въ тѣхъ же областяхъ, гдѣ и болевая чувствительность.

На лучевой сторонѣ большого пальца лѣвой руки въ области ногтя имѣется бѣлаго цвѣта пузырь, величиною въ лѣсной орѣхъ; на разгибательной сторонѣ средняго и безымяннаго пальцевъ той же руки имѣются трещины эпителиальнаго слоя кожныхъ покрововъ.

Возбудимость къ индукціонному току:

	Спр.	Слѣва.		Спр.	Слѣва.
N. facialis	92	92	M. thenar'a (adduct. и		
M. masseter	83	85	oppon.)	83	80
N. accessorius	94	104	N. cruralis	87	85
— medianus	115	101	M. extens. cruris.	72	75
M. biceps brachii	100	115	N. peroneus.	73	80
N. radialis	90	84	M. tibialis anticus	70	70
M. triceps brachii	90	85	— extensor hallucis l.	62	62
N. ulnaris.	85	85	N. ischiadicus.	63	65
M. flex. digit. subl.	85	75	— tibialis.	74	73
— extens. digit. comm.	85	82	M. gastrocnemius.	70	74
— ext. digit. indicis	80	80			

Гальваническая возбудимость мышцъ:

	Правая сторона.		Лѣвая сторона.	
N. accessorius	K3	2 > A3	K3 2,5	A3=0
M. biceps.	K3	= 1,0 > A3	K3 = 1,2	> A3
— flex. digit. subl.	K3	= 1,1 > A3	K3 = 0,5	> A3
— extens. digit. comm.	K3	= 4,0 > A3	K3 = 4,0	> A3
— triceps	K3	= 1,7 A3 = 0	K3 = 0,5	> A3 = 0
N. medianus	K3	= 1,1	K3 = 1,0	
— ulnaris.	K3	= 2,5	K3 = 5,0	
M. extens. cruris	K3	= 1,0	K3 = 2,3 = 0,4	(tetanus).

Назначено іодистое леченіе, мышьякъ и ванны 28°.

6—10 октября. Состояніе безъ переменъ; самочувствіе нѣсколько лучше. Сонъ и аппетитъ хорошіе. Массажъ.

11-го октября. Жалуется на обильное отдѣленіе слюны и боли въ правомъ боку. На слизистой оболочкѣ верхней губы наблюдается язвочка, края слегка рыхлы и по временамъ кровоточатъ. Назначено смазываніе таниномъ и полосканіе.

14-го октября. Сила рукъ по динамометру: правой 35, лѣвой 45 ф. Язвочка на губѣ въ прежнемъ видѣ. Общее состояніе хорошо.

16-го октября. Сила по динамометру правой руки 35—15; лѣвой 60—22. Появились боли въ вискахъ; боли эти появляются періодически, держатся нѣсколько часовъ, потомъ исчезаютъ. Назначенъ фенацетинъ.

17-го октября. Сила правой руки 30—12, лѣвой 60—22. Кровотеченіе изъ десенъ и рыхлость ихъ исчезли; язвочка на верхней губѣ поджила. Въ лѣвой кисти иногда можно вызывать клоническое дрожаніе. Кожные и сухожильные рефлексы въ правомъ предплечіи повышены.

18-го октября. Сила по динамометру правой руки 35—13, лѣвой 55—12. Въ области потери чувствительности наблюдается увеличеніе ея

границь, — спереди на животѣ потеря чувствительности спустилась отъ пупка до паха; наблюдается потеря чувствительности во всей задней части головы и въ заднихъ частяхъ теменной области; ослабленіе чувствительности въ лѣвой ногѣ замѣтно рѣзче выражено. Головные боли и боли въ вискахъ повторяются.

20-го октября. Дрожаніе въ лѣвой кисти усилилось.

24-го октября. Сила рукъ по динамометру: правая 30—12, лѣвая 50—12. Сонъ и аппетитъ хороши. Головная боль исчезла.

28-го октября. Правая рука по динамометру 40—16, лѣвая 60—2.

29-го октября. Сухожильные рефлексы въ правой рукѣ и ногѣ остаются по прежнему рѣзко повышенными. Стопный и колѣнный *clonus* получается на правой ногѣ также отчетливо, клонусъ стопы получается также и при ударѣ по Ахиллову сухожилию. Сухожильный рефлексъ при ударахъ по сухожилию *biceps'a* лѣвой руки почти нормаленъ, но рефлексъ на *triceps brachii* весьма сильно повышенъ, какъ и справа. Потеря болевой чувствительности замѣчается также на лучевой сторонѣ указательнаго пальца правой руки, а также и въ большомъ пальцѣ; она ослаблена вообще во всей ладонной поверхности правой кисти. На лѣвой ногѣ имѣется замедленіе въ проводимости чувствительности. Мышечное чувство въ обѣихъ рукахъ по локтевой сгибъ утрачено вовсе, въ ногахъ оно сохранено. Шелушеніе кожи головы. Сонъ и аппетитъ удовлетворительны. Въ обѣихъ нижнихъ конечностяхъ хорошо выраженъ признакъ складнаго ножа.

30—31-го октября. Назначена гальванизация.

1—3-го ноября. Ощущаетъ ноющія боли въ ногахъ. Чувствительность на правой рукѣ до локтеваго сгиба нѣсколько ослаблена. Сила по динамометру правой руки 35—14, лѣвой 65—23.

4—8-го ноября. Лѣвая двуглавая мышца плеча атрофирована, сухожильнаго рефлекса при ударѣ по сухожилию этой мышцы не получается вовсе, тогда какъ рефлексъ *m. triceps* здѣсь же усиленъ. Ноющія боли въ голеняхъ и бедрахъ держатся. На правой голени сильное шелушеніе. Въ мышцахъ ногъ рѣзко выражена ригидность и явленіе складнаго ножа рѣзко выражено при насильственномъ сгибаніи въ обоихъ колѣнныхъ суставахъ.

9—11-го ноября. Боли въ ногахъ нѣсколько ослабѣли. Въ лицѣ явная ассиметрія и правая его половина иннервируется значительно лучше, чѣмъ лѣвая, въ которой замѣтны признаки пареза *n. facialis*.

15—18-го ноября. Пересталъ жаловаться на боли въ ногахъ. Сонъ и аппетитъ хороши.

19—21-го ноября. Жалуются на чувство онѣмѣнія въ лѣвой рукѣ, особенно рѣзкое по ночамъ. Боли въ ногахъ нѣсколько ослабѣли. На головѣ и голеняхъ шелушеніе держится.

22—24-го ноября. Заявляетъ, что движенія въ правой рукѣ нѣсколько свободнѣе, — поднимаетъ эту руку нѣсколько легче и выше. Чувство онѣмѣнія въ лѣвой рукѣ, особенно въ пальцахъ, держится. Объективно чувствительность болевая и въ правой рукѣ понижается.

1—3-го декабря. Чувствительность на всей правой рукѣ въ области лучевого нерва замѣтно понизилась, на указательномъ же и большомъ пальцѣ этой руки она почти равна нулю. Ослаблена также чувствительность и на передней поверхности лѣваго бедра. Въ ногахъ по временамъ являются скоротреходящія боли.

9—11-го декабря. Замѣчено, что контрактура въ правой рукѣ сильнѣе: рука слегка согнута въ локтѣ, пальцы ея также больше согнуты и обнаруживаютъ большее сопротивленіе при пассивномъ разгибаніи.

15—17-го декабря. Контрактуры пальцевъ правой руки не ослабѣваютъ. Замѣчается рѣзкая атрофія праваго *m. pectoralis*; сосокъ правый рѣзко вдавленъ. Назначень *argentum nitricum* въ пилюляхъ.

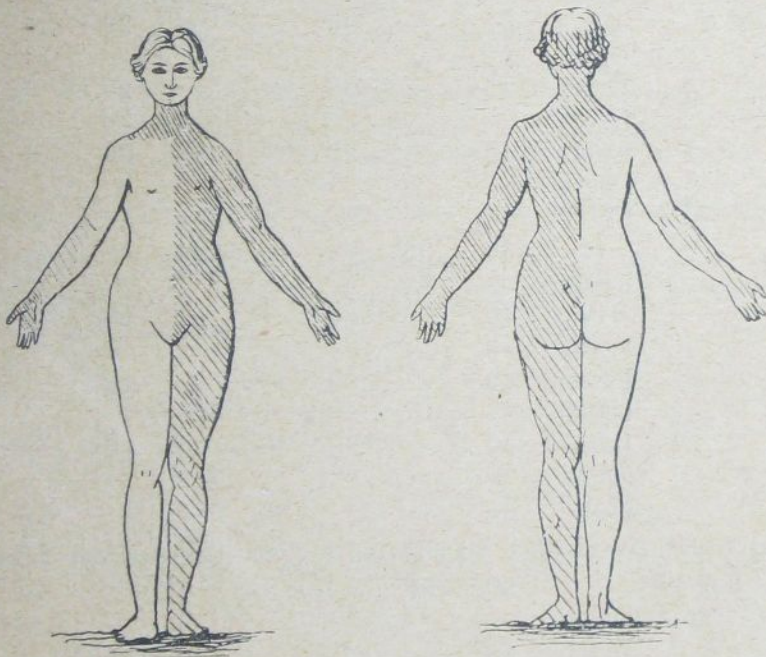


Рис. 40.

20—22-го декабря. Контрактура пальцевъ правой руки все увеличивается; разгибаніе руки въ локтѣ свободнѣе. Больной замѣчаетъ въ правой рукѣ увеличеніе силы. Электризація съ перерывами на катодѣ мышцъ разгибателей правой руки.

23—24-го декабря. Ноготь на большомъ пальцѣ правой руки сходитъ.

28—30-го декабря. Атрофія *m. pectoralis* справа весьма замѣтна; контрактура сгибателей правой руки не увеличивается и даже какъ будто начала ослабѣвать. Мышечная сила въ правой рукѣ не ослабѣваетъ.

1895. 1—3-го января. Общее состояніе въ смыслѣ питанія, сна и аппе-

тата удовлетворительное. Границы полной потери и ослабленія болевой и температурной чувствительности, наблюдавшіяся до начала подвѣшиванія, можно видѣть на прилагаемомъ рисункѣ 40.

5-го января. Въ виду безуспѣшности терапіи и дальнѣйшаго развитія развитія болѣзни назначено *подвѣшиваніе* на аппаратѣ Спримона-Вехтерева.

Мѣсяцъ и число.	Время отъ начала подв.	Грузъ въ фунт.	П у л ь с ь.			Д ы х а н і е.		
			До подв.	Во время.	Послѣ подв.	До подв.	Во время.	Послѣ подв.
1895		30	100	—	—	26	—	—
Янв.	Черезъ							
5	4 м.	40	—	96	—	—	22	—
	Черезъ							
	11 м.	45	—	98	—	—	20	—
	Черезъ							
	14 м.	45	—	98	—	—	20	—
	Черезъ							
	17 м.	—	—	—	96	—	—	22
7	Черезъ	30	88	—	—	24	—	—
	Черезъ							
	8 м.	40	—	84	—	—	18	—
	Черезъ							
	11 м.	45	—	82	—	—	18	—
	Черезъ							
	14 м.	50	—	88	—	—	16	—
	Черезъ							
	17 м.	—	—	—	82	—	—	18

Пульсъ полнѣе, дыханія значительно глубже. Самочувствіе хорошее.

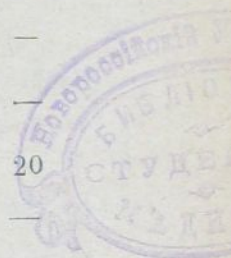
Янв. 9		30	98	—	—	22	—	—
	Черезъ							
	5 м.	40	—	98	—	—	18	—
	Черезъ							
	10 м.	55	—	100	—	—	18	—

Сеансъ не конченъ и подвѣшиваніе было черезъ 10 м. прекращено, вслѣдствіе появившагося кашля.

13		30	104	—	—	20	—	—
	Черезъ							
	6 м.	40	—	114	—	—	22	—
	Черезъ							
	10 м.	50	—	104	—	—	18	—
	Черезъ							
	14 м.	55	—	104	—	—	18	—
	Черезъ							
	17 м.	—	—	—	100	—	—	18

Чувствуетъ себя вполне хорошо. Пульсъ послѣ сеанса замѣтно полнѣе.

Мѣсяцъ и число.	Время подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунтахъ.	П у л ь с ь.		Д ы х а н і е.			
			До подв.	Во время. подв.	До подв.	Во время. подв.	Послѣ подв.	
Янв. 15		30	96	—	—	20	—	—
	Черезъ 5 м.	40	—	98	—	—	20	—
	Черезъ 10 м.	50	—	104	—	—	18	—
	Черезъ 13 м.	60	—	106	—	—	20	—
	Черезъ 15 м.	—	—	—	104	—	—	20
17		30	104	—	—	20	—	—
	Черезъ 8 м.	40	—	100	—	—	18	—



Сеансъ не могъ быть законченъ, вслѣдствіе приступа кашля.

18 января подвѣшивание продолжалось 15 м., грузъ 60 ф. Само-чувствіе было хорошо. Пульсъ въ концѣ сеанса и послѣ полный; чувстви-тельность безъ измѣненій.

19		30	90	—	—	18	—	—
	Черезъ 4 м.	40	—	92	—	—	16	—
	Черезъ 9 м.	50	—	92	—	—	—	—
	Черезъ 13 м.	60	—	104	—	—	—	—
	Черезъ 15 м.	65	—	92	—	—	18	—
	Черезъ 20 м.	—	—	—	92	—	—	18

Пульсъ во время сеанса и послѣ замѣтно полнѣе, чѣмъ до подвѣшивания.

22-го января—15-го февраля. Подвѣшивания черезъ день. Грузъ 80 ф. Продолжительность 15 м. Послѣ сеанса большого клонить ко сну, иногда онъ и спитъ часа 2.

15—28-го февраля. Границы чувствительности тѣ-же, что и раньше. Подвѣшивание продолжается черезъ день (15 м., грузъ 80 ф.).

17-го апрѣля. Сила правой руки по динамометру 30—12 ф., лѣвой — 50—21 ф. Размѣры верхнихъ конечностей:

Плечо правое, верх. треть 27 с., нижн. тр. 24 с.; лѣвое, верх. треть 27¹/₂, нижн. тр. 24¹/₂.

Предплечіе: правое, верх. треть 25 с., нижн. тр. $17\frac{1}{2}$ с.; лѣвое, верх. треть 26 с., нижн. тр. $17\frac{1}{2}$ с.;

20-го апрѣля. Сила правой руки	45—18 ф.	лѣвой	70—25 ф.
	45—18 »		69—24 »
	42—16 »		50—19 »
	40—16 »		60—22 »
	38—15 »		44—17 »
	40—16 »		65—24 »

Измѣреніе производилось въ теченіе 15 минутъ.

25-го апрѣля. Сила по динамометру правой руки 35—14, лѣвой 60—22 ф.

Размѣры верхнихъ конечностей:

Плечо: правое, верх. треть 27, нижн. 24, лѣвое, верх. треть $27\frac{1}{2}$, ниж. 24. Предплечіе: правое, наиб. 25, наименьш. $17\frac{1}{2}$, лѣвое, наиб. 26, наименьш. 17.

30-го апрѣля. Сила правой руки 45—14 ф., лѣвой 65—24 ф.

1-го мая. Сила по динамометру правой руки 45 ф., лѣвой — 65 ф. Жалуются на плохое самочувствіе и общую слабость. Температура 36,6.

2-го мая. Утромъ жаловался на головную боль. Температура 36,1, пульсъ 84, дыханіе 18. Сила правой руки по динамометру 42 ф., лѣвой 55.

Размѣры верхнихъ конечностей:

Плечо: правое, верхн. тр. 27, нижн. 24, лѣвое, верхн. тр. $27\frac{1}{2}$, ниж. 24. Предплечіе: правое, верхн. тр. 25, нижн. 17, лѣвое, верхн. тр. 26, нижн. 17.

7 мая. Сила рукъ при измѣреніи динамометромъ: правая рука 35, лѣвая 64 ф. Жалуются на головную боль. Rp. Phenacetini gr. V. D. S. По 1 порошку во время головной боли.

9 мая. Сила правой руки 45 ф., лѣвой 62 ф.

14 мая. Сила по динамометру правой руки 41 ф., лѣвой—55 ф.

О к р у ж н о с т ь:

правая сторона

плечо	верхняя	треть	27,	нижняя	треть	$23\frac{1}{2}$.
предплечіе	»	»	25,	»	»	17.
бедро	въ	средней	трети	.	.	46.
голень	»	»	»	.	.	34.

лѣвая сторона:

плечо	верхняя треть	27,	нижняя треть	23 ¹ / ₂ .		
предплечіе	»	»	25 ¹ / ₂ ,	»	»	17.
бедро	въ средней трети		48.		
голень	»	»	»	34.	

Сонъ, аппетитъ и отправленіе кишечника нормальны.

16 мая. Мышечная сила при измѣреніи динамометромъ: правая рука 50, лѣвая—40 ф. Границы полной потери болевой чувствительности отмѣчены на прилагаемомъ рисункѣ 41, тактильная занимаетъ

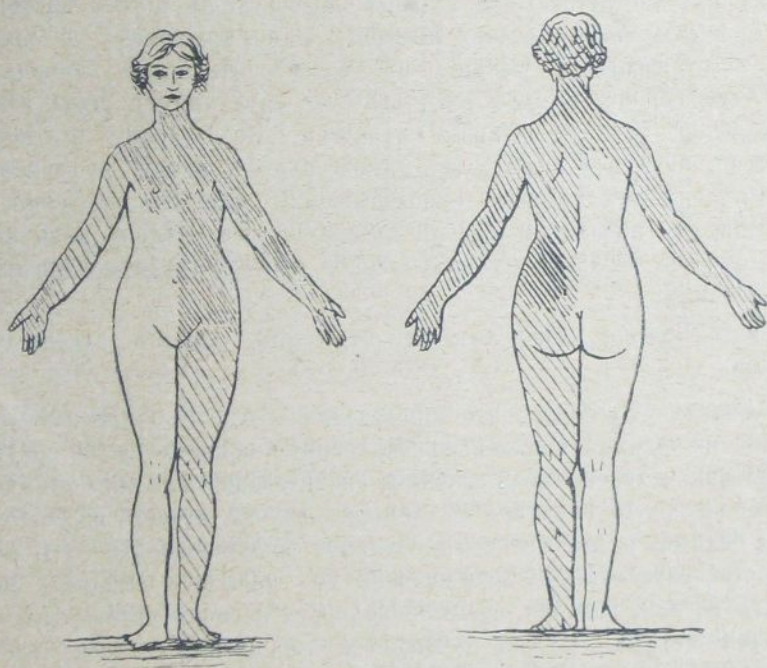


Рис. 41.

тѣ же границы, но ослабленіе ея выражено болѣе рѣзко; температурная на тѣхъ же мѣстахъ утрачена вовсе и вызываетъ лишь болевое ощущеніе. Мышечное чувство въ рукахъ утрачено, въ лѣвой ногѣ крайне ослаблено, въ правой сохранено; чувство давленія на мышцахъ ослаблено. Брюшной и надчревной рефлексъ существуютъ только съ правой стороны, а cremaster'овый и ягодичный съ

лѣвой стороны выше, подошвенный выше съ правой стороны. При пассивныхъ движеніяхъ наблюдается нѣкоторая ригидность при сгибаніи правой руки и при разгибаніи пальцевъ. Пальцы находятся въ сгибательной контрактурѣ. Сухожильные рефлексы какъ на верхнихъ, такъ и на нижнихъ конечностяхъ рѣзко повышены. Клонусъ стопы обоюдосторонній, но съ правой стороны рѣзче; клонусъ колѣнной чашки рѣзко выраженъ на обѣихъ сторонахъ, при чемъ возбужденіе клонуса на одной сторонѣ вызываетъ рефлекторнымъ путемъ клонусъ и на другой сторонѣ, при этомъ слѣдуетъ добавить, что клонусъ продолжается еще нѣкоторое время и послѣ того, какъ отпустить колѣнную чашку. Искривленіе позвоночника на взглядъ стало меньше, чѣмъ раньше. Зрачки неравнобѣрны, лѣвый шире праваго; ptosis выраженъ яснѣе на лѣвой сторонѣ (оба вѣка слегка опущены), свѣтовая реакція зрачка отсутствуетъ, аккомодативная тоже крайне ослаблена или почти отсутствуетъ, глазныя яблоки малы, легкій нистагмъ. Въ языкѣ фибриллярное дрожаніе. Жалобы: головокруженіе, по временамъ сильно обостряющееся, шатаніе при ходьбѣ въ лѣвую сторону, но не всегда. Сердцебиеніе. Пульсъ 120—130 въ одну минуту. Моча нѣсколько задерживается; половая функція утрачена. Подергиванія и клоническія судороги въ рукахъ и ногахъ (въ лѣвой рукѣ и ногѣ), въ правой рукѣ почти нѣтъ совсѣмъ судорогъ и подергиваній; раза 2, по словамъ больного, судороги наблюдались и въ мышцахъ шеи, голову разъ пригнуло назадъ. Атрофіи верхняго плечевого пояса мышцъ нѣсколько увеличились, шейныхъ также.

18 мая. Больной выписанъ изъ отдѣленія. Сдѣлано всего 62 подвѣшиванія.

Заключеніе. Въ только что приведенномъ случаѣ *сирингоміэліи* подвѣшиваніе не оказало никакой пользы, скорѣе принесло даже вредъ, такъ какъ болѣзнь за время подвѣшиванія значительно ушла впередъ (конечно, трудно рѣшить, что слѣдуетъ въ данномъ случаѣ отнести на естественное развитіе болѣзни и что приписать вліянію подвѣшиванія). Что касается непосредственнаго вліянія подвѣшиванія на пульсъ и дыханіе, то, какъ видно изъ исторіи болѣзни, дыханіе во время и послѣ сеанса замедляется и дѣлается глубже. Пульсъ учащается въ началѣ сеанса, въ концѣ его замедляется и дѣлается полнѣе. Два раза появлялся во время сеанса кашель, проходившій по прекращеніи вытяженія. Послѣ сеанса иногда наблюдалась наклонность ко сну. Динамометрическія измѣренія мышечной силы показали, что мышечная сила въ лѣвой рукѣ упала съ 50—70 ф. до 40, въ правой осталась та же, но скорѣе истощалась, чѣмъ раньше. Атрофіи увеличились. Границы разстройства чувствительности послѣ сдѣланныхъ 62 подвѣшиваній несомнѣнно увеличились, какъ видно изъ прилагаемыхъ рисунковъ. Рефлексы стали еще выше. Клонусъ стопы и колѣнной чашки появился также и на лѣвой сторонѣ. При походкѣ появилось отклоненіе въ лѣвую сторону. Изъ субъективныхъ ощущеній усилилось головокруженіе и сердцебиеніе. Слѣдуетъ упомянуть, что болѣзнь прогрес-

сировала и при другомъ леченіи, до подвѣшиванія, какъ это можно видѣть изъ подробнаго дневника, приведеннаго въ исторіи болѣзни.

Наблюденіе XXII.

6 декабря 1894 года въ нервную клинику принята больная *Е. Б—ва*, 42 л., мѣщанка г. Твери, православная, дѣвица.

Анамнезъ. Съ ранняго дѣтства у больной горбъ. Лѣтъ 10 тому назадъ появилось чувство онѣмѣнія и началась атрофія лѣвой верхней конечности, уже около шести лѣтъ эта конечность совершенно парализована и атрофирована; болѣе года также слабость и исхуданіе правой верхней конечности. Регулы у больной съ 17 лѣтъ, всегда правильны, за исключеніемъ послѣдняго года. Отецъ больной—алкоголикъ, умеръ отъ болѣзни печени, мать умерла отъ чахотки.

Status praesens. Больная низкаго роста. Сильное искривленіе грудной крѣтки и позвоночника: лѣвая половина груди выдается кзади въ видѣ большого горба, лопатка съ этой стороны лежитъ сбоку и снаружи и значительно удалена отъ позвоночника. Послѣдній въ грудной части искривленъ влѣво, въ поясничной—вправо. Зрачки неравномѣрны,—лѣвый суженъ до величины булавочной головки и почти совсѣмъ не реагируетъ ни на свѣтъ, ни на боль. Поле зрѣнія не сужено. Лѣвая верхняя конечность атрофирована до максимальной степени и виситъ, какъ плеть. Въ ней совершенно потеряна двигательная способность, механическая возбудимость мышцъ, сухожильные рефлексы и электрическая возбудимость нервовъ и мышцъ къ фарадическому и гальваническому току. Въ правой верхней конечности атрофированы мышцы *thenar'a*, *hypothenar'a* и *interossei*, а въ меньшей степени также мышцы предплечія и плеча. Въ сохранившихся еще мышцахъ фибриллярныя подергиванія, электрическая возбудимость въ нихъ и въ ихъ нервахъ понижена, но не потеряна и реакціи перерожденія нѣтъ. Въ нижнихъ конечностяхъ нѣтъ ни параличей, ни мышечныхъ атрофій. Подошвенные рефлексы отсутствуют, коленныя рѣзко повышены; клонусъ лѣвой стопы и лѣвой коленной чашки; рефлексы съ Ахиллова сухожилія съ обѣихъ сторонъ сохранены. Осязательная чувствительность съ обѣихъ сторонъ сохранена. Термическая чувствительность потеряна на обѣихъ лопаткахъ и обѣихъ верхнихъ конечностяхъ. Болевая чувствительность ослаблена на обѣихъ верхнихъ конечностяхъ и почти совсѣмъ потеряна на правой ладони и кисти. Въ лѣвой кисти потеряно мышечное чувство. Въ легкихъ и сердцѣ ничего патологическаго.

Съ 29 декабря больной начато *подвѣшиваніе* на аппаратѣ Спримона-Бехтерева. Подвѣшиваніе производится съ одной петлей (локотникъ только правый, такъ какъ лѣвая рука атрофирована и на ней больная держаться не можетъ).

Мѣсяцъ и число.	Время подвѣш.	Грузъ въ фунт.	П у л ь с ь.			Д ы х а н і е.		
			До подв.	Во время.	Послѣ подв.	До подв.	Во время.	Послѣ подв.
1894 г.	2 ч. 14 м.	40	84	76	—	24	20	—
Дек.	2 ч. 23 м.	—	—	96	—	—	26	—
29	—	—	—	—	82	—	—	24

Самочувствіе удовлетворительное, чувствуетъ лишь усталость въ челюстяхъ.

31	2 ч. 31 м.	40	86	—	—	—	—	—
	2 ч. 36 м.	—	—	98	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	—

Стационарное состояніе со стороны объективныхъ данныхъ. Самочувствіе хорошее, сонъ и аппетитъ достаточны. Стулъ большею частью самостоятельный. Изрѣдка жалуется на головную боль.

Съ 1 по 4 января подвѣшивание черезъ день грузъ и продолжительность сеанса прежніе.

5	12 ч.	40	110	96	—	26	22	—
	12 ч. 15 м.	—	—	112	106	—	—	26

Съ 6 по 13 янв. подвѣшиванія черезъ день, время и грузъ тѣ же.

14	6 ч. 23 м.	45	92	—	—	—	—	—
	6 ч. 28 м.	—	—	88	—	—	—	—
	6 ч. 33 м.	—	—	108	—	—	—	—
	6 ч. 38 м.	—	—	—	104	—	—	—

16	1 ч. 8 м.	45	104	—	—	24	—	—
	1 ч. 13 м.	—	—	96	—	—	—	—
	1 ч. 16 м.	—	—	92	—	—	20	—
	1 ч. 18 м.	—	—	92	—	—	—	—
	1 ч. 23 м.	—	—	108	—	—	28	—
	1 ч. 26 м.	—	—	—	100	—	—	24

Пульсъ во время подвѣшиванія дѣлается полнѣе до 1 ч. 18 м., затѣмъ пульсъ слабѣетъ. Ощущеніе общаго жара въ тѣлѣ. Возвращеніе болевой и тактильной чувств. на анестезированныхъ мѣстахъ. 1 ч. 23 м. пульсъ полнѣе и чаще. 1 ч. 26 м. ощущеніе жара въ тѣлѣ продолжается. Легкій потъ на лицѣ.

Янв.	11 ч. 47 м.	40	84	—	—	20	—	—
18	11 ч. 52 м.	40	—	100	—	—	24	—
	11 ч. 57 м.	50	—	88	—	—	—	—
	12 ч. 2 м.	50	—	84	—	—	—	—
	12 ч. 15 м.	—	—	—	84	—	—	20

11 ч. 52 м. пульсъ слабѣе. Фибриллярныя подергиванія въ верхней

конечности слабѣе. 11 ч. 57 м. пульсъ полный и напряженный. 12 ч. 2 м. чувствительность на ранѣ довольно безболѣзненныхъ мѣстахъ во время подвѣшиванія замѣтно повышается.

Мѣсяць и число.	Время подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунтахъ.	П у л ь с ь.			Д ы х а н і е.		
			До подв.	Во время.	Послѣ подв.	До подв.	Во время.	Послѣ подв.
Янв. 20	12 ч. 20 м.	50	92	—	—	20	—	—
	12 ч. 25 м.	—	—	104	—	—	—	—
	12 ч. 30 м.	—	—	96	—	—	—	—

12 ч. 25 м. пульсъ слабѣе, зрачки нѣсколько шире, особенно это замѣтно на лѣвомъ обычно суженномъ зрачкѣ. 12 ч. 30 м. пульсъ напряженнѣе, реакція на свѣтъ зрачковъ живѣе. 12 ч. 35 м. снятъ грузъ.

Съ 21 января по 27 февраля подвѣшиванія производились 2—3 раза въ недѣлю, но затѣмъ были оставлены, такъ какъ у больной появился сухой кашель. Всего было сдѣлано 25 подвѣшиваній, грузъ оставался 50 ф., продолжительность сеанса 15 м. Больная охотно подвѣшивалась и находила, что послѣ сеанса чувствуетъ себя лучше. Непосредственно во время каждаго сеанса у больной замѣчено слѣдующее: пульсъ большею частью дѣлается чаще, но слабѣе, послѣ сеанса напряженіе и наполненіе его снова увеличивается; дыханіе во время сеанса нѣсколько ускоряется и дѣлается поверхностнѣе, зрачки нѣсколько расширяются, реакція ихъ на свѣтъ происходитъ живѣе; чувствительность улучшалась. Во всемъ тѣлѣ во время подвѣшиванія больная чувствовала жаръ. Послѣ 22—23 подвѣшиваній замѣтно улучшеніе движенія въ правой рукѣ и даже въ лѣвой, атрофированной, явилась возможность нѣсколько поднимать плечо и нѣкоторое движеніе въ указательномъ пальцѣ. Границы разстройствъ чувствительности и рефлекторная сфера остались безъ переменъ. Къ сожалѣнію, повторять сеансы не пришлось, такъ какъ у больной, вслѣдъ за бронхитомъ, развились явленія туберкулезнаго пораженія кишекъ, которое и свело ее въ могилу.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ *сириноміэліи* ¹⁾ подвѣшиваніе не имѣло значенія, да врядъ ли на это и можно было много возлагать надеждъ, оно вызвало лишь небольшое временное улучшеніе. Однако, все-таки жаль, что явившееся специфическое пораженіе кишечника (стоящее, конечно, внѣ всякой связи съ вытяженіемъ) не дало намъ возможности болѣе долгое время примѣнять этотъ методъ.

Наблюденіе XXIII.

1895 года 14 января въ нервную клинику принята больная О. Ж., 27 лѣтъ, дѣвица, уроженка Псковской губ., дочь офицера, по занятіямъ — счечница въ Экспедиціи Государственныхъ бумагъ.

¹⁾ Клиническій діагнозъ вполне подтвердился патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ.

Анамнез. Отец алкоголикъ; сестры раздражительны. Другихъ данныхъ патологической наслѣдственности нѣтъ. Въ дѣтствѣ перенесла корь и scarlatinu. Съ 13-лѣтняго возраста стала развиваться горбъ, отъ котораго она въ продолженіе 2 лѣтъ лечилась гипсовымъ корсетомъ. Съ 15-ти лѣтняго возраста правильные регулы. Съ начала іюля 1894 года появилась слабость и общая потливость; вскорѣ затѣмъ—тулая боль въ лѣвомъ плечѣ и стрѣляющія боли въ лѣвой рукѣ. Спустя недѣли 2 эти боли распространились также на грудь, правую руку, лицо и голову, и установились тѣ болѣзненные парестезіи, которыя составляютъ главную жалобу больной въ настоящее время.

Status praesens. Больная жалуется на крайне непріятныя и сильно болѣзненные ощущенія во всемъ тѣлѣ—въ рукахъ, ногахъ, туловищѣ и головѣ. Она характеризуетъ ихъ такъ, какъ будто кожу ей рѣжутъ осколками стекла или иглами, какъ будто кожа пристаётъ къ платью и при малѣйшемъ движеніи отрывается отъ тѣла; въ ногахъ жженіе, на головѣ волосы какъ будто пронизываютъ кожу на подобіе иголь. Эти ощущенія постоянны, и она никогда не бываетъ свободна отъ нихъ. Когда она лежитъ совершенно неподвижно и совершенно раздѣтая, они еще сносны или даже пропадаютъ, но малѣйшее движеніе или дотрогиваніе простыни или рубашки усиливаетъ ихъ до невыносимой степени, до слезъ.

Больная низкаго роста, плохого питанія. Сильно горбата: правая половина грудной кѣтки рѣзко выдается кзади и въ сторону и лопатка лежитъ сбоку на этомъ возвышеніи. Позвоночникъ сильно искривленъ въ грудной части вправо, а въ поясничной—влѣво. Остистые отростки 6 и 7 шейнаго и 1 и 2 поясничнаго позвонковъ сильно выдаются кзади и болѣзненны къ давленію. Грудь спереди представляется вдавленной снизу и также ассиметрична, соответственно выстоянію праваго бока. Звуки сердца чисты. Зрачки равномѣрны, правильно реагируютъ. Кожные рефлексы повышены. Колѣнные выражены ясно и неравномѣрны,—справа сильнѣе. Ни параличей, ни мышечной атрофіи. Зрѣніе и функціи другихъ органовъ чувствъ безъ измѣненій. Гиперѣстезія кожи почти на всемъ тѣлѣ. На локтевомъ краѣ лѣвой кисти притупленіе болевой чувствительности.

Съ 16 января начаты *подвѣшиванія* на аппаратѣ Спримона-Бехтерева.

Мѣсяць и число.	Время подвѣш.	Грузъ въ фунтахъ.	П у л ь с ь.			Д ы х а н і е.		
			До подв.	Во время.	Послѣ подв.	До подв.	Во время.	Послѣ подв.
1895	1 ч. 31 м.	20	100	—	—	24	—	—
Янв.	1 ч. 36 м.	40	—	88	—	—	20	—
	16	1 ч. 40 м.	40	—	84	—	—	20
		1 ч. 43 м.	60	—	88	—	—	—
		1 ч. 46	—	—	—	96	—	—

1 ч. 36 м. пульсъ немного слабѣе. 1 ч. 40 м. пульсъ полный. 1 ч. 43 м. пульсъ опять сталъ слабѣе.

Мѣсяць и число.	Время подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунтахъ.	П у л ь с ь.		Д ы х а н і е.		
			До подв.время.	Во Послѣ подв.	До подв.время	Во Послѣ подв.	
Янв.	12 ч. 8 м.	—	100	—	—	24	—
18	12 ч. 13 м.	40	—	100	—	—	24
	12 ч. 18 м.	50	—	88	—	—	20
	12 ч. 23 м.	60	—	92	—	—	24
	12 ч. 35 м.	—	—	—	96	—	—
12 ч. 13 м. пульсъ слабѣе.							
20	12 ч. 2 м.	—	112	—	—	28	—
	12 ч. 7 м.	—	—	120	—	—	28
	12 ч. 12 м.	—	—	112	—	—	—
	12 ч. 17 м.	—	—	—	104	—	24

12 ч. 2 м. пульсъ частый и слабый; ощущеніе колотья въ правой рукѣ, какъ будто рука окружена со всѣхъ сторонъ иглами, которыя вонзаются въ тѣло. 12 ч. 7 м. пульсъ какъ будто еще слабѣе. Ощущеніе колотья иглъ въ правой рукѣ слабѣе. 12 ч. 12 м. пульсъ дѣлается полнѣе. 12 ч. 17 м. пульсъ еще полнѣе. Послѣ снятія ощущенія въ правой рукѣ усилились.

До 31 января было сдѣлано 8 подвѣшиваній, затѣмъ, въ виду безрезультатности, подвѣшиваніе оставлено. Съ 31 января до 20 февраля лечилась прижиганіями, фенацетиномъ и пр. Съ 20 февраля начато *вытяженіе на кровати*, грузъ 25 ф., продолжительность—20 м., ежедневно. До 20 марта больная чувствовала себя нѣсколько лучше подъ вліяніемъ вытяженія, но съ 20 марта вернулась прежняя сила парестезій, больная также не можетъ переносить даже прикосновенія рубашки, сильнѣйшія боли, ощущенія выдергиванія волосъ, передвиженія въ кожѣ осколковъ стекла и проч. Вытяженіе оставлено.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ *сириноміэліи* ни подвѣшиваніе, ни вытяженіе на кровати не имѣли никакого вліянія.

Наблюденіе XXIV.

13 февраля 1896 года въ нервную клинику поступилъ Ф. Л—въ 39 лѣтъ, уроженецъ Владимірской губ., мѣщанинъ, православный, женатъ *Анамнезъ.* Л—въ родился отъ вполне здоровыхъ родителей. Отецъ больного живъ до сихъ поръ, ему 70 лѣтъ и онъ отличается силой и здоровьемъ. Матери больного теперь 60 л., она также здорова и бодря. У больного 5 братьевъ и двѣ сестры, всѣ они здоровы. Двоюродный братъ со стороны отца—душевно-больной. Въ возрастѣ до 7 лѣтъ Л—въ жилъ во Владимірской губерніи вмѣстѣ со своими родителями. Въ этомъ періодѣ своей жизни онъ хворалъ только золотухой и не имѣлъ никакихъ острыхъ болѣзней. 7 или 8 лѣтъ Л—въ вмѣстѣ съ родителями пересе-

лился въ г. Нарву, гдѣ его отецъ занялся огородничествомъ, а онъ помогаль ему въ этомъ дѣлѣ. 15-ти лѣтъ у него было какое-то лихорадочное заболѣваніе (болѣла грудь, былъ жаръ), продолжавшееся съ мѣсяцъ. Послѣ этого онъ долго не могъ поправиться, были головокруженія и, судя по разсказу, больной галлюцинировалъ, ему казался пожаръ, война и т. п. Кромѣ этого до 27-лѣтняго возраста ничѣмъ не хворалъ. 19-ти лѣтъ имѣлъ первый coitus. Съ 22 лѣтъ пьетъ водку въ небольшомъ количествѣ. 27 лѣтъ у него случился припадокъ, состоявшій въ слѣдующемъ: проснувшись утромъ, больной почувствовалъ, что его какъ будто кто-то хватаетъ, и онъ сильно закричалъ, а затѣмъ заплакалъ. Послѣ этого опять у него появились галлюцинаціи зрѣнія, онъ видѣлъ войну, пожаръ и т. п. Черезъ нѣсколько дней все это прошло и онъ опять чувствовалъ себя вполне здоровымъ. 29 лѣтъ больной женился и черезъ годъ у него родилась дочь, которой теперь 9 лѣтъ. Кромѣ нея у больного еще имѣется двое дѣтей, изъ которыхъ одна дѣвочка 6-ти лѣтъ страдаетъ обмороками (какъ можно понять изъ разсказовъ больного). Никакихъ острыхъ заболѣваній больной не переносилъ. 6 лѣтъ тому назадъ у него въ домѣ случился пожаръ, который нанесъ ему большой убытокъ, — погорѣло имущества на 3000 рублей, что сильно огорчило больного. Лѣтъ 20 тому назадъ, разсказываетъ больной, онъ сильно надорвался, поднимая возъ съ товаромъ, былъ поносъ съ недѣлю и боль въ груди и животѣ. Послѣ этого случая больной и до сихъ поръ чувствуетъ боль въ области груди и живота при сильномъ напряженіи, при поднятіи всякой тяжести и т. п. 4 года тому назадъ безъ всякаго повода у него начали нѣмѣть пальцы на рукахъ. Ослабленіе чувствительности на рукахъ все усиливалось и поднималось выше, переходя постепенно на предплечіе и плечо. Въ то же время появились боли въ груди, а затѣмъ въ ногахъ. Къ этому вскорѣ присоединилось ослабленіе силы въ рукахъ и общая слабость. Съ этого же времени больной началъ страдать запорами и сильнымъ развитіемъ газовъ въ кишкахъ, которые онъ не въ состояніи былъ удерживать, несмотря на присутствіе постороннихъ людей, въ гостяхъ и т. п. Иногда запоры смѣнялись поносами, при чемъ больной также съ трудомъ могъ удерживать фекальныя массы. Со стороны мочевого пузыря тоже замѣчалось разстройство: одно время онъ могъ мочиться только при сильномъ натуживаніи, въ другое время моча выдѣлялась произвольно по каплямъ. Больной обратился за помощію въ Георгіевскую общину, гдѣ ему 4 раза произвели электризацію, — этимъ его леченіе и закончилось. Въ настоящее время больной жалуется на ослабленіе чувствительности, на общую слабость, на боли въ правой ногѣ, ослабленіе зрѣнія и запоры.

Status praesens. Зрачки неравномѣрны, правый значительно шире лѣваго. Языкъ слегка отклоненъ въ правую сторону, въ языкѣ дрожаніе. Реакція на свѣтъ справа отсутствуетъ, на лѣвомъ зрачкѣ ослаблена; на аккомодацию также ослаблена. Верхнія вѣки слегка опущены, при чемъ лѣвое вѣко сильнѣе. Движеніе праваго глазного яблока слегка затруднено

кнутри, а лѣваго снаружи. Диплоция въ наружной и нижней части лѣваго поля зрѣнія. При изслѣдованіи позвоночника обнаружена болѣзненность съ 3 до 5 поясничнаго позвонка. При наружномъ осмотрѣ: позвоночникъ рѣзко искривленъ въ грудной части, лопатки представляются сдвинутыми, между ними углубленіе. Лордозъ и сколиозъ. Область *hypochondrii* и *hypogastrii* съ обѣихъ сторонъ также опущена внизъ. Крестецъ неправильной формы и рѣзко изогнутъ назадъ. Въ нижней части грудная кѣтка бочкообразной формы и какъ бы надвинута на тазъ (спереди), а сзади грудная стѣнка изогнута впередъ. Правая нога худѣ лѣвой.

Окружность.	Правая сторона.	Лѣвая сторона.		Правая сторона.	Лѣвая сторона.
предплечіе . . .	24,5 снт.	23,5 снт.	бедро . . .	42	48
плечо . . .	25	24	голень . . .	29	30

Мышечная сила правой руки 80 ф., лѣвой 80 ф. Мышечная сила въ нижнихъ конечностяхъ ослаблена, особенно при отведеніи и приведеніи бедра и при сгибаніи его на правой ногѣ. Лѣвая нога значительно сильнѣе правой, хотя отведеніе бедра и на лѣвой ногѣ ослаблено. Активные и пассивныя движенія вездѣ свободны. Тазъ очень высокъ. Ягодицы отвисли; область крестца уплощена. Кое гдѣ на кожѣ замѣчаются звѣздчатые рубцы. Съ сдвинутыми ногами больному стоять трудно, съ закрытыми глазами при этомъ замѣчается рѣзкое шатаніе. На одной ногѣ, на лѣвой стоять можетъ нѣсколько, а на правой совсѣмъ не можетъ. При ходьбѣ туловище рѣзко наклоняется впередъ. Походка носить утиный характеръ, при чемъ замѣчается поочередное сгибаніе вправо и влево съ большимъ припаданіемъ на правую сторону. Умѣренная атрофія на задней поверхности бедра и голени, сильнѣе выражена атрофія мышцъ, приводящихъ бедро на правой сторонѣ, а на лѣвой—сгибателей голени. Мелкія мышцы кисти руки (*interossei*) представляются атрофированными. Мышцы предплечія по локтевому краю на лѣвой рукѣ худѣ правыхъ. Верхній плечевой поясъ представляется также нѣсколько атрофированнымъ. Механическая возбудимость мышцъ на нижнихъ конечностяхъ слегка понижена, на верхнихъ—сохранена. Мышечное чувство сохранено въ правой рукѣ только на очень рѣзкія движенія, на лѣвой рукѣ вполне сохранено. Въ ногахъ мышечное чувство сохранено. Кожные рефлексы: подошвенный отсутствуетъ на обѣихъ сторонахъ, cremaster'овый также. На холодъ cremaster'овый рефлексъ получается черезъ долгое время послѣ раздраженія и слабый. Ягодичный рефлексъ отсутствуетъ, анальный и бульбо-кавернозный, брюшной, надчревный и лопаточный также отсутствуютъ. Сухожильные рефлексы: съ сухожилія *m.m. triceps* и *biceps* на обѣихъ рукахъ отсутствуютъ. Съ правой стороны рефлексъ съ сухожилія *m. triceps* получается, но не всегда и крайне слабый. Колѣнные рефлексы и рефлексы съ Ахиллова сухожилія отсутствуютъ. Чувствительность нервныхъ стволовъ къ давленію понижена.

Электровозбудимость. Раздраженіе фарадическимъ токомъ:

	Правая сторона.	Лѣвая сторона.
<i>n. medianus</i>	70	90
<i>n. ulnaris</i>	70	65

При слабыхъ токахъ получается клоническое содроганіе мышцъ, а при болѣе сильныхъ — тоническое.

<i>n. peroneus</i>	40	45
------------------------------	----	----

Распространеніе тока ощущаетъ только на правомъ *n. peroneus*, на лѣвомъ — не ощущаетъ.

Первое сокращеніе мышцъ получается:

	правая рука.	лѣвая рука.
<i>biceps</i>	67 (разстояніе спиралей фарадического тока)	63.
<i>triceps</i>	75.	75 (дрожаніе)
<i>flex. carpi ulnaris</i>	72.	69 (дрожаніе)
<i>ext. digitor. commun.</i>	60.	60 (дрожаніе)

На ногахъ: слѣва съ *quadriceps femoris* при 7 mm. получается дрожаніе, при большемъ разстояніи катушекъ сокращенія вызвать не удастся. На правой ногѣ то же самое. То же и на мышцахъ голени. Фарадическая возбудимость вездѣ понижена. Электрокожная чувствительность тоже понижена. Электромышечная чувствительность въ нижнихъ конечностяхъ утрачена, въ верхнихъ сильно ослаблена (ощущаетъ въ видѣ толчковъ). Реакція на гальванической токъ на верхнихъ конечностяхъ значительно понижена, на нижнихъ же совсѣмъ отсутствуетъ. Реакціи перерожденія не обнаружено нигдѣ. Расстройства внутреннихъ органовъ, за исключеніемъ пузыря и *recti* (о чемъ упомянуто въ анамнезѣ), не наблюдается.

Что касается расстройствъ чувствительности, то изслѣдованіе показало слѣдующее: тактильная чувствительность совершенно отсутствуетъ въ кистяхъ рукъ, въ предплечьяхъ, рѣзко понижена по всему туловищу, на плечахъ, въ верхней трети бедеръ, кругомъ колѣннаго сустава съ правой стороны и по ходу *n. peronei* съ лѣвой. Сзади тактильная чувствительность понижена на спинѣ, поясницѣ, на бедрахъ и по задней поверхности рукъ, до полной ея утраты въ кистяхъ рукъ и нижней части предплечья (см. рис. 42). Болевая чувствительность понижена на тыльной поверхности обѣихъ кистей рукъ, особенно въ области распространенія *n. ulnaris*, также на предплечьяхъ, какъ спереди, такъ и сзади, менѣе понижена на плечахъ и туловищѣ. На бедрахъ болевая чувствительность рѣзко понижена на наружной поверхности, особенно на правой ногѣ. Болѣе рѣзкія измѣненія представляетъ температурная чувствительность, особенно къ теплу. Въ обѣихъ рукахъ, какъ спереди, такъ и сзади, въ обѣихъ

ногахъ до средней трети бедеръ больной не ощущаетъ высокихъ температуръ (отъ 35—50°), холодъ воспринимается немного лучше; по поясу идетъ небольшая полоса, гдѣ тепловое раздраженіе неприятно для больного. Въ грудной области и въ верхней части живота температурная чувствительность также понижена. Разстройства чувствительности см. на прилагаемыхъ рис. 42, 43 и 44.

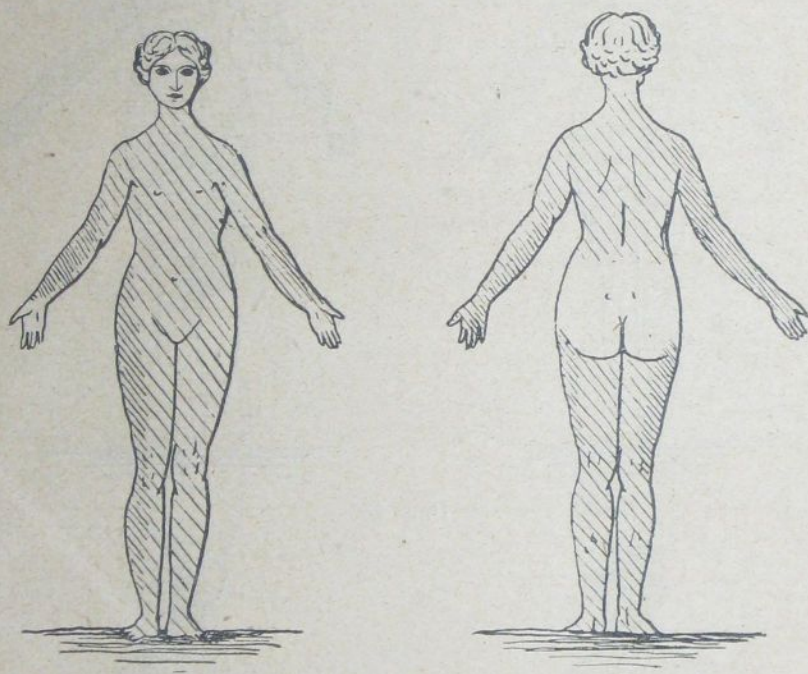


Рис. 42.

19 февраля больному сдѣлано первое *подвѣшиваніе* на аппаратѣ Сиримона-Бехтерева, грузъ 80 фунтовъ, продолжительность сеанса 5 минутъ. Переносить вытяженіе больной хорошо. Съ 20 февраля по 12 марта больному было сдѣлано 16 подвѣшиваній. 2-е подвѣшиваніе сдѣлано съ грузомъ 100 ф., продолжалось 8 мин., а въ остальныхъ подвѣшиваніяхъ грузъ брался 105 ф., время же сеанса продолжено до 10 минутъ. Послѣ первыхъ нѣсколькихъ подвѣшиваній самочувствіе больного улучшилось, ему кажется, что онъ теперь можетъ держаться нѣсколько прямѣе. Къ 5 марта боли въ ногахъ стали слабѣе. 7 марта отмѣчено, что мышцы нижнихъ конечностей, которыя совершенно не реагировали на фарадическій токъ, послѣ 12 подвѣшиваній даютъ довольно сильное сокращеніе при разстояніи катушекъ въ 7 сит. Болевая чувствительность, ослабленная почти до полной аналгезіи на кистяхъ рукъ, въ настоящее время, хотя

и понижена, но далеко не въ такой степени. Со стороны рефлексовъ никакихъ переменъ. 10 марта отмѣчено, что боль въ ногъ опять усилилась,

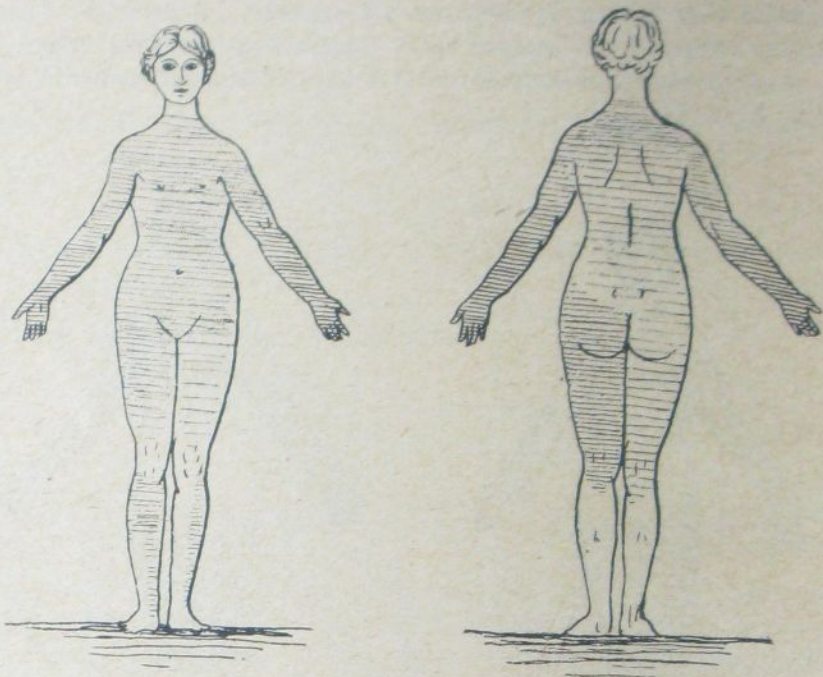


Рис. 43.

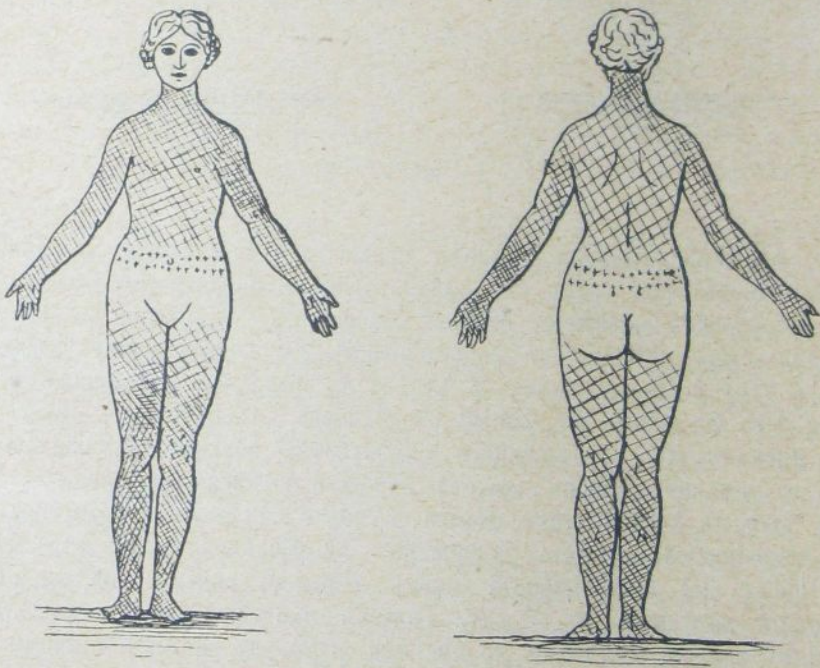


Рис. 44.

жалуется также на парестезіи въ рукахъ. 12 марта сдѣлано послѣднее 16-е подвѣшиваніе. Изслѣдованіе больного, произведенное послѣ подвѣшиваній, показало, что болѣзненность позвоночника на 5 поясничномъ позвонкѣ почти совсѣмъ исчезла. Рефлексы кожные и сухожильные по прежнему отсутствуютъ. Объемъ конечностей (наибольшій) слѣдующій:

	правая сторона.	лѣвая сторона.
Голень	29,8.	30,5.
бедро	43.	48,4.
предплечіе	25,5.	24,5.
плечо	25.	24,5.

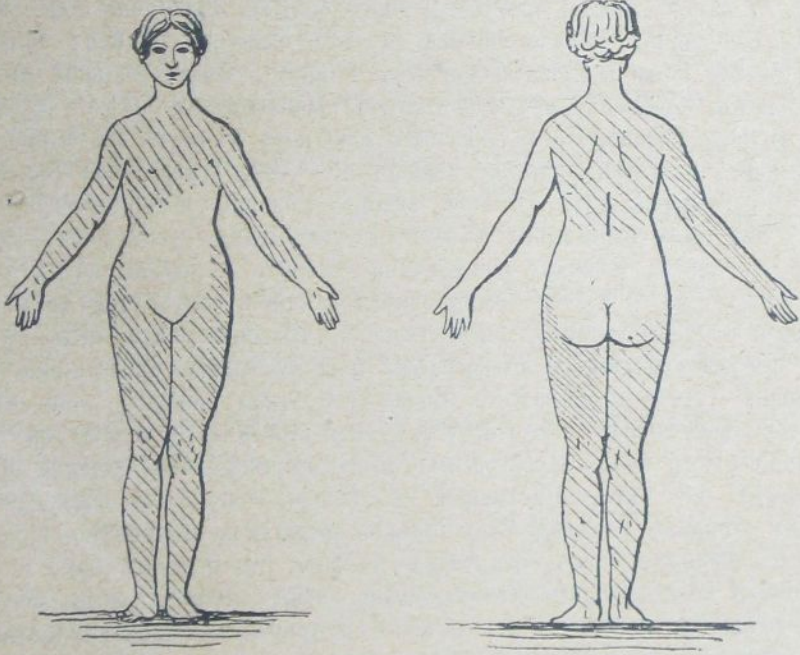


Рис. 45.

Мышечная сила рукъ по динамометру равна 80 ф., какъ для правой, такъ и для лѣвой руки. Болевая чувствительность на кистяхъ рукъ, предплечьяхъ, стопахъ и голеняхъ значительно улучшилась (см. рис. 45). Тактильная и температурная чувствительность остались безъ переменъ (см. прилагаемые рис. 42 и 44). Улучшеніе фарадической возбудимости мышцъ такое же, какъ отмѣчено выше. Въ остальныхъ симптомахъ переменъ не произошло.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ *сирингоміэліи* 16 сдѣланныхъ подвѣшиваній имѣли результатомъ замѣтное улучшеніе состоянія больного; объемъ конечностей немного увеличился, болевая чувствительность повы-

силась, отчасти возвратилась фарадическая возбудимость мышц, рѣже стали парестезіи, почти исчезла болѣзненность позвоночника къ постукиванію въ поясничной области. Больной заявляетъ что ему легче ходить и онъ прямѣе держится; объективно искривленіе позвоночника осталось то же.

Наблюденіе XXV.

28-го Марта 1896 г, принять въ клинику нервныхъ болѣзней Д. Т—въ, 23 лѣтъ, крестьянинъ Рязанской губерніи.

Анамнезъ. Кромѣ лихорадки другихъ болѣзней у себя не помнить. Лѣтъ 5—6 тому назадъ Т—въ свалился съ лошади и ударился правымъ бокомъ о камень, послѣ чего бокъ долго болѣлъ. Было еще одно паденіе, при чемъ больной сильно ушибся, но это было въ раннемъ дѣтствѣ и подробностей этого событія больной не помнить. Водку больной пьетъ, по его словамъ, немного. Сифилисъ и другія венерическія болѣзни отрицаетъ. Лѣтъ 6 тому назадъ Т—въ проспалъ всю ночь въ полѣ на сырой землѣ, послѣ чего чувствовалъ легкое недомоганіе. Отца своего больной не помнить. Мать умерла лѣтъ 10 тому назадъ. Больной ея первый сынъ, послѣ него у нея былъ выкидышъ, а затѣмъ, уже будучи за вторымъ мужемъ, родила въ сроки дѣвочку и мальчика. Черезъ 3 недѣли послѣ послѣднихъ родовъ мать Т—ва была свидѣтельницей, какъ утонулъ въ рѣкѣ ребенокъ; это на нее такъ подѣйствовало, что она упала безъ чувствъ, у нея сдѣлался параличъ правой руки, ноги и отнялся языкъ; она умерла, пролежавъ 3 года въ параличѣ. Водку мать пила немного. Она хворала еще горячкой, послѣ которой у нея повывѣзли всѣ волосы на головѣ. У больного есть братъ и сестра (отъ второго брака), оба здоровы, брату—10, сестрѣ 13 лѣтъ. Настоящею болѣзнию больной до поступленія въ клинику страдалъ уже года 3. Болѣзнь развилась постепенно, начавшись болью въ правомъ боку. Жалуется на боль въ правомъ боку и на то, что правая нога холоднѣе лѣвой, очень легко забнетъ, а съ ноги ощущеніе холода распространяется и по всей правой половинѣ туловища.

Status praesens. Больной средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, хорошо упитанный. На кожѣ спины замѣчается нѣсколько старыхъ бѣлыхъ рубцовъ. Позвоночникъ въ грудной части рѣзко искривленъ въ правую сторону, правая лопаточная область рѣзко выпячена назадъ, правый бокъ сравнительно съ лѣвымъ сильно выпяченъ, лѣвое подреберье нѣсколько втянуто. Животъ выпяченъ. Правая половина таза опущена. Болевая чувствительность на правой половинѣ туловища мѣстами отсутствуетъ совершенно, мѣстами понижена,—такъ, отсутствуетъ она по всему туловищу и бедру, понижена въ лицѣ, въ предплечіи и кисти, въ голени и стопѣ; только около праваго соска есть небольшая область, гдѣ она даже повышена. Тактильная чувствительность повсюду нормальна. Температурная чувствительность на передней поверхности праваго предплечія и на тыльной сторонѣ кисти утрачена,—больной не различаетъ горячей пробирки

отъ холодной. Кожная температура на правомъ боку 33,6, на лѣвомъ — 33, на тыльной сторонѣ кисти справа 28,8, на лѣвой сторонѣ 26,8.

Окружность:	правая сторона	лѣвая сторона
предплечіе	26,3	27
бедро	44	48
голень въ верхней трети	32,5	34

Кожные рефлексы: подошвенный съ обѣихъ сторонъ одинаковъ и умѣренно повышенъ; ягодичный на правой сторонѣ ослабленъ, межлопаточный рефлексъ отсутствуетъ, яичковый на лицо только съ лѣвой стороны. Колѣнные рефлексы повышены и неравномѣрны, — съ правой стороны выше; рефлексы съ Ахиллова сухожилія представляютъ то же отношеніе, что и колѣнные. Сухожильные рефлексы на верхнихъ конечностяхъ, какъ съ *m. bicipitis*, такъ и *tricipitis*, крайне слабы. Фарадическая возбудимость нервовъ и мышцъ нормальна. Мышечная сила рукъ по динамометру — правой 95, лѣвой 90 фунтовъ.

До 22-го апрѣля больной принималъ іодистый калий, съ 22 апрѣля начато *вытяженіе позвоночника въ кровати*. Сеансы ежедневно, продолжительность $\frac{1}{2}$ часа, грузъ 25—30 фунтовъ. Вытяженія дѣлались до 15 іюня.

Произведенное 15 іюня подробное изслѣдованіе показало прежнее состояніе нервной системы, и лишь область правой лопатки обнаружила теперь небольшой островокъ гиперестезіи. Жалобы больного остались тѣ же.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ *сириноміэліи* вытяженіе въ кровати осталось безъ результата.

Наблюденіе XXVI.

1-го апрѣля 1895 года въ нервную клинику принять больной *В. Ф—нъ*, 43 лѣтъ, православный, крестьянинъ Псковской губ., женатъ.

Анамнезъ. Ф—нъ родился отъ здоровыхъ родителей. Въ семьѣ нельзя отмѣтить какихъ либо заболѣваній. Мать отца больного умерла 107 лѣтъ. Отецъ умеръ 50 лѣтъ; послѣдніе 6 мѣсяцевъ онъ жаловался на боль въ груди и кашель. Мать умерла 65 лѣтъ. Алкоголизма и сифилиса въ семьѣ не было. Ф—нъ боленъ третій годъ. Началось лѣтомъ 1892 г., въ Петровки, — появилась сильная ломота въ плечахъ, не дававшая больному даже спать. Боль локализовалась только въ плечахъ. Несмотря на это, Ф—нъ продолжалъ работать. «Утромъ, говоритъ онъ, разработаешься, черезъ силу, а придешь домой, — вечеромъ и ночью поднимется нестерпимая боль въ плечахъ». Боли эти продолжались почти все лѣто до осени. Все лѣто до осени Ф—нъ продолжалъ работать, ни одного дня не прошло безъ работы. Боли къ осени немного стихли, но за то больной сталъ замѣчать, что лѣвая рука стала замѣтно слабѣе; правая тоже стала слабѣе, чѣмъ

раньше, при чемъ слабость локализовалась только въ пальцахъ и кистяхъ рукъ. «Въ плечѣ и локтѣ я, пожалуй, говоритъ больной, и теперь чувствую прежнюю силу, развѣ немного слабѣе». Худѣть руки начали постепенно и худѣли параллельно съ развитіемъ слабости. Весной 1894 года больной сталъ замѣчать, что въ рукахъ все плохо держится. Съ прошлой же весны появилась боль въ поясищѣ, продолжавшаяся до весны настоящаго года; теперь она стала значительно слабѣе, но еще продолжается, а ранѣе онъ не могъ лечь на лѣвую сторону таза. Вскорѣ послѣ появленія боли въ поясищѣ появилась и слабость въ лѣвой ногѣ. Всѣ эти явленія (слабость рукъ и лѣвой ноги) продолжали нарастать до настоящаго времени. Парестезій въ конечностяхъ не наблюдалось. Со стороны тазовыхъ органовъ разстройствъ не наблюдалось. Простудѣ, говоритъ больной, онъ не подвергался; ушиба не было, — по крайней мѣрѣ больной не помнитъ. Сифилиса не имѣлъ, алкоголизму не подверженъ. Въ настоящее время жалуется на слабость въ рукахъ и въ лѣвой ногѣ. Боль въ поясищѣ; по временамъ бываетъ головная боль.

Status praesens. При наружномъ осмотрѣ больного можно отмѣтить слѣдующее: на кожѣ туловища нѣсколько рубцовъ кругловатой формы. перламутроваго блеска; нѣкоторые изъ нихъ растяжимы; происхожденія ихъ больной не знаетъ. Зрачки равномѣрны, реакція ихъ на свѣтъ сохранена. Языкъ немного отклоненъ вправо. Позвоночникъ въ нижней грудной части представляется болѣе изогнутымъ впередъ, чѣмъ нормально (*lordos*). Положеніе лопатокъ не одинаково: правый верхній внутренній уголъ лопатки стоитъ ближе къ позвоночнику, чѣмъ лѣвый, нижній уголъ лѣвой лопатки опущенъ ниже такового же праваго. Въ мышцахъ верхнихъ конечностей замѣчается фибриллярное дрожаніе, въ особенности хорошо выраженное въ мышцахъ плеча. Мизинецъ и безымянный палецъ на правой рукѣ и тѣ же пальцы на лѣвой рукѣ представляются измѣненными вслѣдствіе ранѣе бывшаго ушиба (на лѣвой рукѣ въ пальцахъ измѣнены первыя фаланги, — колбовидно утолщены).

Окружность.	Правая сторона.	Лѣвая сторона.		Правая сторона.	Лѣвая сторона.
плечо	30 снт.	30 снт.	бедро	59 снт.	56 снт.
предплечіе .	25 ¹ / ₂	25	голень	36 »	35 »

Мышцы представляются атрофированными въ предплечіи и, главнымъ образомъ, въ кистяхъ рукъ; пожалуй, очень умѣренную атрофію можно отмѣтить и въ мышцахъ верхняго плечевого пояса; атрофированы мышцы *thenar'a*, *hypothenar'a* и *interossei*, на предплечіи атрофированы, главнымъ образомъ, сгибатели; атрофія выражена сильнѣе въ лѣвой рукѣ. Активныя движенія въ верхнихъ суставахъ нормальны, въ кистевомъ суставѣ ограничено сгибаніе, въ пальцахъ сохранилось только сгибаніе въ указательномъ пальцѣ правой руки, раздвинуть пальцы не можетъ; въ

большомъ пальцѣ обѣихъ рукъ сохранено относительно приведеніе и отведеніе, въ лѣвой рукѣ эти явленія выражены сильнѣе. Походка представляется паретически-спастической, при чемъ главнымъ образомъ явленія выражены въ лѣвой ногѣ. Туловище значительно сгибается при походкѣ въ правую сторону. Мышечную силу въ рукахъ измѣрить динамометромъ нельзя, такъ какъ она почти отсутствуетъ, что же касается мышечной силы въ не атрофированныхъ мышцахъ верхнихъ конечностей, то она представляется почти нормальной; мышечная сила въ нижнихъ конечностяхъ нормальна. Пассивныя движенія въ нижнихъ конечностяхъ представляются ригидными, въ лѣвомъ колѣнномъ суставѣ существуетъ симптомъ складного ножа. Въ вытянутыхъ рукахъ замѣчается дрожаніе, довольно крупное. Кожные рефлексы: подошвенный нормаленъ, cremaster'овый рефлексъ есть, надчревного и брюшного нѣтъ, ягодичный есть только болевой; температурный рефлексъ холододовый получается съ внутренней поверхности лѣваго и праваго бедра, температурный рефлексъ на m. cremaster слабый есть. Сухожильные рефлексы: съ biceps и triceps въ лѣвой рукѣ отсутствуютъ, въ правой на сухожиліи m. triceps крайне слабый. Колѣнные рефлексы рѣзко повышены съ обѣихъ сторонъ, слѣва — небольшой клонусъ колѣнной чашки; рефлексъ съ Ахиллова сухожилія не только повышенъ, но наблюдается и рѣзко выраженный стопный клонусъ. Фарадическая возбудимость мышцъ и нервовъ, а равно и гальваническая, измѣненій не представляетъ, за исключеніемъ атрофированныхъ мышцъ кисти, на которыхъ возбудимость почти утрачена. Качественно измѣненій реакціи нѣтъ. Чувствительность къ фарадическому току нормальна. Осязательная чувствительность безъ измѣненій. Чувство локалізаціи также безъ измѣненій; что касается болевой и температурной чувствительности, то она представляетъ слѣдующія измѣненія: начиная съ regio mesogastricae и regio lumbalis, начинается, если идти снизу, ослабленіе чувствительности, простирающееся вверхъ до верхняго края лопатокъ сзади, спереди — почти до ключицъ и распространяющееся на лѣвую руку; въ среднемъ поясѣ около лѣваго соска ослабленіе чувствительности доходитъ почти до полной анестезіи. Температурная чувствительность занимаетъ ту же область, но расстройства ея выражены еще сильнѣе, чѣмъ болевой.

Съ 2 апрѣля по 8 мая больному примѣнялось *подвѣшиваніе* на аппаратѣ Спримона-Бехтерева черезъ день, продолжительность сеанса отъ 10 до 15 минутъ, грузъ 80 фунтовъ.

9 апрѣля отмѣчено ослабленіе боли въ поясницѣ (4-е подвѣшиваніе), 18 апрѣля отмѣчено небольшое улучшеніе болевой чувствительности (9-е подвѣшиваніе). 22 апрѣля изслѣдованіе рефлексовъ показало, что они такъ же повышены, какъ и раньше (клонусъ стопы и пр.). 2 мая больной заявилъ, что боль въ спинѣ прошла совершенно, что ноги при ходбѣ нѣсколько свободнѣе.

8 мая больной выписался, вслѣдствіе закрытія клиники, послѣ сдѣланныхъ 19 подвѣшиваній. Изслѣдованіе состоянія его нервной системы по-

казало, что границы объективных расстройств чувствительности остались те же, что и до начала подвешивания, походка не изменилась (спастически-паретическая), мышечная сила и атрофия мышц без изменений (также же не может сжать динамометръ ни на одно дѣленіе, объемъ конечностей прежній). Сухожильные рефлексы верхнихъ конечностей отсутствуют, на нижнихъ рѣзко повышены; двусторонній клонусъ стопы.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ *сирингоміэліи* 19 сдѣланныхъ подвешиваній лишь избавили больного отъ болей въ поясницѣ, не вызвавъ никакихъ изменений въ объективной картинѣ его заболѣванія.

Наблюденіе XXVII.

5 марта 1895 года въ нервную клинику принята больная *Е. Е—ва*, 37 лѣтъ, крестьянка С.-Петербургской губ., лютеранка, замужняя.

Анамнезъ. Больная 10 лѣтъ замужемъ, беременна никогда не была. Отецъ ея много пилъ, также и одинъ изъ 3 братьевъ. Невропатической наследственности въ семьѣ нѣтъ. Лѣтъ 5 тому назадъ у *Е—вой* были сильныя головныя боли и рвоты, что продолжалось около года. Лѣтомъ 1893 года въ глазахъ двоилось, что продолжалось около мѣсяца. Слишкомъ годъ тому назадъ стала хромать на правую ногу, которая распухла и покраснѣла; спустя недѣлю это прошло, но черезъ мѣсяць слабость правой ноги съ незначительной болью, но безъ опухоли, вернулась, а еще спустя недѣлю стала слабѣть и лѣвая нога. 1 февраля 1895 года вдругъ обѣ ноги совершенно отнялись и дня два была задержка мочи. Черезъ нѣсколько дней параличъ ногъ опять уменьшился, но осталась значительная слабость. Моча нѣкоторое время вытекала лишь по каплямъ, нѣсколько разъ было недавно непроизвольное мочеиспусканіе.

Status praesens. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, съ упадкомъ общаго питанія, малокровна. Со стороны внутреннихъ органовъ ничего особеннаго. Зрачки неравномѣрны, — правый немного шире лѣваго, реакція ихъ на свѣтъ и боль ослаблена, на аккомодацию вполне сохранена. Поле зрѣнія не сужено. Походка медленная, паретическая; лѣвая нога слабѣе правой, хотя всетаки больная можетъ стоять на каждой ногѣ отдѣльно, но на лѣвой хуже. Симптомъ Ромберга. Походка при открытыхъ глазахъ замѣтно не разстраивается. Мышцы на ногахъ не атрофированы. Лѣвая нога на ощупь холоднѣе правой, и больная ощущаетъ въ ней холодъ. Въ нижнихъ частяхъ лѣвой голени и на лѣвой стопѣ отекъ. Лѣвая *tibia* чувствительна къ давленію. Колѣнные рефлексы на обѣихъ ногахъ отсутствуют. Электрическая возбудимость нервовъ и мышцъ на обѣихъ ногахъ одинаково сохранена. Болевая чувствительность ослаблена на обѣихъ нижнихъ конечностяхъ, — на лѣвой (отъ подошвы до нижней трети бедра) въ бѣльшей степени, чѣмъ на правой. Осязаніе и мышечное чувство сохранены вездѣ. Оба подошвенные рефлекса одинаково рѣзко выражены. Брюшныя и надчревныя рефлексы съ обѣихъ

сторонъ получаютъ. На спинѣ замѣчается рѣзкая чувствительность къ давленію и поколачиванію на протяженіи 6—8 грудного позвонка, а также замѣтная болѣзненность къ давленію въ области крестца.

Съ 6 по 11 марта больной было сдѣлано 8 *подвѣшиваній* на аппаратѣ Спримона-Бехтерева (продолжительность сеанса 10 мин., грузъ 70 фунтовъ). 21 марта больная по домашнимъ обстоятельствамъ должна была выписаться изъ клиники. Въ состояніи ея здоровья никакихъ перемѣнъ не произошло.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ *поперечною мѣлзита* 8 произведенныхъ подвѣшиваній не оказали никакого вліянія.

Наблюденіе XXVIII.

23 сентября 1895 г. въ клинику нервныхъ болѣзней принята М. X—ва, 26 лѣтъ, крестьянка.

Анамнезъ. X—ва происходитъ изъ здоровой семьи. Регулы начались съ 17 лѣтъ, половая жизнь съ 18 лѣтъ. Начало болѣзни относитъ къ лѣту нынѣшняго года, считая причиной ея простуду, послѣ которой у нея заболѣли бокъ и голова, затѣмъ появилась слабость въ суставахъ ногъ, нечувствительность кожи на груди, моча то шла произвольно, то, при потугахъ, не шла вовсе; постепенно ноги стали еще слабѣе. Въ настоящее время больная жалуется на невозможность ходить и на частый позывъ къ мочеиспусканію.

Status praesens. Больная средняго роста, подкожный жирный слой развитъ умеренно, слизистыя оболочки блѣдны; стоять больная можетъ съ трудомъ и при поддержкѣ, походка паретическая, при ходьбѣ больная шатается, ноги подгибаются и она падаетъ; особенно слаба правая нога. Позвоночникъ къ постукиванію болѣзненъ въ области 11 и 12 грудного позвонка. Тактильная и болевая чувствительность ослаблена въ области живота и на ногахъ, при этомъ на бедрахъ, ягодицахъ, голеняхъ и стопахъ болевая чувствительность совершенно утрачена. Въ пальцахъ рукъ (указательный на лѣвой и безымянный на правой) замѣчается по временамъ наклонность къ судорогѣ сгибателей. Подошвенный, брюшной и надчревный рефлексы получаютъ только при уколахъ булавки, а при тактильномъ раздраженіи не получаютъ. Рефлексы колѣнные и съ Ахиллова сухожилія отсутствуютъ. Жалуется больная на боли въ ногахъ, разстройство мочеотдѣленія и запоры.

Съ 25 сентября по 20 ноября больной были дѣлаемы *подвѣшиванія* на аппаратѣ Спримона-Бехтерева, грузъ 80 фунтовъ, продолжительность сеанса 8—10 мин., сеансы черезъ день; одновременно больной дѣлали прижиганія позвоночника, а первые двѣ недѣли она принимала еще и іодисто-ртутную микстуру. Субъективно чувствуетъ себя послѣ первыхъ подвѣшиваній лучше.

18 октября. Походка слабѣе.

21 октября. Въ голени появились ощущенія боли при уколахъ.

29 октября. Появилась гиперэстезія живота на 4 пальца ниже пупка и сзади отъ 4 поясничнаго позвонка; анестезія въ бедрахъ исчезла.

2 ноября. Появились колющія боли въ бедрахъ, особенно по ночамъ. Болѣзненность позвоночника къ постукиванію по старому. Мышцы бедеръ къ давленію болѣзненны, нервные стволы неболѣзненны, боли въ ногахъ продолжаются.

12 ноября. Съ закрытыми глазами больная падаетъ, силы въ ногахъ стало меньше, ходить не можетъ. Разстройства тазовыхъ органовъ по старому. Боли въ ногахъ.

16 ноября. Мышцы ногъ, особенно голеней, замѣтно похудѣли, рефлексы отсутствуют; область гиперэстезіи по старому. До сего времени больной сдѣлано 20 ртутныхъ втираній.

20 ноября. Начато *вытяженіе въ кровати* ежедневно, 30 м., грузъ 10 ф.

29 ноября. Общая слабость, головная боль и поты.

10 декабря. Улучшеніе функціи пузыря и прямой кишки.

29 декабря. Мышечная сила ногъ при ручномъ изслѣдованіи довольно значительная.

7 января 1896 г. Появились острые боли въ спинѣ и въ нижней челюсти, каждый разъ при вытяженіи; вытяженіе оставлено и назначены потогонныя и стрихнинъ.

Всего было сдѣлано 27 подвѣшиваній и около 2 мѣс. больная ежедневно дѣлала сеансы вытяженія. Незначительное улучшеніе достигнуто въ функціи пузыря и прямой кишки, болевая чувствительность вернулась въ голенихъ и бедрахъ. При дальнѣйшемъ пребываніи въ клиникѣ эти явленія остались безъ перемѣнъ, но съ половины марта ноги стали еще слабѣе и въ нихъ усилились боли, больная такъ же не могла ходить, какъ и при поступленіи, болѣзненность позвоночника къ постукиванію осталась, рефлексовъ не было и чувствительность отсутствовала на животѣ, ягодицахъ и верхней трети бедеръ.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ *поперечнаго міэлимита* подвѣшиваніе и вытяженіе, примѣняемая совмѣстно со специфическимъ леченіемъ и прижиганіями, улучшивъ нѣсколько функціи пузыря и прямой кишки и состояніе болевой чувствительности, на двигательную и рефлекторную сферу, не оказали никакого вліянія, вслѣдствіе же появившейся боли въ спинѣ и нижней челюсти отъ вытяженія пришлось даже отказаться.

Наблюденіе XXIX.

24 іюня 1898 г. въ клинику нервныхъ болѣзней принять подполковникъ *Е. А—въ*, 52 лѣтъ отъ роду.

Анамнезъ. Въ 1863 году имѣлъ сифилисъ, лѣчился аккуратно. Въ родитѣ не было ни нервныхъ, ни душевныхъ болѣзней. Въ 1891 году

упалъ съ лѣстницы и ушибъ поясничную часть позвоночника такъ, что не могъ встать. Поврежденій позвоночника обнаружено не было, но движенія его были болѣзненны, мягкія части поясицы оказались припухшими, дней 5 А—въ не могъ свободно согнуться и разогнуться, но затѣмъ все прошло. Въ слѣдующемъ 1892 году у А—ва заболѣли ноги и онъ легъ въ госпиталь, гдѣ лечился прижиганіями, электричествомъ и солеными ваннами; боли прошли и до 1896 года слабые приступы ихъ бывали крайне рѣдко. Въ 1896 г. болевые кризы стали часты, и въ первый разъ появились боли въ позвоночникѣ. Больной вновь поступилъ въ госпиталь, но пролежавъ тамъ 2 мѣсяца и повторивъ прежнее леченіе, выписался безъ всякаго улучшенія. При поступленіи въ клинику А—въ жалуется на постоянныя боли въ подложечной области, поясицѣ и въ ногахъ, на судорожныя подергиванія въ нихъ и на задержку мочеотдѣленія и запоры.

Status praesens. Больной средняго роста; плохо упитанный. Позвоночникъ въ нижнегрудной и поясничной части выстоитъ кзади нѣсколько болѣе, чѣмъ нормально, при постукиваніи отъ 10 грудного до 2 поясничнаго позвонка болѣзненъ. Зрачки равномѣрны, хорошо реагируютъ на свѣтъ и аккомодацию. Походка нормальна. Мышечная сила ногъ средняя. Мышечная сила рукъ—правой 65 ф., лѣвой 55 ф. Тактильная чувствительность нормальна. Болевая и температурная чувствительность представляютъ поясъ гиперэстезіи въ нижней части груди и живота; въ нижнихъ конечностяхъ оба рода чувствительности понижены. Кожные рефлексы: брюшной и надчревной рѣзко повышены, равно и ягодичный, яичковый нормаленъ. Сухожильные рефлексы верхнихъ конечностей получаютъ хорошо. Колѣнные рефлексы неравномѣрны, съ правой стороны живѣе, но оба рефлекса не сильны. Мышечное чувство нормально.

Съ 1 іюля больному начато ежедневное *вытяженіе въ кровати*. Сеансы продолжались 30 минутъ, грузъ 25—30 фунтовъ. Во время вытяженія въ кровати больной чувствуетъ себя очень хорошо, и если до вытяженія были боли, то на кровати онѣ проходили.

15 іюля чувствуетъ себя значительно лучше. Сонъ, аппетитъ и отведенія кишечника улучшились.

22 іюля. Болѣзненности къ постукиванію въ позвоночникѣ нѣтъ.

25 іюля. Теперь боли бывають только крайне слабыя по вечерамъ. Мочеотдѣленіе лучше.

15 августа. Болей нѣтъ ни въ спинѣ, ни въ ногахъ. Мочеотдѣленіе свободно. Запоровъ нѣтъ. Поясъ гиперэстезіи и пониженіе чувствительности въ ногахъ, какъ и раньше.

16 августа. Значительно улучшившись, больной выписался изъ отдѣленія. Онъ намѣренъ продолжать кроватное вытяженіе дома.

Заключеніе. Одно кроватное вытяженіе, примѣняемое здѣсь при *хроническомъ менионизмитѣ* въ теченіе 1½ мѣсяцевъ ежедневно, оказало несомнѣнно благотворное вліяніе на боли, судороги и разстройство мочеотдѣленія.

Наблюденіе XXX.

24-го декабря 1896 года въ нервную клинику принять подпоручикъ Д. Э., 26 лѣтъ, уроженецъ Курляндской губерніи, православный, холостъ.

Анамнезъ. Больной жалуется на затрудненіе при ходьбѣ, при чемъ передвигается съ трудомъ при помощи палки и то очень короткое время. Начало своей болѣзни относитъ къ маю 1895 года, когда въ первый разъ началъ чувствовать головныя боли, хотя не особенно сильныя. Однако къ іюню мѣсяцу боли эти сдѣлались значительно сильнѣе; въ половинѣ іюня въ первый разъ появилась тупая боль въ поясницѣ и запоры. Послѣ смазыванія іодомъ боли въ поясницѣ скоро исчезли, но въ 20-хъ числахъ іюня, послѣ значительнаго утомленія отъ верховой ѣзды, боли въ спинѣ, хотя и на короткое время, но возобновились. 23 іюня утромъ въ первый разъ замѣтилъ небольшое дрожаніе въ ногахъ при ходьбѣ и особенную теплоту, разливающуюся по ногамъ отъ ступней до колѣнъ, въ ногахъ стала замѣчаться слабость при движеніи. Въ этотъ же день первый разъ больной замѣтилъ затрудненіе при мочеиспусканіи и на другой день уже съ трудомъ передвигалъ ноги. Движенія ногъ въ постели были возможны. Къ вечеру того же дня и эти движенія прекратились и вмѣстѣ съ тѣмъ появились боли въ позвоночникѣ; моча могла выдѣляться только при помощи катетера; со стороны желудка—запоръ. Съ этими явленіями больной поступилъ на излеченіе въ Варшавскій Узловскій военный госпиталь; лечился втираніями и впрыскиваніями ртути, пилъ іодистый калий, дѣлали прижиганія и электризацію позвоночника постояннымъ токомъ. Лѣченіе оказало вліяніе и въ концѣ мая 1896 г. при помощи палки больной могъ передвигаться самъ; мочился безъ катетера, хотя только небольшими порціями, а не сразу; испражняться могъ безъ слабительныхъ и безъ клизмъ, но когда прямая кишка переполнялась каломъ, то стулъ появлялся помимо воли больного. Боли въ позвоночникѣ исчезли послѣ прижиганій. Появилась чувствительность въ ногахъ, прежде исчезнувшая. Съ іюня по 15 сентября 1896 года больной прожилъ въ Пятигорскѣ, гдѣ тоже лечился прижиганіями, гальванизаціей позвоночника, втираніями (32 драх.) и сѣрными ваннами. Результатомъ леченія было то, что походка стала значительно лучше, чувствовалъ себя лучше, однако, явленія со стороны мочевого пузыря и прямой кишки остались безъ переменъ. Такъ дѣло стояло до поступленія больного въ клинику 24 декабря 1896 года. Родители и родственники больного люди здоровые, только у старшей сестры его замѣчаются нервныя припадки и она страдаетъ малокровіемъ. Спиртными напитками ни родители, ни самъ больной не злоупотребляли. Въ дѣтствѣ былъ здоровъ. Въ 1891 году перенесъ тяжелую форму брюшнаго тифа. Въ 1894 году, за годъ до паралича, перенесъ какую-то язву на членѣ, діагносцированную врачами, какъ язва мягкаго шанкра. Вторичныхъ явленій болѣзни не замѣчалось. Передъ заболѣваніемъ больной испыталъ нѣсколько нравственныхъ потрясеній; жизнь велъ «не всегда нормальную», иногда позволялъ себѣ половыя излишества.

Status praesens. Больной средняго роста, хорошаго тѣлосложенія и штанія. Костная и мышечная система правильно развита, только позвоночникъ въ нижней грудной части нѣсколько выдается впередъ. При постукиваніи черепа болѣзненности не замѣчается. Зрачки равномѣрны, реакція на свѣтъ и аккомодацию нормальная. Постукиваніе позвоночника болѣзненно на нижнихъ грудныхъ и первыхъ поясничныхъ позвонкахъ. Походка спастическая. Съ закрытыми глазами стоитъ довольно свободно, слегка пошатывается. При постукиваніи позвоночника появляется рефлексъ въ видѣ ритмическихъ покачиваній туловища. При осмотрѣ мышцы правой ноги какъ будто-бы худѣе мышцъ лѣвой. Динамометръ показываетъ для правой

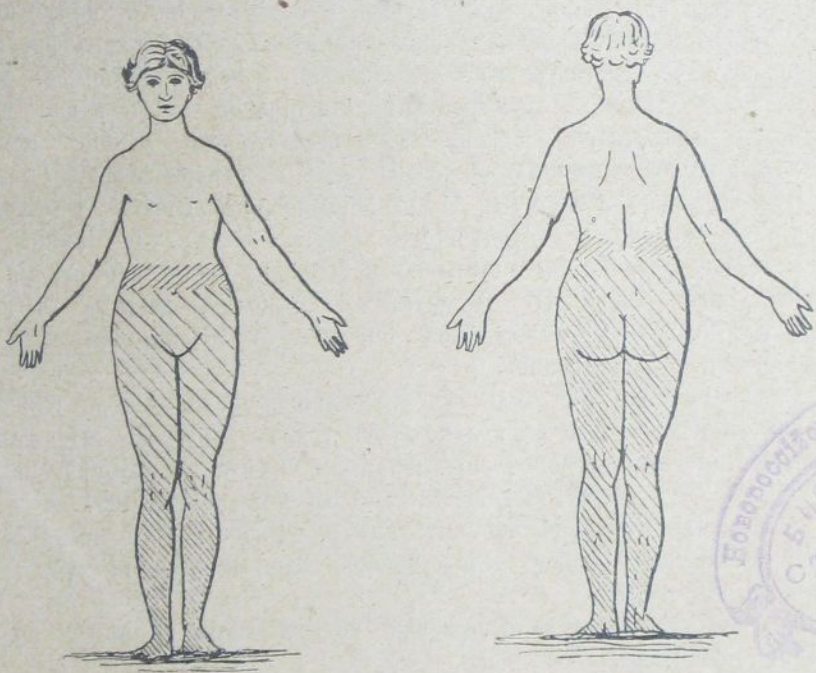


Рис. 46.

руки 155 ф., лѣвой—110. Мышечная сила въ верхнихъ конечностяхъ нормальная, въ ногахъ сгибаніе бедеръ ослаблено, сгибаніе тыла стопы на лѣвой ногѣ также ослаблено, ослаблено и разгибаніе бедеръ. При разгибаніи бедеръ, какъ активномъ, такъ и пассивномъ, получается клоническое подергиваніе всей ноги. При быстромъ разгибаніи въ коленныхъ суставахъ получаютъ судорожныя сокращенія разгибателей. Какъ при сгибаніи, такъ и при разгибаніи замѣтна ригидность въ мышцахъ. Симптомъ складнаго ножа выраженъ на обѣихъ нижнихъ конечностяхъ, но особенно сильно на лѣвой. При прикосновеніи къ подошвамъ рефлексъ имѣется, при болевомъ раздраженіи (уколъ) рѣзко выраженъ, особенно на лѣвой

ногъ, и при этомъ получается судорожное сокращеніе во всей ногѣ. Уколы на нижнихъ конечностяхъ довольно постоянно сопровождаются ясно выраженнымъ рефлексомъ всей конечности. Рефлексы на cremaster нормальны. Надчревный ясно выраженъ, брюшного нѣтъ, ягодичнаго нѣтъ, межлопаточный довольно вялъ, но имѣется; анальный ясно выраженъ. Сухожильные рефлексы на верхнихъ конечностяхъ, особенно съ сухожилия m. triceps, рѣзко повышены. Колѣнные рѣзко повышены, а на лѣвой сторонѣ сопровождаются клоническимъ дрожаніемъ всей ноги. Клонусъ стоишь на обѣихъ ногахъ. Клонусъ колѣнныхъ чашекъ. Температурный рефлексъ съ холода тоже очень ясно выраженъ на внутреннихъ поверхностяхъ бедеръ. Тактильная и болевая чувствительность въ нижнихъ конечностяхъ понижены. На туловищѣ при изслѣдованіи болевой чувствительности обнаруживается поясъ гиперестезіи въ границахъ, показанныхъ на прилагаемомъ рисункѣ 46. Температурная чувствительность ослаблена, а на отдѣльныхъ мѣстахъ извращена. Границы разстройствъ тактильной и болевой чувствительности совпадаютъ. Механическая возбудимость мышцъ повышена. При пассивныхъ движеніяхъ на лѣвой ногѣ мышечное чувство понижено.

Первоначально больному до 24 января было продѣлываемо меркуріальное леченіе въ связи съ назначеніемъ іодистаго калия. 24 января леченіе это за безрезультатностью оставлено и больному назначено вытяженіе въ кровати. Грузъ брался 15—20 фунтовъ, продолжительность съ 20 мин. въ началѣ, черезъ нѣсколько дней доведена до 30 мин. Ложился на вытяженіе больной ежедневно.

1 февраля отмѣчено въ листкѣ улучшение самочувствія, въ то-же время больной заявляетъ, что нѣсколько лучше ходить. Во время вытяженія при экстензіи ногъ въ колѣнныхъ суставахъ не замѣчается клоническаго дрожанія, что до и послѣ вытяженія каждый разъ получается.

12 февраля отмѣчено, что симптомъ складнаго ножа и ригидность при ходьбѣ выражены слабѣе, чѣмъ раньше. При вытяженіи пульсъ замедляется съ 90 на 72.

20 февраля чувствуетъ себя лучше, ходитъ бодрѣе, мочится свободнѣе большими порціями.

25 февраля. Улучшеніе остановилось. Мочеиспусканіе опять затруднено, запоры.

8 марта больной выписанъ. Явленія спастическаго парапареза, разстройства чувствительности, затрудненіе мочеиспусканія и рѣзкое повышение рефлексовъ остались безъ перемѣнъ. Исчезла лишь болѣзненность позвоночника (до вытяженія). Больной только заявляетъ, что нѣсколько свободнѣе ходить, симптомъ складнаго ножа также немного слабѣе, чѣмъ до начала вытяженія.

Заключеніе. Кроватное вытяженіе въ данномъ случаѣ *поперечнаго мѣлзита* грудной части позвоночника не оказало никакого или крайне незначительное и непродолжительное вліяніе въ первыя недѣли, смѣнившееся затѣмъ возвратомъ прежнихъ симптомовъ.

Наблюденіе XXXI.

13 сентября 1894 года въ нервную клинику поступилъ больной іеромонахъ А—ъ, 46 лѣтъ, уроженецъ Тверской губ., православный, казначей Т—ской пустыни.

Анамнезъ. Отецъ умеръ въ преклонныхъ лѣтахъ отъ холеры; мать сторѣла во время пожара 70-ти лѣтъ. Сифилиса родители не имѣли, алкоголизму не предавались, нервными или душевными болѣзнями не хворали. Про себя больной разсказываетъ слѣдующее: 7-ми лѣтъ былъ въ водянкѣ отъ простуды; 22-хъ лѣтъ страдалъ лихорадкою, 24-хъ имѣлъ, какъ онъ выражается, «шанкеръ въ маломъ размѣрѣ» (одиночный, вторичныхъ явленій не было; ртутью не лѣчился), страдалъ мѣсяца полтора. 36-ти лѣтъ перенесъ воспаленіе легкихъ, продолжалось оно, дескать, больше года. Въ 1886 году въ мартѣ мѣсяцѣ заболѣло лѣвое яичко, а въ ноябрѣ и правое; по словамъ лѣчившихъ врачей, было «воспаленіе». Въ 1891 году безъ всякой причины изъ гортани текла кровь въ большомъ количествѣ, а равно показывалась и въ другое время, но очень мало. Въ настоящемъ году съ февраля мѣсяца началъ чувствовать усталость въ ногахъ и онѣмѣніе въ пальцахъ ногъ, подошвахъ, всей ступнѣ и въ ногахъ до колѣнъ и ощущалъ холодъ въ ногахъ; ѣздилъ въ Старую Руссу, принималъ ванны, тамъ окончательно ноги ослабли и совершенно отказались ходить; онѣмѣніе дошло кругомъ всего туловища до половины, къ этому присоединилась дряблость и нечувствительность сѣдалища. «Съ появленіемъ онѣмѣнія явилась остановка мочи, говоритъ больной, которую съ мая мѣсяца испускаю черезъ катетеръ; въ мочевомъ пузырьѣ въ настоящее время чувствую ломоту, и такъ такъ дорогой катетеръ дезинфицировать не удавалось, то моча стала мутной и появилась боль въ пузырьѣ. До болѣзни въ ночное время ощущалось содроганіе всего тѣла на подобіе судороги. Судороги оказались въ ногахъ по причинѣ ожога ногъ въ горячемъ пескѣ». Вотъ все, что сообщилъ самъ больной. Въ дополненіе къ этому отъ него удалось потомъ узнать, что года два т. назадъ у него начала болѣть поясничная область. Боли были приступами. Прошли боли въ поясницѣ, когда начало появляться онѣмѣніе въ ногахъ. Года три тому назадъ, во время одного крестнаго хода, больной, попавъ на слой льда, запырошенный снѣгомъ, упалъ на спину, при чемъ, по его словамъ, главнымъ образомъ онъ ушибъ поясницу; послѣ паденія онъ едва всталъ съ чужой помощью, но всетаки кончилъ крестный ходъ. Вскорѣ послѣ этого паденія и стала болѣть поясница, а затѣмъ непосредственно приступами появлялась значительная боль, о которой говорилъ больной выше, какъ о начальномъ симптомѣ заболѣванія и которая прошла только тогда, когда стало появляться онѣмѣніе въ ногахъ. Все время заболѣванія была склонность къ запорамъ. Больной не пилъ, половымъ излишествомъ не предавался.

Status praesens. Больной высокаго роста, костная и мышечная системы развиты хорошо. Мышечная сила въ верхнихъ конечностяхъ нор-

малына, въ нижнихъ отсутствуетъ совершенно; атрофiи не замѣтно. Активныя движенiя въ нижнихъ конечностяхъ невозможны; пассивныя движенiя, особенно при первомъ производствѣ, въ колѣнномъ суставѣ затруднены, особенно разгибанiе; въ другихъ суставахъ при пассивныхъ движенiяхъ замѣчается нѣкоторая ригидность. Кожныя рефлексы: брюшной и надчревной отсутствуютъ, на stemaster получается спустя долгое время и вялый, подошвенный рефлексъ повышенъ, особенно тактильный, при чемъ больной иногда жалуется, что чувствуетъ уколы тогда, когда произво-

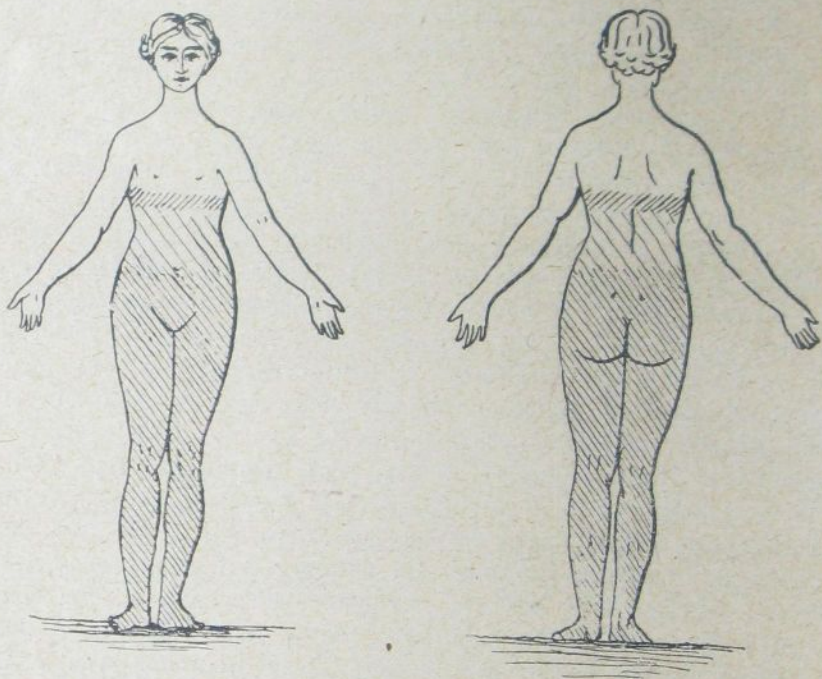


Рис. 47.

дится только тактильное раздраженiе. Ягодичный рефлексъ отсутствуетъ. Колѣнные рефлексы повышены. Клонуса стопа нѣтъ. Съ лѣвой стороны рефлексъ съ Ахиллова сухожилия повышенъ. Когда больной сидитъ, замѣчаются тоническiя судороги сгибателей, уступающiя расгибанiю. Зрачки равномѣрны. Въ языкѣ замѣтно дрожанiе. Пульсъ 68. Во внутреннихъ органахъ ничего ненормальнаго нѣтъ. Постоянная склонность къ запору, съ начала заболѣванiя задержанiе мочеиспусканiя (моча выпускается катетеромъ). Изъ субъективныхъ ощущенiй больной отмѣчаетъ чувство легкаго жженiя и ползанiя мѣрашекъ, начинающееся съ пояса и распростра-

няющееся до колѣнъ, какъ по передней, такъ и по задней поверхности. Когда больной сидитъ, его беспокоитъ чувство тяжести внизу живота (мышцы таза дряблы). Жалуются также почти на постоянное чувство пояса. Что касается объективныхъ данныхъ разстройствъ чувствительности, то замѣчается слѣдующее: въ нижнихъ конечностяхъ и туловищѣ до пупка наблюдается анестезія (см. рис. 47), для разныхъ родовъ чувствительности, не имѣющая одной и той же границы; болевая, напр., доходитъ только до подвздошныхъ областей, начиная съ которыхъ можно отмѣтить лишь ослабленіе болевой чувствительности, а выше пупка уже ясно уколъ булавки воспринимается, какъ болевое ощущеніе. На ногахъ кромѣ того есть мѣста, гдѣ болевая чувствительность относительно сохранена; мѣстами болевая чувствительность измѣнена такимъ образомъ, что больной вмѣсто боли чувствуетъ прикосновеніе. Кромѣ того съ отмѣченныхъ на томъ же рисункѣ мѣстъ при отсутствіи болевой чувствительности замѣчается повышенный кожный рефлексъ. На туловищѣ сейчасъ же выше границы пониженія болевой чувствительности наблюдается поясъ гиперестезіи, какъ это отмѣчено на рисункѣ, при этомъ необходимо прибавить, что границы анестезіи почти тѣ же, что и для чувства температуры, только ранѣе появленія границы ослабленной болевой чувствительности, уколы уже воспринимаются, какъ прикосновеніе. Тактильная чувствительность не имѣетъ такого распространенія,—есть островки, гдѣ она лишь ослаблена, а мѣстами даже сохранена. Температурная чувствительность также утрачена, особенно къ теплу, между тѣмъ, какъ чувство холода сохранилось лучше. При этомъ замѣчается, что на правой конечности мѣстами холодъ воспринимается, какъ тепло, а на лѣвой—обратно. Температурный рефлексъ къ холоду сильно выраженъ, но между приложеніемъ раздражителя и появленіемъ рефлекса проходитъ замѣтный промежутокъ времени.

До 24 ноября больной пользовался іодисто-ртутнымъ леченіемъ и симптоматическими средствами; въ исторіи болѣзни за время этого леченія отмѣчено улучшеніе тактильной чувствительности по задней сторонѣ голеней; расстройства болевой чувствительности остались безъ перемѣнъ, равно какъ не измѣнилось состояніе движенія, рефлексовъ и функція тазовыхъ органовъ; по старому больного мучили сильныя боли и судороги въ нижнихъ конечностяхъ, кромѣ того мучительны были опоясывающія боли, локализирующіяся немного выше верхней границы разстройствъ чувствительности.

Съ 24 ноября прежнее леченіе оставлено, и больному начато *подвѣшиваніе* на аппаратѣ Спримона-Бехтерева. Подвѣшиванія дѣлались ежедневно до 9 декабря, съ 9 по 13 декабря два подвѣшиванія сдѣланы черезъ день и, наконецъ, съ 13 по 16-ое сдѣлано еще 4 подвѣшиванія; всѣхъ сеансовъ сдѣлано было 20. Во время нѣсколькихъ сеансовъ подвѣшиванія изслѣдовались пульсъ и дыханіе.

Мѣсяцъ и число.	Продолжи- тельность сеанса.	Грузъ въ фунт.	П у л ь с ь .			Д ы х а н и е .		
			До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.	До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.
Ноябрь								
24	8 мин.	45	80	85	—	—	—	—
25	8 мин.	50	80	90	—	—	—	—
26	8 мин.	55	80	85	—	—	—	—

Пульсъ учащается въ началѣ подвѣшиванія, замедляется и дѣлается гораздо полнѣе въ концѣ сенса и послѣ. Дыханіе учащается. Больной переноситъ подвѣшиванія хорошо.

27	8 мин.	60	80	90	—	—	—	—
28	8 мин.	60	—	—	—	—	—	—
30	8 мин.	60	—	—	—	—	—	—
Декабрь								
1	10 мин.	70	—	—	—	—	—	—
2—7	12 мин.	80	—	—	—	—	—	—

Подвѣшиванія ежедневно.

8	15 мин.	80	84	96	—	18	—	—
		—	—	100	—	—	22	—
		—	—	98	—	—	22	—
		—	—	88	—	—	—	—
9	15 мин.	85	80	84	84	—	—	22
		—	—	80	—	18	—	—
		—	—	80	—	—	20	—
		—	—	76	88	—	—	—

Пульсъ полнѣе во время подвѣшиванія.

11	15 мин.	85	80	86	—	20	20	—
		—	—	86	100	—	—	22
13	15 мин.	90	84	100	—	20	—	—
		—	—	92	—	—	18	—
		—	—	—	86	—	—	20

Пульсъ при подвѣшиваніи чаще. Дыханіе медленнѣе, рѣже и глубже.

14	15 мин.	80	68	70	—	16	—	—
		—	—	80	68	—	20	—

Общее состояніе безъ переменъ. Жалуется на судороги и боли.

15	15 мин.	90	86	92	88	—	—	—
16	15 мин.	90	72	88	—	—	—	—
		—	—	92	—	—	—	—
		—	—	80	76	—	—	—

Послѣ сдѣланныхъ 20 подвѣшиваній замѣчено: ослабленіе гиперестезій, и, кромѣ того, границы отсутствія болевой чувствительности спустились нѣсколько ниже (см. рис. 48), уменьшеніе болѣзненности позвоночника къ постукиванію, ослабленіе болей въ ногахъ и судорогъ (только что отмѣченное ослабленіе, однако, наблюдалось лишь послѣ первыхъ подвѣшиваній, въ концѣ же леченія у больного былъ однажды опять жестокой приступъ судорогъ). Въ функціи тазовыхъ органовъ не произошло никакихъ перемѣнъ, мало того,—одно время около недѣли наблюдалось ухудшеніе—

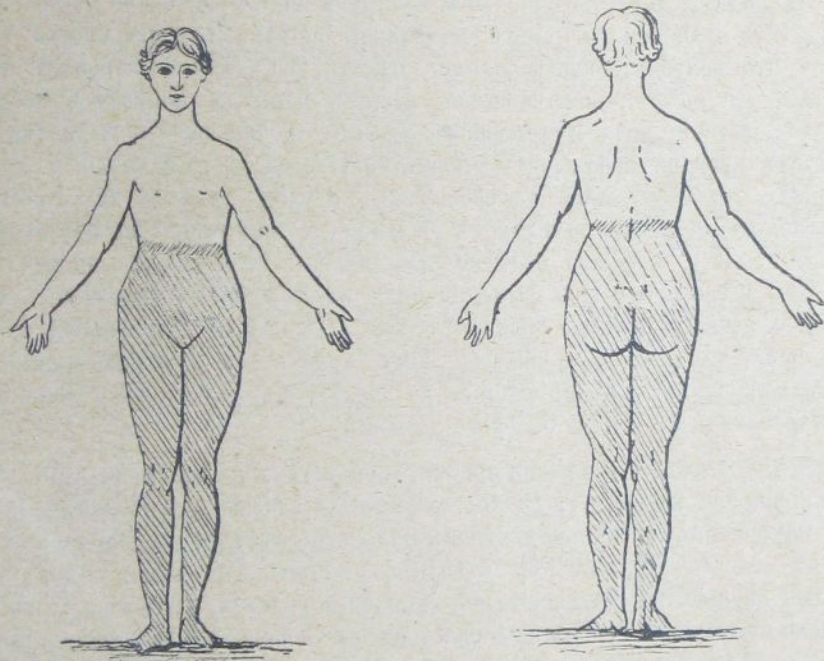


Рис. 48.

явленія цистита, такъ что больному былъ назначенъ еще салоль и промываніе пузыря.

Въ двигательной и рефлекторной сферѣ перемѣнъ не произошло.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ хроническаго *поперечнаго міэлитна* подвѣшиваніе, кромѣ небольшого измѣненія чувствительности, которое могло, конечно, появиться и безъ его вліянія, не оказало никакого дѣйствія.

Наблюденіе XXXII.

6 ноября 1893 года въ нервную клинику принять больной *Ф. П—ва*, 42 лѣтъ, крестьянинъ Тверской губ., православный, холостъ, по занятію—сапожникъ.

Анамнезъ. Въ дѣтствѣ больной хворалъ рѣдко. На 25-мъ году получилъ lues, отъ котораго лечился въ томъ же году втираніями. Черезъ годъ появились на переднихъ сторонахъ обѣихъ голеней симметричныя язвы, исчезнувшія черезъ 2 или 3 мѣсяца. Въ іюлѣ 1890 г. на сѣнокосѣ ночью почувствовалъ какъ-бы ударъ въ области поясицы. На другой день замѣтила нѣкоторую слабость въ ногахъ, которая съ этого дня все увеличивалась, и черезъ мѣсяцъ онъ уже не могъ ходить безъ посторонней помощи. Ноги казались чужими, поднимать ихъ онъ не могъ; пальцы ногъ при надѣваніи сапога пассивно подвѣртывались. Спина въ это время продолжала болѣть, при чемъ больной чувствовалъ въ ней все время такой холодъ, что старался согрѣвать ее, садясь спиной къ огню иногда такъ близко, что получалъ ожоги; однако ожоги эти онъ чувствовалъ мало. Съ этихъ же поръ у него исчезла эрекция penis и появилось непроизвольное истеченіе мочи при первомъ желаніи мочиться; моча изливалась время отъ времени небольшими порціями. Тогда же начался и запоръ, длившійся отъ 2—7 дней съ свободнымъ стуломъ дня по 2. Постепенности появленія этихъ симптомовъ больной не помнитъ, но въ половинѣ августа 1890 г. всѣ эти болѣзненные явленія уже были вполне развиты. Въ октябрѣ мѣсяцѣ 1893 г. боли въ поясицѣ нѣсколько уменьшились и исчезло чувство холода въ ней. Нѣсколько улучшилось и движеніе ногъ, такъ что больной уже могъ ходить съ помощью палки. Въ такомъ положеніи дѣло остается и до сихъ поръ. Алкоголемъ больной не злоупотреблялъ. Родители больного здоровы.

Status praesens. Больной средняго роста, умѣреннаго питанія, физически правильно развитъ. Блѣдность видимыхъ слизистыхъ оболочекъ и кожныхъ покрововъ. Активныя движенія больного затруднены, именно: онъ съ трудомъ сгибаетъ, разгибаетъ, отводитъ и приводитъ бедра обѣихъ ногъ; равнымъ образомъ затруднены всѣ движенія голеней и стопъ. Также затруднено нѣсколько сгибаніе и разгибаніе туловища и поворачиваніе его вправо и влѣво. Движенія лѣвой ноги нѣсколько болѣе ослаблены. Пассивныя движенія совершаются свободно. Сила сопротивленія мышцъ ногъ ослаблена, особенно на лѣвой ногѣ. Такимъ образомъ имѣется парапарезъ обѣихъ нижнихъ конечностей и мышцъ живота и нижней части спины; при ходьбѣ больной раскачивается туловищемъ, походка т. наз. утиная, ходитъ съ палкой. Электрическая (гальваническая и фарадическая) возбудимость мышцъ не измѣнена. Механическая возбудимость m. bicipitis сохранена; брюшныхъ мышцъ—отсутствуетъ. Позвоночникъ болѣзненъ къ постукиванію въ области 10, 11 и 12 грудного позвонка. Чувствительная сфера: легкая болевая гиперестезія на внутренней сторонѣ обѣихъ бедеръ и заднихъ поверхностей голеней. Органы высшихъ чувствъ въ порядкѣ. Чувство мѣста сохранено. Кожные рефлексы на брюшныхъ мышцахъ отсутствуютъ, надчревный—получается.

Подожвенный рефлексъ съ лѣвой стороны слегка повышенъ, справа нормаленъ. Cremaster*овый повышенъ справа, слѣва нормаленъ. Ко-

лѣнные рефлексы повышены на обѣихъ сторонахъ, но слѣва больше; стойный рефлексъ нормаленъ, съ сухожилія m. bicipitis то же. Сердце и легкія безъ измѣненій. Кишечникъ вздутъ газами. Кромѣ того оказалось по наблюденію, что у больного часа черезъ 3—4 происходитъ произвольное истеченіе мочи. Больной чувствуетъ потребность помочиться, но обыкновенно не успѣваетъ дойти до отхожаго мѣста, какъ моча сама уже изливается. Кромѣ того у больного запоры дня по 2—3, а также отсутствіе эрекцій.

7 ноября. Больному назначено слѣдующее леченіе: Kali jodat. 8,0, Hydr. bijod. 0,03, Aq. destill. 180,0, принимать по столовой ложкѣ 3 раза въ день.

11—20 ноября. Объективныхъ или субъективныхъ измѣненій въ состояніи больного не замѣчается.

21—26 ноября. Безъ перемѣнъ.

27—28 ноября. Безъ перемѣнъ въ объективномъ и субъективномъ отношеніи. Въ виду безуспѣшности ртутнаго леченія больному назначено *подвѣшиваніе* на аппаратѣ Спримона-Вехтерева 3 раза въ недѣлю и прижиганія вдоль позвоночника въ области болѣзненныхъ (последнихъ 3-хъ грудныхъ) позвонковъ.

29 ноября. Первое подвѣшиваніе. Во время сеанса реакціи, кромѣ небольшого ускоренія пульса (съ 70 до 80 ударовъ) — никакой. Больной чувствуетъ себя и во время, и послѣ подвѣшиванія вполне хорошо. Прижиганіе.

5 декабря. Третье подвѣшиваніе, 2-ое прижиганіе. Измѣненій пока нѣтъ.

14 декабря. 9-ое подвѣшиваніе, 3-е прижиганіе. Больной въ прежнемъ состояніи, хотя походка дѣлается какъ будто нѣсколько тверже и безъ сильныхъ раскачиваній туловища. Чувствительная сфера и рефлексы безъ измѣненій.

22 декабря. 12-ое подвѣшиваніе, 5-ое прижиганіе. Замѣчается улучшеніе активныхъ движеній ногъ, кромѣ того нѣсколько уменьшилась вялость брюшныхъ мышцъ, благодаря чему животъ не такъ отвисаетъ, какъ ранѣе.

23—31 декабря. 15 подвѣшиваній. Больной въ состояніи не только ходитъ значительно быстрее и менѣе раскачиваясь, но даже дѣлалъ попытки бѣгать, при чемъ, впрочемъ, ноги измѣнили ему, зацѣпивъ одна за другую, больной упалъ и слегка ушибъ себѣ правую скуловую кость. Прижиганій сдѣлано 7.

1—8 января. 18 подвѣшиваній. По прежнему безъ всякихъ реакцій неприятнаго характера. Твердость походки, сравнительно съ таковою при поступленіи, значительная.

9—15 января. 20 подвѣшиваній. Дальѣйшихъ измѣненій пока у больного не наблюдается. 11 прижиганій.

16—22 января. 22 подвѣшиванія. 18-го и 19-го числа больной чувствовалъ головную боль и ломоту въ спиѣ; температура нормальна. 20-го все эти явленія исчезли безслѣдно. 13 прижиганій.

23 января. Больной жалуется на сильную боль въ крестцѣ, расширяющуюся впередъ, при чемъ сильное давленіе на мышцы спины, особенно въ области тазобедренныхъ суставовъ, болѣзненно. Благодаря болямъ, больной ходитъ сторбившись, а это въ свою очередь затрудняетъ еще болѣе его походку. Подвѣшиваніе сдѣлано не было, такъ какъ при попыткѣ къ этому сразу же больной началъ жаловаться на сильную боль въ крестцѣ. Сдѣлано прижиганіе въ области поясничныхъ позвонковъ.

24 января. Боли въ крестцѣ и бокахъ слабѣе. Еще одно прижиганіе.

25 января. Болей нѣтъ совершенно. Общее состояніе больного удовлетворительно. Сдѣлано 23-е подвѣшиваніе.

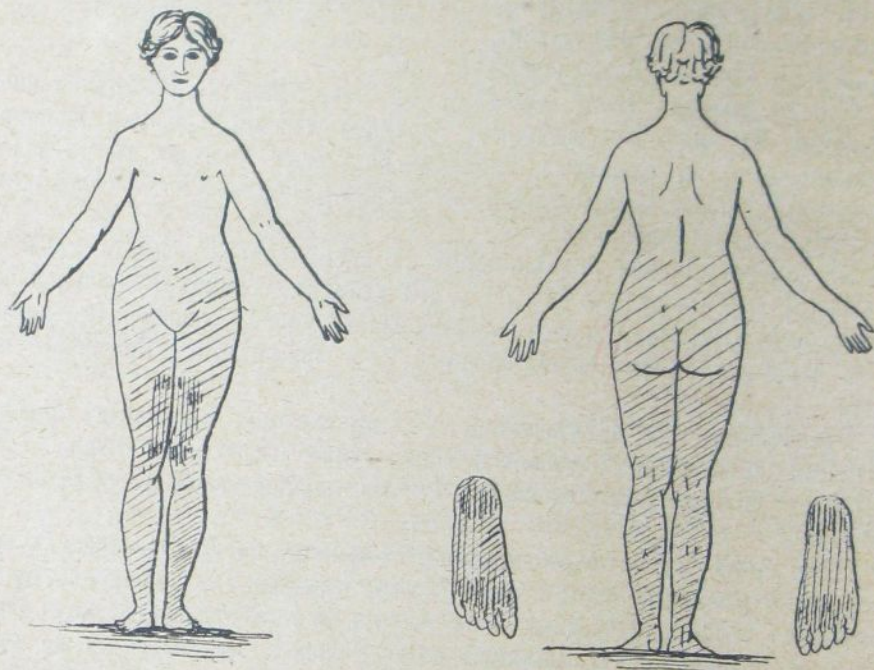


Рис. 49.

27 января—1 февраля. 25 подвѣшиваній и 16 прижиганій съ начала леченія. Объективныхъ перемѣнъ (кромѣ уже выше отмѣченныхъ—болѣе твердой походки, меньшаго отвисанія живота) нѣтъ. Самочувствіе больного вполне удовлетворительно.

7—15 февраля. Сдѣлано еще 6 подвѣшиваній и 3 прижиганія.

Status praesens. Походка больного, какъ и прежде, утиная т. е. больной ходитъ, переваливаясь съ ноги на ногу, но безъ палки. Животъ отвисаетъ. Активные движенія въ лѣвой ногѣ затруднены, а именно,—сгибаніе въ колѣнномъ суставѣ; движенія стопы также. Пассивныя движенія безпрепятственны на правой ногѣ, на лѣвой—нѣсколько затруд-

нены. Сгибаніе туловища ограничено, поворотъ же его вправо и влѣво теперь вполне возможенъ. Мышечная сила ослаблена на лѣвой ногѣ немного, на правой почти нормальна. Въ общемъ больной можетъ ходить дольше. Рефлексы кожные брюшныхъ мышцъ появились. На *m. cremaster* съ правой стороны рефлексъ живѣе, чѣмъ съ лѣвой; подошвенный рефлексъ на обѣихъ ногахъ выраженъ ясно. Сухожильные рефлексы: съ лѣвой стороны колѣнный повышенъ очень сильно, съ правой—тоже, но слабѣе; съ *biceps* и *triceps*—живы. Клонуса стопы не получается. Съ внутреннихъ поверхностей бедеръ, съ отмѣченныхъ продольными штрихами на рис. 49 мѣстъ, получается кожный рефлексъ вслѣдъ за прикладываніемъ къ кожѣ холодной пробирки. Недержаніе мочи ночью бываетъ, хотя и не каждую ночь, иногда бываетъ и днемъ, по старому часты запоры. Эрекция члена, по словамъ больного, теперь иногда стала появляться. Чувствительная сфера, за исключеніемъ внутренней поверхности бедеръ, и областей, показанныхъ на рис. 49, гдѣ замѣчается легкое повышеніе лѣвой чувствительности, измѣненій не представляетъ. (см. рис. 49).

18 февраля. Последнее 32-е подвѣшиваніе и 20-е прижиганіе. Самочувствіе больного вполне удовлетворительно. Слабость въ ногахъ небольшая, если однако больной пробуетъ долго стоять, то жалуется на боль въ мышцахъ голени и стопѣ. Субъективныхъ болѣзненныхъ ощущеній нѣтъ. Въ остальномъ безъ переменъ.

20 февраля. Выписанъ изъ отдѣленія въ значительно улучшенномъ состояніи.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ хроническаго стационарнаго (исходнаго) стадія *поперечнаго міэлимита* нижегруднаго отдѣла, сдѣлано было 32 подвѣшиванія. По окончаніи леченія замѣчено улучшеніе движенія, возстановился брюшной рефлексъ, появились эрекции. Разстройства чувствительности остались безъ измѣненій, будучи, впрочемъ, и до леченія незначительными. Только что отмѣченныя переменны, конечно, нельзя приписывать исключительно подвѣшиванію, такъ какъ оно примѣнялось въ приведенномъ случаѣ совместно съ прижиганіями.

Наблюденіе XXXIII.

22 сентября 1894 года въ клинику принятъ *С. Вл.* уроженецъ *С. Петербургской губерніи*, православный, 20 лѣтъ, студентъ *С.-Петербургскаго университета*.

Анамнезъ: Отецъ больного злоупотреблялъ алкоголемъ, страдалъ болѣзнью печени. Мать умерла отъ рака 3 года тому назадъ. Въ раннемъ дѣтствѣ больной страдалъ рахитомъ, выпаденіемъ прямой кишки съ образованіемъ впослѣдствіи полипа. Осенью 1881 года перенесъ дифтерію, весной 1882 года—корь. Въ 1882, 1883 и 1884 году поль-

зовался грязями и морскими купаньями въ Гапсалѣ и въ Аренсбургѣ, по зимамъ въ эти же года лечился массажемъ и шведской гимнастикой. Осенью 1884 года полипъ прямой кишки былъ удаленъ путемъ операціи; черезъ мѣсяць больной уѣхалъ въ Крымъ, гдѣ прожилъ до начала мая 1885 года, до 1887 года чувствовалъ себя хорошо, хотя и тогда уже были затрудненія въ походкѣ. Съ 1887 года начались ежедневныя головныя боли. Въ теченіе 1888, 1889 и 1890 г. чувствовалъ себя плохо. Лѣтомъ 1891 года было лучше и больной помнитъ, что могъ ходить и по 30 верстѣ въ день безъ изнеможенія. Осенью 1891 года получилъ трипперъ. Съ осени 1893 года походка значительно ухудшилась. Въ настоящее время больной жалуется на затрудненіе походки, скорое утомленіе, сопровождающееся одышкой и сердцебиеніемъ. По временамъ наблюдается задержка мочи, постоянно запоры.

Status praesens: Тѣлосложеніе больного неправильное, грудь рахитическая, птичья. Слизистыя оболочки блѣдны, питаніе слабое. Внутреннія поверхности колѣнъ сближены, голени расходятся. Въ лицѣ асиметрія—правая половина нѣсколько плоче; языкъ при высовываніи замѣтно отклоняется; щеки при надуваніи отдуваются неравномѣрно, правая слабѣе. Зрачки расширены, на свѣтъ реагируютъ вяло. Въ поясничной части позвоночника довольно значительный лордозъ, при постукиваніи позвоночника 1, 2 и 3 поясничные позвонки болѣзненны. Походка больного рѣзко спастическая, при ходбѣ сильно ударяетъ подошвами о полъ; при стояніи ноги у больного полусогнуты въ колѣнныхъ суставахъ. Пассивныя движенія затруднены въ колѣнномъ и голеностопномъ сочлененіи, при сгибаніи колѣнъ съ обѣихъ сторонъ рѣзко выраженъ симптомъ складного ножа. Активныя движенія всѣ возможны, но въ ногахъ медленны и при производствѣ ихъ больной чувствуетъ препятствіе. Тактильная и болевая чувствительность нормальна, температурная чувствительность нѣсколько понижена въ нижнихъ конечностяхъ. Колѣнные рефлексы рѣзко повышены, какъ на правой, такъ и на лѣвой сторонѣ, съ обѣихъ же сторонъ рѣзко выраженъ стопный клонусъ и клонусъ колѣнной чашки, клонусъ стопы вызывается при простомъ постукиваніи по Ахиллову сухожилю. Костные и мышечные рефлексы, повышены, какъ на нижнихъ, такъ и на верхнихъ конечностяхъ. Сухожильные рефлексы съ сухожилій m. m. biceps и triceps повышены съ обѣихъ сторонъ. Межлопаточный кожный рефлексъ, а равно кожные рефлексы брюшной и надчревной не получаютъ. Ягодичный рефлексъ получается только съ лѣвой стороны. Подошвенные рефлексы повышены. Пульсъ 76 въ 1', достаточнаго наполненія, звуки сердца чисты и ясны. Послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго стоянія на ногахъ у больного иногда появляется—головокруженіе, потемнѣніе въ глазахъ, рѣзкая блѣдность лица и появленіе пота на лбу и на носу.

7 декабря начаты *подъшиванія* на аппаратъ Спримона - Бехтерева.

Мѣсяцъ и число. 1894 г.	Продолжи- тельность сеанса.	Грузъ въ фунт.	П у л ь с ь .			Д ы х а н и е .		
			До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.	До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.
Декабрь								
7	10 мин.	45	90	84	78	—	—	—
9	10 мин.	45	76	80	76	—	—	—
Пульсъ	сталъ полнѣе.							
10	10 мин.	45	86	88	90	20	22	—
13	14 мин.	50	88	84	—	18	—	—
		—	—	88	—	—	16	—
		—	—	81	—	—	18	—
		—	—	82	84	—	18	18

Послѣ каждаго сеанса больной чувствуетъ легкое головокруженіе. Послѣ второго сеанса вмѣстѣ съ головокруженіемъ была легкая тошнота. Пульсъ подѣ конецъ сеансовъ всегда дѣлался полнѣе, а дыханіе нѣсколько глубже.

16	15 мин.	50	100	98	—	22	—	—
		55	—	94	—	—	18	—
		—	—	92	—	—	18	—
		—	—	90	—	—	16	—
		—	—	86	90	—	18	16

Спустя 10 м. послѣ начала сеанса пульсъ значительно полнѣе. Послѣ подѣшиванія пульсъ полнѣе, дыханіе глубже; головокруженіе послѣ подѣшиванія весьма слабое.

17		—	100	—	—	20	—	—
	черезъ 3 м.	30	—	94	—	—	18	—
	черезъ 10 м.	50	—	88	—	—	20	—
	черезъ 14 м.	55	—	86	—	—	18	—
	черезъ 18 м.	—	—	—	88	—	—	20
21		—	84	—	—	18	—	—
	черезъ 5 мин.	30	—	84	—	—	16	—
	8 мин.	40	—	88	—	—	14	—
	10 мин.	—	—	90	—	—	16	—
	13 мин.	55	—	90	—	—	16	—
	15 мин.	60	—	86	—	—	18	—
	17 мин.	—	—	—	86	—	—	16

Пульсъ полный, головокруженія нѣтъ.

23		—	96	—	—	15	—	—
	черезъ 5 мин.	30	—	84	—	—	16	—
	10 мин.	50	—	82	—	—	14	—
	12 мин.	60	—	80	—	—	14	—
	14 мин.	65	—	82	—	—	14	—
	18 мин.	—	—	—	80	—	—	14

Послѣ сеанса головокруженія не испытываетъ, пульсъ полнѣе, дыханіе глубже.

Мѣсяцъ и число.	Продолжи- тельность сеанса.	Грузъ въ фунт.	Пульсъ.			Дыханіе.		
			До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.	До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.
26		—	88	—	—	16	—	—
черезъ	5 мин.	40	—	86	—	—	16	—
	10 мин.	60	—	88	—	—	14	—
	13 мин.	65	—	86	—	—	14	—
	15 мин.	70	—	86	—	—	20	—
	18 мин.	—	—	—	81	—	—	16
30		—	94	—	—	16	—	—
Черезъ	5 мин.	40	—	90	—	—	16	—
	10 мин.	60	—	92	—	—	16	—
	14 мин.	75	—	100	—	—	18	—
	18 мин.	—	—	—	94	—	—	16
31	11-й сеансъ подвѣшиванія.							
1895 г.								
Январь 3		—	74	—	—	16	—	—
Черезъ	7 мин.	50	—	76	—	—	14	—
	11 мин.	60	—	72	—	—	14	—
	14 мин.	75	—	80	—	—	14	—
	18 мин.	—	—	—	78	—	—	12
Къ концу сеанса чувствуетъ легкое сердцебіеніе.								
7		—	76	—	—	12	—	—
Черезъ	5 мин.	50	—	72	—	—	14	—
	10 мин.	60	—	80	—	—	16	—
	14 мин.	75	—	82	—	—	16	—
	18 мин.	—	—	—	70	—	—	12
Послѣ подвѣшиванія блѣдность и легкое головокруженіе.								
10		—	84	—	—	14	—	—
Черезъ	5 мин.	40	—	84	—	—	14	—
	10 мин.	60	—	80	—	—	16	—
	14 мин.	75	—	84	—	—	16	—
	18 мин.	—	—	—	80	—	—	14
13		—	102	—	—	14	—	—
Черезъ	5 мин.	40	—	98	—	—	14	—
	10 мин.	50	—	100	—	—	12	—
	13 мин.	60	—	104	—	—	14	—
	17 мин.	—	—	—	92	—	—	12
14		—	80	—	—	12	—	—
Черезъ	5 мин.	40	—	72	—	—	14	—
	10 мин.	60	—	76	—	—	14	—
	13 мин.	70	—	78	—	—	14	—
	17 мин.	—	—	—	78	—	—	14
Самочувствіе удовлетворительное.								

Мѣсяцъ и число.	Продолжи- тельность сеанса.	Грузъ въ фунтахъ.	П у л ь с ь.			Д ы х а н і е.		
			До подв.	Во время.	Послѣ подв.	До подв.	Во время.	Послѣ подв.
21		50	88	—	—	14	—	—
Черезъ	10 мин.	60	—	74	—	—	14	—
	17 мин.	—	—	—	76	—	—	14

Пульсъ полный. Самочувствіе хорошее.

24 января произведено 18-е подвѣшиваніе, продолжительность сеанса та же, грузъ 60 фунтовъ,

Такимъ образомъ изъ произведенныхъ наблюденій видно, что пульсъ въ 7 сеансахъ учащался нѣсколько (отъ 2—6 ударовъ въ 1'), въ 8 сеансахъ онъ замедлялся отъ 6 до 14 въ 1', становясь въ то же время полнѣе. Послѣ сеанса въ 11 случаяхъ пульсъ былъ замедленъ отъ 2—16 ударовъ въ 1', въ 3 случаяхъ онъ былъ чаще на 2—4 удара и во 2 оставался безъ перемѣнъ въ частотѣ, но всегда послѣ подвѣшиванія пульсъ былъ полнѣе, чѣмъ до подвѣшиванія. Дыханіе въ 10 случаяхъ во время подвѣшиванія уменьшалось на 2—4 удара въ 1', въ 6 сеансахъ оно учащалось тоже на 2—4 раза. Послѣ сеанса дыханіе или неизмѣнялось, что наблюдалось большею частью, или же на нѣсколько дыханій становилось рѣже, но за то дыханіе въ этихъ случаяхъ было глубже. Переносилъ подвѣшиванія больной хорошо, только иногда послѣ сеанса появлялось у него головокруженіе, сердцебиеніе, тошнота, блѣдность лица и потъ, но всѣ эти явленія скоро проходили. Что касается вліянія леченія, то изслѣдованіе, произведенное послѣ 18 подвѣшиваній, не обнаружило никакихъ измѣненій со стороны объективныхъ симптомовъ болѣзни, хотя больной, охотно подвѣшиваясь, и заявлялъ, что чувствуетъ большую развязность въ движеніяхъ, чѣмъ до начала леченія.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ *бокового склероза* подвѣшиваніе не дало никакихъ результатовъ.

Наблюденіе XXXIV.

18 марта 1897 года въ нервную клинику принять больной *А. Е—ва*, 23 лѣтъ, крестьянинъ Тверской губ., православный, холостъ.

Анамнезъ. Больной происходитъ изъ здоровой семьи. Отецъ и мать его уже старики и пользуются по настоящее время хорошимъ здоровьемъ. Братъ отца страдаетъ параличомъ. Кромѣ дяди, всѣ въ семьѣ больного отличаются крѣпкимъ здоровьемъ. Отецъ больного пьетъ, но мало. До 8-лѣтняго возраста больной ничѣмъ не хворалъ. На 8 году онъ однажды работалъ въ полѣ вмѣстѣ съ родителями; поднялась сильная буря, и вѣтромъ его погнало по полю; онъ сильно испугался и впалъ въ безпамятство. Въ безсознательномъ состояніи его принесли домой. Послѣ этого онъ хворалъ цѣлый мѣсяцъ,—у него была общая слабость и сильный

жаръ. Въ это же время стала обнаруживаться слабость въ ногахъ и дрожаніе. Симптомы понемногу усиливались, и больной не могъ исполнять крестьянскихъ обязанностей и, выросши уже молодымъ человѣкомъ, занимался больше домашнимъ дѣломъ. Ничѣмъ больше больной не хворалъ ни въ дѣтствѣ, ни въ годы юности. Водку пилъ, но мало. Сифилиса не было. Триппера тоже. Больной до сихъ поръ не имѣлъ половыхъ сношеній. Жизнь велъ всегда очень воздержанную. Въ настоящее время больной жалуется на слабость и дрожаніе въ ногахъ. Аппетитъ хорошій, сонъ также. Со стороны прямой кишки и мочевого пузыря нѣтъ ничего ненормальнаго.

Status praesens. Больной средняго роста, плохого питанія. Мускулатура дряблая, подкожный жировой слой плохо выраженъ. Со стороны костной системы имѣются нѣкоторыя отклоненія въ строеніи, а именно: стопы обѣихъ ногъ представляются плоскими и немного повернутыми кнаружи. Въ лицѣ ассиметрія нѣтъ. Въ зрачкахъ никакихъ аномалій, — они равномерны и хорошо реагируютъ на свѣтъ. Языкъ дрожитъ при высовываніи. Ушныя мочки приросшія. Кожа на тѣлѣ очень тонкая и блѣдная. Со стороны органовъ чувствъ не имѣется никакихъ отклоненій отъ нормы. Чувствительность осязательная вездѣ сохранена, болевая тоже. Температурное чувство не нарушено. Кожные рефлексы: лопаточный отсутствуетъ, ягодичный слабо выраженъ, брюшной вялъ, надчревный рефлексъ хорошо выраженъ, на правой сторонѣ сильнѣе; на *m. cremaster* рѣзко выраженъ, на правой сторонѣ рѣзче; подошвенный хорошо выраженъ, причѣмъ на лѣвой сторонѣ сильнѣе, чѣмъ на правой. Сухожильные рефлексы: съ сухожилій *m. m. bicipitis* и *tricipitis* на обѣихъ рукахъ хорошо выражены, однако на правой сильнѣе. Колѣнные рефлексы повышены на обѣихъ ногахъ, но равномерны, рефлексы съ Ахиллова сухожилія тоже повышены и на правой сторонѣ сильнѣе. Клонусъ обѣихъ стопъ и колѣнныхъ чашекъ. Пассивныя движенія нижнихъ конечностей возможны, но при сильномъ разгибаніи въ колѣнѣ получается клоническое дрожаніе всей ноги. Это явленіе наблюдается на обѣихъ ногахъ. Разгибаніе стопы и поворачиваніе ея кнаружи затруднено. Походка больного имѣетъ спастическій характеръ; при ходьбѣ онъ ступаетъ на носки и при этомъ приводитъ сильно бедра. Въ ногахъ при ходьбѣ ощущаетъ чувство связыванія. Со стороны прямой кишки и мочевого пузыря нѣтъ никакихъ аномалій. Эрекции бываютъ, но половой членъ недостаточно напругается. Динамометрическая сила правой руки 100 ф., лѣвой—90 ф.

Объемъ конечностей.	Правая.	Лѣвая.
плечо	27,5.	28.
предплечіе	27,5.	27,5.
бедро	47.	47,5.
голень	33.	33.

Со стороны электровозбудимости мышцъ и нервовъ нѣтъ никакихъ уклоненій отъ нормы. Ягодицы атрофированы, атрофированы также

наружные мышцы бедра. Вся мускулатура нижних конечностей плохо развита.

Съ 22 марта больному назначенъ былъ фарадическій массажъ нижнихъ конечностей и іодистый калий изъ 8,0 на 180,0 4 раза въ день по столовой ложкѣ; на этомъ леченіи больной пробылъ до 20 мая, при чемъ состояніе его здоровья осталось прежнее, только субъективное ощущеніе связанности въ нижнихъ конечностяхъ, по словамъ больного, стало слабѣе.

20 мая. Прежнее леченіе отмѣнено и назначено *подвѣшиваніе* на аппаратѣ Спримона-Бехтерева. Продолжительность сеанса 2 м., грузъ 50 ф.

Мѣсяць и число.	Продолжи- тельность подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунтахъ.	П у л ь с ь.		
			До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.
Мая 23	3 мин.	60	80	60	68
Пульсъ полнѣе во время подвѣшиванія. Потъ на рукахъ.					
26	3 мин.	70	72	88	80
28	3 мин.	80	76	84	—
		—	—	80	—
		—	—	84	78

Во время подвѣшиванія на кистяхъ рукъ выступилъ потъ, пульсъ по окончаніи сеанса полный. Состояніе здоровья безъ особыхъ перемѣнъ.

30	4—5 мин.	80	64	70	—
		—	—	84	72—74

Во время подвѣшиванія обильный потъ, пульсъ полнѣе. Зрачки нѣскольکو сузились.

Пульсъ по окончаніи подвѣшиванія полнѣе.

іюнь	4 мин.	90	80	90	—
1		—	—	120	—
		—	—	100	92

Пульсъ во время сеанса слабо напряженъ, по окончаніи довольно напряженный.

3	5 мин.	100	84	96	76
---	--------	-----	----	----	----

Пульсъ напряженный во время сеанса, по окончаніи напряженіе пульса сильнѣе. Потъ на туловищѣ и рукахъ.

5	5 мин.	100	80	84	—
		—	—	86	82
7	5 мин.	100	72	88	80

Пульсъ въ началѣ сеанса полный. Во время сеанса потъ на рукахъ. Зрачки расширились, а затѣмъ сузились. Въ серединѣ сеанса пульсъ довольно слабый. Потъ. По окончаніи пульсъ полнѣе.

9	6 мин.	105	78	96	80—82
---	--------	-----	----	----	-------

Пульсъ полный въ началѣ сеанса въ серединѣ средняго напряженія. Потъ. По окончаніи сеанса пульсъ очень полный.

Мѣсяцъ и число.	Продолжи- тельность подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунтахъ.	П у л ь с ь.		
			До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.
11	6 мин.	105	72	—	—
		—	—	90	84

Во время сеанса обильный потъ, по окончаніи пульсъ полный. Ноги какъ будто нѣсколько развязнѣ.

14	7 мин.	105	78	96	84
----	--------	-----	----	----	----

Пульсъ довольно полный въ началѣ сеанса, затѣмъ средняго наполненія. Обильный потъ. По окончаніи пульсъ довольно полный. Въ ногахъ замѣчается больше развязности. Объективное состояніе нервной системы безъ перемѣны.

17	7 мин.	110	72	96	—
----	--------	-----	----	----	---

Пульсъ полный, въ началѣ подвѣшivanія, затѣмъ дѣлается слабѣе. Потъ.

По окончаніи пульсъ полный. Особыхъ перемѣнъ не замѣтно. Дрожаніе въ ногахъ по прежнему, только ноги, по замѣчанію больного стали немного развязнѣ. Туловище, руки и ноги при подвѣшivanіи потѣютъ меньше.

іюнь 20	7 мин.	110	—	—	—
24	7 мин.	110	72	90	78

Пульсъ по окончаніи сеанса полный. Дрожаніе по прежнему.

28	7—8 мин.	105	74—76	—	—
----	----------	-----	-------	---	---

іюль 2.	7 мин.	105	—	90	78
6	7 мин.	105	—	—	—
9	6—8 мин.	108	—	—	—

Съ 11 іюля по 2 августа подвѣшivanія продолжались черезъ день, продолжительность каждаго сеанса 10 минутъ, грузъ 110 ф.

2 августа сдѣлано послѣднее, 30-е подвѣшivanіе. Объективное изслѣдованіе состоянія нервной системы не обнаружило никакихъ измѣненій сравнительно съ явленіями, наблюдавшимися до начала подвѣшivanій, лишь субъективное ощущеніе связанности въ ногахъ, по словамъ больного, стало немного меньше.

Заключеніе. Въ приведенномъ случаѣ *diplegiae spasticae* 30 сдѣланныхъ подвѣшivanій имѣли незначительное вліяніе на больного только въ смыслѣ улучшенія субъективнаго ощущенія связанности въ ногахъ. Непосредственное вліяніе подвѣшivanія во время каждаго сеанса было, какъ видно изъ исторіи болѣзни, таково: пульсъ каждый разъ во время полнаго наложенія груза учащался отъ 6—30 ударовъ въ 1', напряженіе пульса во время подвѣшivanія становилось болѣе слабымъ, чѣмъ до подвѣшivanія, послѣ же подвѣшivanія пульсъ дѣлался значительно полнѣе напряженнѣе и рѣже, чѣмъ во время подвѣшivanія. Измѣненія пульса можно видѣть на приложенныхъ къ исторіи болѣзни кривыхъ (см. рис. 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56 и 57). Напряженіе пульса было даже большимъ,

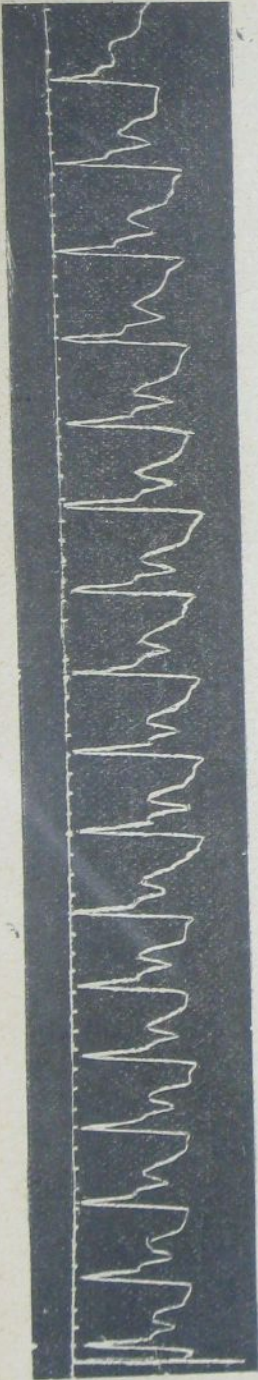


Рис. 50. Кривая пульса до подвешивания снятая 19 Июля.

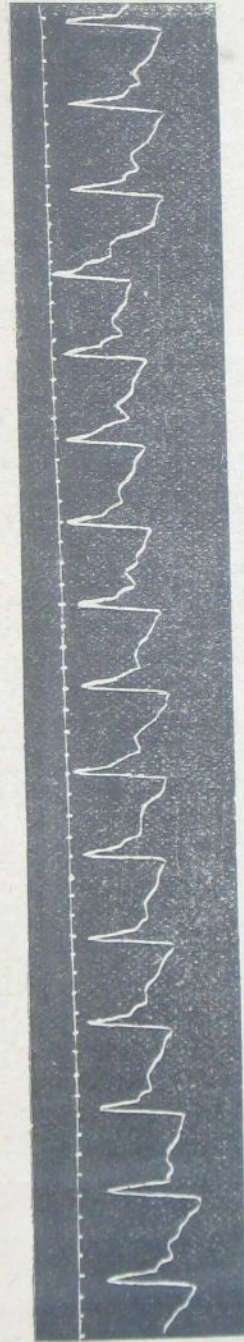


Рис. 51. Кривая пульса после подвешивания, снятая 19 Июля.

Рис. 52.

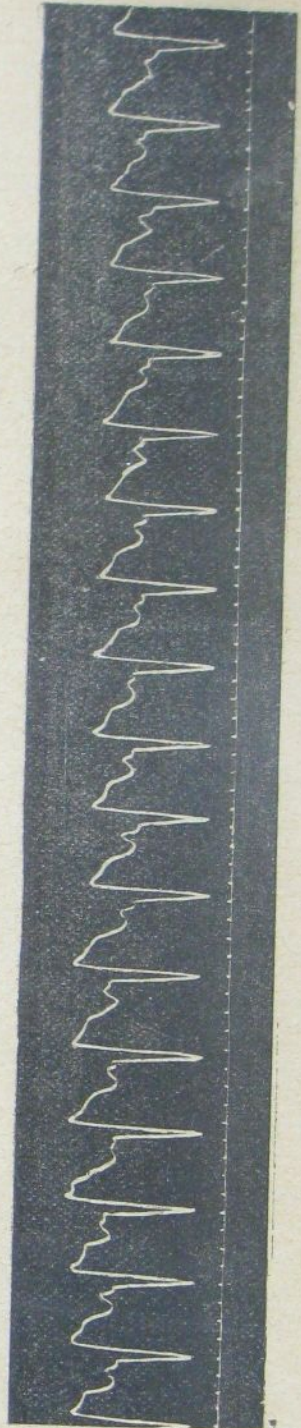
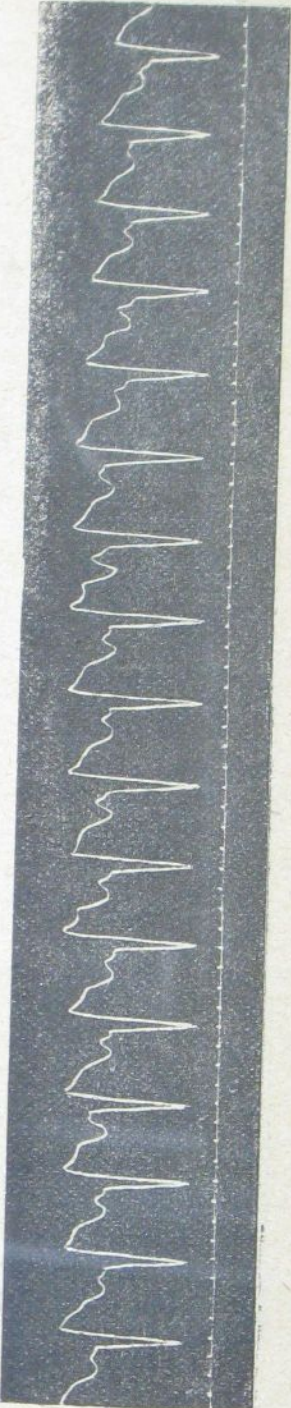


Рис. 53



Кривые пульса после подвешивания, сняты 19 июля.

Рис. 54.

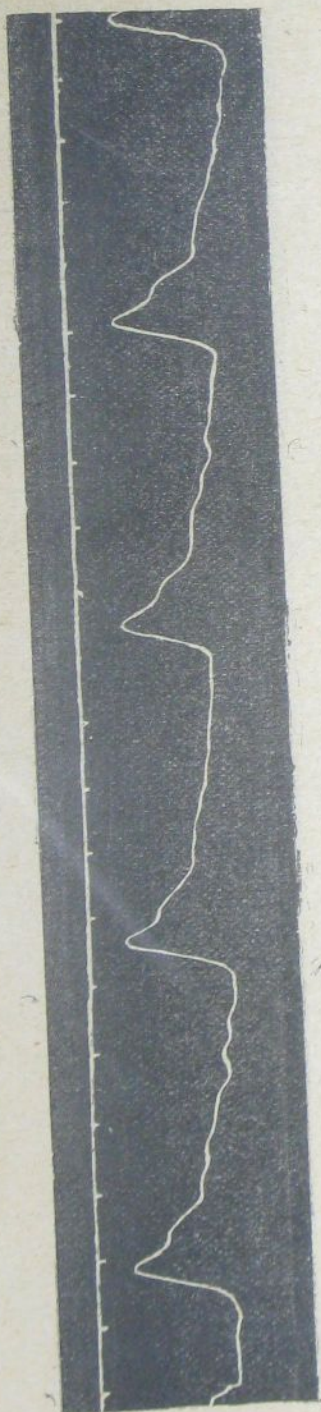
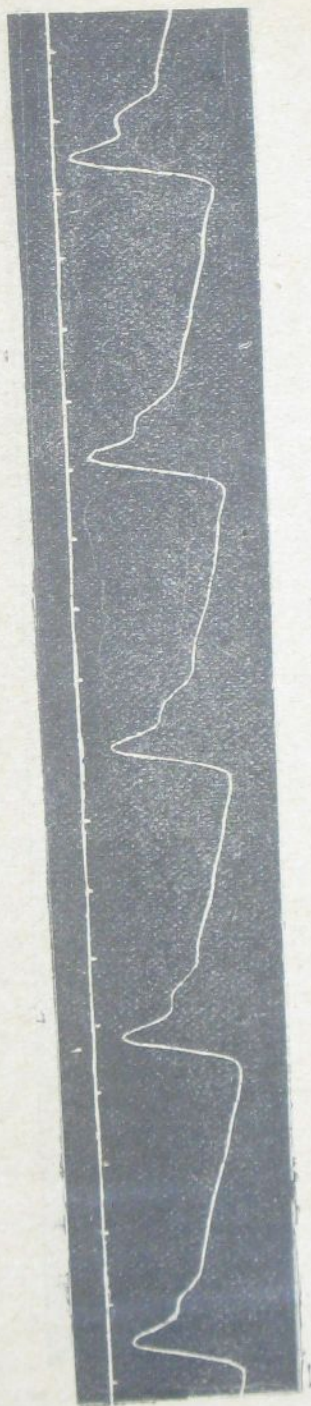


Рис. 55.



Кривки пульса до подвiшванiя, сняты 23 июля.

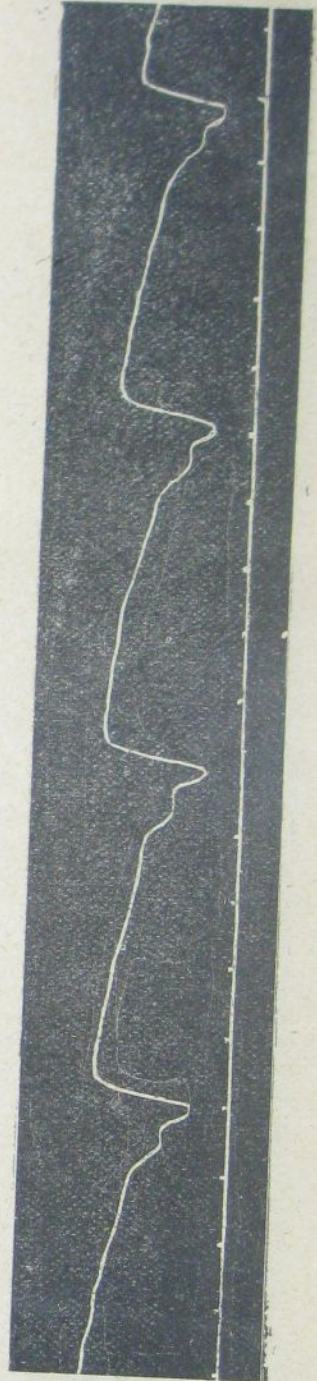
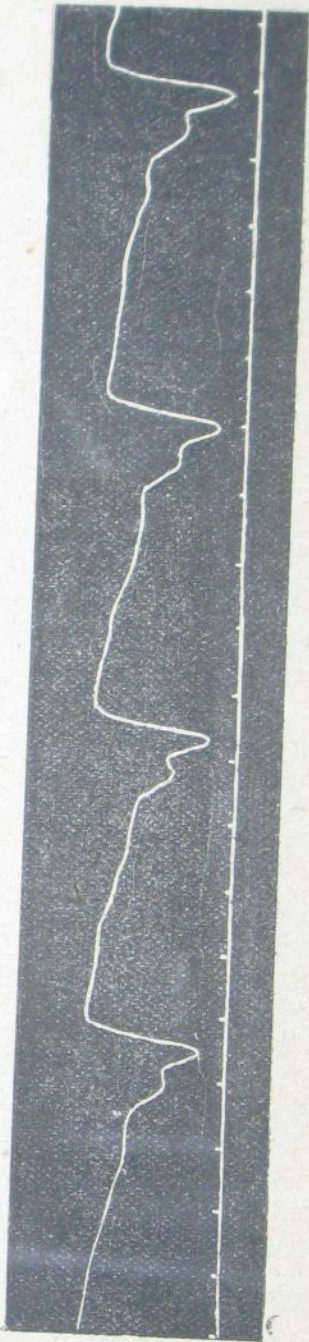


Рис. 56

Рис. 57.



Кривая пульса после подвѣшивания, снята 23 июля.

чѣмъ это наблюдалось до сеанса, при этомъ послѣ подвѣшиванія можно было отмѣтить еще и повышеніе дикротической волны. Два раза — 30 мая и 5 іюня во время сеанса отмѣчено вліяніе подвѣшиванія на состояніе зрачковъ, — зрачки во время подвѣшиванія суживались, расширяясь нѣсколько въ началѣ вытяженія. Кромѣ того у больного часто наблюдался во время подвѣшиванія обильный потъ на кистяхъ рукъ, на лицѣ, плечахъ и груди.

Наблюденіе XXXV.

4 февраля 1895 года въ нервную клинику поступилъ больной *В. Ж.*, 42 лѣтъ, уроженецъ Петербургской губ., чиновникъ, православный, женатъ. *Анамнезъ.* Боленъ 17-й годъ. Въ 1877 году Ж. участвовалъ въ Турецкой кампаніи. Однажды во время перехода черезъ Дунай онъ упалъ съ лошади головою внизъ, сильно ушибъ спину, появилась даже небольшая опухоль и ссадины; три дня послѣ этого испытывалъ сильную боль въ поясницѣ, слабость во всемъ организмѣ, небольшое задержаніе мочи и парезъ обѣихъ ногъ и правой руки. Явленія эти продолжались до поступления въ Николаевскій госпиталь, гдѣ больной пробылъ около 4 мѣсяцевъ. Помнить, что во время пребыванія въ госпиталѣ съ нимъ случилось 2 удара, каждый продолжался не болѣе 5 минутъ, каждый разъ припадки сопровождались полной потерей сознанія; послѣ припадка больной чувствовалъ головокруженіе. По выпискѣ изъ госпиталя больной сталъ замѣчать у себя затрудненіе рѣчи, выразившееся заиканіемъ и невозможностью сказать то слово, которое просилось на языкъ; явленія эти продолжались особенно рѣзко до 1893 года; одышка и слабость ногъ продолжали быть по-старому; въ 1882 году былъ въ первый разъ въ клиникѣ и выписался нѣсколько улучшившимся, — походка стала тверже, уменьшилась одышка. Со времени паденія съ лошади появилось нѣкоторое ослабленіе зрѣнія. Съ 1883 по 1888 г. лечился амбулаторно въ различныхъ учрежденіяхъ. Въ то же время развилась атаксія, больной не могъ стоять прямо безъ посторонней помощи, при ходьбѣ, какъ онъ выражается, его «кидаетъ въ стороны», при чемъ онъ долженъ дѣлать большія усилія, чтобы дойти до назначенной цѣли. Въ 1888 году больной упалъ на лѣстницѣ и получилъ второй значительный ушибъ въ поясницѣ; была опухоль съ большимъ кровооттекомъ. Опухоль на мѣстѣ ушиба поясничной части позвоночника была сначала величиной съ маленькое яблоко и мягкой консистенціи, впоследствии она стала нѣсколько тверже, затѣмъ она стала величиной въ лѣсной орѣхъ и твердая. Въ нынѣшнемъ году больной замѣтилъ, что изъ этой опухоли выдѣляется гной. Въ настоящее время больной жалуется на боли въ спинной части позвоночника, на головныя боли, на шаткость походки и затрудненіе при стояніи, ослабленіе зрѣнія, нѣкоторое затрудненіе рѣчи и плохой почеркъ. Сифилиса не было. Родителей не помнить. Отецъ, по рассказамъ, пилъ и «отъ вина и умеръ». Мать умерла, по словамъ больного, отъ «воспаленія мозга», хворала долго.

Status praesens. Стоять больной можетъ, при чемъ однако сильно покачивается, — хорошо выраженный симптомъ Ромберга; походка больного спастически паретическая; кости черепа при постукиваніи обнаруживаютъ болѣзненность въ правой теменной области; позвоночникъ болѣзненъ къ поверхностному и глубокому постукиванію, начиная съ 8-го грудного до 1-го поясничнаго позвонка, на уровнѣ 10-го грудного позвонка, замѣчается легкій *kurphos*, ниже же выраженъ сильнѣе, чѣмъ слѣдуетъ, изгибъ впередъ. Ассиметрія въ лицѣ, правая носогубная складка сглажена. Зрачки равномѣрны, при движеніи глазъ нистагмъ. Мышечная сила въ верхнихъ конечностяхъ почти нормальна, — въ правой рукѣ по динамометру — 90, въ лѣвой — 80 ф. Движенія пассивныя нормальны, при активныхъ движеніяхъ замѣтна и въ рукахъ, особенно въ правой, атаксія, что замѣтно и въ почеркѣ. При наружномъ осмотрѣ можно еще отмѣтить рубцы на лѣвомъ колѣнѣ, лѣвомъ локтѣ и въ области *kurphos*'а, пропавшіе, по заявленію больного, отъ ушиба при паденіи. При сгибаніи колѣна замѣчается симптомъ «складнаго ножа», выраженный слѣва рѣзче, чѣмъ справа; при сгибаніи стопъ замѣчается также нѣкоторая ригидность. Мышечная сила въ ногахъ выражена хорошо. Подошвенный рефлексъ выраженъ хорошо на уколы, осязательный неравномѣренъ, сильнѣе съ правой стороны, холодный рефлексъ (подошвенный) справа не получается, слѣва получается. Cremaster'овый рефлексъ слѣва выраженъ сильнѣе, справа (при раздраженіи) получается cremaster'овый рефлексъ двусторонній (получается и на лѣвой сторонѣ). Температурный рефлексъ на *m. cremaster* съ лѣвой стороны выраженъ сильнѣе. Рефлексъ *bulbo-savernos*'ный выраженъ хорошо, анальный рефлексъ выраженъ рѣзко. Рефлекса брюшнаго и надчревнаго съ обѣихъ сторонъ нѣтъ, ягодичный на обѣихъ сторонахъ выраженъ рѣзко, но слѣва сильнѣе. Колѣнные рефлексы повышены и неравномѣрны, съ лѣвой стороны сильнѣе; рефлексъ съ Ахиллова сухожилія ясно выраженъ, рефлексъ надколѣнной чашки выраженъ хорошо, съ лѣвой колѣнной чашки можно получить клонусъ. Тактильная чувствительность сохранена. Болевая и термическая понижена съ правой стороны больше, чѣмъ съ лѣвой, проводимость болевая замедлена, въ нижнихъ конечностяхъ и на животѣ анестезія (см. рис. 58) выражена сильнѣе. Моча задерживается, — больному приходится ждать, прежде чѣмъ она пойдетъ. Запоры. Рѣчь больного не всегда свободна, по временамъ напоминаетъ скандированную.

Съ 4 февраля по 29 мая больному сдѣлано 15 прижиганій по позвоночнику (разъ въ недѣлю) и 45 *подвѣшиваній* на аппаратъ Спримона-Бехтерева. Грузъ брался 80 фунтовъ, продолжительность сеанса была 12—15 минутъ, сеансы дѣлались 3 раза въ недѣлю. Переносилъ подвѣшиваніе больной хорошо. Черезъ 2 недѣли послѣ начала леченія появилось у больного улучшеніе походки и болевой чувствительности. Исслѣдованіе, произведенное въ концѣ леченія, показало слѣдующее: сила рукъ по динамометру правой — 90, лѣвой 90. Болевая чувствительность возстановилась; тактильная и температурная нормальны. Кожные рефлексы cremaster'овый и подошвенный повышены. Брюшной и надчревный край-

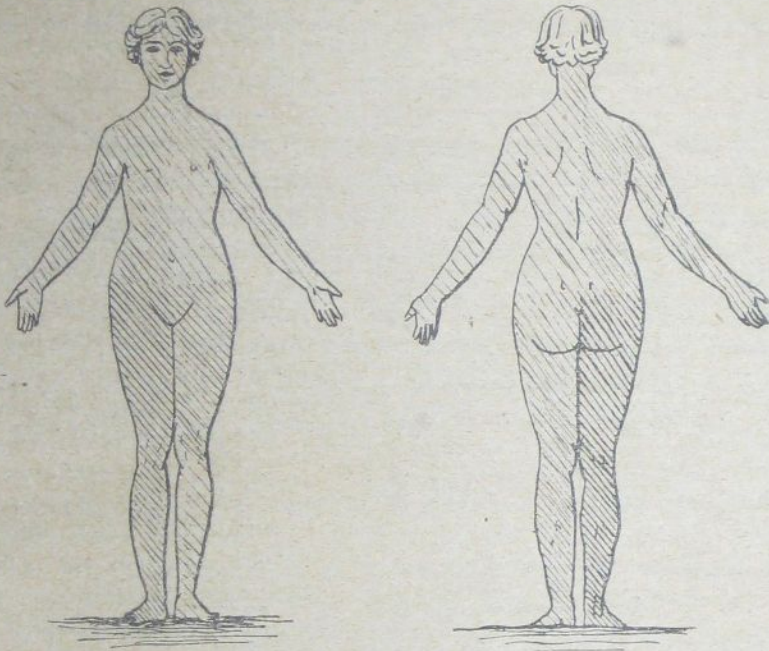


Рис. 58.

не слабы, почти отсутствуют; иголичный есть. Сухожильные рефлексы верхних конечностей: съ biceps выражены ясно съ обѣихъ сторонъ, съ triceps повышены справа. Колѣнные рефлексы повышены рѣзко съ обѣихъ сторонъ. Клонуса колѣнныхъ чашекъ нѣтъ; рефлексъ съ Ахиллова сухожилія выраженъ ясно. Симптомъ складного нога съ лѣвой стороны, но слабѣе, чѣмъ раньше. Мышечное чувство нормально. Ассиметрія въ лицѣ, какъ и раньше. Nystagmus выраженъ рѣзко. Хорошо выраженный симптомъ Ромберга. Свѣтовая реакція зрачковъ выражена ясно. Ширина зрачковъ средняя. Ходить больной можетъ теперь и безъ палки, — раньше ходилъ не иначе, какъ съ палкой. Атаксія выражена ясно, но слабѣе, чѣмъ раньше. При ходьбѣ замѣчается кромѣ того раскачиваніе туловища. Болѣзненность къ постукиванію правой теменной области. Позвоночникъ къ постукиванію слегка болѣзненъ въ области 6—8 грудныхъ позвонковъ. Замѣтно улучшеніе зрѣніе, — очки окулиста перемѣнилъ съ 16 на 18 №. Задержаніе мочи прошло совершенно. Субъективно чувствуетъ себя значительно лучше, прежнія головныя боли прошли, нѣтъ ранѣе наблюдавшейся усталости. «Ранѣе, говоритъ больной, я долженъ былъ, пройдя сто шаговъ, остановиться отдохнуть, теперь я прохожу порядочныя разстоянія и почти не чувствую усталости.» Одышка прошла совершенно. Дрожанія въ правой рукѣ при письмѣ теперь нѣтъ, замѣтно улучшеніе почерка (см. прилагаемые почерки до леченія рис. 59 и послѣ рис. 60).

Пишетъ лучше, но все еще медленно. Запоры прошли. Половая сфера безъ перемѣнъ. Больной выписанъ въ значительно улучшенномъ состояніи.

Бол.
Страданіе позвоночника началось съ 1877 г. т. е. со дня переезда въ Дурой и именно отъ паденія съ лошади волового впрячь, при чемъ получилъ травму въ небольшую опухоль въ поясничномъ отдѣленіи всего позвоночника, ^{небольшую} раздраженіе нервовъ и раздраженіе ногъ и правый рефлексъ продолжался до 1879 г. т. е. до послѣдней сессіи съ сѣб. Никои В. Говитинскій, здр. Въ 1879 г.

Рис. 59.

*Колоколовъ къ вечеру кри-
отманъ зоветь завтра
Воскресенье отпрафу отъ
работъ и уехалъ въ ночь
колоколовъ зовъ, селанинъ къ
селенію урѣй погнавъ вола;
а въ селеніи церковь
урѣй полна людей и дѣла.*

Рис. 60.

позвоночника къ постукиванію; 3) исчезли клонусъ лѣвой колѣнной чашки и неравномѣрность колѣнныхъ рефлексовъ; 4) больной можетъ ходить безъ палки; атаксія уменьшилась; 5) улучшение зрѣнія; 6) улучшение почерка. Кромѣ того наступило значительное улучшение и со стороны субъективныхъ симптомовъ, усталость при ходьбѣ уменьшилась, прошла совершенно одышка, запоры, и затрудненіе при мочеиспусканіи исчезли.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ атипической формы разсѣяннаго склероза (травматическаго происхожденія) подвѣшванія въ связи съ прижиганіями оказали очень хорошее вліяніе, выразившееся въ рядѣ улучшеній со стороны объективныхъ симптомовъ: 1) прошли совершенно разстройства чувствительности; 2) уменьшилась мѣстная болѣзненность

Наблюденіе XXXVI.

19 марта 1896 года въ нервную клинику поступилъ А. Ш—овъ, 42 лѣтъ, уроженецъ Варшавской губ. православный, отставной Коллежскій Ассесоръ, холостъ.

Анамнезъ. Мать больного нервна и раздражительна. Ей теперь около 60 лѣтъ; около 15 лѣтъ тому назадъ она совершенно оглохла на оба уха, такъ что ей нужно говорить въ самое ухо. Другими болѣзнями она

не страдала. Отец больного страдалъ кашлемъ всю жизнь. Умеръ онъ на 70 году, послѣ двухлѣтняго пребыванія въ постели, влѣдствіе какой-то болѣзни ногъ. У больного въ живыхъ 5 сестеръ и одинъ братъ. Всѣ они нервны и раздражительны. Кромѣ того у больного было еще двѣ сестры, изъ которыхъ одна умерла въ дѣтствѣ, отъ какой болѣзни — больной не знаетъ, а другая умерла уже взрослой, на 20 году жизни отъ брюшного тифа. Въ роднѣ больного нѣтъ и не было душевно-больныхъ. Въ дѣтствѣ больной перенесъ рожу, корь и нѣкоторыя другія дѣтскія болѣзни. На которомъ году сталъ говорить и ходить, больной не знаетъ, но во всякомъ случаѣ не позже 3-го года. На 7 году жизни у больного появилась судорога въ правой рукѣ при активныхъ движеніяхъ, но судорога эта скоро прошла. Кромѣ того больной въ дѣтствѣ часто кашлялъ, страдалъ желудкомъ и считался вообще хилымъ и слабымъ ребенкомъ. Учиться больной началъ послѣ 10 лѣтъ, такъ какъ до этого времени постоянно болѣлъ то тѣмъ, то другимъ. Въ гимназій учился удовлетворительно. На 13—14 году больной перенесъ воспаленіе печени. Въ гимназій больной занимался онанизмомъ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, хотя не особенно часто. Съ 18 лѣтъ больной сталъ имѣть сношенія съ женщинами; злоупотребленія въ этомъ отношеніи не было. Больной все время пилъ и пьетъ водку, но умѣренно. Съ 20 года началъ курить. Сифилиса не было, триппера также. Начало настоящаго заболѣванія больной относитъ еще къ 35-лѣтнему возрасту (т. е. 7 лѣтъ назадъ). Сначала онъ при ходьбѣ чувствовалъ неловкость въ правой ногѣ и въ рукѣ при писаніи, при чемъ замѣтно было измѣненіе почерка. Неловкость эта въ правой рукѣ и ногѣ стала все болѣе и болѣе увеличиваться, при чемъ больной при ходьбѣ сталъ чувствовать очень скорое утомленіе, такъ что ему приходилось часто отдыхать. Спустя нѣкоторое время больной сталъ чувствовать затрудненіе рѣчи. Трудность движенія и письма увеличилась до того, что больной вынужденъ былъ оставить службу (въ 1892 г.). Послѣ этого больной сталъ думать о леченіи, обратился къ врачамъ, которые приписали эту болѣзнь сифилису и посоветовали ему лѣчиться на Бусскихъ водахъ (сѣрно-іодистыя ванны). Воды эти не принесли ему никакого облегченія и онъ сталъ лѣчиться массажемъ, но все безъ успѣха. 16 марта 1896 г. больной обратился на приемъ въ клинику, а 19-го былъ принятъ съ жалобами на трудность ходьбы, на дрожаніе въ правой рукѣ, на трудность совершенія активныхъ движеній этой рукой, на неувѣренность въ силѣ своей правой руки, на общую слабость, разстройство рѣчи, на трудность произношенія нѣкоторыхъ словъ и на чувство опѣмѣнія въ обѣихъ рукахъ и ногахъ, какъ будто-бы между пальцами насыпанъ песокъ.

Status praesens. Больной средняго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія. Кожа чиста, нигдѣ нѣтъ язвъ, рубцовъ и сыпи. Зрачки немного сужены, при чемъ правый уже лѣваго. Реакція на свѣтъ и аккомодацию вполне сохранена. При движеніяхъ глазныхъ яблокъ слабый нистагмъ. Костная и мышечная система развита хорошо и правильно. Суставы функ-

ціонирують хорошо. Железы нигдѣ не прощупываются. Черепъ ассиметриі и ненормальностей не представляетъ. Позвоночникъ по формѣ и подвижности отклоненій не представляетъ, хотя и имѣется нѣкоторый сколіозъ съ вогнутостью въ правую сторону. Нѣкоторая болѣзненность при постукиваніи отмѣчается въ области 7-го шейнаго и 1, 2 и 3 грудныхъ позвонковъ. Внутренніе органы уклоненій отъ нормы не представляютъ. Пульсъ хорошаго наполненія, 72 въ 1'; въ височныхъ артеріяхъ замѣчается слабо выраженный артеріосклерозъ. На лицѣ больного непроизвольная улыбка. Рѣчь разстроена: больной какъ-бы спотыкается на слогахъ, скандированія однако отмѣтить нельзя. Больной часто и непроизвольно смѣется. Походка паретическая: больной нѣсколько волочить правую ногу, кромѣ того при походкѣ замѣтно, что ноги мало сгибаются въ колѣнномъ суставѣ. Мышечная система не представляетъ ни атрофій, ни гипертрофій. Сила рукъ по динамометру; правой 60, лѣвой 50 ф. Сила правой ноги меньше лѣвой. Атаксіи отмѣтить нельзя. При закрытыхъ глазахъ больной стоитъ не особенно твердо. Походка при закрытыхъ глазахъ правильная и не шаткая. Рефлексы повышены, особенно на правой половинѣ тѣла. Кожные рефлексы: брюшной, надчревный и на *m. cremaster* повышены, но не особенно рѣзко. Сухожильные рефлексы повышены и неравномѣрны, — на правой сторонѣ выше. Блонусъ стопы и колѣвной чашки существуетъ только на правой ногѣ. Механическая возбудимость мышцъ повышена, равно какъ и ихъ тонусъ. Чувствительность во всѣхъ ея видахъ вездѣ сохранена. Субъективно больной чувствуетъ онѣмѣніе въ пальцахъ обѣихъ рукъ, но въ лѣвой (не больной) больше, чѣмъ, въ правой (больной): пальцы какъ будто посыпаны пескомъ, ползаніе мурашекъ въ ногахъ и рукахъ онъ ощущаетъ только по временамъ. Мышечное чувство сохранено вполне. Функція пузыря нормальна, со стороны кишечника—запоръ.

23 марта назначена гальванизация позвоночника нисходящимъ токомъ. Больной спитъ и ѣсть удовлетворительно. Жалобы на разстройство рѣчи и слабость правой руки и ноги, равно какъ и на дрожаніе.

23 марта начаты *подвѣшиванія*, на аппаратѣ Спримона-Бехтерева. Первый сеансъ продолжался 8 минутъ, грузъ былъ взятъ 70 ф. Переноситъ подвѣшиваніе больной хорошо, послѣ перваго подвѣшиванія чувствовалъ себя бодрѣе, особенно вечеромъ. Спаль хорошо.

25 марта. Сдѣлано второе подвѣшиваніе; грузъ 85 ф., продолжительность сеанса 10 минутъ.

26 марта. Больной плохо спалъ и плохо провелъ ночь, чувствуя боль въ позвоночникѣ и въ разныхъ частяхъ тѣла. Дрожаніе въ рукѣ и ногѣ не уменьшилось.

27 марта. Третье подвѣшиваніе въ теченіе 10 мин., грузъ 85 ф. Больной спалъ немного лучше. Стулъ былъ болѣе легкой безъ ранѣе наблюдавшихся мучительныхъ потугъ.

29 марта. Подвѣшиваніе продолжительностью 10 м. грузъ 100 ф.

30 марта. Подвѣшиваніе въ теченіе 10 м., грузъ 105 ф. Больной плоховато спалъ, чувствуетъ какую-то слабость во всемъ тѣлѣ.

31 марта. 6-ое подвѣшиваніе; продолжительность сеанса 10 м., грузъ 105 ф. Больной чувствуетъ себя немного лучше, спалъ лучше и чувствуетъ себя болѣе крѣпкимъ.

1-2 апрѣля. Седьмое и восьмое подвѣшиванія по 10 мин. продолжительностью, грузъ 105 ф.

3 мая. Девятое подвѣшиваніе въ теченіе 12 мин., грузъ 110 ф.

4 апрѣля. Десятое подвѣшиваніе: 12 м., грузъ 110 ф. Больной чувствуетъ себя лучше въ томъ отношеніи, что при поворотахъ головы теперь нѣтъ головокруженій, которыя были раньше. Самочувствіе удовлетворительное.

5-6 апрѣля. 11-ое и 12-ое подвѣшиванія. Продолжительность и грузъ тѣ-же. Самочувствіе удовлетворительное, жалуется только на запоры. Дрожаніе въ рукахъ и ногахъ меньше, рѣчь стала немного свободнѣе.

7—15 апрѣля. Сдѣланы ежедневно подвѣшиванія въ теченіе 15 минутъ, грузъ 115—120 фунтовъ. Больной чувствуетъ себя лучше; боли въ суставахъ рукъ, головокруженіе и дрожаніе въ рукахъ значительно уменьшились. Рѣчь стала свободнѣе.

16—17 апрѣля. 22-ое и 23-е подвѣшиваніе продолжительностью 15 минутъ, грузъ 125 ф. Больной чувствуетъ себя удовлетворительно. Боли въ суставахъ рукъ и дрожаніе меньше. Рѣчь, по словамъ больного, лучше прежняго.

18 апрѣля. 24-ое подвѣшиваніе; время и грузъ тѣ же. Больной жалуется на запоры, которые постоянно беспокоятъ его.

19 апрѣля. 25-ое подвѣшиваніе, въ теченіе 15 м., грузъ 120 ф. Сила рукъ по динамометру: правой 60 ф., лѣвой 70 ф. Больной чувствуетъ себя крѣпче, равно какъ заявляетъ объ улучшенномъ стулѣ. Онъ чувствуетъ также больше силы въ рукахъ и ногахъ.

20—22 апрѣля. 26-е, 27-е и 28-е подвѣшиванія. Грузъ 120—125 ф.

23 апрѣля. Больной жалуется на боль въ мышцахъ шеи и въ спинѣ. Объясняетъ онъ это тѣмъ, что во время сна онъ сильно потянулся, послѣ чего сейчасъ-же почувствовалъ боли. Въ виду этихъ болей *подвѣшиваніе оставлено* и назначена гальванизация спины, руки и ноги и массажъ мышцъ шеи.

24 апрѣля. Боли въ шеѣ и спинѣ стали меньше. Чувствуетъ, что ему легче ходить и что можетъ ходить болѣе продолжительное время, чѣмъ прежде, не утомляясь. Сила по динамометру правой руки 75 ф., лѣвой 65 фунтовъ.

25 апрѣля. Чувствуетъ себя лучше. Сила ногъ и рукъ увеличилась. Боль въ мышцахъ шеи существуетъ, хотя въ весьма слабой степени.

26—27 апрѣля. *Подвѣшиванія возобновлены.*

29—30 апрѣля. 31-е и 32-е подвѣшиванія; грузъ 120 фунт., продолжительность сеанса 15 м.

1 мая. 33-е подвѣшиваніе. Больной чувствуетъ себя хорошо, говорить, что дрожаніе въ рукахъ и ногахъ меньше прежняго. Рѣчь, по словамъ больного, значительно поправилась. Спитъ больной хорошо.

3—4 мая. 34-е и 35-е подвѣшиванія; грузъ 120 фунт., продолжительность сеанса 15 мин. Больной говорить, что онъ теперь можетъ ходить дольше прежняго (до $\frac{1}{2}$ часа времени). Сила рукъ по динамометру: правой 80 ф., лѣвой 70 ф. Рѣчь стала яснѣе прежняго.

5 апрѣля. 36-е и послѣднее подвѣшиваніе, грузъ 120 фунтовъ.

7 апрѣля. Клонуса стоить нѣтъ, на колѣнной чашкѣ 2—3 сокращенія. Больной можетъ ходить до $\frac{1}{2}$ часа безъ утомленія. Головокруженія нѣтъ. Всѣ явленія немного улучшились. Сила по динамометру правой руки 86, лѣвой 75 ф. Рѣчь больного яснѣе.

8 мая. Больной выписанъ изъ клиники въ значительно улучшенномъ состояніи.

Заключеніе. Въ этомъ случаѣ *атипической формы разсѣяннаго склероза* 36 сдѣланныхъ подвѣшиваній вызвали особенно замѣтное улучшение въ двигательной и рефлекторной сферѣ. Мышечная сила рукъ увеличилась, какъ показали динамометрическія измѣренія, на 25 фунтовъ, ранѣе бывший клонусъ стопы исчезъ, а клонусъ колѣнной чашки уменьшился до 2—3 сокращеній. Въ концѣ леченія исчезли мучившія больного головокруженія, ослабло дрожаніе рукъ и ногъ, улучшилась рѣчь и значительно улучшилось самочувствіе больного.

Наблюденіе XXXVII.

19 мая 1897 года въ клинику нервныхъ болѣзней принять больной Г. Кр—въ, 50 л., крестьянинъ, православный, женатъ.

Анамнезъ 20 мая. Боленъ лѣтъ 5. Слабость въ ногахъ около 3 лѣтъ. Однажды послѣ бани зашелъ въ портерную, гдѣ были открыты окна и двери, и его «продуло». Дня черезъ 3—4 появился кашель и колотье подъ ребрами, потомъ сдѣбался «жаръ въ желудкѣ», 19 дней былъ запоръ, а затѣмъ, какъ говорить Кр—въ, болѣзнь «перешла въ ноги». Мочеотдѣленіе тогда было плохо, — частые позывы и понемногу, а одинъ разъ, года 2 тому назадъ, пришлось даже вводить катетеръ. Ходить иногда не совсѣмъ хорошо, ноги не слушались. Болей не было. Потомъ походка нѣсколько улучшилась. Больному было запрещено пить водку, но онъ пилъ запоемъ дней по 10—20 и болѣе. Послѣ запоя открывался трипперъ и рѣзко ухудшалась походка. Слабость въ ногахъ была меньше, чѣмъ въ настоящее время. Съ полгода тому назадъ слабость въ ногахъ стала усиливаться, больной принужденъ былъ ходить съ палкой. Запоры. Моча идетъ часто и по малу. Года два не имѣлъ сношеній съ женой за слабостью эрекцій. Женатъ, имѣетъ 5 дѣтей, здоровыхъ. У одного только «мочевая дырочка не на мѣстѣ». У дочери искривленіе позвоночнаго столба, — «у нея былъ хозяинъ буйный, билъ люто; она теперь лежитъ, ходить не можетъ; года три, какъ образовался горбъ». Отцу больного 84 года,

и старикъ еще здоровъ. Мать умерла «отъ кровей». Женился больной 20 лѣтъ. Лѣтъ 10—12 тому назадъ въ Нижнемъ на ярмаркѣ получилъ трипперъ. Года 4 тому назадъ получилъ сифилисъ, лечился, давали въ пилюляхъ ртуть, сдѣлаво было около 10 выпрыскиваній, іодистаго калия пилъ не особенно много.

Status praesens 21 мая. Стоять больной можетъ только при поддержкѣ (или за что нибудь держась), на одной ногѣ стоитъ самое короткое время съ большимъ трудомъ и съ поддержкой; стоитъ лучше на правой ногѣ. Ходить можетъ только съ двумя палками. Походка спастически-паретическая, при чѣмъ рѣзче выражены явленія спастическія. Мышечная сила рукъ по динамометру: правой руки 73 ф., лѣвой 52—60 фунтовъ. Мышечная сила ногъ: разгибаніе въ обѣихъ ногахъ (колѣни) довольно сильное; сгибаніе рѣзко ослаблено, при чемъ лѣвое колѣно больной можетъ согнуть, только помогая руками. Въ стопахъ—въ правой можетъ сдѣлать сгибаніе и разгибаніе, въ лѣвой оба эти активныя движенія невозможны, въ правой ногѣ оба движенія довольно хорошей силы. Въ правомъ тазобедренномъ суставѣ ослаблено и приведеніе, и отведеніе, въ лѣвой ногѣ оба эти движенія производятся съ крайне слабой мышечной силой и недостаточны, не смотря на всѣ усилія больного. При пассивныхъ движеніяхъ сгибаніе и разгибаніе стопъ лѣвой ограничено, правой довольно свободно; при сгибаніи колѣна наблюдается ригидность въ первый моментъ движенія; то же замѣчается и при разведеніи бедеръ. Не можетъ сѣсть безъ помощи рукъ. При разгибаніи позвоночника нѣсколько стягиваетъ поясницу. Въ рукахъ всѣ движенія нормальны. Колѣнные рефлексы чрезвычайно повышены. Ахилловы рефлексы тоже рѣзко повышены. Двусторонній клонусъ стопы, медленнаго ритма, но прогрессивно нарастающій. Клонусъ лѣвой колѣнной чашки съ нарастающей частотой въ первые моменты. Послѣдующія попытки вызвать клонусъ не всегда удаются. Съ правой стороны клонусъ чашки выраженъ слабо. Рефлексы съ надколѣнника получаютъ рѣзко. Сухожильные рефлексы верхнихъ конечностей съ *m. m. biceps* получаютъ съ лѣвой стороны рѣзче, чѣмъ съ правой, а равно и съ *triceps*—оба эти рефлекса съ лѣвой стороны повышены, на правой сторонѣ рефлексъ съ сухожилія *m. triceps* выраженъ хорошо, съ сухожилія *m. biceps* не получается. Подошвенные рефлексы тактильный и болевой средней силы, тоже слѣдуетъ сказать и о рефлексѣ на *sternaster*. Изслѣдованіе тактильной чувствительности показало, что она сохранена повсюду, болевая равномерно и немного притуплена въ обѣихъ нижнихъ конечностяхъ. Температурная чувствительность повсюду сохранена. Различаетъ разницу t° въ 1—2 $^{\circ}$, какъ на верхнихъ, такъ и на нижнихъ конечностяхъ. Температурный рефлексъ съ внутреннихъ поверхностей бедеръ не получается.

Окружность:	Правая сторона.	Лѣвая сторона.
Бедеръ	54	54
Голени	34	33,7
Плеча	28	28
Предплечія	26,5	26

Мѣсяцъ и число.	Продолжи- тельность подвѣши- ванія.	Грузъ въ фунтахъ.	П у л ь с ь.		
			До подв.	Во время подв.	Послѣ подв.
мая 23	2—3 мин.	60 ф.	68	76	72
26	3 мин.	70 ф.	72	84	—
		—	—	80	72

Пульсъ болѣе слабого напряженія во время сеанса, послѣ — пульсъ напряженнѣе.

28	3 мин.	80 ф.	79	88	80
----	--------	-------	----	----	----

Пульсъ во время сеанса слабого напряженія, по окончаніи — нѣсколько полнѣе и напряженнѣе.

30	2—3 мин.	80 ф.	72	84	78
----	----------	-------	----	----	----

Во время подвѣшиванія слабость усилилась. Пульсъ полнѣе. Лѣвую ногу больше, чѣмъ раньше, сжимаетъ. Боль въ поясницѣ какъ будто усилилась.

іюня 1	3 мин.	80 ф.	72	84	72
--------	--------	-------	----	----	----

Пульсъ средняго напряженія.

4	4 мин.	80 ф.	72	80	80
---	--------	-------	----	----	----

Пульсъ полнѣе, чѣмъ во время подвѣшиванія и напряженнѣе.

5	5 мин.	85 ф.	66	76	64—66
---	--------	-------	----	----	-------

Сначала пульсъ слабѣе и чаще, затѣмъ полнѣе, немного рѣже и напряженнѣе. По окончаніи подвѣшиванія пульсъ полный и напряженный. Больной заявляетъ, что чувствуетъ себя по старому, какъ и до подвѣшиванія.

іюнь 7	5 мин.	90 ф.	60	76	—
		—	—	72	72

Пульсъ средняго напряженія. Во время сеанса чаще и болѣе упругій, по окончаніи — полный.

9	5 мин.	100 ф.	72	84	—
		—	—	104	76

Пульсъ во время сеанса слабѣе, по окончаніи пульсъ довольно полный.

10	5 мин.	100 ф.	72	84	84
----	--------	--------	----	----	----

Пульсъ довольно-полный. На кистяхъ рукъ выступилъ потъ. Моча, по заявленію больного, идетъ по старому. Въ ногахъ какъ будто есть перемѣна: сеанса съ 3-го или 5-го ихъ стало больше сжимать и дряблость стала чувствоваться яснѣе. Лѣвая нога какъ будто стала нѣсколько ловчѣе, — се будто бы легче стало согнуть. Нѣсколько чаще стали эрекции по утрамъ.

Status praesens 10 іюня. Мышечная сила рукъ по динамометру: правой 72—75 ф., лѣвой 62 ф. Стоять больной можетъ совершенно безъ

поддержки довольно долгое время. Лѣвая нога стала замѣтно устойчивѣе и сильнѣе. На одной ногѣ стоить, только слегка поддерживаясь и много дольше, чѣмъ раньше. На лѣвой ногѣ ему теперь даже легче стоять, чѣмъ на правой. Походка нѣсколько улучшилась, хотя явленія ригидности выражены рѣзко. Сгибаніе возможно только насильственное, какъ и раньше. При пассивномъ сгибаніи лѣваго колѣна замѣтна ригидность. Сгибаніе и разгибаніе лѣвой стопы стало свободнѣе. Въ лѣвой ногѣ при сгибаніи въ колѣнномъ суставѣ замѣтно сильнѣе ригидность, чѣмъ въ правой ногѣ. Стягиваніе въ поясицѣ при разгибаніи позвоночника такъ же, какъ и ранѣе. Сѣсть можетъ также только съ помощью рукъ. Болевая чувствительность въ лѣвой ногѣ нѣсколько улучшилась. Сухожильные рефлексы безъ перемѣнъ, также двусторонній клонусъ стопъ и клонусъ лѣвой колѣнной чашки. Въ остальномъ перемѣнъ не представляетъ.

10 апрѣля. Больной выписался изъ клиники, такъ какъ дома есть срочные денежные платежи.

Заключеніе. Въ данномъ случаѣ *спинно-мозгового спастическаго паралича* послѣ 10 сдѣланныхъ подвѣшиваній можно отмѣтить нѣкоторое появившееся улучшеніе со стороны двигательной сферы (большая устойчивость и ослабленіе ригидности), отчасти и со стороны чувствительной (улучшеніе чувствительности въ лѣвой ногѣ). Слѣдуетъ также отмѣтить болѣе частое появленіе эрекцій подъ вліяніемъ подвѣшиванія. Вліяніе подвѣшиванія на частоту и напряженіе пульса во всѣхъ 10 сеансахъ было одинаково: во время сеанса пульсъ учащался на 12—16 ударовъ въ 1', но дѣлался менѣе упругимъ и легче сжимаемымъ. Непосредственно послѣ сеанса онъ снова дѣлался полнымъ, напряженнымъ и болѣе рѣдкимъ, чѣмъ во время подвѣшиванія. Частота пульса послѣ подвѣшиванія или нѣсколько меньшая (на 2 удара въ 1'), или равная, или больше на 6—8 ударовъ въ минуту.

И такъ всего мы примѣняли вытяженіе позвоночника въ 37 случаяхъ болѣзней нервной системы. По роду болѣзни и по полученнымъ результатамъ наши больные могутъ быть распредѣлены слѣдующимъ образомъ:

	Общее число.	Число улуч- шеній.	Число вре- мен. улучш.	Безъ резуль- тата.	Число худ- шеній.
Одеревенѣлость позвоночника	1	—	1	—	—
Міэлитъ отъ сдавленія	4	3	1	—	—
Хроническій поперечный міэлитъ	6	1	2	3	—
Менингоміэлитъ	1	1	—	—	—
Сирингоміэлія	6	1	1	3	1
Спастическ. спинномозгов. параличъ, diplegia spastica и боков. склерозъ	3	1	—	2	—
Разсѣянный склерозъ	2	2	—	—	—
Спинальная сухотка	14	9	1	2	2
Всего	37	18	6	10	3

Какъ видно изъ приведенной таблички, лучшіе результаты получены нами при м'ізлитѣ отъ сдавленія, при разсѣянномъ склерозѣ и при спинной сухоткѣ. Случаи сирингом'іэліи и поперечнаго м'ізлита оставались или совершенно безъ вліянія или ухудшались. Ухудшеніе получено также въ 2 случаяхъ спинной сухотки 1-го и 3-го стадія. Всего сдѣлано нами 425 сеансовъ подвѣшиваній у 24 больныхъ, 125 сгибаній у 4 больныхъ и у 9 больныхъ примѣнялось кроватное вытяженіе. Ни въ одномъ случаѣ сгибанія, а равно и кроватнаго вытяженія не было никакихъ непріятныхъ явленій. Изъ 24 подвѣшиваемыхъ больныхъ у 2 наблюдалось во время сеанса скоропреходящее обморочное состояніе, у 2 плохое самочувствіе, дрожаніе рукъ и головокруженіе, въ 2 случаяхъ появилась блѣдность лица и ціанозъ и въ 1 случаѣ судорожный кашель. Болѣе тяжелыхъ непріятныхъ явленій мы не наблюдали отъ подвѣшиванія ни разу.

Что касается непосредственнаго вліянія вытяженія позвоночника на пульсъ и дыханіе, то при подвѣшиваніи пульсъ большею частью во время сеанса учащается и дѣлается слабѣе, но подъ конецъ сеанса и послѣ него онъ замедляется и становится полнымъ и напряженнымъ; при этомъ, какъ видно на кривыхъ, наблюдается и повышеніе дикротической волны (это явленіе отмѣчено было впервые Мочутковскимъ и оспаривалось въ послѣднее время Joachimsthal'емъ). Вліяніе подвѣшиванія на дыханіе непостоянно. Непосредственное вліяніе подвѣшиваній у двухъ больныхъ (наблюд. VIII и XXI) выразилось наступившимъ сейчасъ же послѣ сеанса сномъ; въ случаяхъ I, XII и XXII во время сеанса наблюдалось ослабленіе мучившихъ больныхъ парестезій; въ VIII и XXXII наблюденіяхъ во время подвѣшиваній больные испытывали чувство жара и покрывались обильнымъ потомъ; въ наблюденіяхъ I, II, VIII, X и XXII отмѣчено вліяніе подвѣшиваній на состояніе зрачковъ, зрачки во время сеанса большею частью расширялись, въ нѣкоторыхъ случаяхъ свѣтовая реакція ихъ дѣлалась живѣе.

Кроватное вытяженіе ни на пульсъ, ни на дыханіе большею частью замѣтнаго вліянія не производило. Во время сеанса сги-

банія на столѣ *Gilles de la Tourette* а иногда затрудняется дыханіе. Пульсъ при сгибаніи претерпѣваетъ тѣже измѣненія, что и при подвѣшиваніи. Въ 4 случаяхъ спинной сухотки 2-го стадія, гдѣ было примѣнено сгибаніе позвоночника, слѣдуетъ особенно отмѣтить уменьшеніе и даже исчезаніе болей у 3 больныхъ. Что касается отдѣльныхъ симптомовъ, то улучшеніе зрѣнія изъ 5 случаевъ, гдѣ наблюдалось пониженіе остроты зрѣнія, мы видѣли въ одномъ—при разсѣянномъ склерозѣ; 2 больныхъ табетка дали подѣ влияніемъ подвѣшиванія лишь нѣкоторое расширеніе поля зрѣнія. Колѣнные рефлексъ ни у одного табетка не вернулись. Однако влияніе вытяженія позвоночника на рефлексъ мы видѣли при разсѣянномъ склерозѣ, гдѣ въ обоихъ случаяхъ послѣ примѣненія подвѣшиваній исчезъ клонусъ стопы, а клонусъ колѣнной чашки замѣтно ослабѣ; въ одномъ случаѣ поперечнаго міэлита вернулся брюшной рефлексъ, а въ 1 случаѣ міэлита отъ сдавленія сухожильные рефлексъ послѣ примѣненія вытяженія стали менѣе повышенными, чѣмъ раньше. Объективное улучшеніе разстройствъ чувствительности отмѣчено 12 разъ, въ 1 случаѣ разсѣянаго склероза послѣ 45 подвѣшиваній болевая чувствительность совершенно возстановилась.

Въ наблюденіи X (спинная сухотка 3-й стадій) разстройства чувствительности увеличились.

Мочеотдѣленіе улучшилось въ 11 случаяхъ. Появленіе эрекцій отмѣчено только въ 2 случаяхъ.

Походка улучшилась въ 11 случаяхъ, симптомъ Ромберга въ 5 случаяхъ спинной сухотки. У 9 больныхъ значительно ослабли боли, а въ 2 случаяхъ совершенно исчезли, только у 1 табетка (наблюденіе XIV) 1-го стадія отмѣчено усиленіе болей послѣ вытяженія. Почти во всѣхъ случаяхъ, гдѣ наступило улучшеніе, таковое начиналось съ улучшенія общаго самочувствія, сна и аппетита. Наблюдавшееся вслѣдъ за леченіемъ вытяженіемъ позвоночника ухудшеніе (наблюденія V, X и XIV) касалось болей (1 случай), объективнаго ухудшенія чувствительности (2), мышечной силы (2), рефлексовъ (1—появился клонусъ) и общаго самочувствія больного (3).

Сравнивая полученные нами результаты леченія вытяже-
 ніемъ позвоночника съ данными другихъ авторовъ мы прежде
 всего отмѣтимъ, что наши результаты совершенно аналогичны
 наблюденіямъ большинства авторовъ, за исключеніемъ наблюде-
 ній *Hirt'a*, *Leyden'a*, *Churton'a*, *Haushaulter* и *Adam'a*, *Withe*
 и *Strümpell'*я. Результаты, полученные нами относительно
 улучшеній общаго состоянія (сна, аппетита и проч.), само-
 чувствія, болей, походки, мышечной силы, симптома Ромберга
 и функцій тазовыхъ органовъ при спинной сухоткѣ, ближе
 подходят къ наблюденіямъ *Мочутковскаго*, *Charcot*, *Althaus'a*,
Бехтерева, *Eulenburg'a* и *Mendel'*я, *Спримона*, *Воротынскаго*,
Raymond'a, *Glorieux*, *Gilles de la Tourett'a*, *Leclerc'a* и мног.
 другихъ. Заявленіе проф. *О. О. Мочутковскаго*, что подвѣши-
 ваніе можетъ въ рѣдкихъ случаяхъ вызвать какъ бы остановку
 табетическаго процесса на продолжительное время, подтверж-
 дается и нѣкоторыми нашими наблюденіями. Несмотря на
 то, что симптомы со стороны зрѣнія и рефлекторной сферы
 дѣйствительно поддаются вліянію вытяженія крайне слабо,
 однако нельзя совершенно отрицать такого вліянія, какъ
 это дѣлали нѣкоторые авторы; наши наблюденія въ этомъ
 отношеніи вполне подтверждаютъ заявленія *Мочутковскаго*,
Abadie, *Бехтерева*, *Воротынскаго*, *Спримона*, *Rosenbaum'a*,
Marina, *Kirchner'a*, *Dana* и друг. Подобно *Charcot*, *Ladame*,
М. Clarke, *Gosselin*, *Данилло* и *Пржмходскому*, *Ascher'у*,
Ярошевскому, *Воротынскому*, *Kirchner'у* и *Leclerc'у*, мы вполне
 убѣдились на нашихъ больныхъ, что вытяженіемъ позвоночника
 можно добиться кромѣ субъективныхъ улучшеній въ чувстви-
 тельной сферѣ и несомнѣннаго объективнаго улучшенія раз-
 стройствъ всѣхъ видовъ чувствительности. Наконецъ, мы
 отмѣтимъ, что подобно наблюденіямъ *Erb'a*, *Charcot*, *Gosselin'a*
Мочутковскаго, *Rosenbaum'a*, *Russel* и *Taylor'a*, мы получили
 очень хорошіе объективные результаты при примѣненіи под-
 вѣшиваній въ двухъ случаяхъ разсѣяннаго склероза. Аналогично
 наблюденіямъ проф. *Бехтерева* мы въ нѣкоторыхъ случаяхъ
 поперечнаго мієлита получили хорошіе результаты, комбинируя
 подвѣшиванія съ прижиганіями (напр. набл. XXXII). Наблode-
 ній о вліяніи вытяженія позвоночника при сирингоміэліи въ

литературѣ нѣтъ, за исключеніемъ заявленій *Blocq'a* (см. стр. 108), который рекомендуетъ испытать подвѣшиваніе при названномъ заболѣваніи; основываясь на нашихъ наблюденіяхъ, мы скорѣе можемъ рекомендовать при сирингоміэліи другіе методы, чѣмъ подвѣшиваніе, такъ какъ въ 6 нашихъ случаяхъ этого страданія подвѣшиваніе или не дало никакого результата, или дало даже ухудшеніе.

Критическое разсмотрѣніе литературы по вопросу о леченіи нервныхъ болѣзней вытяженіемъ позвоночника, собственные опыты на животныхъ и клиническія наблюденія на больныхъ позволяютъ намъ въ заключеніи къ нашей работѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. Вытяженіе позвоночника, примѣняемое ли въ формѣ подвѣшиваній на аппаратѣ Спримона-Бехтерева, или въ формѣ сгибанія туловища впередъ по *Gilles de la Tourette'u* и *Chirault*, а равно и кроватное вытяженіе должны быть признаны имѣющими несомнѣнное значеніе въ терапіи нервныхъ болѣзней.

2. Подвѣшиваніе съ опредѣленнымъ грузомъ (до 3 пудовъ) на аппаратѣ Спримона-Бехтерева, сгибаніе на столѣ *Gilles de la Tourette'a* съ сілою до 70 kilo и кроватное вытяженіе съ грузомъ до 40—60 фунтовъ являются совершенно безопасными методами вытяженія позвоночника, во многихъ случаяхъ оказываютъ хорошее терапевтическое вліяніе и примѣненіе только что перечисленныхъ методовъ должно предпочитать другимъ существующимъ для той же цѣли методамъ.

3. Лучшіе результаты даетъ вытяженіе позвоночника при міэлитахъ отъ сдавленія и при спинной сухоткѣ медленнаго развитія, особенно во второмъ стадіи заболѣванія.

4. Подвѣшиваніе можетъ оказывать вліяніе на весь симптомокомплексъ спинной сухотки, не исключая глазныхъ симптомовъ и колѣнныхъ рефлексовъ, но вліяніе подвѣшиваній на послѣдніе симптомы чрезвычайно рѣдко и незначительно.

5. Разстройства чувствительности спинно-мозгового происхождения, рефлексы, половая функция, мочеотделение и деятельность кишечника несомненно могут изменяться к лучшему под влиянием вытяжения позвоночника. Лучшее влияние вытяжение позвоночника при спинной сухотке оказывает на боли.

6. Следует рекомендовать при спинной сухотке продолжительное и повторное применение подвешиваний и стигбаней.

7. Подвешивание следует испытать также при разрывном склерозе и менинго-миэлитах хронического характера.

8. При сирингомиелии и при поперечных миэлитах вытяжение позвоночника может дать ухудшение, а так как применение его к тому же при этих заболваньях большей частью не оказывает никакого благоприятного влияния, то при данных заболваньях должно предпочитать лечение другими методами лечению вытяжением.

9. При миэлитах от сдавления лучшая форма вытяжения позвоночника — вытяжение в кровати.

10. Действие вытяжения позвоночника ни коим образом нельзя объяснять одним впушением, так как вытяжение, применяемое даже с осторожностью и до определенной степени, несомненно вызывает изменения, как в общем кровообращении, так и в кровообращении центральной нервной системы. В силу этих изменений кровообращения вытяжение позвоночника, при форсированном его применении, может быть даже опасно для жизни больного.

11. Под влиянием вытяжения позвоночника наступают изменения кровообращения в сосудах головного мозга. Во время вытяжения наблюдается сужение мозговых артерий, повышение артериального давления и понижение внутричерепного давления, вслед за тем в конце сеанса вытяжения и после снятия груза появляется расширение мозговых сосудов, понижение артериального давления и повышение внутричерепного давления, результатом такого изменения кровообращения наступает гиперемия центральной нервной системы, при чем состояние гиперемии особенно выражено в поясничном отделе спинного мозга и в продолговатом мозгу.

12. Пульсъ подь вліяніемъ подвѣшиванія сначала учащается, высота пульсовой волны падаетъ, но затѣмъ вмѣстѣ съ повышеніемъ высоты пульсовой волны наблюдается замедленіе пульса и усиленіе его напряженія.

13. Вытяженіе вліяетъ и на дыханіе, но характеръ этого вліянія менѣе постоянный, чѣмъ вліянія на пульсъ.

14. Въ виду рѣзкихъ измѣненій кровообращенія, вызываемыхъ вытяженіемъ позвоночника, мы считаемъ абсолютно противопоказаннымъ примѣненіе этого метода леченія у лицъ, страдающихъ кромѣ нервного заболѣванія болѣзнями сердца и сосудистой системы. Противопоказано вытяженіе и при другихъ страданіяхъ внутреннихъ органовъ, гдѣ измѣненія кровообращенія, наблюдаемыя при немъ могли бы вызвать непріятныя явленія (напр. легочное кровотеченіе при чахоткѣ и друг.), а также и у лицъ слабыхъ и анемичныхъ.

Заканчивая настоящую работу считаю пріятнымъ для себя долгомъ выразить сердечную благодарность глубокоуважаемому профессору Военно-Медицинской Академіи академику *Владиміру Михайловичу Бехтереву*, какъ за данную тему, постоянные совѣты и руководство при исполненіи мною настоящей работы, такъ и за все клиническое образованіе по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ, полученное мною въ его клиникѣ.

Глубоко благодарю дорогого моего товарища *Ефима Соломоновича Боршипольскаго*, оказавшаго мнѣ существенную помощь при исполненіи мною экспериментальной части настоящей работы.

Отъ души благодарю также дорогихъ товарищей по клиникѣ, помогавшихъ мнѣ при моихъ наблюденіяхъ на больныхъ.

Положенія.

1) Вытяженіе позвоночника и методъ Frenkel'я могутъ быть признаны въ настоящее время лучшими методами леченія спинной сухотки.

2) При періодической рвотѣ табетиковъ *serium oxalicum* является наиболѣе дѣйствительнымъ средствомъ.

3) Несмотря на частоту сифилитической инфекции въ анамнезѣ табетиковъ и прогрессивныхъ паралитиковъ, специфическое леченіе мало дѣйствительно при обоихъ заболѣваніяхъ.

4) Смѣсь сердечныхъ средствъ съ бромидами и кодеиномъ несомнѣнно вліяетъ на частоту эпилептическихъ приступовъ и ихъ интензивность въ болѣеи степени, чѣмъ леченіе одними бромистыми препаратами.

5) Изученіе связи между пораженіями кожи и локализацией патологическихъ процессовъ въ центральной нервной системѣ заслуживаетъ большого вниманія со стороны невропатологовъ.

6) Постельное содержаніе несомнѣнно въ нѣкоторыхъ случаяхъ ускоряетъ теченіе психического разстройства и уменьшаетъ его интензивность.

7) Крайне желательна скорѣйшая постройка цѣлой сѣти окружныхъ лѣчебницъ для дѣла призрѣнія душевно-больныхъ въ Россіи.



Curriculum vitae.

Петръ Александровичъ Останковъ, православнаго вѣроисповѣданія, изъ потомственныхъ дворянъ Казанской губерніи, родился 21 декабря 1867 года въ г. Казани. Среднее образованіе получилъ въ Императорской Казанской первой гимназій, гдѣ и окончилъ курсъ въ 1886 году; въ томъ же году поступилъ на медицинскій факультетъ Императорскаго Казанскаго Университета. Будучи студентомъ V курса, написалъ совмѣстно со студентомъ М. Граномъ работу «Психометрическія измѣренія надъ здоровыми: измѣненіе скорости психическихъ процессовъ въ различное время дня». Работа эта медицинскимъ факультетомъ Казанскаго Университета удостоена золотой медали. Въ 1892 году кончилъ курсъ по медицинскому факультету Казанскаго Университета со степенью лекаря съ отличіемъ (*medicus cum eximia laude*); въ томъ же году Совѣтомъ Казанскаго Университета удостоенъ званія уѣзднаго врача. 19 марта 1893 года избранъ медицинскимъ факультетомъ на должность сверхштатнаго ассистента при кафедрѣ психіатріи Казанскаго Университета, каковую должность и занималъ по 2 января 1894 года, когда, согласно избранію конференціи Императорской Военно-Медицинской Академіи, Высочайшимъ приказомъ по Военному вѣдомству переведенъ въ Клинической Военный Госпиталь врачомъ для командировокъ VI разряда съ откомандированіемъ къ клиникѣ душевныхъ болѣзней для исполненія должности ассистента нервнаго отдѣленія. Должность ассистента нервнаго отдѣленія занималъ по 1 октября 1898 года, когда, по представленію директора клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней проф. В. М. Бехтерева назначенъ врачомъ, завѣдующимъ отдѣленіемъ клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней, гдѣ и состоитъ въ настоящее время. Экзамены на доктора медицины сдалъ въ 1894—95 учебномъ году. Состоитъ дѣйствительнымъ членомъ Общества Невропатологовъ и Пси-

психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ (съ 19 марта 1893 г. до перехода въ С.-Петербургъ состоялъ секретаремъ названнаго Общества) и Общества психіатровъ въ С.-Петербургѣ. Съ 1896 года по настоящее время состоитъ секретаремъ редакціи ежемѣсячнаго журнала «Обозрѣніе Психіатріи, Неврологіи и Экспериментальной Психологіи». Съ 1898 г. состоитъ также врачомъ-спеціалистомъ при Максимилиановской лечебницѣ, гдѣ и ведетъ пріемы приходящихъ больныхъ. 15 апрѣля 1899 года съ Высочайшаго соизволенія командированъ Клиникой душевныхъ и нервныхъ болѣзней для изученія новѣйшихъ методовъ леченія и осмотра психіатрическихъ заведеній Франціи, Англіи и Германіи на 6 мѣсяцевъ, по 15 октября 1899 года. Въ теченіе всего лѣтняго семестра 1899 года слушалъ лекціи по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ у профф. Erb'a и Kraepelin'a въ Гейдельбергѣ.

Имѣетъ слѣдующіе печатные труды:

1, 2 и 3) совмѣстно съ профф. В. М. Бехтеревымъ:

а) О вліяніи коры большого мозга на актъ глотанія и на дыханіе. Неврологическій Вѣстникъ, т. II, вып. 2, 1894 г. и *Neurol. Centralbl.*, № 16, 1894.

в) Обзоръ работъ по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ за 1895—1896 г.г. Календарь для врачей, часть II, 1896 г. Изданіе К. Л. Риккера.

с) Гемихорея, какъ результатъ кровоизліянія въ *thalamus opticus*. Докладъ, читанный въ научномъ собраніи врачей клиники. См. *Обозрѣніе Психіатріи* и проч.

4) Значеніе метода Френкеля въ терапіи спинной сухотки. Невролог. Вѣстн. т. II, вып. 3. 1894 г., а также *Neurol. Centralbl.* № 18, 1894.

5) О леченіи желудочныхъ кризовъ спинно-сухоточныхъ. *Обозрѣніе Психіатріи, Неврологіи и Эксперим. Психологіи*, № 1, 1896 г. и *Therapeutische Monatschr.* 1896 г.

6) Винницкая Окружная Лечебница. *Обозрѣніе Психіатріи* и пр. №№ 6 и 8, 1896 г.

7) Новая клиника для нервно-больныхъ при клиникѣ

душевныхъ болѣзней. Вѣстникъ Общественной гигиены, судебной и практической медицины, № 11, 1897 г.

8) О періодической рвотѣ табетиковъ. Обзорѣніе Психіатріи и проч. 1897 г.

9) О кожныхъ и сухожильныхъ рефлексахъ при спинной сухоткѣ. Обзорѣніе Психіатріи и пр. № 10, 1899 г.

и 10) настоящая работа: Вытяженіе позвоночника, какъ методъ леченія нервныхъ болѣзней, представляется въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины.

Кромѣ того помѣщаль ежемѣсячные отчеты о научныхъ собраніяхъ врачей С.-Петербургской клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ газетѣ „Врачъ“ за 1895, 1896, 1897, 1898 и 1899 года, вель отдѣль хроники въ „Неврологическомъ Вѣстникѣ“ за 1893, 1894 и 1895 г.г. и въ „Обзорѣніи Психіатріи, Неврологіи и Экспериментальной Психологіи“ за 1896, 1897, 1898, 1899 и 1900 года, а также помѣщаль въ вышеотмѣченныхъ журналахъ рефераты по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ.