

*Курочки
1914
Виза
1735*

Prof. F. Raymond.



ЛЕКЦИИ
ПО
БОЛѢЗНЯМЪ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ,

читанныя проф. Ф. РАЙМОНДОМЪ

въ 1895—1896 акад. году

2012

Переводъ съ французскаго П. М. Автократова,

завѣдующаго психіатрическимъ отдѣл. Варшавскаго-Уяздовскаго
военнаго госпиталя.

Второй томъ.

1952 г.

1972

Изданіе Главнаго Военно-Медицинскаго Управленія.

Четвертое приложеніе къ «Военно-Медицинскому Журналу».

ИНВЕНТАР
№ 9537

СТУДЕНТ
786

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Товарищества «НАРОДНАЯ ПОЛЬЗА», Коломенская ул., № 39

1903.



Содержаніе.

Лекція I. *Острый восходящий паралич въ связи съ полиомиелитомъ переднихъ роговъ и двигательнымъ полиневритомъ.* Содержаніе.—Клиническое наблюденіе. Первая фаза. Въ началѣ явленія гастро-энтерита, въ концѣ 12-го дня ощущеніе мурашекъ и оѣмѣніе въ нервахъ предшествуютъ двигательному параличу въ восходящемъ направленіи.—Распространеніе паралича на всѣ четыре конечности и на часть туловища въ теченіе трехъ дней. Преходящій параличъ мышцъ, поднимающихъ и сжимающихъ апус. Чрезвычайное ускореніе пульса, нѣсколько позднѣе приступы стѣсненія въ груди, которые приводили больного въ состояніе, близкое къ асфиксіи. Острые боли, развивающіяся при давленіи на мышцы и на нервные стволы; легкая гиперестезія на оконечностяхъ.—Отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ.—Сохраненіе въ началѣ электрической реакціи, позднѣе реакція перерожденія.—Сходство клинической картины съ картиной паралича Ландри; спустя 10 дней ничто больше не говорило за этотъ діагнозъ вслѣдствіе происшедшихъ измѣненій въ клиническихъ явленіяхъ. Вторая фаза.—Дыхательныя разстройства утихаютъ; дыхательный параличъ на пути къ улучшенію.—Парализованныя мышцы поражены атрофіей en masse.—Сохраненіе R. D.—Давленіе на мышцы и на нервные стволы, особенно въ точкахъ выхода ихъ, продолжаетъ быть очень болѣзненнымъ; признакъ Лазега. Діагнозъ.—Основанія, по которымъ нужно было исключить гипотезу объ остромъ міелитѣ, —о трихинозѣ, —объ остромъ центральномъ міелитѣ переднихъ роговъ спинного мозга.—Сходство клиническихъ проявленій даннаго случая съ проявленіями подострого юношескаго спинальнаго паралича, дифференціальныя отличія.—Еще большее сходство съ полиневритомъ въ формѣ poliomyelitis anterior; краткое описаніе этой формы полиневрита. Заключение.—Если придерживаться терминологіи и классификаціи, употребляемой въ дидактическихъ руководствахъ, кажется, наиболѣе будетъ справедливымъ діагнозъ инфекціоннаго полиневрита въ формѣ poliomyelitis anterior. Изслѣдованія относительно специфичности натуры инфекціоннаго агента закончены. Предсказаніе относительно благопріятное. Выздоровленіе подтвердить точность сдѣланнаго діагноза.—Опасность возврата. Лечение.—Причинное показаніе; антисептика кишечника и режимъ,—медицинскія средства противъ угрожающихъ симптомовъ.—Врачебныя средства, назначаемыя съ цѣлью способствовать возстановленію тканей.—Профилактика 3—16

Лекція II. *Отношеніе остраго паралича къ poliomyelitis anterior и къ двигательному множественному невриту.* Содержаніе.—По поводу больного, показаннаго въ предшествующую лекцію, возникаетъ вопросъ объ отношеніяхъ остраго восходящаго паралича Ландри къ острому или подострому poliomyelitis anterior и къ двигательному множественному невриту. Историческое развитіе этого вопроса.—Исторія остраго восходящаго паралича Ландри.—Сход-

ство описанія Ландри съ явленіями, представляемыми больнымъ во время первой фазы. Ландри разсматривалъ острый восходящій параличъ, какъ эссенціальный параличъ; первыя гистологическія изслѣдованія подтверждаютъ это мнѣніе.—Исторія остраго или подостраго poliomyelitis anterior, или юношескаго paralysis spinalis anterioris.—Работы Дюшениа, его мнѣніе относительно анатомической локализаци болѣзни. Сходство въ развитіи и характерныя черты остраго восходящаго паралича и остраго или подостраго poliomyelitis anterior. Мнѣніе, разсматривающее эти болѣзненные состоянія, какъ простыя видоизмѣненія одного и того же процесса, одними авторами поддерживается, другими оспаривается.—Появленіе множественныхъ невритовъ: ихъ краткая исторія; одно наблюденіе Эйхгорста только что показало, что множественный невритъ можетъ развиваться подъ видомъ остраго восходящаго паралича. Согласно съ этимъ другіе клиническіе факты. Наблюденія, показывающія, что множественный периферическій невритъ можетъ развиваться подъ видомъ остраго poliomyelitis anterior. Различныя мнѣнія, возникающія по поводу отношеній между острымъ восходящимъ параличемъ Ландри, poliomyelitis anterior и множественнымъ невритомъ. Симптоматическіе параличи Ландри не тождественны.—То же можно сказать и объ его патологической анатоміи: измѣненія могутъ отличаться какъ по мѣстонахожденію, такъ и по характеру, они могутъ и отсутствовать.—З а к л ю ч е н і е. Тѣмъ не менѣе можно придти къ раціональному умозаключенію относительно взаимной связи между собой остраго восходящаго паралича, остраго или подостраго poliomyelitis anterior и множественнаго двигательнаго неврита: эти три болѣзни имѣютъ сходную этиологію; причиной ихъ почти всегда бываетъ инфекція и интоксикація.—Симптоматологія ихъ разнообразна, клиническія ихъ проявленія перемѣшиваются одни съ другими.—Наконецъ всѣ три болѣзни суть заболѣванія одного и того же органа, именно, периферическаго двигательнаго нейрона. Какъ можно объяснить разнообразное дѣйствіе интоксикаціи и инфекціи на этотъ нейронъ; роль, предрасположенія и наследственности. Чего можно ожидать отъ усовершенствованій, имѣющихъ быть въ гистологіи; изслѣдованія Маринеско 16—42

Лекція III. *Общій острый множественный невритъ и параличъ Ландри.*
Содержаніе.—Обзоръ пройденнаго. Указанія, вытекающіе изъ случая, послужившаго темой для двухъ предшествующихъ лекцій.—Повтореніе сказаннаго о клиническомъ развитіи этого случая. Прочное выздоровленіе больного подтверждаетъ поставленный діагнозъ.—Новый клиническій примѣръ, приведенный въ параллель предыдущему; у этого больного параличъ распространялся въ нисходящемъ направленіи; помимо этого, развитіе въ обоихъ случаяхъ было одинаковое. Общая клиническая картина скорѣе напоминала картину двигательнаго полиневрита, чѣмъ остраго или подостраго poliomyelitis anterior. Этиологическая точка зрѣнія.—Разсмотрѣніе этиологіи полиневрита и полиоміелитовъ; у двухъ больныхъ, о которыхъ шла рѣчь, вѣроятное вмѣшательство инфекціи черезъ лошадь.—У обоихъ больныхъ обнаружено наследственное предрасположеніе, а у втораго больного кромѣ того имѣлся травматическій шокъ.—Примѣры эпидеміи полиневритовъ и полиоміелитовъ.—Выводъ. Основываясь на патологической анатоміи, двигательный полиневритъ не раціонально противопоставлять poliomyelitis anterior.—На клинической почвѣ имѣетъ практическій интересъ отличать ихъ одинъ отъ другого. Дифференціальныя діагнозы возможны во многихъ случаяхъ.—Оба заболѣванія могутъ встрѣ-

тятся во время теченія одной и той же эпидеміи; новое доказательство ихъ тѣснаго родства 42—56

Лекція IV. *Множественные невриты сѣроуглероднаго происхожденія.* Содержаніе.—Введеніе въ изученіе множественныхъ невритовъ. Острый восходящій параличъ и двигательный полиневритъ—суть видоизмѣненія одного и того же носологическаго типа, острый передній клѣтково-невритъ.—Значеніе изученія множественныхъ невритовъ или полиневритовъ.—Двойная точка зрѣнія, которая послужитъ руководствомъ въ изученіи извѣстнаго числа этиологическихъ разновидностей полиневритовъ. Множественные невриты сѣроуглероднаго происхожденія.—Клиническій примѣръ. Различныя разновидности разстройствъ, которыя могутъ быть вызваны отравленіемъ.—Психическія разстройства.—Истерическіе припадки.—Периферическіе невриты.—Ихъ симптоматологія не тождественна.—Роль мѣста проникновенія яда.—Общая картина множественныхъ невритовъ сѣроуглероднаго происхожденія; представленная больная страдала именно этой разновидностью полиневрита. Предсказаніе, леченіе 56—72

Лекція V. *Случай дифтеритическаго паралича.* Содержаніе. Что понимаютъ подъ послѣдовательнымъ дифтеритическимъ параличемъ (*Paralysis post-diphtheritica*).—Клиническій примѣръ. Діагностическій вопросъ, возбуждаемый имъ, долженъ быть разсматриваемъ съ двоякой точки зрѣнія. Клиническій діагнозъ. Онъ не представляетъ трудности, дѣло идетъ о случаѣ «дифтеритическаго паралича».—Описаніе разстройствъ, заключающихся въ этихъ границахъ. Эти разстройства могутъ ограничиваться областями, иннервируемыми продолговатымъ мозгомъ; они могутъ распространяться на конечности или даже начинаться съ послѣднихъ; дифтеритическій *pseudo-tabes*.—Между случаями, гдѣ параличъ ограничивается мягкимъ небомъ и тѣми, гдѣ онъ обобщается, наблюдаются всевозможные переходы; примѣръ тяжелаго дифтеритическаго паралича, обобщившагося.—Разстройства чувствительности; они могутъ распространяться на слизистую оболочку мочевого пузыря и прямой кишки. Анатомическій діагнозъ.—Положеніе вопроса.—Обзоръ мнѣній, высказанныхъ относительно анатомическаго субстрата послѣ-дифтеритическихъ параличей.—Открытіе дифтеритическаго токсина до сихъ поръ не способствовало выясненію патогенеза этихъ параличей.—Клиническая сторона; послѣ-дифтеритическіе параличи представляютъ собой, вѣроятно, ничто иное, какъ проявленіе периферическаго неврита. Эти параличи по существу излечимы; возможныя причины смерти 72—87

Лекція VI. *Малярійный полиневритъ.* Содержаніе. Рѣдкость примѣровъ малярійнаго полиневрита, извѣстныхъ въ нашихъ странахъ; частота этой разновидности полиневрита въ нѣкоторыхъ странахъ крайняго востока. Клиническій примѣръ.—Предшествующія болѣзни. Начало нервной болѣзни внезапной, вялой и безболѣзненной параллеліей.—Параллелія осложнилась распространенной атрофіей мышцъ бедра и голени.—Вазомоторныя разстройства.—Гипестезія въ области стопъ и голени; боли при давленіи на мышцы и на суставы стопы.—Ослабленіе рефлексовъ.—Амнезія.—Состояніе электрической реакціи.—Развитіе говоритъ въ пользу малярійнаго происхожденія этого полиневрита.—Исторія малярійнаго неврита.—«Берибери» и «каке» ни что иное, какъ лишь разновидность этого неврита.—Малярійный невритъ имѣетъ полиморфную симптоматиологію.—Вліяніе наследственнаго предрасположенія на его развитіе.—Прогнозъ и леченіе 87—99

Лекція VII. *Туберкулёзный и алкогольный полиневритъ. Содержаніе.*

А). Первый клинический примѣръ. Одновременное участіе алкоголизма и туберкулезной инфекции въ происхожденіи явленій.—Симптомы и теченіе. Діагнозъ. Анатомическій діагнозъ. Доказательства, приводимыя противъ *poliomyelitis anterior*.—Клиническая картина двигательнаго полиневрита.—Этотъ послѣдній, кажется, и имѣется у представляемаго больного. Діагнозъ этиологическій. Явленія столь же присущи алкоголизму, какъ и туберкулезной инфекции. Тѣ же самыя клиническія особенности могутъ встрѣчаться въ алкогольномъ и туберкулезномъ полиневритѣ. Туберкулёзный полиневритъ. Историческій обзоръ.—Работы Леуде, Петера—наблюденія Эйзенлора, Жоффруа, Штрюмпеля, Фирордта; замѣтка Питра и Валльера. Позже опубликованныя наблюденія подтверждаютъ заключенія этой замѣтки.—Отраженіе туберкулеза на спинномъ мозгу; личные изслѣдованія. Б). Второй клинический примѣръ. Исключительное участіе алкоголизма.—Различныя заболѣванія, порожаемые алкоголизмомъ.—Перечисленіе и теченіе припадковъ, представляемыхъ вторымъ больнымъ. Эти явленія могутъ быть отнесены на счетъ множественнаго неврита. 99—115

Лекція VIII. *Алкогольный полиневритъ и амнезія. Содержаніе.*—Алкогольный полиневритъ въ своей симптоматологіи заключаетъ явленія полиневритовъ вообще.—Частота разстройства интеллекта и памяти.—Клинический примѣръ. — Преобладаніе амнестическихъ разстройствъ. — Предшествующій алкоголизмъ.—Атрофическая параплегія, представляющая тѣ же самыя признаки, что и въ случаяхъ двигательнаго полиневрита. Контрастъ между картиной *poliomyelitis anterior* и той картиной, которую представляетъ данный клинический примѣръ. Навязывается самъ собой діагнозъ алкогольнаго полиневрита.—Исторія алкогольнаго полиневрита. — Классификація симптомовъ алкогольнаго полиневрита.—Интеллектуальныя разстройства.—а) Амнезія.—Интеллектуальное разстройство прежде всего обращаетъ вниманіе врача. Амнезія можетъ существовать помимо всякаго слѣда интеллектуальнаго ослабленія; она обыкновенно распространенная; предполагали, что она всегда раньше всего появляется; она скорѣе всего заслуживаетъ названія продолжительной.—Она весьма часто излечима.—Отличительныя признаки амнезіи вслѣдствіе хроническаго алкоголизма. б) Интеллектуальная слабость.—Она весьма часто сочетается съ амнезіей и можетъ быть исходной точкой этой послѣдней.—в) Бредовыя явленія.—Что надо понимать подъ полиневритическимъ психозомъ; работы Корсакова. Полиневритическій психозъ всегда представляетъ послѣдствіе отравленія птоминами. Эта теорія должна быть отброшена, какъ слишкомъ исключительная. Полиневритическій психозъ не составляетъ одного цѣлаго: онъ обхватываетъ весьма различныя психическія разстройства. Примѣръ алкогольнаго полиневрита, ложно принятаго за прогрессивный общій параличъ; возможныя послѣдствія подобныхъ ошибокъ. 115—136

Лекція IX. *Алкогольный множественный невритъ. Клиническія разновидности. Содержаніе.* — Историческій очеркъ. Изученіе главныхъ клиническихъ разновидностей множественнаго алкогольнаго неврита. — А. Алкогольный множественный невритъ въ формѣ *poliomyelitis anterior*.—Самая частая разновидность; перечисленіе симптомовъ.—Мышечная атрофія и сведеніе сухожилій могутъ преобладать; клинический примѣръ.—Случаи подобнаго рода легко отличить отъ спастическаго паралича. — Связь восходящаго остраго паралича съ алкоголиз-

момъ.—Б. Алкогольный множественный невритъ въ формѣ pseudo-tabes.—Вопросъ касается рѣдкой разновидности.—Отличительные признаки алкогольного pseudo-tabes и настоящаго tabes. — Обыкновенно проявленія pseudo-tabes бываютъ сочетаны съ другими симптомами алкогольнаго происхожденія. — Клиническій примѣръ. — Выводъ изъ этого примѣра.—В. Множественный полиневритъ съ разстройствомъ чувствительности (forme sensitive).—Иногда можно опредѣлять форму съ острыми болями и форму съ изнурительными истощающими болями.—Клиническій примѣръ.—Проявленія болей этой формы множественнаго неврита часто были принимаемы за симптомы ревматизма; другой примѣръ алкогольнаго множественнаго неврита съ преобладаніемъ болевыхъ ощущеній.—Г. Множественный невритъ съ преобладаніемъ разстройствъ интеллекта. — Анализъ этихъ разстройствъ былъ уже сдѣланъ въ предшествующей лекціи.—Новый примѣръ множественнаго алкогольнаго неврита, принятый за случай общаго паралича.—Подобной ошибки не всегда легко избѣгать; алкоголизмъ можетъ вызвать настоящій общій параличъ.—Клиническій примѣръ. 136—156

Лекція X. Параличи при отравленіи мышьякомъ² и чувствительно-двигательныя разстройства, какъ послѣдствія отравленія мышьякомъ. Содержаніе. Въ существующихъ описаніяхъ параличей при отравленіи мышьякомъ имѣются недомолвки и ошибочныя разсужденія. Въ нихъ недостаточно обращено вниманія на другія чувствительно-двигательныя и психическія разстройства, которыя можетъ причинить отравленіе мышьякомъ. Относительно частые случаи параличей при отравленіи мышьякомъ. Клиническій примѣръ. Paralysis arsenicalis, происшедшій вслѣдствіе отравленія лекарствомъ. Токсическое происхожденіе этого паралича очевидно. Характеръ его—спинномозговой или нервный,—это вопросъ старый. Припадки, присоединяющіе къ параличамъ вслѣдствіе отравленія мышьякомъ, чаще всего составляютъ проявленіе множественнаго неврита. Исторія параличей при отравленіи мышьякомъ. Случаи, описанные подъ этимъ названіемъ, могутъ быть наблюдаемы въ трехъ видахъ. А. Параличи, развившіеся вслѣдствіе остраго отравленія. Начало припадками остраго желудочно-кишечнаго катарра. Явленія парестезіи и двигательной слабости. Параличъ, наступающій вслѣдъ за этой слабостью, поражаетъ сразу всѣ четыре конечности. Онъ развивается нисходящимъ путемъ. Онъ осложняется общей мышечной атрофіей. Сопровождающія чувствительныя разстройства. Измѣненіе рефлексовъ. Параличъ и мышечная атрофія излечимы. Сухожильныя контрактуры возможны. Характеръ происходящихъ вслѣдствіе контрактуръ уродливостей.—Трофическія разстройства.—Психическія разстройства.—Замѣчанія относительно предсказанія. Б. Параличи, развившіеся вслѣдствіе подостраго отравленія. Обстоятельства, при которыхъ они наблюдаются. Интересный по своей «этіологіи» клиническій примѣръ. Примѣры Paralysis arsenicalis вслѣдствіе подостраго отравленія лекарствами. Въ случаяхъ этой второй группы (подострое отравленіе) параличъ можетъ локализоваться въ нижнихъ конечностяхъ. В. Параличи, развившіеся вслѣдствіе хроническаго отравленія. Обстоятельства, при которыхъ они развиваются. Профессіональное отравленіе мышьякомъ. Отравленія, происходящія при рисованіи масляными красками и при выдѣлываніи цвѣтной бумаги. Атаксія при отравленіи мышьякомъ. Ея характеръ; она можетъ сочетаться съ другими признаками спинной сухотки—pseudo-tabes arsenicalis; отличить ее отъ истиннаго табеса не трудно. Дрожаніе

при отравленіи мышьякомъ; оно можетъ наблюдаться отдѣльно или совместно съ другими двигательными расстройствами. Падучая и расстройства интеллекта. *Epilepsia arsenicalis* наблюдается при остромъ и при хроническомъ отравленіи мышьякомъ. Она очень рѣдка. Амнезія стоитъ во главѣ интеллектуальныхъ расстройствъ при отравленіи мышьякомъ. Общая таблица чувствительно-двигательныхъ расстройствъ, вызываемыхъ отравленіемъ мышьякомъ. *Paralysis arsenicalis* часто бываетъ въ формѣ *tetraplegia*. Форма параплегическая наблюдается менѣе часто. Параллель между алкогольными нервными расстройствами и таковыми же при отравленіи мышьякомъ. Отличительныя особенности. Выводы.—Предсказаніе, значеніе съ судебно-медицинской точки зрѣнія. Леченіе. Польза молочнаго режима. Прикладываніе горячаго песка.—Средства, примѣняемыя для восстановленія дѣятельности атрофированныхъ мышцъ. 156—187

Лекція XI. *Параличи и тифозные невриты.*—Содержаніе.—Клиническій примѣръ. Параличъ и разлитая атрофія въ нижнихъ конечностяхъ со времени возврата брюшнаго тифа.—Явленія парестезіи. — Отсутствіе кожныхъ рефлексовъ. — Сосудисто-двигательныя расстройства. — Развитие болѣзненныхъ явленій. Анатомическій діагнозъ.—Прежнее мнѣніе о натурѣ тифозныхъ и послѣ-тифозныхъ параличей. Появленіе тифознаго полиневрита. Изслѣдованія Питра и Валльера. Доводы въ пользу существованія множественнаго периферическаго неврита у представленной больной. Клиническіе признаки тифозныхъ параличей.—Эти параличи крайне болѣзненны; они крайне ограничены; они могутъ имѣть гемиплегическое расположеніе и тогда они мозгового происхожденія; они могутъ принимать параплегическую форму. Чаше всего они ограничиваются областью локтя. Другія разновидности ограниченныхъ параличей.—Послѣ-тифозные параличи могутъ захватывать двигательные черепные нервы.—Заключеніе.—Тифозные или послѣ-тифозные параличи суть выраженіе или полиневрита, или міэлита. Предсказаніе.—Чаше всего эти параличи излечимы. Болѣзненные проявленія могутъ продолжаться неопредѣленное время. Леченіе.—Оно не требуетъ специальныхъ указаній. 187—199

Лекція XII. *Полиневриты вообще; патологическая анатомія и патогенезъ.*—Содержаніе.—Результаты вскрытія умершаго въ больницѣ больного, который представлялъ симптомы множественнаго неврита. Эти результаты вполне подтвердили установленный при жизни діагнозъ. Этотъ больной былъ одновременно туберкулезный и алкоголикъ. Тѣ же самые результаты были констатированы при изслѣдованіи нервовъ въ случаѣ чистаго алкогольнаго полиневрита. Въ двухъ случаяхъ измѣненія въ периферическихъ нервахъ, исключительно паренхиматозныя, распространялись, постепенно уменьшаясь, отъ периферіи къ центру; въ спинномъ мозгу не было найдено такихъ измѣненій. Экспериментальное изученіе измѣненій въ нервахъ, встрѣчающихся въ случаяхъ неврита. Нормальное строеніе нервнаго волокна. Паренхиматозныя измѣненія. Работы Ранвье.—Изслѣдованіе Бюнгнера.—Что нужно понимать подъ Валльереновскимъ перерожденіемъ. Изслѣдованія Гомбо относительно экспериментальнаго свинцоваго неврита. Что нужно понимать подъ названіемъ перисевого сегментнаго неврита. Интерстиціальныя измѣненія. Изысканія Абундо, Хольмена. Эти изслѣдованія намъ доказываютъ, что инъекціи бактерій, производимыя вблизи нерва, вызываютъ мѣстный периневритъ и интер-

стициальный эндоневритъ. Сосудистыя измѣненія. Экспериментальныя изслѣдованія по этому вопросу ничего не дали намъ. 200—220

Лекція XIII. *Полиневриты вообще. Патологическая анатомія и патогенезъ. (Продолженіе).* Содержаніе. — Клиническое изученіе измѣненій нервовъ, которыя встрѣчаются въ случаяхъ полиневрита. а) Паренхиматозный, дегенеративный невритъ. Измѣненія тѣ же самыя, что въ случаяхъ Валлеръеновскаго экспериментально вызваннаго перерожденія. Въ двухъ случаяхъ интенсивность ихъ нарастала по направленію отъ периферіи къ центру. На первой ступени этотъ невритъ выражается тѣми же самыми отличительными чертами, какъ пери-осевой невритъ Гомбо. — б) Интерстициальный невритъ; периневритъ. Онъ интересуется, главнымъ образомъ, хирурга. Его гистологическія особенности. Узловатый невритъ. Проллиферирующий интерстициальный невритъ. — в) Паренхиматозный и интерстициальный невритъ. Мы еще не знаемъ ничего опредѣленнаго объ отношеніяхъ этихъ двухъ процессовъ. — г) Невритъ сосудистаго происхожденія. Въ первично интерстициальныхъ невритахъ сосуды всегда принимаютъ дѣятельное участіе въ процессѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти сосудистыя пораженія могутъ повлечь за собой дегенеративный невритъ. Клиническіе факты, указывающія на существованіе полиневрита сосудистаго происхожденія. Эта разновидность полиневрита очень рѣдка. Въ большинствѣ случаевъ полиневритъ представляетъ собою по существу паренхиматозный процессъ. — Отношеніе полиневритовъ къ поліомієлитамъ. 220—226

Лекція XIV. *Полиневриты вообще. Патологическая анатомія и патогенезъ. (Продолженіе).* Содержаніе. — Гистологическій очеркъ центральныхъ измѣненій, сопровождающихъ полиневриты, сдѣланный на основаніи результатовъ, полученныхъ при примѣненіи метода Ниссля. — Историческій обзоръ. — Исторія возникновенія метода Ниссля. — Понятія о внутреннемъ строеніи нервной кѣтки, полученные нами благодаря этому методу. — Измѣненія, которымъ подвергается это строеніе вслѣдствіе экспериментальной перерѣзки нерва; изслѣдованія Г. Маринеско. — Отличительныя признаки первичныхъ измѣненій нервныхъ кѣтокъ. — Какимъ образомъ можно представить себѣ эти же самыя центральныя измѣненія въ случаяхъ полиневритовъ. — Для клинициста необходимо отличать полиневритъ отъ поліомієлита. — Какъ однѣ и тѣ же причины могутъ различно дѣйствовать на всю систему и на различныя части двигательнаго нейрона. — Съ точки зрѣнія прогноза является капитальной важною отличать первичное заболѣваніе периферическихъ нервовъ отъ первичнаго заболѣванія кѣлочныхъ тѣлъ нейроновъ. 226—235

Лекція XV. *Общая этиологія полиневритовъ. Роль интоксикацій въ развитіи периферическихъ невритовъ.* Содержаніе. — Ретроспективный обзоръ. — Программа этой и слѣдующей лекцій; она заключаетъ изученіе роли интоксикацій и инфекцій въ развитіи невритовъ. А. Экзогенныя интоксикаціи. Дѣйствіе большинства ядовъ на извѣстныя ткани по выбору; примѣры. — Главныя извѣстныя яды, вызывающіе полиневриты. Токсическіе полиневриты проявляются двумя главными разрядами припадковъ. — Вліяніе предрасположенія на развитіе этихъ полиневритовъ; клиническій примѣръ. — Локалізація токсическихъ параличей; вліяніе наследственности. — Вліяніе возраста, вліяніе въ зависимости отъ вида. — Патогенезъ токсическихъ полиневритовъ; положеніе вопроса. а) Токсическіе

параличи. Наблюденіе токсическихъ параличей съ пораженіемъ спинного мозга.—Чаще всего эти пораженія выражаются сомнительнаго значенія измѣненіями клѣтокъ. Относительная ихъ рѣдкость въ сравненіи съ постоянствомъ измѣненій периферическихъ нервовъ. Ученіе о зависимости вторичныхъ измѣненій отъ первичныхъ встрѣтило мало поборниковъ. Теорія динамической природы первичныхъ измѣненій, поражающихъ клѣтки въ случаяхъ токсическихъ полиневритовъ. У этой теоріи нѣтъ объективнаго основанія.—Данныя, заимствованныя изъ эксперимента; опыты Вюльпіана.—Исслѣдованія Штиглица; полученные результаты противорѣчивы и сомнительнаго значенія.—Исслѣдованія Попова, Чижа, Шеффера, Панди.—Отсутствіе связи въ полученныхъ результатахъ.—Самые разнообразныя яды производятъ одни и тѣ же измѣненія въ клѣткахъ, вызывая въ то же время очень различныя симптомы. Патогенезъ алкогольныхъ параличей, также какъ и патогенезъ свинцоваго и мышьяковаго параличей и пр., не вполне выясненъ.—Современное положеніе вопроса. б) Токсическія атаксіи.—Изученіе токсическаго pseudo-tabes'a сдѣлано было раньше. Вообще принято смотрѣть на pseudo-tabes этого рода, какъ на выраженіе множественнаго неврита.—Исключеніе должно быть сдѣлано относительно pseudo-tabes отъ отравленія спорыньей. . . . 235—252

Лекція XVI. Роль самоотравленій и инфекцій въ развитіи периферическихъ невритовъ. С о д е р ж а н і е. Б. Самоотравленія.—Обстоятельства, при которыхъ происходятъ самоотравленія.—Токсическіе альбумины. Внутреннія явленія клѣточной дѣятельности, которыя заканчивають собой выработку эндогенныхъ токсиновъ. Связныхъ съ развитіемъ невритовъ еще не хорошо выяснена. Діабетическіе невриты. Экспериментальныя изслѣдованія.—Клиническая исторія диабетическихъ невритовъ; главныя разновидности. Клиническій примѣръ.—Нѣтъ никакой постоянной связи между развитіемъ диабетическихъ невритовъ и степенью сахарнаго мочеизнуренія. Невриты при остромъ суставномъ ревматизмѣ.—Примѣры, заимствованные у различныхъ авторовъ. Отношенія между суставнымъ ревматизмомъ и полиневритомъ, существующія въ этихъ случаяхъ, трудно опредѣлить. Невриты у больныхъ ракомъ. Клиническія доказательства, подтверждающія существованіе канцерозныхъ невритовъ. Допустимая роль кахексін. Дегенеративныя измѣненія нервовъ въ старческомъ возрастѣ. Желудочно-кишечное самоотравленіе и отравленіе пищевого происхожденія; клиническій примѣръ.—Выводы. В. Инфекціи. Извѣстныя бактерійныя инфекціи, вызывающія периферическіе невриты: туберкулезъ; болотная лихорадка; дифтеритъ; брюшной тифъ; проказа.—Сифилисъ. Столбнякъ.—Сыпной тифъ.—Родильная инфекція. Пнеймонія и гнойный плевритъ; ангина; уретритъ; инфлюенца.—Инфекція неопредѣленной причины. Участіе предрасположенія. Трудность развитія бактерійныхъ полиневритовъ. Экспериментъ не далъ намъ еще ничего точнаго относительно патогенеза инфекціонныхъ полиневритовъ. . . . 252—269

Лекція XVII. Общее леченіе полиневритовъ. С о д е р ж а н і е. Обзоръ лекцій, посвященныхъ изученію полиневритовъ. Изложенныя раньше понятія объ этиологіи послужать руководствомъ въ установленіи профилактическаго и причиннаго леченія полиневритовъ. А. Профилактическое леченіе. Основанія, въ силу которыхъ часто невозможно установить дѣйствительной профилактики. Принципіально должно бы быть совершенно иначе. Значеніе гигиены въ борьбѣ противъ наследственнаго и пріобрѣтённаго предрасположенія.—Профилактическія показанія у лицъ, у которыхъ проявляется инфекціонная болѣзнь. Б.

Причинное лечение. Во многих случаях оно не имеет смысла. **Примѣры обстоятельств,** при которыхъ установление причиннаго лечения обязательно. **Полиневриты,** обнаруживающіе специфическую причину, не подлежатъ специфическому лечению. **В. Симптоматическое лечение.** Оно въ большинствѣ случаевъ имѣетъ важное значеніе.—**Тройная цѣль.**—Перечисленіе главныхъ симптоматическихъ показаній: а) **болевья проявленія.** Они рѣдко отсутствуютъ и почти всегда требуютъ примѣненія болеутоляющихъ лекарствъ. Неудобство и опасность отъ этихъ лекарствъ. Впрыскиванія морфія и противопоказанія.—**Антипиринъ.**—Салициловокислый натръ; спеціальныя показанія.—**Другія анагезирующие средства.**—Метиленовая синька, ея элективное свойство по отношенію осевыхъ цилиндровъ.—**Карболовая кислота;** ея примѣненіе, какъ противо-болевого средства; противопоказанія. **Гидротерапевтическіе приемы,** употребляемые противъ болей во время остраго періода полиневритовъ. 269—279

Лекція XVIII. Общее лечение полиневритовъ. (Продолженіе). **Содержаніе.** **В. Симптоматическое лечение (продолженіе).** б) **бессонница:** сочетаніе бромистаго калия съ морфіемъ; противопоказаніе къ употребленію этого послѣдняго. **Хлоралозъ,** сульфоналъ, тріоналъ; неудобства этихъ снотворныхъ. **Хлораль-гидратъ.** **Паральдегидъ;** спеціальныя для него показанія. **Пеллотинъ.** в) **Разстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки.** Эти разстройства по существу временныя. Уходъ, котораго они требуютъ. Средства, примѣняемые противъ недержанія мочи. **Явленія,** стоящія въ связи съ параличемъ черепно-большерничныхъ нервовъ. Инъекціи эфира, кофеина противъ паралича сердца. **Фарадизація блуждающаго нерва;** способъ избѣжать явленій, приписываемыхъ этой фарадизаціи. **Возможныя осложненія при инъекціяхъ эфира.** Средства, примѣняемые противъ паралича дыханія. **Лечение стрихниномъ;** оно особенно дѣйствительно въ случаяхъ паралича мягкаго неба и глотки. Какъ узнать, что наступилъ моментъ для установленія кореннаго лечения. **Г. Коренное лечение.** Оно должно имѣть въ виду двоякую цѣль: анатомическое и функціональное возстановленіе измѣненныхъ мышцъ и нервовъ. Средства, примѣняемые, какъ укрѣпляющія и содѣйствующія возстановленію мышцъ и подвергшихся перерожденію нервовъ. **Важность пищевого режима.** **Польза мѣстныхъ и общихъ возбуждающихъ.** **Польза инъекцій стрихнина;** по какимъ признакамъ можно узнать, что ихъ необходимо временно прекратить. Ихъ благотворное дѣйствіе особенно замѣтно въ случаяхъ дифтеритическихъ параличей; клиническія доказательства. **Функціональное возстановленіе;** оно въ большинствѣ основано на приученіи мышцъ къ прежней ихъ дѣятельности. **Роль врача.** **Характеръ упражненій.** **Гигіеническія предписанія.** **Полиневритъ** иногда оставляетъ неизгладимые слѣды. **Сухожильныя резекціи, цѣль и исходы.** **Польза лечения въ Э-ле-Банъ.** 279—290

Лекція XIX. Случай корешковаго паралича праваго плечевого сплетенія. Содержаніе. Изученіе параличей плечевого сплетенія было уже предметомъ нѣсколькихъ предшествующихъ лекцій. **Новый клиническій примѣръ** **Обстоятельства,** при которыхъ произошелъ параличъ.—**Распределеніе двигательныхъ разстройствъ;** сопровождающія разстройства чувствительности.—**Настоящее состояніе:** анализъ двигательныхъ разстройствъ.—**Результаты электрическаго изслѣдованія.**—**Состояніе рефлексовъ.**—**Состояніе чувствительности;** отсутствіе объективныхъ разстройствъ.—**Глазо-зрачковыя разстройства.**—**Выводъ.** **Діагнозъ.** **Доводы про-**

тивъ гипотезы истерическаго паралича; противъ гипотезы паралича церебральнаго или спинно-мозгового происхожденія.— Дѣло идетъ о параличѣ плечевого сплетенія.— Взаимныя отношенія между нервными корешками и конечными вѣтвями этого сплетенія.—Что слѣдуетъ понимать подъ простымъ параличемъ плечевого сплетенія.— Что слѣдуетъ разумѣть подъ параличами лучевого нерва. Составные элементы паралича всего лучевого нерва. Частичный параличъ лучевого нерва; онъ представляетъ два типа: верхній и нижній. Существуютъ вырожденные случаи, относящіеся одновременно къ обоимъ этимъ типамъ.—Параличъ лучевого нерва можетъ быть двигательный, или чувствительный, или смѣшанный, т. е., двигательный и чувствительный. Выводъ и классификація различныхъ видовъ параличей верхней конечности.—Приведенный клиническій примѣръ относится къ случаю двигательнаго лучевого паралича плечевого сплетенія.—Онъ относится одновременно къ верхнему и нижнему типу частичнаго лучевого паралича. Онъ долженъ захватывать подъостные и большую зубчатую мышцы.—Этотъ параличъ составляетъ, вѣроятно, послѣдствіе неудобнаго положенія во время сна; анатомическія соображенія. Прогнозъ и леченіе. 290—313

Лекція XX. *Случай poliomyelitis anterior acuta у взрослого.*—Содержаніе.—Практическая важность дифференціальнаго діагноза двигательнаго полиневрита и *poliomyelitis anterior*.—Клиническій примѣръ *poliomyelitis anterior acuta* у взрослого.—Отсутствіе какой-либо наслѣдственной порочности.—Лихорадочное начало съ болями въ позвоночникѣ; развитіе полнаго, почти общаго паралича съ быстрымъ теченіемъ.—Дальнѣйшее развитіе явленій, мѣстами ослабленіе паралича, появленіе мышечной атрофіи.—Состояніе больного въ моментъ прибытія его въ госпиталь.—Результатъ электрическаго изслѣдованія. Діагнозъ.—Существованіе остраго передняго полиоміелита несомнѣнно.—Послѣдовательный обзоръ явленій въ развитіи болѣзни субъекта.—Является необходимость подумать о возможномъ существованіи двигательнаго полиневрита и *poliomyelitis anterior acuta*.—Какъ стоитъ въ данное время этотъ вопросъ дифференціальнаго діагноза.—Въ представленномъ клиническомъ примѣрѣ діагнозъ *poliomyelitis anterior acuta* основанъ одновременно: на характерѣ начала болѣзни и на первоначальномъ развитіи; на характерѣ развитія явленій въ главномъ періодѣ;—на положеніи дѣла въ атрофическомъ періодѣ;—на состояніи рефлексовъ;—на состояніи чувствительности;—на вазо-моторныхъ расстройствахъ;—на отсутствіи расстройствъ со стороны иннерваціи черепныхъ нервовъ;—на общей картинѣ развитія.—Оцѣночные элементы, которыми долженъ руководствоваться врачъ въ сомнительномъ случаѣ, гдѣ позволительно колебаніе между діагнозомъ *poliomyelitis anterior acuta* и двигательнымъ полиневритомъ.—Заключеніе. Предсказаніе.—Состояніе инвалидности, въ которомъ находится больной, вѣроятно, не поправимо. Леченіе.—Безсиліе медицинскаго леченія, лишь ортопедія располагаетъ средствами противъ послѣдствій паралича и атрофіи. Патологическая анатомія и патогенезъ.—Историческій обзоръ.—Имѣются неопровержимые примѣры остраго полиоміелита, ограничившагося сѣрымъ веществомъ переднихъ роговъ.—Соотношеніе между *poliomyelitis anterior* и двигательнымъ полиневритомъ.—Этіологическія разсужденія.—Заключеніе. 313—332

Лекція XXI. *О случаѣ мышечной прогрессивной міопатической атрофіи.*—Содержаніе.—Анатомическое сродство остраго спинно-мозгового паралича и мышечной прогрессивной атрофіи Аранъ-Дюшенневскаго типа.—Клиническій

п р и м ѣ р ъ этого послѣдняго заболѣванія.—Анатомическія данныя случая; характеръ начала болѣзни.—Описаніе трофическихъ и двигательныхъ разстройствъ въ основномъ періодѣ болѣзни. Смертельный исходъ произошелъ вслѣдствіе пнеймоніи. Діагнозъ.—Быстрота развитія, начало съ атрофіи мышцъ надплечій, отсутствіе невропатической наслѣдственности,—выдающіяся особенности въ представляемомъ клиническомъ примѣрѣ. Самъ собой напрашивается клиническій діагнозъ прогрессивной мышечной атрофіи. То она принимаетъ характеръ семейной болѣзни, въ такомъ случаѣ эта атрофія почти всегда представляетъ выраженіе первичной міопатіи; то она представляется индивидуальной болѣзнью и въ томъ случаѣ, когда она воплощаетъ нѣкоторыя отличительныя особенности, бываетъ міолопатическаго происхожденія. Представляемый случай въ точности реализуетъ эти свойства. Слѣдовательно тутъ ясно имѣется дѣло съ примѣромъ прогрессивной мышечной атрофіи Аранъ-Дюшенневскаго типа.—Существованіе Аранъ-Дюшенневскаго, какъ самостоятельной болѣзни установлено. И с т о р и ч е с к і й о б з о р ъ.—Доказательства существованія хроническаго передняго поліомієлита соотвѣтствующаго Аранъ-Дюшенневскому типу. П а т о л о г и ч е с к о е и з с л ѣ д о в а н і е.—Результаты гистологическаго изслѣдованія спинного мозга, взятаго отъ представленнаго случая.—Ясно, что имѣлось дѣло со случаемъ хроническаго передняго поліомієлита.—Заключеніе. 332—349

Л е к ц і я XXII. О случаѣ предполагаемаго кровоизліянія въ области шейнаго утолщенія спинного мозга. С о д е р ж а н і е. Клиническій примѣръ. Имѣется дѣло съ врожденнымъ заболѣваніемъ. Субъектъ родился въ состояніи асфиксіи вслѣдствіе трудности родовъ. Заболѣваніе началось съ вялаго паралича правой верхней конечности, который имѣется и теперь. Къ параличу присоединилась остановка въ развитіи конечности и мышечная атрофія. Мышечная атрофія замаскирована въ большей части чрезмѣрнымъ ожирѣніемъ.—Вазомоторныя разстройства очень выражены.—Полное отсутствіе разстройства чувствительности. Спазмотическія явленія на нижнихъ конечностяхъ. Полное отсутствіе черепно-мозговыхъ разстройствъ.—Заключеніе о настоящемъ состояніи здоровья. Д і а г н о з ъ.—Гипотеза о полиневритѣ не прочна. Съ точки зрѣнія клиническаго проявленія случай представляетъ очень большую аналогію съ дѣтской черепно-мозговой спазматической диплегіей. Этотъ діагнозъ плохо согласуется съ полнымъ отсутствіемъ энцефалическихъ проявленій.—Вѣроятное спинно-мозговое происхожденіе явленій, представляемыхъ больнымъ. Гипотеза объ аміотрофическомъ боковомъ склерозѣ можетъ быть сразу оставлена; гипотеза о дѣтскомъ спинальномъ параличѣ вполне допустима, но мало вѣроятна. Гипотеза о сирингомієліи почти не согласуется съ полнымъ отсутствіемъ разстройствъ чувствительности. Наиболѣе подходящій діагнозъ въ связи съ совокупностью явленій и ихъ развитіемъ—это кровоизліяніе въ области шейнаго утолщенія спинного мозга. Необходимы оговорки. Возможно смѣшеніе между гематомієліей и сирингомієліей. Заключение. П р е д с к а з а н і е.—Какая бы гипотеза не была принята, это не измѣняетъ дѣла въ смыслѣ предсказанія, предъ нами имѣется непоправимое пораженіе. Л е ч е н і е.—Терапія въ подобномъ случаѣ безсильна. Ожидаемые результаты отъ палліативныхъ средствъ. . 349—361

Л е к ц і я XXIII. О случаѣ наслѣдственнаго сифилиса спинного мозга. Аміотрофическая форма. С о д е р ж а н і е: Клиническій примѣръ наслѣдственнаго сифилиса спинного мозга. Она осуществляетъ собой особенно благопріятную съ этиологической точки зрѣнія

совокупность обстоятельств.—Предшествующія болѣзни семьи. Приводимый примѣръ касается дѣвочки, у матери которой головно-мозговой сифилисъ въ полномъ развитіи. Эта женщина заразилась сифилисомъ отъ отца ребенка за два года до зачатія. Отецъ умеръ отъ послѣдствій церебральнаго сифилиса. Выводъ изъ анамнестическихъ данныхъ.—Развитіе явленій. Внезапное проявленіе болѣзни параличемъ правой верхней конечности. Быстрое исхуданіе парализованной руки. Недержаніе мочи. Ребенокъ представляетъ неоспоримые признаки наслѣдственнаго сифилиса.—Гѣгчисоновскіе зубы. Описаніе атрофіи конечности; функціональныя разстройства, результаты электрическаго изслѣдованія. Что слѣдуетъ разумѣть подъ признаками наслѣдственнаго сифилиса; раннія проявленія наслѣдственнаго сифилиса. Запоздалыя проявленія.—Діагнозъ. Дѣло идетъ главнымъ образомъ о вопросѣ анатомическаго діагноза. Доводы, говорящіе противъ первичнаго заболѣванія мышцъ, противъ гипотезы невритическаго паралича, противъ гипотезы спинно-мозгового міэлиты, противъ гипотезы паралича церебральнаго происхожденія. Въ концѣ-концовъ, дѣло идетъ о спинно-мозговомъ параличѣ. Гипотеза о дѣтскомъ параличѣ маловѣроятна, но въ принципѣ допустима. Доводы, говорящіе за и противъ гипотезы о гематоміэлиі. Насколько наслѣдственный сифилисъ можетъ намъ объяснить развитіе этого спинно-мозгового паралича?—Исторія наслѣдственнаго сифилиса спинного мозга. Работы Зиммерлинга, Котса, Бѣттигера, Жиль-де-ля-Туретта. Наслѣдственный сифилисъ проявляется со стороны нервной системы тѣми же самыми пораженіями, какъ приобретенный сифилисъ у взрослыхъ. Такъ называемый эмбриональный диффузный менинго-міэлитъ; сифилитическій артеритъ и флебитъ; конечное развитіе этихъ двухъ процессовъ. Пораженіе сѣраго вещества спинного мозга, изслѣдованіе Гана. Краткое повтореніе. Заключение: въ приведенномъ примѣрѣ дѣло идетъ о брахиальной моноплегиі, развившейся подъ вліяніемъ наслѣдственнаго сифилиса.—Предсказаніе и леченіе. Предсказаніе относительно благоприятное въ силу того же сифилитическаго происхожденія паралича. Леченіе будетъ заключаться въ совмѣстномъ примѣненіи ртути, іодистаго калия и электризаціи. Есть надежда на нѣкоторое улучшеніе паралича и атрофіи. Это улучшеніе не дойдетъ до полного выздоровленія. 361—381

Лекція XXIV. *Случай сирингоміэлиі съ общей анестезіей.* Содержаніе.—Клиническій примѣръ.—Анамнестическія свѣдѣнія о семьѣ и личныхъ анамнестическихъ данныхъ. Появленіе болей; безболѣзненная ноготьда. Парезъ и атрофія верхнихъ конечностей. Распространеніе на нижнія конечности.—Разстройства со стороны мочеиспусканія и испражненія. Другіе симптомы.—Разстройства чувствительности, что понимаютъ подъ диссоцірованной анестезіей.—Въ данномъ случаѣ анестезія общая,—она одновременно и поверхностная и глубокая.—Данное состояніе; къ уже существующимъ симптомамъ присоединились симптомы септической инфекціи.—Отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ наступило вслѣдъ за повышеніемъ этихъ же самыхъ рефлексовъ. Діагнозъ.—Разстройства чувствительности таковы, что заставляютъ предполагать истерическое происхожденіе паралича.—Доводы, говорящіе противъ этой гипотезы. Явленія, особенно же анестезія, не могутъ быть отнесены ни на счетъ пораженія головного мозга, ни на счетъ хроническаго полиневрита. Слѣдовательно, надо ихъ искать между заболѣваніями спинного мозга.—Гипотеза сирингоміэлиі соотвѣтствуетъ клиническимъ проявленіямъ.—Возраженіе, вытекающее изъ свойствъ анестезіи, которая—общая, вмѣсто

того, чтобы быть диссипированной.—Это возраженіе имѣть только относительное значеніе. Примѣръ сирингоміэліи съ общей анестезіей. Общій характеръ анестезіи дѣлаетъ правдоподобнымъ участіе заднихъ столбовъ въ полостномъ процессѣ. Заключение, относящееся къ топографіи полостныхъ поражений въ данномъ случаѣ. Предсказаніе и леченіе. 382—394

Лекція XXV. *О случаѣ предполагаемой сирингоміэліи въ формѣ разсѣяннаго склероза.* Содержаніе.—Основанія, вслѣдствіе которыхъ діагнозъ болѣзней нервной системы составляетъ часто неразрѣшимую задачу. Клиническій примѣръ.—Семейныя и личныя анамнестическія свѣдѣнія.—Начало болѣзни анестезіей.—Разстройство стоянія и ходьбы.—Ожирѣніе; преждевременная старость.—Сосудо-двигательныя разстройства на лицѣ.—Геміатрофія языка.—Затрудненіе рѣчи.—Парезъ и атрофія дельтовидныхъ мышц.—Производимыя движенія сопровождаются дрожаніемъ нижнихъ конечностей.—Тугоподвижность нижнихъ конечностей; усиленіе сухожильныхъ рефлексовъ; спинно-мозговое дрожаніе.—Отличительныя черты походки.—Сколиозъ.—Разстройство чувствительности; ихъ сложность.—Заключеніе о симптоматическомъ проявленіи болѣзни.—Діагнозъ.—Свойства анестезіи позволяютъ исключить гипотезу объ истеріи.—Дѣло идетъ объ органической геміанестезіи.—Доводы, говорящіе за или противъ гипотезы сирингоміэліи.—Двигательныя разстройства.—Въ случаяхъ сирингоміэліи двигательное безспіе не всегда стоитъ въ соотвѣтствіи съ мышечной атрофіей.—Бульбарныя разстройства; они могутъ поражать всѣ органы, иннервируемые продолговатымъ мозгомъ. 395—408

Лекція XXVI. *О случаѣ предполагаемой сирингоміэліи въ формѣ разсѣяннаго склероза. (Продолженіе).* Содержаніе. Краткій очеркъ клиническаго примѣра, послужившаго предметомъ продвинутой лекціи. Обсужденіе вопроса о діагнозѣ случая.—Діагнозъ (продолженіе). Гипотеза о сирингоміэліи безспорно не можетъ быть принята.—Симптомы склероза въ формѣ бляшекъ; подобные симптомы въ случаяхъ сирингоміэліи встрѣчаются; примѣры. Сирингоміэлія по внѣшнему виду можетъ принимать обыкновенную форму склероза въ формѣ бляшекъ. Склерозъ въ формѣ бляшекъ можетъ развиваться подъ видомъ спастическаго *tabes'a*.—Симптомы спастическаго *tabes'a* могутъ занимать преобладающее мѣсто между проявленіями атипической сирингоміэліи. Клиническій примѣръ, подтвержденный вскрытіемъ.—Другой клиническій примѣръ со вскрытіемъ. Одни и тѣ же разстройства чувствительности могутъ встрѣчаться въ случаяхъ разсѣяннаго склероза и въ случаяхъ сирингоміэліи; клиническія доказательства.—Наличность геміатрофіи языка говоритъ въ пользу діагноза гематоміэліи. Выводъ изъ этихъ разсужденій. Заключение: разсматриваемый клиническій примѣръ прежде всего относится къ случаю атипической сирингоміэліи. Предсказаніе и леченіе. 408—427

Лекція XXVII. *Общее развитіе сухотки спинного мозга.* Содержаніе.—Цѣль этой лекціи. Насколько отъ врача требуется знаніе естественнаго развитія болѣзней вообще и заболѣваній нервныхъ болѣзней въ частности.—Полиморфизмъ симптоматологіи *tabes dorsalis*.—Обычное начало болѣзни.—Разъ болѣзнь началась, она назадъ больше не отступаетъ, но фазы улучшенія возможны.—Развитіе *tabes dorsalis* заключаетъ въ себѣ три періода.—Предатактическій періодъ.—Нѣкоторыя явленія почти никогда не отсутствуютъ во время этого перваго періода, между ними есть такія, которыя могутъ замѣтно преобладать надъ другими.—Атактическій періодъ.—Нарождающіеся атаксію

не всегда легко доказать.—Атаксія развивается съ различной быстротой.—Вообще, она распространяется снизу вверхъ и симметрично.—Періодъ безпомощности.—Главной причиной безпомощности признается двигательная инкоординація.—Она можетъ зависеть отчасти и отъ мышечной атрофіи.—Главные симптоматическія разновидности.—Классическая форма *tabes dorsalis* съ восходящимъ направленіемъ.—*Tabes cervicalis* съ нисходящимъ направленіемъ.—Нѣкоторые табетикі не идутъ дальше предактическаго періода; клиническіе примѣры; у другихъ табетиковъ сразу появляется двигательная инкоординація; клиническіе примѣры.—Другіе черезъ очень короткое время достигаютъ періода безпомощности; клиническіе примѣры. Специальная категорія заключаетъ въ себѣ случаи, гдѣ къ классическимъ симптомамъ *tabes dorsalis* присоединяются проявленія обыкновеннаго сифилиса нервныхъ центровъ, поддающіяся специфическому леченію.—*Tabes* съ амавротическимъ началомъ; его предсказаніе.—Табетическія явленія, наступленіе которыхъ имѣетъ серьезное прогностическое значеніе.—Признаки, по которымъ въ извѣстной мѣрѣ можно предвидѣть этотъ способъ развитія.—Вліяніе нервной наслѣдственности.—Вліяніе семейнаго предрасположенія: значеніе нѣкоторыхъ добавочныхъ симптомовъ.—Вліяніе причинъ, появившихся во время развитія *tabes'a*.—Заключеніе. 427—444

Лекція XXVIII. *Леченіе двигательной инкоординаціи при табесъ путемъ перевоспитанія мышцъ. Методъ Френкеля. Содержаніе.* Методъ леченія, о которомъ идетъ рѣчь, чисто симптоматическій; онъ направленъ противъ двигательной инкоординаціи.—Клиническіе примѣры: въ первомъ случаѣ *tabes'a* вслѣдъ за примѣненіемъ этого метода наступило почти полное исчезновеніе разстройствъ движенія и статики; разстройства чувствительности суставовъ и мышечной чувствительности пропорціально уменьшились.—Во второмъ случаѣ улучшеніе отразилось на тѣхъ же самыхъ симптомахъ, но оно было менѣ замѣтно; такъ было и въ 3-ьемъ случаѣ, гдѣ самопроизвольное улучшеніе предшествовало установленію леченія; въ четвертомъ случаѣ одни только двигательныя разстройства ослабли.—Другіе клиническіе примѣры.—Статистическіе результаты, полученные Френкелемъ, введшимъ этотъ методъ леченія. 444—454

Лекція XXIX. *Леченіе двигательной инкоординаціи при табесъ путемъ перевоспитанія мышцъ. Методъ Френкеля. (Продолженіе).* Содержаніе.—Ретроспективныя разсужденія о неизлечимости *tabes dorsalis*. Программа въ леченіи этой болѣзни.—Извѣстныя медицинскія средства противъ табетической атаксіи; преимущества и неудобства подвѣшиванія — Методъ Френкеля; техника; описаніе аппаратовъ, необходимыхъ при примѣненіи этого метода. Значеніе метода; достигнутые имъ результаты.—Показанія.—Противопоказанія.—Какимъ образомъ этотъ методъ дѣйствуетъ на исправленіе двигательной инкоординаціи. Что такое координація. Анализъ табетической инкоординаціи.—Результаты этого анализа выясняютъ намъ нѣкоторые противопоказанія при примѣненіи метода.—Теорія, по которой табетическая атаксія зависитъ отъ разстройства поверхностной и глубокой чувствительности, не имѣетъ больше достаточныхъ основаній.—Какимъ образомъ координація является функціей головного мозга.—Въ развитіи многихъ симптомовъ табеса играетъ преобладающую роль психическій элементъ; нѣкоторые табетическія анестезіи зависятъ отъ извращенія сознанія.—Онѣ не вызываютъ атаксіи, онѣ находятся вмѣстѣ съ атаксіей и зависятъ отъ той же самой причины.—То же самое сказать и про наблюдаемое у табетиковъ расслабленіе

мышцъ.—Это результаты одной и той же причины, мозговой пертурбации, совместно и улучшаются подъ вліяніемъ леченія Френкеля. 454—477

Лекція XXX. О случай перекрестной геміанэстезіи эмболическаго происхожденія. Содержаніе. Что нужно понимать подъ названіемъ *paralysis alternans*.—Главные разновидности этого рода параличей. Клиническій примѣръ.—Данныя, относящіяся къ прошлому; существованіи сердечнаго пораженія относится еще къ прецѣдущей беременности. Начало болѣзни отмѣчено двумя ударами. Потеря чувствъ въ конечностяхъ съ лѣвой стороны и въ правой половинѣ лица, затрудненіе рѣчи, опущеніе языка вѣка.—Слабый гемипарезъ справа; слѣды геміатрофіи языка слѣва.—Постоянство перекрестной геміанэстезіи; осязательная чувствительность затронута лишь въ очень слабой степени. Діагнозъ.—Существованіе *paralysis alternans* указываетъ чаще всего на bulbo- или pedunculo-protuberant'альное очаговое пораженіе.—Начало въ видѣ удара должно породить мысль о геморрагіи или объ эмболии. Эта идея согласуется съ существованіемъ сердечнаго пораженія. Истерическое происхожденіе перекрестной геміанэстезіи не допустимо: имѣется дѣло съ органической геміанэстезіей. Обзоръ топографической анатоміи Варолиева моста. Что надо разумѣть подъ чувствительнымъ ядромъ, подъ восходящей и нисходящей вѣтвью тройничнаго нерва. Очаговое пораженіе гнѣздящееся въ верхней и дорзальной области половины Варолиева моста, должно повлечь за собой перекрестную геміанэстезію.—Какимъ образомъ эта топографія можетъ объяснять другіе элементы синдрома, констатируемаго въ представленномъ примѣрѣ.—Эмболическое происхожденіе очага.—Распределеніе артерій въ Варолиевомъ мосту; эти сосуды—артеріи конечныя.—Заключеніе. Прогнозъ и леченіе.—Имѣется, вѣроятно, дѣло съ непоправимымъ пораженіемъ существованіе сердечнаго пораженія заставляетъ опасаться возможности возвратовъ.—Средства, примѣняемые противъ существующаго пораженія.—Профилактическія предписанія. 477—496

Лекція XXXI. О случай чувствительной *hemiplegia alternans* вследствие черепно-мозговой опухоли. Содержаніе.—Ретроспективный взглядъ на случай, который былъ предметомъ предшествующей лекціи; дѣло шло о примѣрѣ чувствительнаго *paralysis alternans*, осложненнаго двигательнымъ *paresis alternans*.—Возможность поставить топографическій діагнозъ въ случаяхъ такого рода.—Рѣдкость случаевъ чувствительнаго *paralysis alternans*. Новый клиническій примѣръ.—Анамнестическія данныя. Начало болѣзни припадкомъ головокруженія; ощущеніе онемѣнія въ правой сторонѣ; лѣвосторонній ptosis; перекрестная аэстезія.—Послѣдующіе припадки: паденіе на правую сторону. Быстротечная лѣвосторонняя двигательная гемиплегія. *Glycosuria*.—Настоящее состояніе: перекрестная аналгезія осложняется термической гипоанэстезіей; сохранность осязательной чувствительности и мышечнаго чувства.—Отсутствіе двигательнаго паралича, отличительныя черты походки. Постоянство лѣвосторонняго ptosis, *nystagmus transversalis*.—Вывода. Діагнозъ. Дѣло очевидно идетъ о заболѣваніи Варолиева моста.—Истерія не можетъ быть признана за причину.—Является предположеніе о простомъ, или осложненномъ очаговомъ пораженіи. а) Свойство пораженія. Внезапное начало выдвигаетъ гипотезу объ эмболии или тромбозѣ. Доводы, которые борются противъ подобной гипотезы; нѣкоторые клиническія данныя заставляютъ подозрѣвать существованіе опухоли. б) Точное мѣстонахожденіе пораженія. Оно должно занимать лѣвую половину средняго мозга; оно должно сдѣ-

ливать среднюю или верхнюю мозжечковую ножку; оно должно действовать на центр *glycosuriae*, оно должно задѣвать центр, или начальныя волокна вѣтви 3-й пары, предназначенной для п. *osolomotorigius*. Одинъ и тотъ же очагъ можетъ реализовать эти различныя условія; подтверждающія анатомическія данныя. Предсказаніе и леченіе. Всѣ предположенія говорятъ въ смыслъ неизлечимости случая. Палліативныя средства, употребляемыя въ данномъ случаѣ. Истерія и патогенезъ *hemianaeostesia alienantis*.—Экспериментальныя изслѣдованія Ляборда. Главныя клиническія примѣры чувствительнаго *paralysis alternans*. Случай, давшій поводъ къ анатомическому вскрытію. Заключение. . 496—517

Лекція XXXII. О случаѣ *paralysis alternans*, ограничивающагося лицомъ. (III, IV и VII нервныя пары). Содержаніе.—Клиническій примѣръ.—Анамнестическія данныя; двойное заключеніе, вытекающее изъ нихъ.—Наклонность къ головокруженіямъ.—Начало болѣзни двумя ударами.—Послѣ второго удара—правосторонній *ptosis*, лицевой параличъ слѣва. — Настоящее состояніе. — Справа существуетъ параличъ третьей пары (мышцы, поднимающей верхнее вѣко, внутренней, верхней и нижней прямыхъ глазныхъ мышцъ); аккомодирующая мышца участвуетъ въ этомъ параличѣ. — Съ этой же самой стороны парезъ 6-й пары. — Слева лицевой парезъ, ограничивающійся нижней вѣтвью лицевого нерва.—Другія патологическія проявленія выражаются систолическимъ шумомъ у верхушки сердца.—Резюме.—Діагнозъ.—Способъ начала болѣзни говорить за очаговое пораженіе. Пораженіе должно быть двойное: оно должно занимать область ножки и Вароліева моста.—а) Точное мѣстонахожденіе пораженія.—Сдавленіе парализованныхъ нервовъ, по сосѣдству съ мѣстомъ ихъ выхода, не можетъ объяснить даннаго синдрома.—Парализованные нервы должны быть поражены по ходу ихъ внутрь мозга; анатомическія разсужденія.—Локализанія очага, при которой можно объяснить лѣвый лицевой парезъ и параличъ 3-й пары справа.—Парезъ 6-й правой пары можно объяснить только при гипотезѣ второго очага.—б) Характеръ пораженія.—Приводимыя доказательства за или противъ гипотезы мозгового кровоизліянія или эмболии.—Внезапное начало не согласуется съ гипотезой объ опухоли.—Заключеніе.—Весьма много данныхъ говорятъ за двойное пораженіе эмболическаго происхожденія въ ножкахъ и въ Вароліевомъ мосту (въ *redunculo-protruberanti*альной области).—Предсказаніе и леченіе.—Возможно предвидѣть самопроизвольное улучшеніе болѣзни.—Слѣдуетъ опасаться возвратовъ.—Леченіе будетъ ограничиваться примѣненіемъ разсасывающихъ и отвлекающихъ средствъ и предписаніемъ нѣкоторыхъ профилактическихъ мѣръ. Историческія разсужденія.—Рѣдкость *paralysis alternans*, ограничивающагося черепными нервами.—Главныя извѣстные примѣры.—Заключеніе 517— 532

Лекція XXXIII. Опухоли головного мозга и проколъ желудочковъ. Содержаніе.—При разсужденіи во время настоящей лекціи будетъ принята двойная точка зрѣнія. Клиническій примѣръ.—Анамнестическія данныя.—Начало болѣзни разстройство походки (пошатываніе), головныя боли, рвота; по временамъ эпилептиформныя припадки. Возрастающая амбліопія.—Гематурія и альбуминурія. Симптоматологія.—Интеллектуальная отупѣлость; ослабленіе памяти.—Увеличеніе объема головы.—Частыя рвоты безъ всякихъ усилій.—Ежедневныя эпилептиформныя припадки. — Ригидность и слабость нижнихъ конечностей; спастическая походка.—Парезъ верхнихъ конечностей, болѣе выраженный справа.—Двухсторонняя атрофія зрительнаго нерва; параличъ прямой внутренней мышцы слѣва;

двухсторонній nystagmus.—Потеря обоняння.—Переважаючеся недержання мочи. Діагноз.—Навизывається гіпотеза об опухолі на основанні головного мозга въ связи съ мозжечкомъ. Совокупность проявленій говорить за эту гіпотезу.—Разсужденія о діагнозі опухолей мозжечка.—Въ данномъ случаі гіпотеза объ уреміческомъ происхожденіи явленій заслуговуєть обсужденія.—Доводы, позволяющіе исключить эту гіпотезу.—Леченіе.—Условія, при которыхъ возникаетъ мысль попытаться продѣлать специфическое леченіе. Двѣ подобнаго ода попытки были уже продѣланы безуспѣшно у даннаго больного. Оперативное вмѣшательство; смотря по случаю, оно преслѣдуетъ двѣ различныя цѣли: или оно имѣетъ въ виду радикальное излеченіе, или, какъ это было въ настоящемъ примѣрѣ, оно стремится лишь устранить увеличеніе внутри-сосудистаго давленія. Методы, примѣняемые для достиженія этого результата: поясничная пункция.—Простая трепанация.—Трепанация съ послѣдовательнымъ дренажемъ желудочковъ. Этотъ послѣдній методъ былъ примѣненъ въ представляемомъ клиническомъ примѣрѣ.—Больной умеръ; результаты вскрытія. Исторія пункции желудочковъ.—Пункция безъ предварительной трепанации у дѣтей. Пункция, сопровождаемая трепанацией.—Работы Кина, Бергманна и Ястровича. Случаи опухоли головного мозга, гдѣ примѣнялась пункция желудочковъ съ лечебною цѣлью; сравнительная оцѣнка поясничной пункции и палліативной трепанации.—Заключеніе. 533—522

Лекція XXXIV. *Системная контрактура у одной изступленной.* Содержаніе. Наблюденіе случая контрактуры ногъ въ разгибательномъ положеніи.—Діагноз.—Алкогольный невритъ, разсѣянный въ формѣ бляшекъ склерозъ, истерія.—Общія контрактуры и контрактуры системныя.—Ученіе П. Жанэ о системныхъ контрактурахъ. Навязчивая идея о распятіи въ связи съ этой контрактурой.—Теорія П. Жанэ о взаимномъ соотношеніи между контрактурой и каталепсией. 552—565

Лекція XXXV. *Психопатическія расстройства мочеиспусканія.* Содержаніе.—Актъ мочеиспусканія.—Наблюденіе случая застѣнчивости мочиться и уретрального спазма.—Діагнозъ пораженія мочевого пузыря и спинного мозга. Психологическія расстройства мочеиспусканія; абулія мочеиспусканія.—Ученіе Д. Пэдждета, Гюйона, Жюля Жанэ о затрудненномъ мочеиспусканіи и о психопатическихъ расстройствахъ мочеиспусканія.—Психологическій механизмъ этихъ случаевъ.—Теорія Жюля Жанэ.—Леченіе.—Предсказаніе, мочеиспускательная ипохондрія. 565—575

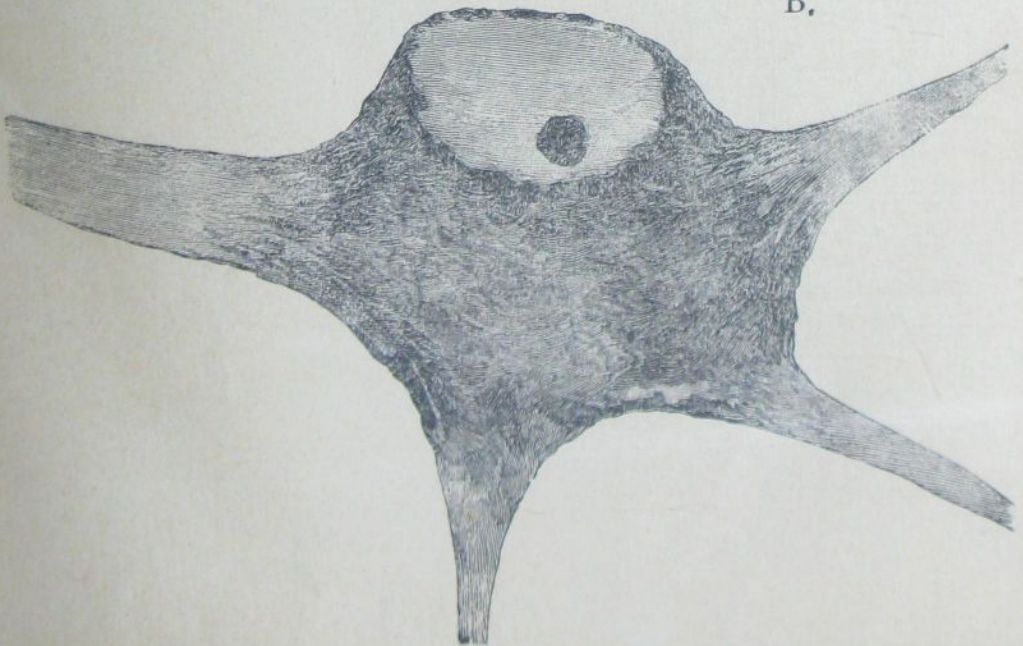
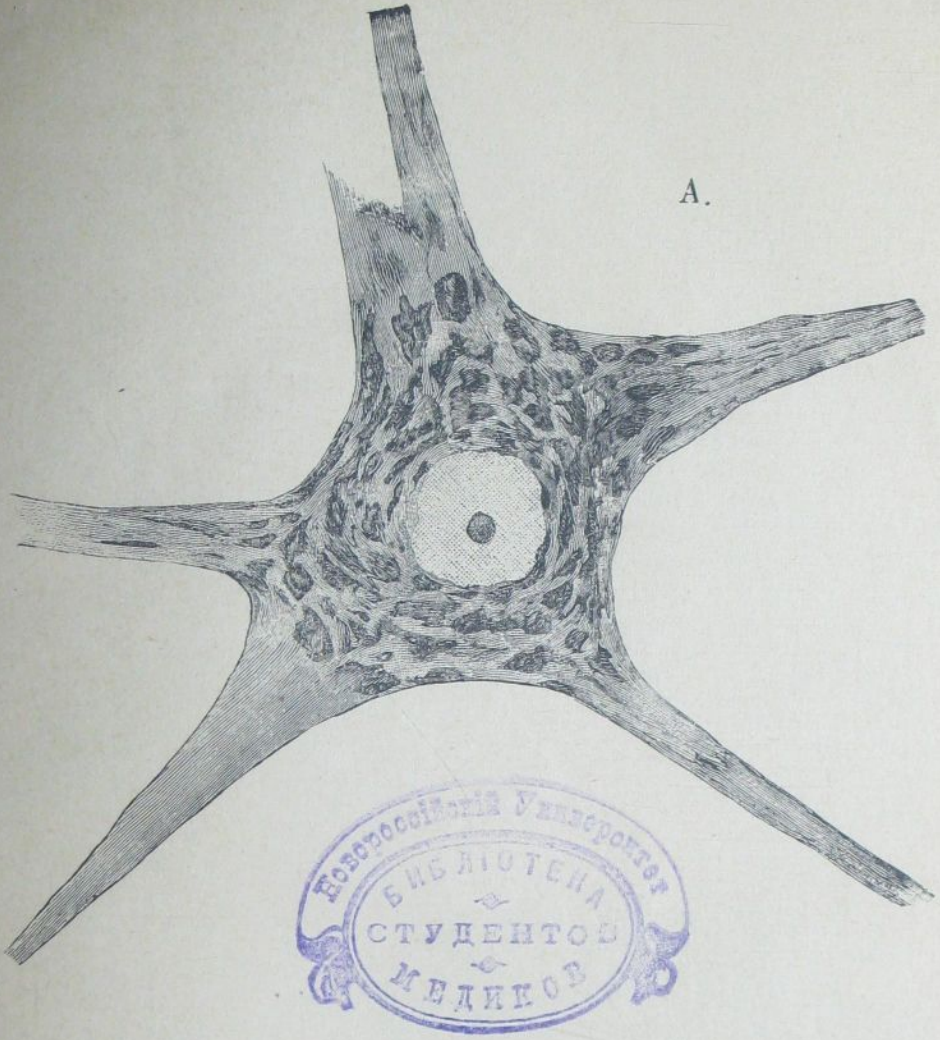


Таблица I.—А.—Нормальная нервная клетка. В.—Двигательная клетка передних рогов, измененная вследствие перерыва двигательного нерва: растворение хроматофильных элементов; отодвигание ядра къ периферии.



D.

Таблица II.—С. Двигательная нервная клетка, измененная вследствие наложения временной лигатуры на брюшную аорту. D. Нервная клетка; послѣдовательныя измѣненія въ случаѣ подвисврита.



Таблица III.—Poliomyelitis anterior acuta у взросло. Видь больного спереди и сзади.



Къ читателямъ.

Выпуская въ свѣтъ II томъ *Лекцій по нервнымъ болѣзнямъ*, читанныхъ проф. Раймондомъ въ 1895—1896 г. въ Парижѣ, въ русскомъ переводѣ д-ра П. М. Автократова, какъ «*Приложение*» къ Военно-Медицинскому Журналу» текущего 1903 г., нижеподписавшійся предвидить, что многіе читатели нашего журнала найдутъ появленіе такой книги въ скромной библіотекѣ «войскового врача» неумѣстнымъ, во-первыхъ, потому что свѣдѣнія по нервной патологіи, сообщенныя съ кафедръ 7—8 лѣтъ назадъ, въ виду быстрого прогресса медицины, нельзя же признать теперь новыми или вполне современными; во-вторыхъ, такихъ клиническихъ бесѣдъ проф. Раймонда въ оригиналѣ уже вышло, помимо подлежащей книги, еще три тома, которые не могутъ быть изданы редакціею «Военно-Медицинскаго Журнала», такъ какъ послѣдняя ставитъ себѣ задачей—снабжать военныхъ врачей книгами, представляющими интересъ для большинства подписчиковъ нашего журнала, а не для специалистовъ.—Во избѣжаніе всякихъ нареканій и письменныхъ запросовъ со стороны нашихъ строгихъ рецензентовъ, мы считаемъ нужнымъ указать читателямъ тѣ обстоятельства, которыя побудили насъ выпустить въ свѣтъ подлежащую книгу: рукопись перевода всей книги была намъ передана предшествовавшимъ редакторомъ—Тайн. Совѣт. А. И. Бѣляевымъ, при чемъ намъ было заявлено, что переводъ II-го тома лекцій проф. Раймонда былъ редакціею заказанъ и даже часть гонорара выдана авансомъ д-ру Автократову. Слѣдовательно, намъ ничего не оставалось дѣлать, какъ выполнить обязательство нашего предшественника. Что-же касается характера и сущности перевода данной книги, то это всецѣло оставлено на отвѣтственности переводчика, такъ какъ служебное положеніе и литературное имя П. М. Автократова служатъ достаточною гарантіею.

Отвѣтственный редакторъ

А. С. Тауберъ.



ПРЕДИСЛОВІЕ.

Предлежащій томъ заключаетъ въ себѣ клиническія лекціи, читанныя мной по пятницамъ, и нѣкоторыя изъ лекцій по вторникамъ, которыя я читалъ въ Сальпетріерѣ въ теченіе 1895 и 1896 годовъ. Эти лекціи изложены и обработаны такъ же, какъ и лекціи перваго тома, съ которыми онѣ тѣсно связаны. Программу, которой я слѣдовалъ и намѣренъ слѣдовать до конца, можно резюмировать въ слѣдующихъ словахъ:

Исходитъ изъ cadaго клиническаго случая съ цѣлью разсматриванія задачъ нервной патологіи такъ, какъ онѣ представляются въ дѣйствительности, указывая при этомъ, насколько часто патологическая индивидуальность больныхъ плохо согласуется съ научными описаніями болѣзней, сдѣланными на основаніи произвольнаго или скороспѣлаго синтеза.

Доискиваться разрѣшенія этихъ проблемъ при помощи, въ возможно широкой мѣрѣ, работъ другихъ ученыхъ, отнюдь, однако, не поступаясь своими личными мнѣніями.

Успѣхъ лекцій перваго тома настойчиво побуждаетъ меня держаться этого направленія.

Редактированіе этого втораго тома я поручилъ моему другу и сотруднику въ теченіе двадцати лѣтъ, д-ру Э. Риклену, который при выполненіи этой трудной задачи показалъ опытность и эрудицію, о которыхъ я считаю своимъ долгомъ заявить публично. Его преданность была безгранична, за что я его благодарю. Выражаю также мою благодарность всѣмъ, которые тѣмъ или другимъ путемъ помогали мнѣ въ моемъ преподаваніи.

F. Raymond.

Парижъ, 31 Марта 1897 года.

Клиника болѣзней нервной системы.

Лекція I.

Острый восходящій параличъ въ связи съ поліоміэлитомъ переднихъ роговъ и двигательнымъ полиневритомъ¹⁾).

Содержаніе.—Клиническое наблюденіе. Первая фаза. Въ началѣ явленія гастро-энтерита, въ концѣ 12-го дня ощущеніе мурашекъ и онѣмѣніе въ нервахъ предшествуютъ двигательному параличу въ восходящемъ направленіи.—Распространеніе паралича на всѣ четыре конечности и на часть туловища въ теченіе трехъ дней. Преходящій параличъ мышцъ, поднимающихъ и сжимающихъ апус. Чрезвычайное ускореніе пульса, нѣсколько позднѣ приступы стѣсненія въ груди, которые приводили больного въ состояніе, близкое къ асфиксіи. Острые боли, развивающіяся при давленіи на мышцы и на нервные стволы; легкая гиперестезія на оконечностяхъ.—Отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ.—Сохраненіе въ началѣ электрической реакціи, позднѣ реакція перерожденія.—Сходство клинической картины съ картиной паралича Ландри; спустя 10 дней ничто больше не говорило за этотъ діагнозъ вслѣдствіе происшедшихъ измѣненій въ клиническихъ явленіяхъ. Вторая фаза.—Дыхательныя разстройства утихаютъ; дыхательный параличъ на пути къ улучшенію.—Парализованныя мышцы поражены атрофіей en masse.—Сохраненіе R. D.—Давленіе на мышцы и на нервные стволы, особенно въ точкахъ выхода ихъ, продолжаетъ быть очень болѣзненнымъ; признакъ Лазега. Діагнозъ.—Основанія, по которымъ нужно было исключить гипотезу объ остромъ міэлитѣ,—о трихинозѣ,—объ остромъ центральномъ міэлитѣ переднихъ роговъ спинного мозга.—Сходство клиническихъ проявленій случая съ проявленіями подострого юношескаго спинального паралича, дифференціальныя отличія.—Еще большее сходство съ полиневритомъ въ формѣ poliomyelitis anterior; краткое описаніе этой формы полиневрита. Заключение.—Если придерживаться терминологіи и классификаціи, употребляемой въ дидактическихъ руководствахъ, кажется, наиболѣе будетъ справедливымъ діагнозъ инфекціоннаго полиневрита въ формѣ poliomyelitis anterior. Изслѣдованія относительно специфичности натуры инфекціоннаго агента закончены. Предсказаніе относительно благопріятное. Выздоровленіе подтвердитъ точность сдѣланнаго діагноза.—Опасность возврата. Леченіе.—Причинное показаніе; антисептика кишечника и режимъ,—медицинскія средства противъ угрожающихъ симптомовъ.—Врачебныя средства, назначаемыя съ цѣлью способствовать возстановленію тканей.—Профилактика.

I. Клиническая часть.

Мм. Гг!. стоящему предъ вами больному, 41 годъ, его предшествующая исторія не представляетъ ничего поучительнаго. Отецъ его, пользовавшійся обыкновенно хорошимъ здоровьемъ, умеръ 64 лѣтъ; мать его, которой те-

¹⁾ Лекція 19 Ноября 1896 г.

перь 68 лѣтъ, жива еще; она по ночамъ страдаетъ болѣзненными судорогами въ бедрахъ и икрахъ, въ остальномъ же здорова. Братья и сестры больного по временамъ страдаютъ желудочными болями и диспепсией. Одна изъ сестеръ тучна.

Изъ разсказа больного о своемъ прошломъ мы узнали слѣдующее:

До 10-лѣтняго возраста онъ былъ здоровъ, затѣмъ у него стали появляться довольно часто обмороки. 14 лѣтъ онъ поступилъ на мѣсто въ кафѣ въ качествѣ мальчика; никогда, какъ говоритъ больной, онъ не предавался хотя бы умѣренному злоупотребленію спиртными напитками. Тотчасъ послѣ принятой передъ сномъ холодной ванны онъ почувствовалъ во время ночи общую тяжесть. На слѣдующій день онъ не въ состояніи былъ подняться, при этомъ испытывалъ довольно острую боль въ сѣдалищномъ нервѣ, распространяющуюся на правое бедро и голень. Въ слѣдующіе дни эта боль сѣдалищнаго нерва ухудшилась. Больной возвратился къ своимъ родителямъ. Ему положили нарывной пластырь. На слѣдующее утро онъ проснулся вслѣдствіе жестокой боли во всей правой половинѣ тѣла. Больной не могъ двигать ни правой рукой, ни правой ногой. Правда, приступъ болей продолжался только всего нѣсколько минутъ, но черезъ часъ этотъ приступъ возобновился.

Въ это время у больного бывали припадки естественнаго снохожденія; на эту подробность я считаю нужнымъ обратить ваше вниманіе. Безпричиннаго снохожденія не бываетъ; сомнамбулизмъ представляетъ собой неоспоримый признакъ невропатической наслѣдственности.

Въ такомъ положеніи больной оставался у своихъ родителей въ теченіе двухъ лѣтъ, съ трудомъ пользуясь своими правыми конечностями, которыя были полупарализованы. Уже въ это время у него наблюдались желудочныя расстройства съ утренними рвотами,—я повторяю снова, что онъ никогда не злоупотреблялъ, хотя бы умѣренно, алкоголемъ.

Въ 16 лѣтъ больной поступаетъ въ конюшенныя мальчики, гдѣ остается до 21 года, до поступленія въ военную службу. Периодически онъ болѣлъ воспаленіемъ кишекъ, которое вынуждало его дней на восемь ложиться въ постель. Военную службу онъ отбывалъ въ кавалеріи; за этотъ періодъ своей жизни онъ чувствовалъ себя хорошо; сифилисомъ не страдалъ. Женился 27 лѣтъ. Его жена родила трехъ дѣтей, кромѣ того, было два выкидыша. Одинъ изъ этихъ трехъ дѣтей, родившійся въ срокъ, умеръ на шестой недѣлѣ отъ воспаленія мозговыхъ оболочекъ; другой умеръ шестимѣсячнымъ отъ холеры; третій, которому теперь шесть лѣтъ, вполне здоровъ.

Впродолженіе 11-лѣтней службы въ одномъ изъ большихъ магазиновъ въ качествѣ кучера больной велъ воздержный образъ жизни,—долгое время онъ пилъ лишь сидръ по причинѣ плохого состоянія своего желудка. Потомъ онъ сталъ по временамъ пить вино, но каждый разъ послѣ этого у него появлялись боли въ желудкѣ и по утрамъ было обильное отдѣленіе мокроты.

Теперь я перехожу къ началу его болѣзни. 14-го Октября этого года у больного вслѣдствіе простуды появляется острое разстройство желудка, его прослабило. Въ теченіе послѣдующихъ 9 дней у больного былъ сильный, истощившій его, поносъ; его слабило до 15 разъ въ сутки. Врачъ, къ которому онъ обратился за совѣтомъ, руководствуясь принципомъ *similia similibus curantur*, прописалъ еще слабительное. Послѣ этого поносъ продолжался еще три дня. Несмотря на все это, больной — очень выносливый человѣкъ, продолжалъ выходить изъ дому и вести свои занятія. У него въ это время ноги были настолько слабы, что его нужно было подсаживать на козлы. Помимо этого у него появлялось головокруженіе; предъ глазами летали огненные искры; онъ жаловался также на потемнѣніе зрѣнія.

26-го Октября онъ вынужденъ былъ слечь въ постель, настолько усилилась его слабость. На слѣдующій день руки и ноги были парализованы, температура была повышена до 40°.

Немного спустя параличъ распространился и на заднія мышцы обонхъ бедеръ. Больной сталъ испытывать ощущеніе мурашекъ въ оконечностяхъ членовъ. Уже въ это время у него было разстройство акта дефекаціи, хотя онъ былъ еще въ состояніи сокращать свои брюшныя мышцы и вызывать начало изверженія фекальныхъ массъ, но чтобы закончить испраженіе больной долженъ былъ прибѣгать къ помощи пальцевъ, которыми онъ и извлекалъ каловыя массы, если послѣднія находились при выходѣ изъ задняго прохода. Словомъ, мышца поднимающая и сжимающая задній приходъ больше не функціонировала.

Предъ поступленіемъ больного въ госпиталь, что было 29-го Октября, болѣзненному процессу подверглись и верхнія конечности. Вначалѣ параличемъ были охвачены кисти рукъ, затѣмъ плечи и, наконецъ, предплечья.

29-го Октября, во время принятія этого больного въ наше отдѣленіе, нижнія конечности его были совершенно парализованы. На верхнихъ конечностяхъ мышцы предплечья еще функціонировали. Но начиная съ 1-го Ноября, верхнія конечности были почти совершенно парализованы; больной могъ лишь выполнять нѣкоторыя легкія колебательныя движенія плечемъ взадъ и впередъ. Помимо того, параличъ распространился и на мышцы грудной клѣтки. Общее состояніе его было довольно удовлетворительно.

6-го Ноября больной былъ подвергнутъ тщательному и подробному изслѣдованію; состояніе его въ это время было слѣдующее:

Когда приближались къ постели больного, первое, что бросалось въ глаза, это—затрудненіе дыханія. Дыханіе было короткое, прерывистое; рѣчь медленная, короткая, прерывающаяся, больной между двумя послѣдовательными слогами дѣлалъ паузу. Вмѣстѣ съ тѣмъ лицо было синеватое, ціанотическое.

Раскрывая больного, можно было констатировать, что грудная клѣтка—шаро-

видна, выпукла, что дыханіе производилось почти исключительно грудными мышцами. Въ затылкѣ ригидности не было, изслѣдованія грудныхъ органовъ при этомъ не обнаружило ничего, что могло-бы объяснить такое состояніе асфиксіи. Температура была нормальна. Пульсъ отъ 120—130 ударовъ въ минуту. Рѣчь не обнаруживала никакого психического расстройства. Не было также никакого паралитическаго расстройства ни со стороны мышцъ лицъ, ни со стороны языка, но наблюдалось лишь небольшое затрудненіе при глотаніи и произношеніи словъ; помимо того, лѣвый зрачекъ былъ немного шире праваго.

Продолжая осмотръ туловища и конечностей, мы замѣтили сначала существованіе весьма многочисленныхъ голубыхъ и красныхъ прозрачныхъ пузырьковъ, которые до извѣстной степени указывали на инефекціонное состояніе; кстати обращу здѣсь ваше вниманіе на то, что во время прибытія больного въ отдѣленіе, завѣдывающій этимъ отдѣленіемъ—Жанъ Шарко—задавался вопросомъ, не было-ли тутъ какой-либо острой инфекціонной болѣзни.

Нижнія конечности были охвачены общимъ вялымъ параличемъ; сухожильные рефлексы отсутствовали; не было также и кожныхъ рефлексовъ. Въмѣстѣ съ тѣмъ никакихъ слѣдовъ мышечной атрофіи не было констатировано, не было также и кожныхъ трофическихъ расстройствъ; при прикосновеніи лѣвая голень и колѣно оказывались болѣе холодными, чѣмъ другія поверхностныя части тѣла.

На туловищѣ подвижность была сохранена еще въ большихъ грудныхъ мышцахъ; чтобы вызвать сокращеніе этихъ мышцъ, больному необходимо было своими верхними конечностями произвести легкое движеніе вращенія внутрь. Діафрагма функционировала правильно.

Что касается верхнихъ конечностей, то кисти рукъ были почти совершенно парализованы: больной могъ лишь производить движенія сгибанія и разгибанія, онъ могъ также еще выполнять нѣкоторыя слабыя сокращенія своими мышцами предплечья; супинація была почти совершенно уничтожена; пронація была лучше сохранена. Движенія предплечья впередъ, назадъ и боковыя были совершенно уничтожены, больной могъ лишь производить легкія вращательныя движенія внутрь, о которыхъ я вамъ только что говорилъ, и это дѣлалъ онъ путемъ сокращенія большой грудной мышцы. Чувствительность на нижнихъ конечностяхъ, начиная съ колѣнъ до стопъ, а въ верхнихъ конечностяхъ, начиная съ плечевого прикрѣпленія дельтовидной мышцы вплоть до ручныхъ кистей, была слегка притуплена. Произвольныхъ болей больной не испытывалъ, но давленіе на мышцы икръ, бедра и предплечья, особенно въ точкахъ выхода главныхъ нервныхъ стволовъ, вызывало довольно острые боли.

Въ это же самое время, 8-го Ноября, произведенное Гюэ электрическое изслѣдованіе дало результаты, которые я резюмирую въ слѣдующихъ словахъ: въ верхнихъ конечностяхъ не было и слѣда реакціи перерожденія. Фарадическая и гальваническая возбудимость была хорошо сохранена. Въ нижнихъ конечно-

стях реакція сокращенія мышцъ, въ смыслѣ широты, была ослаблена и эти сокращенія происходили медленно. Въ собственномъ разгибатель большаго пальца на ногѣ и въ общемъ разгибатель ножныхъ пальцевъ сокращенія происходили крайне вяло, именно въ этой послѣдней мышцѣ КЗС былъ $=$, или даже $<$ АЗС. Этотъ результатъ можетъ быть разсматриваемъ, какъ первое проявленіе реакціи перерожденія.

Запоръ продолжался: при мочеиспусканіи больной испытывалъ затрудненіе, зависящее отъ паралича брюшныхъ мышцъ.

Таково было состояніе больного около 6-го Ноября. Въ послѣдующіе дни параличъ еще усилился. Въ ночь съ 8-го на 9-е Ноября было нѣсколько приступовъ удушья, одинъ такой же приступъ повторился еще въ теченіи слѣдующаго дня. Въ тотъ же день, 10-го Ноября, было кромѣ того непроизвольное испражненіе. 11-го Ноября у больного въ первый разъ появилось ощущеніе сдавленія грудной клѣтки въ области грудныхъ сосковъ. 16-го Ноября припадки удушья возобновились съ большей силой, чѣмъ прежде. Частота пульса достигла до 160 ударовъ въ 1', но безъ возвышенія температуры, въ это время у больного лихорадки не было. Было время, когда думали, что онъ погибнетъ отъ усиливающейся асфиксіи. Въ слѣдующую ночь у него было еще 4 или 5 приступовъ удушья.

Начиная съ 18-го Ноября дыханіе сдѣлалось болѣе спокойнымъ. Пульсъ постепенно упалъ до 100 и 90 ударовъ въ 1'. Улучшеніе вырисовывалось весьма яснымъ образомъ.

Сегодня, 29-го Ноября, состояніе больного до извѣстной степени иное, чѣмъ оно было 6-го Ноября. Прежде всего вы можете констатировать, что отъ прежняго удушья остались лишь слѣды; дыханіе больного почти нормальное. При осмотрѣ его тѣла вы еще замѣчаете присутствіе пузырчатой сыпи. Со стороны шеи не наблюдается ничего необычайнаго. Осмотръ лица обнаруживаетъ нѣкоторую асимметрію, которая даетъ поводъ думать о существованіи паралича лицевого нерва, хотя больной утверждаетъ, что у него всегда была эта легкая асимметрія въ лицѣ. Лѣвый зрачекъ все еще болѣе расширенъ, чѣмъ правый. Говорить теперь больной съ большей легкостью.

Въ нижнихъ конечностяхъ упорствуетъ состояніе почти полнаго, вялаго паралича, однако больной въ состояніи выполнять нѣкоторыя произвольныя движенія вторымъ пальцемъ на каждой ногѣ. Когда его заставляютъ двигать ногой, онъ производитъ легкое перемѣщеніе нижней конечностью, достигая этого путемъ сокращенія всей массы крестцово-поясничныхъ мышцъ. Отсутствіе сухожильныхъ и кожныхъ рефлексовъ на нижнихъ и на верхнихъ конечностяхъ продолжается.

Разстройство объективной чувствительности нѣтъ, расстройства субъективной чувствительности выражаются болями, вызываемыми давленіемъ на мышцы и на

нервные стволы. Замѣтите, что эти боли особенно сильны въ то время, когда я поднимаю нижнюю конечность, держа голень въ положеніи разгибанія по отношенію къ бедру. Это зависитъ отъ того, что при этихъ условіяхъ сѣдалищный нервъ подвергается настоящему вытяженію. Этотъ приѣмъ, употребляемый для обнаруженія болей, вызываемыхъ растяженіемъ сѣдалищнаго нерва, извѣстенъ, какъ вы знаете, подъ именемъ признака Лазега. Вы видите, какъ этотъ признакъ выраженъ у нашего больного и насколько страданія больного слабы, когда ему поднимаютъ нижнюю конечность, удерживая голень по отношенію къ бедру въ согнутомъ положеніи. Эта подробность, на которую я обращаю ваше вниманіе имѣетъ извѣстное значеніе съ діагностической точки зрѣнія.

Въ верхнихъ конечностяхъ параличъ продолжаетъ быть также почти полнымъ. Тѣмъ не менѣе наблюдается возстановленіе произвольныхъ движеній въ разгибателяхъ ручныхъ кистей въ томъ отношеніи, что разгибаніе запястья становится въ незначительной степени возможнымъ. Боковыя движенія запястья возможны лишь при перемѣщеніи всей верхней конечности. Больной можетъ также выполнять незначительныя движенія сгибанія и разгибанія большого пальца и очень слабыя движенія раздвиганія пальцевъ. Наконецъ, при помощи плечевыхъ, а главнымъ образомъ грудныхъ мышцъ онъ можетъ производить движеніе цѣлой рукой. Итакъ, параличъ верхнихъ конечностей находится на пути къ улучшенію; то же самое, но въ меньшей степени, можно оказать и про параличъ нижнихъ конечностей. Но если функціональное состояніе мышцъ находится на пути къ улучшенію, то состояніе питанія ихъ далеко не таково.

Теперь наблюдается мышечная атрофія en masse, которая охватываетъ голени, бедра, кисти рукъ, плечъ. Вы видите, до какой степени уменьшились въ объемѣ мышцы икръ и бедеръ у нашего больного. Тутъ мы имѣемъ дѣло съ общимъ мышечнымъ исхуданіемъ, съ необычнымъ исхуданіемъ. Вы видите, какія глубокія впадины образуютъ на кистяхъ рукъ межкостныя пространства и какъ атрофированы возвышенія thenaris; отъ мышцъ плеча не осталось больше ничего.

Вмѣстѣ съ этимъ электрическое изслѣдованіе доставляетъ намъ данныя, которыя, въ общемъ, имѣютъ первостепенную важность. На верхнихъ конечностяхъ реакція перерожденія въ настоящее время ясно выражается вялостью сокращенія и полюснымъ извращеніемъ $K3C = A3C$. Такая электрическая реакція наблюдается во всѣхъ сегментахъ верхнихъ конечностей: въ плечевомъ поясѣ, плечѣ, въ предплечьи, въ кистяхъ рукъ. Количественно гальваническая возбудимость хорошо сохранена, скорѣе даже повышена, какъ это обыкновенно наблюдается въ начальной фазѣ реакціи перерожденія. Въ нижнихъ конечностяхъ реакція перерожденія уже достигла фазы, болѣе подвинувшейся впередъ: дѣйствительно, гальваническая возбудимость крайне ослаблена, иногда $K3C < A3C$, но часто $K3C$ продолжаетъ немного преобладать надъ $A3C$. Но это при наличіи вялости

мышечныхъ сокращеній, указывающихъ извѣстнымъ образомъ на присутствіе реакціи перерожденія въ нижнихъ конечностяхъ, не имѣетъ существеннаго значенія. На лицѣ электрическая реакція нормальна.

Если я теперь добавлю, что нѣтъ ни двигательныхъ, ни чувствительныхъ расстройствъ со стороны зѣва и глотки и что также не обнаружено болѣе при постукиваніи позвоночнаго столба, то вы будете должнымъ образомъ ознакомлены съ настоящимъ состояніемъ нашего больного.

Я сказалъ, господа, что это настоящее состояніе больного надо сравнить съ тѣмъ, какое у него было 6-го Ноября. Спѣшу объяснить по этому поводу.

Передъ нами больной, который въ послѣднихъ числахъ Октября послѣ катарра желудка и обильнаго поноса, продолжавшагося 12 дней, сталъ испытывать ощущеніе мурашекъ и онѣмѣніе въ стопахъ ногъ. Слабость ногъ, которая была до сихъ поръ рѣзко выражена, переходитъ въ параличъ въ полномъ значеніи этого слова. Прежде всего парализуются стопы, потомъ голени, а затѣмъ заднія мышцы бедра. Прежде чѣмъ параличемъ были охвачены цѣликомъ нижнія конечности, этотъ параличъ начинаетъ захватывать и верхнія конечности, распространяясь видимо въ томъ же самомъ порядкѣ, т. е. идя отъ периферіи къ центру, но собственно говоря, не непрерывно. Отъ кистей рукъ параличъ перебрасывается на мышцы плеча и на самое плечо, и только къ концу распространяется на предплечье. Почти въ то же самое время парализуется туловище. Съ самаго начала оказываются также парализованными мышцы, поднимающія и сжимающія задній проходъ. Короче, черезъ три почти дня всѣ четыре конечности оказались уже вполне парализованными, тогда какъ на туловищѣ діафрагма, грудныя мышцы и отчасти крестцово-поясничныя были пощажены.

Не были впрочемъ охвачены параличемъ ни мышцы шеи, ни тѣ изъ мышцъ лица и конечностей, которыя снабжаются черепными нервами; самое большое, что движенія языка были немного затруднены. Чрезмѣрное ускореніе пульса безъ соответствующаго повышенія температуры могло быть истолковано въ смыслѣ паралича *n. pneumogastrici*. Спустя нѣсколько дней, когда больной былъ подвергнутъ тщательному изслѣдованію въ моемъ отдѣленіи, его состояніе въ своихъ существенныхъ чертахъ осталось безъ измѣненія; можно было лишь констатировать ухудшеніе двигательнаго паралича, отсутствіе мышечной атрофіи, малозначительныя расстройства чувствительности (которыя выражались болями, вызываемыми давленіемъ на мышцы и нервы, и небольшой гипѣстезіей). Отсутствіе весьма ясныхъ измѣненій электрической реакціи и, во всякомъ случаѣ, сохраненіе ея. Наконецъ, менѣе, чѣмъ черезъ два дня, у больного появились припадки удушья, и 16-го Ноября картина болѣзни представлялась такой, какую я вамъ только что описалъ: у больного были почти непрерывныя припадки удушья, онъ былъ въ асфиксіи и на пути къ гибели.

Откройте любое руководство по нервной патологии, прочитайте описание, посвященное острому восходящему параличу Ландри и вы скоро согласитесь съ тѣмъ, что эти описанія во всемъ соотвѣтствуютъ характеру и развитію явленій, представляемыхъ нашимъ больнымъ до того періода, о которомъ я вамъ говорю. Конечно, если больной умеръ-бы въ одномъ изъ приступовъ асфиксіи 16-го Ноября, клиническій діагнозъ былъ-бы «острый восходящій параличъ»; діагнозъ этотъ совершенно не касается вопроса о натурѣ и о мѣстонахожденіи пораженій, соотвѣтствующихъ этому двигательному восходящему параличу.

Спустя 10 дней этотъ діагнозъ утратилъ свое значеніе. Въ клиническомъ теченіи даннаго случая произошли измѣненія, которыя въ глазахъ образованнаго наблюдателя имѣли важное значеніе. Двигательный параличъ, особенно въ верхнихъ конечностяхъ, а также и со стороны дыхательнаго мышечнаго аппарата, сталъ на пути къ улучшенію; безъ сомнѣнія, то же наблюдается и при болѣзни Ландри. Но въ конечностяхъ парализованныя мышцы были атрофированы, атрофія была массовая, что вы могли сами констатировать. Электрическое изслѣдованіе обнаружило наличность реакціи перерожденія въ начальной стадіи въ верхнихъ конечностяхъ и въ болѣе подвинувшейся впередъ стадіи въ нижнихъ конечностяхъ. Помимо того, въ то время, какъ боли, развивающіяся при давленіи на мышцы, оставались безъ перемѣны, давленіе на нервные стволы въ ихъ мѣстѣ отхожденія сдѣлалось особенно болѣзненнымъ; то же самое можно сказать и про вытяженіе сѣдалищнаго нерва, производимое путемъ выпрямленія нижней конечности, удерживаемой въ положеніи разгибанія. Короче, мы теперь имѣемъ такой синдромъ, который заставляетъ насъ діагностицировать или острый *poliomyelitis anterior*, или множественный невритъ въ формѣ *poliomyelitis anterior*. Этотъ вопросъ мнѣ и остается обсудить.

Діагнозъ. — При обсужденіи характера начала заболѣванія и развитія болѣзненныхъ явленій, представляемыхъ нашимъ больнымъ, и его настоящаго состоянія, можно сразу изъ числа гипотезъ, вызываемыхъ этимъ случаемъ, исключить хроническія заболѣванія спинного мозга, въ теченіи которыхъ, обыкновенно или какъ исключеніе, наблюдается сочетаніе двигательнаго паралича и мышечной атрофіи, а именно: сингеміалію, амиотрофическій боковой склерозъ, склерозъ *en plaques*. Можно также исключить истерію, свойства которой совершенно иныя, равно какъ и заболѣванія продолговатаго мозга и Вароліева моста, которыя прежде всего проявляются черепно-мозговыми симптомами.

Остаются, такимъ образомъ, острые заболѣванія, локализующіяся въ мышцахъ, или въ периферическихъ нервахъ, или въ спинномъ мозгу.

а) Въ ряду острыхъ мышечныхъ заболѣваній, при которыхъ могутъ развиваться явленія, болѣе или менѣе напоминающія явленія, наблюдаемые у на-

шего больного, я могу лишь назвать двѣ болѣзни: острый полимиозитъ и трихинозъ. Мнѣ легко убѣдить васъ, что ни объ одной изъ этихъ двухъ болѣзней у субъекта, находящагося предъ вами, не можетъ быть и рѣчи.

Дѣйствительно, подъ именемъ остраго полимиозита описываютъ общее лихорадочное заболѣваніе, происхожденія ясно инфекціоннаго или токсическаго, которое поражаетъ большую часть мышцъ скелета. Правда, эти мышцы крайне болѣзненны, что наблюдается и въ случаѣ нашего больного, но кромѣ того пораженные мышцы набухаютъ; это набуханіе сопровождается патологическими измѣненіями со стороны покрововъ: отекомъ, сыпями и потомъ. Сверхъ того, боли въ силу своей жестокости могутъ положительно вызвать болѣе или менѣе полное функціональное мышечное безсиліе, но никогда не бываетъ того, что собственно называется параличемъ. Мышечной атрофіи также не наблюдается. Боли ограничиваются мышцами; нервные стволы при давленіи не болѣзненны. Такимъ образомъ, вы видите, что клиническая картина остраго полимиозита рѣзко отличается отъ той, какую мы наблюдаемъ у нашего больного.

При трихинозѣ можно наблюдать въ извѣстный моментъ мышечныя боли, функціональную импотенцію, трофическія разстройства, сопровождаемыя признаками реакціи перерожденія, и отсутствіе кожныхъ рефлексовъ (Эйзенлоръ). Но развитіе явленій здѣсь совсѣмъ иное, чѣмъ у нашего больного: послѣ періода, часто очень продолжительнаго, желудочно-кишечныхъ разстройствъ, выражающихся рвотой и поносомъ, мышцы набухаютъ, становятся твердыми, какъ дерево, и дѣлаются болѣзненными при давленіи. Этимъ измѣненіямъ подвергаются преимущественно разгибатели, вслѣдствіе чего конечности находятся въ фиксированномъ полусогнутомъ положеніи. Ничего подобнаго не наблюдалось у нашего больного, который не представляетъ также и другихъ обычныхъ явленій трихиноза, а именно: отека лицъ и вѣкъ.

б) Я перехожу къ острымъ заболѣваніямъ спиннаго мозга, которыя въ юношескомъ возрастѣ могутъ проявляться одновременно съ двигательнымъ параличемъ и мышечной атрофіей. Изъ числа такихъ заболѣваній я укажу вамъ острый центральный міэлитъ, распространяющійся разлитой міэлитъ, острый юношескій *poliomyelitis anterior* и подострый *poliomyelitis anterior*.

Что касается, во-первыхъ, остраго центральнаго міэлита и распространяющагося разлитого міэлита, то я вамъ замѣчу, что при этихъ разновидностяхъ міэлита начало заболѣванія чаще всего наступаетъ незамѣтно, выражаясь болями въ позвоночникѣ съ иррадирующими болевыми ощущеніями въ конечностяхъ. Параличъ не идетъ восходящимъ путемъ, какъ это мы отмѣтили у нашего больного. Кожные рефлексы усилены. Параличъ сфинктеровъ наблюдается постоянно; то же самое можно сказать и про пролежни. Мышечная атрофія можетъ иногда отсутствовать, и въ другихъ случаяхъ она бываетъ общей. Почти всегда

наблюдается отчетное состояніе парализованныхъ конечностей. Здѣсь группировка и развитіе явленій также разнятся отъ того, что есть у нашего больного.

Подъ именемъ *poliomyelitis anterior*, острого или подострого юношескаго *paralysis spinalis anterior* описываютъ заболѣваніе, характеризующееся двигательнымъ параличемъ, который въ нѣсколько часовъ можетъ достигнуть своего высшаго развитія, вызывая полное функціональное безсиліе одной или нѣсколькихъ конечностей, иногда всѣхъ четырехъ конечностей и части туловища. На эту подробность, что параличъ сразу достигаетъ своей наибольшей силы и напряженія, я обращаю особое вниманіе. Оставаясь въ такомъ состояніи въ теченіи извѣстнаго промежутка времени, который колеблется отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль, параличъ отступаетъ назадъ. Доходитъ дѣло до того, что въ нѣкоторыхъ областяхъ онъ исчезаетъ совершенно, между тѣмъ, какъ въ другихъ параличъ продолжаетъ упорно держаться, и тамъ сопровождается массовой атрофіей парализованныхъ мышцъ. Со времени изслѣдованія Дюшеннѣна мы, начиная съ 6-го или 7-го дня отъ начала болѣзни, можемъ предсказать, къ какимъ мышцамъ возвратится ихъ нормальная функція и какія изъ нихъ обречены на болѣе или менѣе полное исчезновеніе. На атрофію, почти непоправимую, обречены тѣ мышцы, фарадическая сокращаемость которыхъ послѣ нѣсколькихъ дней отъ начала болѣзни исчезла. Кстати сказать, я настойчиво указывалъ на то, что электрическая реакція, а именно фарадическая возбудимость у нашего больного въ теченіи первой фазы его болѣзни, относительно продолжительной, была сохранена. Я вамъ сказалъ достаточно о клиническихъ признакахъ юношескаго острого *paralysis spinalis anterioris*, чтобы убѣдить васъ, что эти признаки не соотвѣтствуютъ тѣмъ, которые мы наблюдали у нашего больного.

Что касается подострого юношескаго *paralysis spinalis anterioris*, достаточно прочесть описаніе, сдѣланное Дюшеннѣмъ о восходящей формѣ этой разновидности *poliomyelitis anterioris*—единственной формѣ, о которой при настоящихъ условіяхъ можетъ быть рѣчь—чтобы убѣдиться, что она представляетъ большое сходство съ заболѣваніемъ, наблюдаемымъ у нашего больного; онъ однако отличается болѣе медленнымъ развитіемъ и нѣкоторыми чертами, на которыхъ я сейчасъ остановлюсь.

По описанію Дюшеннѣна восходящая форма подострого *paralysis spinalis anterioris* начинается слабостью одной или обѣихъ нижнихъ конечностей; въ послѣднемъ случаѣ слабость одной конечности преобладаетъ. Этотъ парезъ начинается съ мышцъ, сгибающихъ стопу по направленію къ голени; впослѣдствіи этотъ парезъ распространяется на разгибателей бедра и голени. Когда парезъ достигаетъ этой степени напряженія, то онъ причиняетъ значительное затрудненіе при движеніи вслѣдствіе испытываемой больными невозможности передвигать стопы ногъ впередъ и поднимать ихъ.

Прогрессивное теченіе паралича продолжается, но ходьба и стояніе на ногахъ становится невозможными и въ концѣ концовъ всѣ отдѣльныя движенія нижнихъ конечностей уничтожаются. Въ то время, какъ происходитъ это прогрессивное ослабленіе нижнихъ конечностей, мышцы утрачиваютъ свою фарадическую возбудимость; доказано теперь, что въ этихъ мышцахъ, больше еще того, наблюдается реакція перерожденія. Параличъ остается въ такомъ положеніи, ограничиваясь, слѣдовательно, только нижними конечностями, болѣе или менѣе продолжительное время, а затѣмъ распространяется и на верхнія конечности. Проходятъ недѣли, а иногда и мѣсяцы прежде, чѣмъ произойдетъ это распространеніе; но разъ параличъ перешелъ на верхнія конечности, то онъ идетъ въ томъ же центростремительномъ порядкѣ, какъ и на нижнихъ конечностяхъ. Въ концѣ концовъ параличъ охватываетъ мышцы туловища и мышцы лица. Кромѣ того парализованныя мышцы скоро подвергаются атрофіи, эта атрофія происходитъ en masse.

Безполезно останавливаться на томъ, что при подостромъ paralysis spinalis anterior медленность развитія значительно больше, чѣмъ въ интересующемъ насъ случаѣ. Но другіе отличительные признаки заслуживаютъ быть выдѣленными. Такъ у нашего больного атрофія стала проявляться только тогда, когда параличъ, съ своей стороны, началъ улучшаться. Нашъ больной представлялъ разстройства функцій мочевого пузыря и кишекъ,—признаки, которые при болѣзни, описанной Дюшенемъ, всегда отсутствуютъ. То же самое можно сказать и про миалгію, которая была такъ рѣзко выражена у нашего больного, и про боли, появляющіяся у него при давленіи на нервные стволы вблизи точекъ ихъ выхода, или при вытяженіи сѣдалищнаго нерва. Этотъ послѣдній признакъ сильно говоритъ въ пользу гипотезы заболѣванія периферическихъ нервовъ, въ пользу множественнаго неврита. Такимъ образомъ, я вынужденъ рассмотреть значеніе этой послѣдней гипотезы.

б) Острыя заболѣванія периферическихъ нервовъ; множественные невриты.—Съ тѣхъ поръ, какъ 15 лѣтъ тому назадъ ученіе о периферическихъ множественныхъ невритахъ, о полиневритахъ, приобрѣло такое значеніе, на которое я безпрестанно обращаю ваше вниманіе, отличаютъ различныя клиническія формы этого заболѣванія. Одна изъ нихъ стала извѣстна подъ именемъ множественнаго неврита въ формѣ poliomyelitis anterior. Это названіе, какъ вы навѣрное догадываетесь, дано этой болѣзни вслѣдствіе сходства симптомовъ ея съ симптомами юношескаго poliomyelitis anterior. Главные отличительные признаки, характеризующіе эту болѣзнь, слѣдующіе:

Здѣсь наступаетъ выдѣльный параличъ конечностей съ симметрическимъ расположеніемъ; интенсивность этого паралича, вообще, идетъ постепенно, нарастая отъ периферіи къ центру; онъ сопровождается отсутствіемъ сухожильныхъ рефлексовъ, часто также повышеніемъ кожныхъ рефлексовъ, признаками реакціи перерожденія и рано или поздно осложняется атрофіей парализованныхъ мышцъ. Разстройства

объективной чувствительности могутъ отсутствовать, а когда они имѣются налицо, то слабо выражены. Наоборотъ, ощущенія мурашекъ, болезненныя явленія почти всегда имѣются; здѣсь, конечно, я имѣю въ виду боли, развивающіяся при давленіи на мышцы и на нервные стволы. Черепные нервы, а именно зрительный и блуждающій нервы, довольно часто принимаютъ участіе въ этомъ полиневритѣ. Предсказаніе въ первомъ періодѣ, вслѣдствіе участія нѣкоторыхъ нервовъ,—блуждающаго, грудобрюшнаго, что можетъ вызвать параличъ дыханія или сердца—серьезное. Когда больные избѣгнули этой опасности въ начальномъ періодѣ, у нихъ тогда весьма много шансовъ выздороветь. Нужно однако еще считаться съ рецидивами, которые далеко не рѣдки.

Я сейчасъ набросалъ вамъ клиническую картину этой формы множественнаго неврита; этотъ набросокъ составленъ на основаніи фактовъ. Согласитесь, что онъ довольно точно отвѣчаетъ тому, что мы наблюдали у нашего больного. Будьте любезны, обратите ваше вниманіе на то особенно, что, при изслѣдованіи въ постели, я настойчиво напиралъ на одно свойство, которому въ новѣйшихъ руководствахъ и весьма солидными авторитетами по нервной патологіи (Бабинскій ¹⁾, Штрюмпель ²⁾, Оппенгеймъ ³⁾) приписывается важное діагностическое значеніе. Я говорю о боляхъ, вызываемыхъ давленіемъ на нервные стволы.

Словомъ, мое заключеніе таково: если обратиться къ свѣдѣніямъ, которыя находятся въ самыхъ новѣйшихъ дидактическихъ работахъ, посвященныхъ изученію нервной патологіи, то нашъ больной по всей вѣроятности страдаетъ инфекціоннымъ множественнымъ невритомъ въ формѣ *poliomyelitis anterior*. Нѣтъ ли тутъ одновременно и полиоміелита? Говоря иначе, не относится ли этотъ случай къ смѣшанной формѣ полиневрита и полиоміелита, допускаемой Штрюмпелемъ? Этотъ вопросъ будетъ предметомъ обсужденія на слѣдующей моей лекціи. Случай нашего больного затрогиваетъ весьма интересный научный вопросъ, а именно: вопросъ объ отношеніи между собой множественнаго неврита и *poliomyelitis anterior* и о связи ихъ съ острымъ восходящимъ параличемъ. Едва ли достаточно будетъ одной лекціи, чтобы изложить этотъ научный вопросъ въ связи съ дальнѣйшими вопросами, связанными съ нимъ.

Итакъ, соотвѣтственно терминологіи и классификаціи дидактическихъ руководствъ мнѣ кажется, было бы справедливѣе

¹⁾ Babinski.—Des névrites in *Traité de Médecine*, publié sous la direction de Charcot, Bouchard et Brissaud, XIV, p. 649.

²⁾ Strümpel.—*Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten*. Leipzig, 1892, t. II, p. 134.

³⁾ Oppenheim.—*Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. Berlin, 1894, p. 334.

всего діагностицировать у нашего больного двигательный и амиотрофический обобщившийся множественный неврит инфекционного происхождения.

Что касается инфекционного агента, вызвавшего этот множественный неврит, то я, сказать правду, ничего не знаю. Произведенные в моей лаборатории бактериологическія изслѣдованія для выясненія этого вопроса дали отрицательные результаты.

Мнѣ остается сказать вамъ нѣсколько словъ о предсказаніи и леченіи.)

Предсказаніе. Леченіе.—Изъ поставленнаго мной діагноза вытекаетъ, какъ заключеніе, относительно благоприятное предсказаніе. Гораздо больше шансовъ избѣжать опасности при множественномъ невритѣ, чѣмъ при полиоміелитѣ, особенно когда начальный стадій, во время котораго полиневритъ угрожаетъ смертію отъ асфиксіи или отъ сердечнаго паралича, уже прошелъ. Нашъ больной теперь находится именно въ такихъ условіяхъ; слѣдовательно, у него наилучшіе шансы, чтобы теперь быстро поправляться. / Если мои предсказанія оправдаются, то это до извѣстной степени будетъ подтвержденіемъ моего діагноза. Надежда на выздоровленіе въ подобныхъ случаяхъ тѣмъ больше, чѣмъ болѣе удовлетворительно общее состояніе и чѣмъ менѣе больной подверженъ воздействию патогеннаго агента, вызвавшего у него невритъ. Нашъ больной—крѣпкій мужчина: достигши средняго возраста, онъ имѣетъ видъ хорошо сохранившагося чело-
вѣка, жизнь велъ правильную и былъ всегда воздержанъ. Но тѣмъ не менѣе, въ слѣдствіе имѣющейся у него диспепсіи, которой онъ такъ давно страдаетъ и которая, какъ мы это думаемъ, отчасти способствовала развитію неврита, возможно предвидѣть рецидивы.

Что касается леченія, то первое показаніе въ подобныхъ случаяхъ заключается въ уничтоженіи, насколько возможно, вредныхъ причинъ. Другое не менѣе важное показаніе—устранить припадки, угрожающіе непосредственно жизни больного. Наконецъ, третье показаніе относится къ возстановленію измѣненныхъ тканей.

У нашего больного мы примѣняли обеззараживаніе кишечника въ надеждѣ точно выполнить первое показаніе, причинное показаніе—уничтоженіе инфекціоннаго источника, который, какъ мы подозрѣвали, былъ причиной его полиневрита. Послѣ этого мы ему назначили такой режимъ, который, по возможности, ограждалъ бы отъ новыхъ разстройствъ пищеваренія.

Мы выполнили второе показаніе, когда больному угрожалъ параличъ дыхательнаго и сердечнаго центра, дѣлая ему впрыскиванія эфıra, кофеина, стрихнина и приставляя сухія банки. Противъ бессонницы, которой онъ страдалъ, былъ назначенъ бромистый калий.

Наконецъ, въ настоящее время насъ занимаетъ удовлетвореніе третьяго показанія,—помочь возстановленію тканей. По этому поводу позвольте мнѣ напомнить одно указаніе, почерпнутое нами изъ лабораторныхъ изслѣдованій: опыты показали, что возстановленіе пораженныхъ нервовъ производится съ тѣмъ болѣе

легкостью, чѣмъ больше жизненности у даннаго субъекта. Руководясь этимъ указаніемъ, мы сочли нужнымъ прописать нашему больному укрѣпляющія и возбуждающія средства: препараты желѣза, глицерофосфаты, стрихнинъ. Затѣмъ, при помощи электризаціи мы рассчитываемъ непосредственно воздѣйствовать на пораженныя ткани, нервы и мышцы. Но это способъ леченія, примѣненіе котораго не всегда безвредно и который мы позволимъ себѣ примѣнять лишь тогда, когда болѣзненный процессъ дошелъ до извѣстнаго предѣла, когда предъ нами имѣются лишь остатки поражений, причиненныхъ этимъ процессомъ. Я не думаю, что этотъ моментъ уже наступилъ у нашего больного. Я подожду съ электризаціей до тѣхъ поръ, пока давленіе на мышцы и нервы не будетъ вызывать тѣхъ острыхъ болей, свидѣтелемъ которыхъ вы были. Я примѣню лишь леченіе слабымъ фарадическимъ токомъ съ не частыми перерывами. Позже, я предполагаю примѣнить леченіе статическими ваннами или пропусканіемъ синусоидальныхъ токовъ съ цѣлью оживить дыхательный обмѣнъ. Еще позднѣе, когда пройдутъ всякія явленія раздраженія, я подвергну больного леченію массажемъ ¹⁾.

Скажемъ мимоходомъ, что не слѣдуетъ забывать, что множественные невриты во время теченія попеременно то ухудшаются, то улучшаются, и что не разъ напрасно обвиняли въ ухудшеніе извѣстное леченіе, и именно электротерапію, между тѣмъ какъ это было естественнымъ эпизодомъ въ развитіи болѣзни.

Лекція II.

Отношеніе остраго восходящаго паралича къ *poliomyelitis anterior* и къ двигательному множественному невриту ²⁾.

С о д е р ж а н і е. — По поводу больного, показаннаго въ предшествующую лекцію, возникаетъ вопросъ объ отношеніяхъ остраго восходящаго паралича Ландри къ острому или подострому *poliomyelitis anterior* и къ двигательному множественному невриту. Историческое развитіе этого вопроса. — Исторія остраго восходящаго паралича Ландри. Сходство описанія Ландри съ явленіями, представляемыми больнымъ во время первой фазы. Ландри разсматривалъ острый восходящій параличъ, какъ эссенціальный параличъ; первыя гистологическія изслѣдованія подтверждаютъ это мнѣніе. — Исторія остраго или подостраго

¹⁾ Больной выписанъ изъ госпиталя совершенно выздоровѣвшимъ. Мы его снова видѣли 26 Іюля 1896 года. Онъ только что пробылъ нѣсколько недѣль въ деревнѣ. Всѣ его движенія и силы возвратились. Мышцы его пріобрѣли твердость и нормальный объемъ; отъ прежней атрофіи не осталось больше и слѣда. Колѣнные рефлексы были нормальны. Этотъ человѣкъ снова въ состояніи дѣлать длинныя прогулки. Отъ его полиневрита осталось лишь легкое онѣмѣніе слѣва въ области ножныхъ пальцевъ и нѣкоторое уменьшеніе фарадической и гальванической возбудимости нервовъ и мышцъ на всѣхъ конечностяхъ.

²⁾ Лекція 6 Декабря 1896 г.

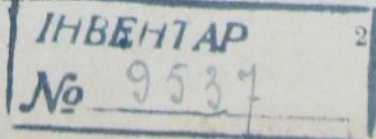
poliomyelitis anterior, или юношескаго paralysis spinalis anterioris.—Работы Дюшен'я, его мнѣніе относительно анатомической локализаци болѣзни. Сходство въ развитіи и характерныя черты остраго восходящаго паралича и остраго или подостраго poliomyelitis anterior. Мнѣніе, разсматривающее эти болѣзненные состоянія, какъ простыя видоизмѣненія одного и того же процесса, одними авторами поддерживается, другими оспаривается.—Появленіе множественныхъ невритовъ: ихъ краткая исторія; одно наблюденіе Эйхгорста только что показало, что множественный невритъ можетъ развиваться подъ видомъ остраго восходящаго паралича. Согласныя съ этимъ другіе клиническіе факты. Наблюденія, показывающія, что множественный периферическій невритъ можетъ развиваться подъ видомъ остраго poliomyelitis anterior. Различныя мнѣнія, возникающія по поводу отношеній между острымъ восходящимъ параличемъ Ландри, poliomyelitis anterior и множественнымъ невритомъ. Симптоматическіе параличи Ландри не тождественны.—То же можно сказать и объ его патологической анатоміи: измѣненія могутъ отличаться какъ по мѣстонахожденію, такъ и по характеру, они могутъ и отсутствовать.—Заключеніе. Тѣмъ не менѣе можно придти къ рациональному умозаключенію относительно взаимной связи между собой остраго восходящаго паралича, остраго или подостраго poliomyelitis anterior и множественнаго двигательнаго неврита: эти три болѣзни имѣютъ сходную этиологію; причиною ихъ почти всегда бываетъ инфекція и интоксикація.—Симптоматологія ихъ разнообразна, клиническія ихъ проявленія перемѣшиваются одни съ другими.—Наконецъ всѣ три болѣзни суть заболѣванія одного и того же органа, именно, периферическаго двигательнаго нейрона. Какъ можно объяснить разнообразное дѣйствіе интоксикаціи и инфекціи на этотъ нейронъ; роль, предрасположенія и наследственности. Чего можно ожидать отъ усовершенствованій, имѣющихъ быть въ гистологіи; изслѣдованія

Маринеско.

II. Научная часть.

Мм. Гг. Предъидущую мою лекцію я посвятилъ больному, случай котораго, какъ я вамъ говорилъ, возбуждаетъ научный, въ высшей степени интересный вопросъ. Дѣло касается натуры болѣзни, которую мы кратко именуемъ острымъ восходящимъ параличемъ, параличемъ Ландри, и ея отношеній къ оstromу или подостромu поліомієліту и къ двигательному полиневриту (полиневриту въ формѣ poliomyelitis anterior). Я вамъ сказалъ и теперь снова повторяю, что случай нашего больного представляетъ мнѣ наиболѣе удобный поводъ для обсужденія этого вопроса и ознакомленія васъ съ моими взглядами на этотъ предметъ. Дѣйствительно, тѣ изъ васъ, которые были на моей лекціи въ послѣднюю пятницу, вспомнятъ, конечно, ту настойчивость, съ какою я старался провести извѣстный контрастъ между первой и второй фазой клинической исторіи нашего больного.

Во время теченія первой фазы болѣзни діагнозъ, заимствующій свои элементы для оцѣнки въ дидактическихъ работахъ, былъ острый восходящій параличъ—параличъ Ландри: эта первая фаза началась параличемъ нижнихъ конечностей,



параличъ охватывалъ постепенно стопы ногъ, голени, бедра. Потомъ онъ распространился на кисти рукъ, на область плечъ, на плечи, на предплечья, а также на мышцы, поднимающія и сжимающія задній проходъ. Затѣмъ онъ охватилъ большую часть мышцъ туловища и живота. Въ теченіи нѣсколькихъ дней параличъ пораженныхъ мышцъ достигъ высшаго своего развитія. Кромѣ нѣкотораго ощущенія ползанія мурашекъ и незначительнаго онѣмѣнія въ пальцахъ рукъ и ногъ, больной не представлялъ ни ясно выраженныхъ разстройствъ чувствительности, ни замѣтныхъ измѣненій электрической реакціи, ни психическихъ разстройствъ, ни паралича со стороны лица и языка, ни малѣйшаго слѣда мышечной атрофіи; наблюдалось только незначительное затрудненіе глотанія и неравномерное расширеніе зрачковъ. Кромѣ того, по прошествіи вторыхъ пятнадцати дней у него появлялись нѣсколько разъ припадки удушья, которые чуть не погубили его. Предположите, что больной умеръ-бы въ одномъ изъ такихъ припадковъ: ни одинъ изъ образованныхъ клиницистовъ не поколебался бы діагностицировать данный случай, какъ случай паралича Ландри.

Во второй фазѣ, которая продолжается и теперь, нѣтъ уже мѣста этому діагнозу. Дѣйствительно 18-го Ноября, т. е., въ началѣ 4-й недѣли въ состояніи больного наступаетъ внезапное улучшеніе: удушье значительно уменьшилось; 8 дней тому назадъ, когда я вамъ его показывалъ, дыханіе у него было почти нормальное. Въ нижнихъ конечностяхъ былъ почти полный вялый параличъ, мышечныя массы на голеняхъ, на бедрахъ и нервные стволы, какъ вы сами могли убѣдиться воочию, были чрезвычайно болѣзненны при давленіи. Съ другой стороны, обозначалось уже возстановленіе движеній со стороны пальцевъ ногъ. Въ верхнихъ конечностяхъ также возобновлялись произвольныя движенія въ разгибателяхъ ручныхъ кистей. Параличъ туловища былъ также на пути къ улучшенію, доказательствомъ чего служитъ уменьшеніе одышки. Въ то время, какъ параличъ былъ на пути къ улучшенію, мы констатировали, наоборотъ массивную атрофію мышцъ голеней, бедеръ, кистей рукъ, надплечія и верхняго плеча; наконецъ электрическое изслѣдованіе показало, что въ атрофированныхъ мышцахъ наблюдается реакція перерожденія.

При этихъ условіяхъ возможно было колебаться лишь между двумя болѣзнями которыя, собственно склонны сочетаться между собой, а именно: между юношескимъ острымъ или подострымъ *poliomyelitis anterior* и двигательнымъ множественнымъ невритомъ въ формѣ *poliomyelitis anterior*. Вслѣдствіе такого хода болѣзни въ вашемъ умѣ должни естественнo возникнуть слѣдующіе вопросы:

Одной-ли изъ этихъ болѣзней, страдалъ нашъ больной, двумя-ли, допускать-ли сочетаніе ихъ у него, и были ли онѣ послѣдствіемъ остраго восходящаго паралича? Другими словами, можетъ-ли острый восходящій параличъ трансфор-

мироваться въ острый или подострый *poliomyelitis anterior* и въ множественный невритъ? Или, выражаясь болѣе точно, могутъ-ли *poliomyelitis anterior* и множественный невритъ развиваться подъ видомъ остраго восходящаго паралича? Если это такъ, то въ состояніи ли одна патологическая анатомія объяснить это клиническое сродство?

Вы ясно видите, что случай нашего больного самымъ естественнымъ образомъ приводитъ насъ къ обсужденію отношенія между тремя болѣзненными формами, извѣстными подъ именемъ остраго восходящаго паралича Ландрю, остраго или подостраго *poliomyelitis anterior* (*paralysis spinalis anterior* Дюшенна и множественнаго неврита въ формѣ *poliomyelitis anterior* и къ рѣшенію вопроса, можно ли считать эти формы самостоятельными клиническими единицами, которыя ясно отличаются другъ отъ друга и всегда могутъ быть распознаны какъ по клиническимъ, такъ и по патологоанатомическимъ даннымъ; я лично склоненъ отвѣтить въ отрицательномъ смыслѣ.

Но прежде чѣмъ излагать вамъ свои взгляды на этотъ вопросъ, я желаю вамъ показать, какъ возникли у меня эти идеи; я полагаю, что это будетъ самымъ вѣрнымъ способомъ заставить васъ ихъ раздѣлять. Для этого я вамъ изложу сейчасъ историческое развитіе этихъ сложныхъ вопросовъ.

Изъ трехъ занимающихъ насъ заболѣваній во главѣ стоитъ, слѣдуя хронологическому порядку, острый восходящій параличъ, описанный уже Олливиэ изъ Анжера, ¹⁾ наблюдавшійся затѣмъ Дэнсомъ ²⁾, Сандра и Крювеллье; онъ окончательно занялъ въ нрологической таблицѣ опредѣленное мѣсто подъ тѣмъ названіемъ, которое носитъ и теперь, начиная съ 1859 года. Въ это время Ландрю ³⁾ опубликовалъ статью объ остромъ восходящемъ параличѣ, которая заключала въ себѣ одно наблюденіе со вскрытіемъ, дополненное краткими разсужденіями. Въ этой статьѣ, которой придали, по моему мнѣнію, преувеличенное значеніе, Ландрю замѣтилъ, что «въ довольно большомъ числѣ случаевъ параличей, къ которымъ подходитъ родовое наименованіе экстензивно-прогрессивныхъ, функциональных разстройствъ, ограничивающихся вначалѣ какой-либо опредѣленной частью тѣла, потомъ постепенно распространяются болѣе или менѣе далеко отъ точки отправленія». Это распространеніе происходитъ то правильно, то неправильно. «Въ первомъ случаѣ», прибавляетъ Ландрю, «симптомы, начинающіеся съ оконечностей членовъ, постепенно распространяются на области тѣла наиболѣе

1) Ollivier, d' Angers.—Traité de la moelle épinière et de ses maladies. — 2^e édition, Paris, 1837, t. II. p. 71. et 3^e édition, 1837, t. II, p. 51.

2) Цитировано по Ollivier, t. II, p. 51. obs. LXXIV.

3) Landry. Gazette hebdomadaire, 1857, p. 472 et 486.

возвышенныя, или наиболѣе центральныя по отношенію къ нервной системѣ, причемъ интензивность ихъ въ пораженныхъ органахъ мало-по-малу усиливается», съ склонностью къ обобщенію.

Ла н д р и прибавляетъ еще, что болѣзнь иногда протекаетъ съ крайней быстротой и становится весьма скоро тяжелой и смертельной. Эту именно разновидность онъ и предполагалъ назвать острымъ или центростремительнымъ восходящимъ параличемъ и охарактеризовалъ ее слѣдующими словами: «по своему быстрому коварному теченію, по своимъ симптомамъ, вначалѣ мало опредѣленнымъ и по почти молніеносной развязкѣ; наконецъ, по отсутствію какихъ бы то ни было видимыхъ нервныхъ поражений, острый восходящій параличъ напоминаетъ извѣстныя особенности злокачественныхъ болѣзней». Затѣмъ, представивши, какъ полный и тожественный примѣръ подобнаго рода, одно наблюдение изъ отдѣленія Г ю б л е р а, гдѣ «все ограничивалось постепеннымъ уменьшеніемъ подвижности, все болѣе и болѣе распространявшимся отъ оконечностей къ верхнимъ частямъ, отъ оконечностей къ туловищу и, когда параличъ распространился на мышцы, необходимыя для дыханія, больной тихо скончался отъ асфиксіи». Ла н д р и въ заключеніе своей статьи приводитъ нѣсколько весьма справедливыхъ замѣчаній. Основываясь на 10 собранныхъ случаяхъ, авторъ заключаетъ, что только въ одномъ изъ 5 случаевъ не было смертельнаго исхода. Судя по результатамъ сдѣланныхъ до того времени вскрытій онъ приходитъ также къ выводу, что острый восходящій параличъ долженъ быть отнесенъ къ многочисленному классу такъ называемыхъ «эссенціальныхъ параличей», т. е., параличей безъ видимаго пораженія нервной системы.

Наконецъ, онъ характеризуетъ обычное теченіе паралича въ слѣдующихъ выраженіяхъ, которыя я привожу дословно: «началу паралитическихъ явленій можетъ предшествовать чувство общей слабости, ощущеніе ползанія мурашекъ и даже преходящія судороги, или же начало болѣзни бываетъ внезапное и неожиданное. Въ томъ и другомъ случаѣ параличъ быстро распространяется съ нижнихъ областей къ верхнимъ [съ постояннымъ стремленіемъ сдѣлаться общимъ. Первые признаки всегда проявляются въ оконечностяхъ членовъ, чаще всего, въ нижнихъ конечностяхъ. Отсюда они захватываютъ весь мышечный аппаратъ животной жизни, слѣдуя прогрессивно восходящему направленію и почти всегда въ одномъ и томъ же порядкѣ, а именно:

1) Двигательныя мышцы пальцевъ ногъ и стопъ, затѣмъ, заднія мышцы бедра и таза и, наконецъ, переднія и внутреннія мышцы бедра; 2) двигательныя мышцы пальцевъ рукъ, мышцы, приводящія плечо къ лопаткѣ и, затѣмъ, мышцы, двигающія предплечье по направленію къ плечу; 3) [мышцы туловища; 4) дыхательныя мышцы, мышцы языка, глотки, пищевода и проч. Параличъ тогда становится общимъ, но онъ оказывается тѣмъ болѣе полнымъ, чѣмъ ближе къ оконечностямъ тѣла».

Я кстати укажу здѣсь на поразительную аналогію этого описанія съ тѣмъ, что было у нашего больного въ теченіи первой фазы его болѣзни.

Со времени опубликованія этого наблюденія случая острого восходящаго паралича, выдѣленнаго статьей Ландрі въ отдѣльный видъ, стали умножаться. Въ томъ же 1859 году Куссмауль ¹⁾ опубликовалъ два случая, закончившіеся смертью, въ которыхъ вскрытіемъ была констатирована сохранность нервныхъ центровъ.

Особаго вниманія заслуживаетъ наблюденіе, опубликованное во Франціи Леудэ ²⁾, подъ заглавіемъ «острый восходящій параличъ съ быстрымъ смертельнымъ исходомъ, послѣдовавшимъ въ періодъ выздоровленія отъ брюшного тифа».

То же я скажу и о работѣ Пеллегрини Леви ³⁾, въ которой авторъ въ первый разъ затронулъ вопросъ о бульбарной и нисходящей формѣ паралича, по поводу случая знаменитаго Кювье, и относитъ свой случай къ экстензивно-прогрессивному параличу Ландрі. А именно, я считаю нужнымъ подчеркнуть то мѣсто, гдѣ Пеллегрини Леви заявляетъ, что «можно вмѣстѣ съ Ландрі установить, что замѣчательная особенность, состоящая въ общемъ быстромъ распространеніи потери произвольныхъ движеній, должна быть скорѣе разсматриваема исключительно, какъ простая патологическая форма, чѣмъ какъ самостоятельная болѣзнь».

Въ этой работѣ Пеллегрини Леви описалъ случай экстензивно-прогрессивнаго паралича у молодого человѣка, который умеръ на 10-й день отъ начала, при чемъ на вскрытіи Корниль не нашелъ никакого пораженія спинного мозга. Въ это время уже начинали уже изучать электрическія реакціи и Пеллегрини Леви отмѣтилъ, что у его больного, равно какъ и у больного Ландрі, сокращаемость мышцъ была не измѣнена, между тѣмъ какъ Дюшеннь ⁴⁾ нашелъ ее ослабленной въ одномъ случаѣ подозрѣваемаго острого восходящаго паралича.

Между другими наблюденіями острого восходящаго паралича, опубликованными приблизительно въ то же время, я вамъ укажу еще на наблюденіе Гайэма ⁵⁾, Харлейя и Локкартъ-Кларка ⁶⁾.

¹⁾ K u s s m a u l. Zwei Falle von tödtlicher Paraplegie ohne nachweisbare Ursache. Erlangen, 1859.

²⁾ L e u d e t. Gazette médicale de Paris, 11 mai 1861, № 58.

³⁾ P e l l e g r i n o L e v i. Contribution à l'étude de la paralysie ascendante aiguë (Archives générales de médecine, 1865, t. I, p. 129).

⁴⁾ D u c h e n n e, de B o u l o g n e. Electrisation localisée, 2 édition, p. 276.

⁵⁾ H a y e m. Gazette des hôpitaux, 1867, № 102.

⁶⁾ H e r l e y et L o c k a r t - C l a r k e. Fatal case of acute progressive paralysis. The Lancet, 1868, 3 oct. p. 451.

До сихъ поръ невозможно было въ случаяхъ, описанныхъ подъ именемъ остраго восходящаго паралича, открыть замѣтныхъ измѣненій нервныхъ центровъ; Га й э м у ¹⁾ въ этомъ отношеніи не было удачи. На свѣжихъ препаратахъ, взятыхъ отъ умершаго его больного, онъ, правда, нашелъ нѣкоторыя измѣненія въ строеніи спинного мозга, но они не представляли ничего характернаго, да и препараты, приготовленные изъ уплотненныхъ кусковъ, представляли нормальный видъ.

Съ своей стороны Локкартъ-Кларкъ ²⁾ въ случаѣ, описанномъ имъ вмѣстѣ съ Харлейемъ, нашелъ будто бы въ спинномъ мозгу измѣненія, большую часть которыхъ онъ отнесъ къ процессу, описанному имъ подъ именемъ зернистой дезинтеграціи; онъ безъ колебанія отнесъ на счетъ этихъ измѣненій явленія, представляемыя больнымъ при жизни. Не были ли скорѣе эти измѣненія на препаратахъ трупныя и искусственныя, какъ на это указывалъ въ своей замѣткѣ Вестфаль, (къ этой замѣткѣ я вернусь)? Я съ своей стороны, не колеблясь, присоединяюсь къ мнѣнію Вестфалья.

Наконецъ, нѣсколько позже, Шальвэ ³⁾ въ своей диссертациі опубликовалъ случай остраго восходящаго паралича, окончившійся смертію. Патологическое изслѣдованіе случая было произведено Кинеромъ изъ Монпелье. Я привожу дословно результаты этого изслѣдованія, дабы вы могли убѣдиться въ ихъ банальности: «при изслѣдованіи въ свѣжемъ состояніи сѣраго вещества переднихъ роговъ поясничнаго утолщенія спинного мозга находятся: 1) очень хорошее сѣтчатое сплетеніе неврогліи, заключающее въ себѣ ядра и клѣтки; 2) сосуды различной величины, не представляющіе никакого измѣненія стѣнокъ, содержащіе скученныя или плавающія въ желтоватой жидкости красныя кровяныя тѣльца 3) жидкость, подобная той, какая находится въ сосудахъ и въ петляхъ сѣти неврогліи. Эта жидкость должна имѣть извѣстную консистенцію, такъ какъ она не смѣшивается ни съ водою, ни съ глицериномъ препаратовъ; 4) нервныя волокна не кажутся измѣненными; 5) нервныя клѣтки имѣютъ желтое окрашиваніе; онѣ представляются набухшими, болѣе прозрачными, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Протоплазма представляетъ зернистость, какъ бы плавающую въ желтоватой жидкости, аналогичной той, которой наполнены кровеносные сосуды; ядро круглое, пузыревидное, безцвѣтное, или болѣе слабо окрашено, чѣмъ протоплазма».

Такъ дѣло стояло до того времени, когда острый юношескій *paralysis spinalis anterior*, наблюдаемый уже въ 1868 году Морицемъ Мейеромъ,—

¹⁾ Н а у е м. «Gazette des hôpitaux», 1867, № 102.

²⁾ H a r l e y e t L o c k a r t - C l a r k e. Fatal case of acute progressive paralysis. «The Lancet», 1868, 3 oct., p. 451.

³⁾ I. U. C h a l v e t. De la paralysie ascendante aiguë. (Thèse. Paris, 1871).

который въ это время утверждалъ, что у юношей существуетъ болѣзнь, сходная съ дѣтскимъ спинальнымъ параличемъ, — послѣ описанія, даннаго Дюшеннемъ изъ Булони ¹⁾, занялъ опредѣленное мѣсто въ ряду другихъ болѣзней. По аналогіи съ тѣмъ, что было принято и найдено при дѣтскомъ спинальномъ параличѣ, Дюшеннь заключилъ, что этотъ юношескій спинальный параличъ долженъ также обуславливаться острой атрофіей переднихъ клѣтокъ спинного мозга. Вотъ почему онъ счелъ нужнымъ наименовать его *paralysis spinalis anterior juvenilis acuta* или атрофіей клѣтокъ переднихъ роговъ.

Въ слѣдующемъ году Гомбо ²⁾ представилъ объективное доказательство въ пользу гипотезы Дюшення, продемонстрировавъ существованіе измѣненій въ большихъ клѣткахъ переднихъ роговъ спинного мозга въ случаяхъ *paralysis spinalis anterior juvenilis*.

Съ этого времени вошло въ обычай, особенно въ Германіи, называть эту болѣзнь и дѣтскій спинальный параличъ общимъ наименованіемъ *poliomyelitis anterior acuta*, предложеннымъ Куссмаулемъ.

Я укажу при этомъ на обстоятельство, имѣющее важное значеніе, а именно: въ это же самое время Дюшеннь описалъ подострый юношескій *paralysis spinalis anterior*, который отличается отъ остраго лишь менѣе быстрымъ началомъ и болѣе медленнымъ развитіемъ. Въ своемъ описаніи Дюшеннь настаивалъ на томъ, что подострый общій *paralysis spinalis anterior* въ своемъ развитіи принимаетъ то восходящее направленіе, начавшись въ нижнихъ конечностяхъ, или, чаще всего, въ одной изъ нихъ, то нисходящее направленіе, поражая также одну изъ верхнихъ конечностей, или обѣ одновременно ³⁾. Словомъ, въ этой подострой формѣ способъ развитія паралича, на который обратилъ вниманіе въ 1872 году Дюшеннь, совершенно тотъ же, что и въ остромъ восходящемъ параличѣ.

Согласитесь, что при этихъ условіяхъ должна была возникнуть мысль — поискать возможной связи между параличемъ Ландри и острымъ или подострымъ *poliomyelitis anterior*.

Дѣйствительно, въ 1873 г. Птифисъ ⁴⁾ въ своей диссертациі, основываясь на положительныхъ данныхъ и составленной подъ руководствомъ Шарко, весьма подробно останавливается на клинической аналогіи, которую, по его мнѣ-

¹⁾ Duchenne, de Boulogne. Traité de l'électrisation localisée. Paris 1872, p. 438.

²⁾ Gombault. Note sur un cas de paralysie spinale de l'adulte, suivi d'autopsie. «Archives de physiologie», 1873. p. 80.

³⁾ Duchenne. Loc. cit. II t. p. 461.

⁴⁾ Petitfils. Considérations sur l'atrophie aiguë des cellules motrices. Thèse. Paris, 1873.

нiю, можно провести между острымъ восходящимъ параличемъ и между острымъ юношескимъ параличемъ. Потомъ, проводя результаты патологическаго изслѣдованiя, сдѣланнаго Кинеромъ въ случаѣ, о которомъ я вамъ только что говорилъ, онъ не колеблясь, называетъ эти результаты доказательными, и вотъ, дословно, что онъ тутъ же прибавляетъ: «съ патогенетической точки зрѣнiя острыйъ восходящiй параличъ занимаетъ средину между острымъ дѣтскимъ и юношескимъ спинальнымъ параличемъ и прогрессивной мышечной атрофiей. Воспалительный процессъ, который въ общемъ такъ быстро идетъ при дѣтскомъ параличѣ и такъ медленно при прогрессивной мышечной атрофiи, занимаетъ въ остромъ восходящемъ параличѣ среднее между этими формами мѣсто. Шарко думаетъ, что хорошо соединить эти болѣзни, которыя въ нозологической таблицѣ обособлены, какъ будто дѣло идетъ о различныхъ болѣзняхъ». Наконецъ, немного дальше, въ своемъ заключенiи онъ выражается такъ: «въ заключение мы полагаемъ, что группа острыхъ восходящихъ параличей заключаетъ въ себѣ случаи, которые должны быть исключены, и что тѣ изъ нихъ, которые остаются въ кадрѣ болѣзни, принимаютъ различное теченiе. Одни, быстро развивающiеся, приближаются къ острому спинальному параличу, какъ по симптомамъ, которые тѣ же самые, такъ и по склонности ихъ къ обобщенiю; данныя Кинера показываютъ, что близость эта можетъ быть констатирована анатомически. Другiе, наоборотъ, вслѣдствiе ихъ болѣе медленнаго хода, служатъ связью между острымъ спинальнымъ параличемъ и прогрессивной мышечной атрофiей».

Позвольте мнѣ вамъ сказать, что черезъ 10 лѣтъ послѣ этого аналогичное мнѣнiе было высказано въ Германiи, сначала профессоромъ Шульце ¹⁾, изъ Гейдельберга, въ работѣ, къ которой я буду имѣть случай возвратиться, а потомъ профессоромъ Иммерманомъ ²⁾, изъ Базеля, по поводу одного наблюденiя, которое онъ разсматривалъ, какъ примѣръ формы *poliomyelitis*, отражающаго клиническiя черты паралича Ландри. Иммерманъ пришелъ къ заключенiю, что параличъ Ландри и *poliomyelitis anterior acuta* суть только разновидности одного и того же болѣзненнаго процесса и отличаются въ выраженiи своихъ симптомовъ только оттѣнками.

По правдѣ сказать, это ученiе объ идентичности остраго восходящаго паралича и *poliomyelitis anterior acuta* не имѣло большого успѣха. Вестфаль ³⁾

¹⁾ Schultze. Ueber aufsteigende atrophische Paralyse mit tödtlichem Ausgange (Berliner Klin. Wochenschrift, 1883, № 39, p. 593).

²⁾ Immermann. Ueber Poliomyelitis anterior acuta und Landry'sche Paralyse. (Neurologisches Centralblatt, 1885, № 13, p. 304).

³⁾ Westphal. Ueber einige Fälle von acuter tödtlicher Spinallähmung (sogenunter acuter aufsteigender Paralyse) (Archiv für Psychiatrie und Nervkrankh., 1876, t. IV, Heft 3, p. 765).

въ свой статьѣ, помѣченной 1877 годомъ и содержащей отчетъ о четырехъ наблюденіяхъ «острого спинальнаго паралича со смертельнымъ исходомъ», положительно разгромилъ это ученіе. Вестфаль отнесъ эти случаи къ острому восходящему параличу Ландрю.

Въ одномъ изъ случаевъ эта ассимиляція представляется спорной. Дѣйствительно субъектъ этого наблюденія—64-хъ-лѣтній мужчина—находился на леченіи отъ простой язвы на лѣвой голени и былъ на пути къ выздоровленію, какъ внезапно у него появился припадокъ. Послѣ этого припадка больной не могъ больше говорить; помимо того, у него имѣлись слѣды лицевого паралича съ правой стороны. По прошествіи 9 дней онъ былъ переведенъ въ отдѣленіе Вестфалья. Онъ прожилъ еще 4 дня, въ эти только четыре дня за нимъ было правильное наблюденіе. Наблюдаемые въ это время симптомы были исключительно бульбарнаго характера. Была одышка (36 дыханій) съ шумнымъ выдыханіемъ, неправильный учащенный пульсъ (132 уд.), затрудненіе глотанія, доходящее до полной невозможности что-либо проглотить, параличъ языка, влекшій за собой невозможность говорить, между тѣмъ, какъ афазія въ собственномъ смыслѣ слова не было; при этомъ не наблюдалось ни разстройствъ чувствительности, ни мышечной атрофіи, ни уклоненія въ фарадическомъ сокращеніи мышцъ. Смерть была послѣдствіемъ сердечнаго и дыхательнаго паралича. Вскрытіе не обнаружило ни очаговаго пораженія, ни другого какого-либо измѣненія въ строеніи продолговатаго и головного мозга.

Вестфаль находитъ этотъ случай сходнымъ со случаемъ Кювье, о которомъ я не могу удержаться, чтобы не сказать нѣсколько словъ. Знаменитый авторъ сравнительной анатоміи пожаловался въ первый разъ 7-го Мая 1832 года на ощущеніе тяжести въ области желудка; на слѣдующее утро, во время завтрака, онъ испытывалъ большое затрудненіе при глотаніи. Не смотря на это, онъ отправился предсѣдательствовать въ государственномъ совѣтѣ. Вернувшись домой, онъ работалъ съ двухъ до 5^{1/2} часовъ. За обѣдомъ ему удалось поѣсть лишь немного супу,—болѣе онъ ничего не могъ проглотить. Кровопусканіе не принесло ему никакого облегченія. Прописаннаго ему на слѣдующій день рвотнаго питья онъ въ состояніи былъ принять лишь двѣ ложки; это лекарство, отдавая дань времени, ввели ему въ желудокъ при помощи зонда. Параличъ, появившійся въ верхнихъ конечностяхъ, не ослабѣвалъ, не смотря на то, что къ рвотнымъ присоединили пиявки и мушки. Параличъ распространился на всѣ четыре конечности. Умственные способности были сохранены. Менѣе, чѣмъ въ недѣлю, болѣзнь закончила свою роковую работу. При вскрытіи невозможно было открыть хотя бы малѣйшихъ измѣненій центровъ ¹⁾.

¹⁾ B é r a r d a i n é. *Maladie de C u v i e r*. (Gazette méd. de Paris, 1832, № 32, p. 247 et Autopsie, *ibid.*, № 34, p. 261).

Вотъ какъ нельзя болѣе точный примѣръ нисходящей формы паралича Ландрі. Я не замедлю разобрать, насколько былъ правъ Вестфаль, поставивъ свое наблюденіе въ параллель со случаемъ Кювье. Я сѣшу возвратиться къ его работѣ, чтобы выяснить слѣдующее:

Во всѣхъ четырехъ случаяхъ, приводимыхъ Вестфалемъ, нервные центры при вскрытіи были найдены здоровыми; въ одномъ изъ этихъ случаевъ подвергли гистологическому изслѣдованію даже куски бедреннаго и нѣкоторыхъ черепныхъ нервовъ, но ясныхъ измѣненій въ нервахъ не могли найти. Исходя отсюда, Вестфаль приписываетъ острому спинальному параличу Ландрі слѣдующіе признаки:

Двигательный параличъ въ восходящей формѣ можетъ начинаться или заканчиваться явленіями бульбарнаго паралича, причемъ фарадическая возбудимость парализованныхъ мышцъ сохраняется, субъективныя или объективныя расстройства чувствительности то наблюдаются, то не наблюдаются; центральная и периферическая нервная система не поражается.

Заканчивая анализъ, Вестфаль приходитъ къ заключенію, что острый спинальный параличъ и острый юношескій *poliomyelitis anterior* должны быть разсматриваемы, какъ формы, отличающіяся другъ отъ друга по клиническимъ ихъ проявленіямъ, по ихъ этиологіи и по ихъ локализациі.

Между этими двумя мнѣніями,—однимъ, относящимъ острый восходящій параличъ къ поліоміелитамъ и другимъ — ставящимъ его въ разрядъ эссенціальнаго паралича, не зависящаго отъ какого-либо измѣненія въ спинномъ мозгу, есть другія мнѣнія, занимающее среднее положеніе, которыя воздерживаются отъ окончательнаго заключенія до будущаго времени. Такъ, мой учитель Вюльпіанъ ¹⁾ вполне признавая, что въ то время (1877 г.), когда онъ излагалъ свой взглядъ на этотъ вопросъ, не было еще обнаружено измѣненій въ спинномъ мозгу въ случаяхъ остраго восходящаго паралича, приводилъ «серьезные доводы противъ мнѣнія авторовъ, которые разсматривали острый восходящій параличъ, какъ заболѣваніе, отличное отъ міэлита». Изъ того, что до сего времени не найдено гистологическихъ измѣненій, прибавляетъ Вюльпіанъ, нѣтъ основаній утверждать, что этихъ измѣненій абсолютно нѣтъ. Онъ находилъ позволительнымъ предполагать, что новыя усовершенствованія въ гистологіи намъ дадутъ способъ открыть эти неизвѣстныя измѣненія. Въ ожиданіи онъ счелъ цѣлесообразнымъ отвести болѣзни Ландрі особое мѣсто въ патологіи мозга.

Такъ стоялъ вопросъ въ 1877 году, когда появилась статья Эйхгор-

¹⁾ V u l p i a n. Maladies du système nerveux. T. I, p. 192.

ста ¹⁾, которой отмѣчается начало новаго фазиса въ исторіи остраго восходящаго паралича. Въ этой статьѣ Эйхгорстъ опубликовалъ наблюденіе одного больного, которое, выражаясь словами самого автора, было бы принято за случай остраго восходящаго паралича, если бы не вмѣшательство счастливой случайности. Дѣло шло о 66-ти-лѣтней женщинѣ, поступившей въ госпиталь съ приступами ежедневной перемежающейся лихорадки, которую лечили хининомъ. Въ то время какъ эта женщина находилась на леченіи въ больницѣ, у ней наступилъ полный параличъ мышцъ, иннервируемыхъ п. *peroneus superficialis* съ лѣвой стороны; параличу предшествовали рвущія очень сильныя боли и сопровождали его ощущенія мурашекъ, холода и обильный потъ въ парализованныхъ областяхъ. Въ пояскѣ иннервации вышеупомянутаго нерва чувствительность была замѣтно повышена. Электрическая реакція черезъ 4 или 5 часовъ послѣ появленія паралича была найдена почти нормальной; на слѣдующій день электрическая возбудимость отсутствовала.

По прошествіи недѣли тотъ же рядъ явленій произошелъ на лѣвой голени. Потомъ параличъ постепенно распространялся на другія группы мышцъ; такимъ образомъ въ теченіе десяти дней всѣ четыре конечности были совершенно парализованы. За 48 часовъ до своей смерти больная внезапно потеряла зрѣніе; ея дыханіе сдѣлалось неправильнымъ; внутренняя температура поднялась до 39°, s; коматозное состояніе предшествовало роковой развязкѣ. Вскрытіе не обнаружило ничего особеннаго; нервныя центры не представляли никакого измѣненія въ своемъ строеніи. Лишь благодаря счастливой случайности, о которой я вамъ только что упоминалъ, вопреки установившемуся обычаю того времени, произвели гистологическое изслѣдованіе извѣстнаго числа срѣзковъ нервовъ; это изслѣдованіе указало на существованіе весьма ясно выраженаго диффузнаго неврита.

При наличіи такого наблюденія, получился соотвѣтственный выводъ, который Эйхгорстъ не приминулъ формулировать такъ: периферическій множественный невритъ—полиневритъ—можетъ при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ развиваться подъ видомъ остраго восходящаго паралича.

Прошло немного времени, какъ появились другія клиническія данныя, подкрѣпляющія справедливость этого заключенія. Я приведу вамъ одно наблюденіе профессора Рота ²⁾, изъ Базеля, любопытное по своему заглавію. Вотъ краткое резюме: черезъ 13 дней послѣ раненія ручной кисти и проникающей раны живота, которыя зарубцевались безъ септицемическихъ осложнений, у больного по-

¹⁾ U. Eichhorst. Neuritis acuta progressiva. (Virchow's Archiv, 1877, t. LXIX, fusc. 2. p. 265).

²⁾ Roth.—Neuritis disseminata acutissima. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1883, № 13).

явилось воспаленіе лѣвой околоушной железы, предшествуемое и сопровождаемое лихорадочными приступами. На слѣдующій день былъ констатированъ параличъ лица. Послѣ того, какъ вскрыли нарывъ, находившійся въ околоушной железѣ, параличъ лица оставался въ томъ же положеніи. Общее состояніе было весьма удовлетворительно, но черезъ 40 дней послѣ травмы внезапно появились бульбарныя явленія, а именно: быстро усиливающееся затрудненіе глотанія, затрудненіе произношенія словъ, афонія, одышка, большое затрудненіе при откашливаніи, неправильный и крайне ускоренный пульсъ. Больной не испытывалъ ни малѣйшей боли, но у него были двигательный парезъ и явленія парестезіи въ конечностяхъ. Сухожильные рефлексы отсутствовали, въ послѣднемъ періодѣ параличъ распространился на сфинктеры. Больной черезъ шесть дней послѣ появленія бульбарныхъ явленій умеръ. При вскрытіи не могли найти ни малѣйшихъ измѣненій въ нервныхъ центрахъ. Наоборотъ, черепные и спинно-мозговые нервы, разумѣя тутъ ихъ корни, были мѣстомъ диффузнаго неврита, который въ преобладающей мѣрѣ поражалъ двигательные нервы.

Мнѣ нѣтъ возможности, господа, разбирать подробно другіе примѣры множественнаго неврита въ формѣ восходящаго паралича, опубликованные въ разныхъ мѣстахъ въ теченіи послѣдующихъ годовъ. Я ограничусь приведеніемъ нѣкоторыхъ изъ нихъ:

Прежде всего наблюденія моего товарища Дежерина ¹⁾, который, констатируя весьма ясныя измѣненія въ переднихъ корешкахъ спинного мозга, колебался разсматривать ихъ какъ первичныя и склоненъ былъ видѣть тутъ измѣненія въ стѣромъ веществѣ спинного мозга, не поддающіяся нашимъ современнымъ методамъ изслѣдованія ²⁾.

Наблюденіе Штрюмпеля ³⁾, по поводу котораго этотъ извѣстный врачъ заявилъ, что по крайней мѣрѣ часть случаевъ острого восходящаго паралича относится къ множественному невриту.

Случай Фирордта ⁴⁾ и Питра и Валльера ⁵⁾. Этотъ послѣдній случай особенно интересенъ тѣмъ, что какъ онъ показываетъ, острый восходящій параличъ въ связи съ множественнымъ невритомъ можетъ убитъ путемъ асфиксіи

¹⁾ Déjerine et Goetz.—Archives de physiologie normale et pathologique, 1876, t. v, p. 312. Déjerine.—Sur l'existence de lésions des racines antérieures, dans la paralysie ascendante aiguë. (Comptes rendus de l'Académie des sciences, 15 juillet 1878).

²⁾ Déjerine.—Recherches sur les lésions du système nerveux périphérique dans la paralysie de Landry (Thèse Paris, 1878).

³⁾ Strumpell.—Zur Kenntniss der multiplen degenerativen Neuritis (Archiv für Psychiatrie, 1883, t. XIV, Heft 2, p. 339).

⁴⁾ Vierordt.—Beitrag zum Studium der multiplen Neuritis. Ibidem., p. 678.

⁵⁾ Pitres et Vaillard.—Contribution à l'étude de la paralysie ascendante aiguë (Archives de physiologie, 1887 t. I p. 149).

менѣе, чѣмъ въ 24 часа; гистологическое изслѣдованіе обнаруживаетъ при этомъ ясную сохранность спинного и продолговатаго мозга.

Наблюденія Науверка и Барта ¹⁾; эти авторы первые поддержали то научное положеніе, что параличъ Ландри есть собственно клиническая разновидность множественнаго неврита.

Два наблюденія Эйзенлора ²⁾, изъ которыхъ одно говоритъ противъ мнѣнія Науверка и Барта въ томъ отношеніи, что это мнѣніе одностороннее, доказывая при этомъ, что синдромъ паралича Ландри можетъ быть выраженіемъ какъ міэлита, такъ и множественнаго неврита.

Одно наблюденіе русскаго врача А. Маннуровскаго ³⁾, которое представляетъ ту особенность, что параличъ распространился на двигательные глазные нервы.

Со временемъ съ юношескимъ острымъ poliomyelitis anterior произошло то, что мной только что сказано по поводу остраго восходящаго паралича.

Наблюдали и опубликовали факты, устанавливающіе, что периферическій множественный невритъ можетъ развиваться какъ подъ видомъ остраго poliomyelitis anterior, такъ и подъ видомъ восходящаго паралича Ландри. Въ своей замѣчательной диссертациі г-жа Дежеринъ-Клумпке ⁴⁾ по поводу клиническихъ разновидностей множественнаго неврита фактически доказала, что когда множественный невритъ принимаетъ именно двигательную форму, то по быстротѣ своего развитія и по интензивности паралитическихъ явленій онъ то напоминаетъ клиническую картину остраго восходящаго паралича Ландри, то приближается по своему теченію, по своимъ особенностямъ и по симптоматологіи къ paralysis spinalis anterior Дюшенна ⁵⁾.

Наконецъ, по вопросу объ отношеніяхъ остраго восходящаго паралича, poliomyelitis anterior и множественнаго неврита имѣются въ высшей степени различныя другъ отъ друга мнѣнія:

а) По однимъ параличъ Ландри никогда не бываетъ проявленіемъ пораженія нервныхъ центровъ; когда имѣется

¹⁾ Nauwerku. Barth.—Zur pathologischen Anatomie der Landry'schen Lähmung (Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie, 1889, t. v, p. I). (Весьма замѣчательная критическая работа).

²⁾ Eisenlohr.—Ueber Landry'sche Paralyse (Deutsche medic. Wochenschrift, 1890, № 38, p. 841).

³⁾ А. Маннуровскій. Случай остраго восходящаго паралича алкогольнаго происхожденія. Москва. 1890.

⁴⁾ M-me Déjerine-Klumpke.—Des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier (Thèse, Paris, 1889, p. 29).

⁵⁾ Duchenne, de Boulogne. Traité de l'électrisation localisée. Paris, 1872.

пораженіе, то оно захватываетъ периферическіе нервы. Такъ, какъ я вамъ уже говорилъ, это мнѣніе впервые категорически было высказано Науверкомъ и Бартомъ. Эти два автора резюмировали свое мнѣніе по этому носографическому вопросу въ слѣдующихъ выраженіяхъ:

«Восходящій типическій параличъ съ минимальными расстройствами чувствительности, съ функціональной сохранностью сфинктеровъ, безъ уменьшенія электромышечной возбудимости, можетъ вести къ роковой развязкѣ, при чемъ невозможно бываетъ найти очевидныхъ анатомическихъ измѣненій ни со стороны центральной нервной системы, ни со стороны периферической нервной системы».

«До сихъ поръ намъ не дано никакого доказательства заболѣванія центровъ спинного, а въ особенности продолговатаго мозга, могущаго вызвать клиническую картину типическаго восходящаго паралича».

«Если раздвигаютъ рамки паралича Ландрі, если заставляютъ въ немъ фигурировать расстройства чувствительности уже въ болѣе значительной степени, расстройства со стороны сфинктеровъ и особенно уменьшеніе или отсутствіе электромышечной возбудимости и даже реакцію перерожденія, то въ такомъ случаѣ находятъ извѣстное число положительныхъ наблюденій такого характера, чтобы признать въ нихъ заболѣваніе периферической нервной системы».

«Нѣтъ точнаго указанія, чтобы восходящій параличъ могъ быть вызванъ заболѣваніемъ нервныхъ центровъ».

Аналогичное мнѣніе, состоящее въ томъ, чтобы смотрѣть на острый восходящій параличъ, какъ именно на разновидность полиневрита, было высказано Калеромъ и Пикомъ,

Россъ ¹⁾, въ Англіи, до нѣкоторой степени утрировалъ эту точку зрѣнія. Онъ высказывался за тождественность остраго восходящаго паралича и множественнаго неврита, основываясь на 93 наблюденіяхъ, изъ которыхъ большинство, вопреки мнѣнію авторовъ, опубликовавшихъ ихъ, относились къ параличу Ландрі.

б) Другіе хотятъ видѣть въ остромъ восходящемъ параличѣ лишь только заболѣваніе спинного мозга. Къ числу такихъ принадлежитъ Сенаторъ ²⁾, изъ Берлина, который, правда, сохраняетъ названіе паралича Ландрі за тѣми случаями, гдѣ острый параличъ, восходящій или нисходящій, остается исключительно двигательнымъ и не сопровождается ни расстройствомъ чувствительности, ни реакціей перерожденія. По мнѣнію Сенатора параличъ Ландрі есть выраженіе міэлита.

Я васъ уже познакомилъ съ мнѣніемъ Иммерманна, по которому параличъ Ландрі и острый *poliomyelitis anterior* являются лишь двумя разновидностями одного и того же спинно-мозгового процесса. Точно также и про-

¹⁾ Ross et S. Bury. On peripheral neuritis. London, 1893.

²⁾ Senator.—Neurologisches Centralblatt, 1893, № 11 p. 384.

фессоръ Шульце изъ Гейдельберга ¹⁾ вмѣсто того, чтобы параличъ Ландри, рассматриваемый какъ эссенціальный параличъ, противопоставить острому *polio-myelitis anterior*, предпочелъ, въ виду неопредѣленности патологической анатоміи, рассматривать ихъ съ симптоматической точки зрѣнія. Онъ предлагалъ различать острый или подострый исключительно двигательный восходящій параличъ, смѣшанную форму и острый или подострый атрофическій восходящій параличъ. Другими словами, между параличемъ Ландри, какъ его вообще понимаютъ, и острымъ или подострымъ *poliomyelitis anterior*, Шульце допускалъ промежуточную форму, которая связывала и первое и второе заболѣваніе. Онъ впрочемъ признавалъ, что на основаніи клиническихъ данныхъ невозможно различать другъ отъ друга параличъ Ландри и нѣкоторыя слабо выраженные формы міэлита.

в) Наконецъ третьи ученые, составляющіе въ данное время большинство, являющіеся поборниками электрической теоріи, которая, по моему мнѣнію, при настоящемъ состояніи нашихъ знаній напрашивается сама собой. Они не смотрятъ на параличъ Ландри, какъ на самостоятельную болѣзнь, но какъ на процессъ разнообразный по клиническимъ проявленіямъ; измѣнчивый по локализаци и по природѣ, разнообразный по своей этиологіи.

По этому поводу я вамъ замѣчу, господа, что симптоматологія паралича Ландри не однообразна. На эту сторону обратилъ особенное вниманіе 10 лѣтъ тому назадъ Бернгардъ изъ Берлина ²⁾. Не только ходъ явленій можетъ быть восходящимъ или нисходящимъ, не только теченіе болѣзни можетъ безразлично начинаться или заканчиваться бульбарными явленіями, но и сохранность электрическихъ реакцій, указанная Вестфалемъ, какъ одинъ изъ существенныхъ признаковъ болѣзни, можетъ отсутствовать. Фарадическая реакція можетъ быть сохранена, или просто уменьшена, или уничтожена; то же можно сказать и про гальваническую возбудимость. Точно такъ же расстройства чувствительности могутъ отсутствовать, могутъ быть слабо выражены или проявлять большую напряженность; онѣ могутъ состоять изъ явленій парестезіи, изъ болей, изъ гиперестезіи, изъ анестезіи. Наконецъ и сухожильные рефлексы могутъ быть сохранены или отсутствовать.

Если мы возвратимся къ патологической анатоміи, то встрѣтимъ здѣсь также большое разнообразіе.

Опубликованы случаи остраго восходящаго паралича, гдѣ гистологическое изслѣ-

¹⁾ Schultze.—Ueber aufsteigende atrophische Paralyse mit tödtlichem Ausgange. (Berlin. Klin. Wochenschrift, 1883, № 39, p. 593.

²⁾ Bernhardt.—Ueber die multiple Neuritis der Alkoholisten. Zeitschrift f. Klin. Medicin, 1888, f. XI, fasc. 4, p. 389.

дованіе, произведенное людьми, безспорно свѣдущими, не обнаружило ни пораженія центровъ, ни пораженія периферическихъ нервовъ. Опубликованы другіе случаи, гдѣ измѣненія имѣлись налицо, но ограничивались периферическими нервами. Есть, въ настоящее время, довольно и такихъ наблюденій паралича Ландри гдѣ гистологическое изслѣдованіе, произведенное съ безспорнымъ знаніемъ дѣла, обнаруживало пораженія, ограничивавшіяся спиннымъ мозгомъ. Каково разнообразіе въ результатахъ, сообщаемыхъ различными авторами! Вы сами въ этомъ убѣдитесь по тѣмъ извлеченіямъ, которыя я вамъ сейчасъ приведу.

Въ то время, какъ фонъ-денъ-Фельденъ ¹⁾ нашелъ микроскопическіе очаги размятченія, разсѣянные въ продолговатомъ мозгу, главнымъ образомъ въ бѣломъ веществѣ, Кюммель ²⁾ при вскрытіи субъекта, погибшаго отъ остраго восходящаго паралича въ теченіи нѣсколькихъ дней, нашелъ геморрагическій очагъ стараго происхожденія въ лѣвой половинѣ Вароліева моста и небольшой геморрагическій очагъ въ правой половинѣ его.

Шульцъ и Шульце ³⁾ констатировали въ одномъ случаѣ существованіе міелита пирамидальныхъ пучковъ и сѣрыхъ переднихъ роговъ на всей высотѣ спинного мозга. Гоффманнъ ⁴⁾ нашелъ осевые цилиндры сильно набухшими въ пирамидахъ и въ веревчатыхъ тѣлахъ у субъекта, умершаго отъ остраго восходящаго паралича. То же самое измѣненіе встрѣчалось и ниже, главнымъ образомъ въ боковыхъ пучкахъ шейнаго и дорзального сегментовъ. Гангліозныя клѣтки были блестящи и раздуты. Циммерманнъ ⁴⁾ открылъ пятна краснокирпичнаго цвѣта, разсѣянные въ сѣромъ веществѣ переднихъ столбовъ. Въ окружности этихъ пятенъ подъ микроскопомъ наблюдалась сильная сосудистая инъэкція, накопленіе зернистыхъ клѣтокъ, особенно ихъ было много вдоль сосудовъ; часть гангліозныхъ клѣтокъ была разрушена и замѣнена гіалиновыми массами. Циммерманнъ заключилъ, что здѣсь былъ въ весьма легкой степени выраженный *poliomyelitis*.

Судейкинъ ⁶⁾ въ одномъ случаѣ, діагнозъ котораго очень спорный, нашелъ при вскрытіи старыя сращенія между твердой мозговой оболочкой и чере-

¹⁾ Von den Velden.—Ein Fall von acuter aufsteigender spinaler Paralyse (Deutsches Archiv für Klin. Medicin, 1877, t. XIX, Heft 2 и 3, p. 333.

²⁾ K ü m m e l.—Zur Lehre von der acuten aufsteigenden Spinalparalyse. Zeitschrift für klin. Medicin 1881, t. II, Heft 2, p. 273.

³⁾ Schultz et Schultz.—Zur Lehre von der acuten aufsteigenden Paralyse. (Archiv für Psychiatrie, 1881, t. XII, Heft. 2, p. 445).

⁴⁾ Hoffmann.—Ein Fall von untkter aufsteigende Paralyse. (Archiv für Psychiatrie t. XX, Heft. I. p. 140).

⁵⁾ Zimmermann.—Ueber Poliomyelitis anterior acuta und Landry'sche Paralyse (Ididem 1885, t. XVI, Heft 3, p. 848).

⁶⁾ Судейкинъ.—Русская медицина. Спб. 1886.

помѣ, слѣды спинальнаго пахименингита стараго происхожденія, атрофію передняго сѣраго столба слѣва, видимую невооруженнымъ глазомъ, незначительное перерожденіе гангліозныхъ клѣтокъ въ переднемъ сѣромъ столбѣ справа и разрѣженіе клѣтокъ въ заднихъ рогахъ.

Въ случаѣ, наблюдаемомъ Лейденомъ ¹⁾, на поверхности сѣровъ спинного мозга находили набуханіе нервныхъ волоконъ. Это набуханіе встрѣчалось на столь значительномъ протяженіи, что, по мнѣнію Лейдена, невозможно не видѣть въ этомъ проявленія патологическаго процесса. Этотъ процессъ своего наибольшаго напряженія достигалъ въ боковыхъ пучкахъ.

Наконецъ Эйзенлоръ ²⁾ при вскрытіи случая остраго восходящаго паралича наблюдалъ присутствіе міэлита, ограничившагося дорзальнымъ сегментомъ; въ этой области нервной оси измѣненія захватывали главнымъ образомъ боковой пучекъ съ правой стороны; они распространялись и на передній пучекъ, но не касались сѣраго вещества и задняго пучка.

Можно ли, господа, вообразить болѣе разнообразное сочетаніе данныхъ, чѣмъ то, которое я сейчасъ обзрѣлъ, по поводу этихъ случаевъ остраго восходящаго паралича? Развѣ вы удивитесь послѣ этого, что Науверкъ и Бартъ, подвергнуши строгой, но справедливой критикѣ эти факты, пришли къ заключенію, что они ничего не доказываютъ, или очень немного? Я прибавлю, что съ этими спинальными измѣненіями, столь мало характерными, столь разнообразными, сочетаются или не сочетаются измѣненія периферическихъ нервовъ.

Итакъ, если острый восходящій параличъ далеко отъ того, чтобы имѣть однообразную симптоматилогію, то факты, описанные и сообщаемые подъ этимъ именемъ, представляются еще болѣе противорѣчивыми при разсматриваніи ихъ съ анатомо-патологической точки зрѣнія. Пораженіе нервной системы можетъ различаться какъ по локализациі, такъ и по своему характеру; оно можетъ даже отсутствовать. Словомъ, при наличіи синдрома, который болѣе или менѣе вѣрно отражаетъ черты паралича Ландрі, часто бываетъ невозможно рѣшить, имѣются ли или нѣтъ въ данномъ случаѣ пораженія множественнаго неврита, или пораженія міэлитическія, или какія-нибудь спинно-мозговья пораженія.

Нѣтъ ли средства помирить эти факты, выяснить эту невозможность приспособить клиническія данныя къ даннымъ патологической анатоміи, техническіе приемы которой въ настоящее время ограничены? Я лично не думаю этого. Я полагаю, что при нѣкоторыхъ условіяхъ можно придти къ раціональному воззрѣнію, что именно нужно понимать подъ параличемъ Ландрі и какъ слѣдуетъ смотрѣть на

¹⁾ Leyden.—Neuritis und Paralysis acuta nach Influenza. («Zeitschrift für klin. Medicin»), 1893, t. XXIV, Heft. I p. 1.

²⁾ Eisenlohr.—Ueber Landry'sche Paralyse. (Deutsche medic. Wochenschrift 1890, № 38, p. 841.

отношенія паралича Ландри къ множественнымъ невритамъ и поліомієлитамъ. Для этого надо принимать во вниманіе этиологія; слѣдуетъ далѣе освободиться отъ нѣкоторыхъ предразсудковъ, принятыхъ въ нисологію; надо, наконецъ, дерзнуть воспользоваться недавними открытіями, совершенно измѣнившими наши понятія о тонкомъ строеніи нервныхъ центровъ.

Поговоримъ сначала объ этиологіи.

Въ извѣстномъ числѣ случаевъ остраго восходящаго паралича невозможно узнать правдоподобную причину развитія явленій. Въ большинствѣ случаевъ болѣзнь или принимала теченіе инфекціонныхъ заболѣваній, или проявлялась во время самого теченія послѣднихъ или во время выздоровленія отъ такихъ болѣзней, какъ тифъ, оспа, карбункулы, гоноррея (Эйзенлоръ), инфлюенца, туберкулезъ, сифилисъ, болотная лихорадка и пр.; затѣмъ описаны случаи остраго восходящаго паралича вслѣдствіе отравленія алкоголемъ, окисью углерода ¹⁾, сулемой (Кетли) ²⁾.

Не подлежитъ сомнѣнію, что сдѣланныя до сего времени изслѣдованія съ цѣлью констатировать присутствіе патогенныхъ бактерій въ нервныхъ центрахъ у субъектовъ, умершихъ отъ остраго восходящаго паралича, изрѣдка лишь давали положительные результаты, тѣмъ не менѣе таковыя были. Такъ, Баумгартенъ ³⁾, констатировалъ присутствіе сибиреязвенныхъ палочекъ въ спинномъ мозгу субъекта, умершаго отъ остраго восходящаго паралича; Куршманнъ ⁴⁾ наблюдалъ присутствіе тифозной бациллы; одинъ итальянскій авторъ Чентонни ⁵⁾ нашелъ присутствіе неопредѣленной бациллы; Эйзенлоръ ⁶⁾—присутствіе стафилококковъ. Отрицательные результаты, полученные мной и другими авторами, нисколько не удивляютъ именно меня, такъ какъ, по моему мнѣнію, скорѣе всего токсины, чѣмъ бактеріи, должны обусловливать появленіе случаевъ остраго восходящаго паралича вслѣдствіе инфекции. Отсюда вытекаетъ современное понятіе объ инфекціонномъ или токсическомъ происхожденіи остраго восходящаго паралича Ландри.

То же самое понятіе само собой возникаетъ и относительно этиологіи множественнаго неврита ⁷⁾; я не считаю нужнымъ распространяться по этому случаю; никто мнѣ возражать не будетъ.

Наконецъ, не смотря на относительную рѣдкость остраго или подостраго poliomyelitis anterior, мы убѣждены, что это заболѣваніе, по существу, инфек-

¹⁾ Leudet.—Archives généralis de médecine, 1865, p. 525.

²⁾ Ketli.—Vergiftung mit Sublimat, etc. (Pester medicin. chirurg. Presse, 1878)

³⁾ Baumgarten.—Archiv der Heilkunde, 1865, t. XVII, p. 245.

⁴⁾ Curschmann.—Verhandlungen des V-ten Congresses für innere Medicin 1886.

⁵⁾ Centonni.—Sulla natura infestiva et sulle alterazioni del sistema nervoso del morbo di Landry. Rifoma medica 1889, № 161.

⁶⁾ Eisenlohr.—Ueber Landry'sche Paralyse (Deutsche medic. Wochenschrift, 1890, № 38, p. 841.

⁷⁾ Смотри далѣе двѣ лекціи объ общей этиологіи множественныхъ невритовъ.

ціоннаго происхожденія. Такимъ образомъ мы приходимъ къ заключенію, что три вышепоказанныя заболѣванія имѣють сходную етіологію: они могутъ развиваться подъ вліяніемъ самыхъ разнообразныхъ причинъ, но почти всегда эти причины инфекціоннаго или интоксикаціоннаго характера.

Перехожу теперь къ нозологическому вопросу. Я говорю, что здѣсь мы должны отрѣшиться отъ предразсудковъ. Это обстоятельство заставляетъ меня привести то положеніе, которое я нѣсколько разъ высказывалъ и защищалъ предъ вами. Мое мнѣніе, что въ нервной патологіи напрасно злоупотребляютъ введеніемъ отдѣльных самостоятельныхъ болѣзней, напрасно приписываютъ простымъ синдромамъ самостоятельность, которой у нихъ нѣтъ, придавая имъ совершенно произвольныя отличительныя черты. Выше я вамъ уже нѣсколько разъ выяснялъ это, особенно по поводу типовъ міопатической прогрессивной мышечной атрофіи, по поводу дѣтскихъ спазмо-паралитическихъ заболѣваній. Въ этихъ заболѣваніяхъ равно какъ и въ тѣхъ, которымъ я посвящаю эту лекцію, наблюдается то же самое. Если разсматривать типическіе случаи паралича Ландрі (понимаемаго въ томъ смыслѣ и значеніи, какое ему приписывали Вестфаль и Сенаторъ) типическіе случаи юношескаго острого *poliomyelitis anterior*, типическіе случаи двигательнаго полиневрита, то отличительныя распознавательныя признаки изобилуютъ. Но когда разсматриваютъ совокупность фактовъ, описываемыхъ подъ этими наименованіями, то не трудно найти наблюденія, способныя установить всевозможные переходы между этими типами. Въ такомъ случаѣ приходится задаться вопросомъ—гдѣ же, въ самомъ дѣлѣ эти предполагаемыя разграничивающія линіи между острымъ восходящимъ параличемъ, острымъ юношескимъ *poliomyelitis anterior* и множественнымъ двигательнымъ невритомъ. Рано или поздно проникнутся той идеей, что этихъ разграничивающихъ линій нѣтъ. Я иду дальше и говорю, что ихъ и не можетъ быть.

Я такимъ образомъ дошелъ до разсматриванія третьей точки зрѣнія, о которой я вамъ только что говорилъ, именно анатомической точки зрѣнія—до разсматриванія ея при свѣтѣ современныхъ открытій, относящихся къ строенію нервной системы.

Всѣ вы, я предполагаю, знаете, что теперь нервные центры разсматриваютъ какъ накопленіе, какъ нагроможденіе анатомическихъ единицъ, *невроновъ*, лежащихъ другъ возлѣ друга, но не соединенныхъ между собой. Каждый невронъ состоитъ изъ тѣла, изъ короткихъ отростковъ, или дендритовъ, и изъ болѣе длинныхъ отростковъ,—осево-цилиндрическихъ отростковъ. Длина этого послѣдняго разнообразна и границы его весьма растяжимы: онъ можетъ идти отъ спинного мозга до самыхъ отдаленныхъ частей тѣла, до подошвы стопъ, наприкладъ. Это значить, что существенныя составныя части периферическихъ нервовъ, осевые цилиндры нервныхъ волоконъ представляютъ собой лишь продолженія и отростки тѣла невроновъ. Теперь въ виду этого нужно отказаться отъ допущавшейся

прежде оппозиціи между нервными клетками и нервными волокнами: клетка и нервное волокно составляют одно; нервное волокно, будучи осево-цилиндрическим отросткомъ, является слѣдовательно прямымъ продолженіемъ самой клетки.

Съ другой стороны, вы знаете, что двигательный путь, который выражается



Рис. 1-й.

c.p.s. Психомоторныя клетки. *N.c.* — центральный невронъ. *C.m.* — двигательная клетка переднихъ роговъ. *N.p.* — периферическій невронъ.

въ послѣднемъ анализѣ въ двоякаго рода наложенныхъ одинъ на другой двигательныхъ невронахъ, простирается отъ мозговой коры до мышцъ скелета (рис. 1-й). Центральные двигательные невроны (*N.c.*) суть тѣ, которые въ спинномъ мозгу въ своей совокупности составляютъ пирамиды и тѣла которыхъ

представляют психомоторныя клѣтки мозговой коры. Периферическіе двигательныя нейроны *Nr.* тѣ,—тѣла которыхъ ничто другое какъ большія двигательныя клѣтки переднихъ роговъ (*Cm*), тогда какъ ихъ осево-цилиндрическіе отростки образуютъ волокна переднихъ корешковъ и двигательныя волокна периферическихъ нервовъ. Вы теперь хорошо усвоили то понятіе, что двигательное волокно периферическаго нерва и спинно-мозговая двигательная клѣтка, изъ которой это волокно происходитъ, составляютъ одно нераздѣльное цѣлое. Вы понимаете уже теперь, что нельзя противопоставлять патологіи тѣла клѣтки патологію осево-цилиндрическаго отростка и вносить въ это противорѣчіе строгость, односторонность, я даже скажу, узость кругозора, чѣмъ грѣшатъ ваши руководства по патологіи.

Теперь поразмысливъ немного, вы убѣдитесь, что двигательный параличъ не имѣетъ мѣстомъ своего происхожденія ни головной мозгъ, ни мышцы, а можетъ быть лишь только заболѣваніемъ периферическаго двигательнаго нейрона. Я полагаю, что мнѣ удалось убѣдить васъ, что при остромъ восходящемъ параличѣ *Л а н д р и*, при остромъ *poliomyelitis anterior* и при двигательномъ множественномъ невритѣ всегда бываетъ пораженъ одинъ и тотъ же органъ; всѣ три болѣзни суть заболѣванія периферическаго двигательнаго нейрона.

Вспомните теперь, что я вамъ говорилъ объ этиологіи этихъ трехъ заболѣваній, которая для всѣхъ трехъ однородна; вспомните, что причины ихъ относятся къ инфекціи и къ интоксикаціи, но примите въ соображеніе и то, что дѣйствующія силы инфекціи или интоксикаціи бываютъ различны въ каждомъ случаѣ, какъ по характеру, такъ и по продолжительности, интензивности и по самому способу дѣйствія. Вы въ такомъ случаѣ можете даже предугадать, почему клиническое проявленіе, локализація и характеръ пораженій бываютъ столь разнообразны въ случаяхъ остраго восходящаго паралича, остраго *poliomyelitis anterior* и въ случаяхъ двигательнаго множественнаго неврита.

Не трудно представить себѣ, что различные токсическіе и инфекціонные агенты, дѣйствуя на одинъ и тотъ же органъ, — периферическій двигательный нейронъ, вызовутъ клиническія проявленія, которыя, сливаясь въ одну общую картину, все же будутъ различаться нѣкоторыми особенностями и теченіемъ, смотря по качеству, по дозѣ, по продолжительности дѣйствія токсическаго или инфекціоннаго агента. Дѣйствіе послѣдняго на пораженный органъ можетъ быть настолько сильнымъ, что повлечетъ за собой быстрое уничтоженіе его функціональной дѣятельности. Результатомъ этого будетъ въ случаѣ, который мы разсматриваемъ, двигательный параличъ съ быстрымъ теченіемъ. Смерть можетъ послѣдовать въ короткое время, если въ этомъ параличѣ принимаютъ участіе бульбарныя двигательныя нейроны. Токсическій или инфекціонный агентъ можетъ обладать такимъ свойствомъ, что онъ не оставляетъ замѣтныхъ измѣненій, какъ

слѣдовъ своего тлетворнаго дѣйствія, въ органѣ, функція котораго была имъ уничтожена. Этотъ агентъ можетъ быть и такого свойства, что вызоветъ измѣненіе въ самомъ нервѣ, что отразится на питаніи мышцъ и повлечетъ за собой атрофію этихъ органовъ; при этомъ мало значенія имѣетъ то, будутъ ли измѣненія нерва локализоваться въ его тѣлѣ (въ клѣткѣ), или въ его периферическомъ осево-цилиндрическомъ отросткѣ, или въ этихъ обѣихъ частяхъ одного цѣлаго.

Возьмите случай больного, который былъ предметомъ моей предыдущей лекціи. Этотъ человѣкъ подвергался повторнымъ самоотравленіямъ, я на этомъ настаиваю. Вы очень хорошо понимаете, что эффектомъ перваго удара, нанесеннаго его периферическимъ двигательнымъ нервомъ могло быть до извѣстной степени ослабленіе этихъ органовъ, въ результатѣ—быстрый и распространенный параличъ. Вы поймете также, что при дальнѣйшемъ дѣйствіи самоотравленія въ концѣ концовъ произойдутъ такіа измѣненія въ строеніи двигательныхъ нервовъ, которыя заставятъ насъ говорить, что здѣсь имѣется *poliomyelitis anterior*, а когда произошли структурныя измѣненія въ осево-цилиндрическомъ отросткѣ вмѣстѣ съ тѣмъ, что его окружаетъ, мы будемъ имѣть периферическій невритъ. Какая бы часть нерва не была поражена, ослабленіе его отразится на питаніи мышцъ; результатомъ этого будетъ атрофія этихъ органовъ и атрофія, сопровождаемая признаками такъ называемой реакціи перерожденія. Однимъ словомъ, вы понимаете, какъ въ извѣстномъ данномъ случаѣ клиническая картина остраго восходящаго паралича можетъ видоизмѣняться и уступать мѣсто картинѣ *poliomyelitis anterior*, или картинѣ полиневрита въ формѣ *poliomyelitis antetrior*.

Не теряйте при этомъ изъ виду того, что интоксикаціи и инфекціи производятъ тѣ эффекты, о которыхъ я вамъ только что говорилъ, особенно тогда, когда онѣ дѣйствуютъ на почву, подготовленную болѣзненною наслѣдственностью, и вы, безъ сомнѣнія, вспоминаете, что у нашего больного вмѣшательство этого фактора было весьма ясно выражено.

Теперь я вамъ скажу, какъ слѣдуетъ понимать отношенія между острымъ восходящимъ параличемъ, *poliomyelitis anterior* и двигательнымъ полиневритомъ.

Подъ этими названіями скорѣе надо разумѣть клиническіе синдромы, чѣмъ вполне опредѣленные болѣзненные виды; въ зависимости отъ этиологіи синдромы эти разнообразны. Будущимъ изслѣдованіямъ предстоитъ освѣтить намъ зависимость этихъ синдромовъ отъ свойства, отъ продолжительности, отъ способа дѣйствія подозрѣваемыхъ нами въ вызовѣ ихъ (т. е. синдромовъ) токсическихъ или инфекціонныхъ агентовъ. Будущему же принадлежитъ освѣтить то вліяніе, которое способны произвести на характеръ и локализацию измѣненій, претерпѣваемыхъ

двигательными нейронами, качество, количество, продолжительность дѣйствія патогеннаго агента. Гистологамъ необходимо усовершенствовать свою технику, дабы дать намъ возможность воочію убѣдиться въ измѣненіяхъ, которыя по всей вѣроятности, существуютъ, но которыя до сихъ поръ отъ насъ ускользали. Уже первый шагъ въ этомъ направленіи сдѣланъ однимъ изъ моихъ сотрудниковъ и друзей, докторомъ Маринеско. Въ одной очень интересной работѣ ¹⁾, которая

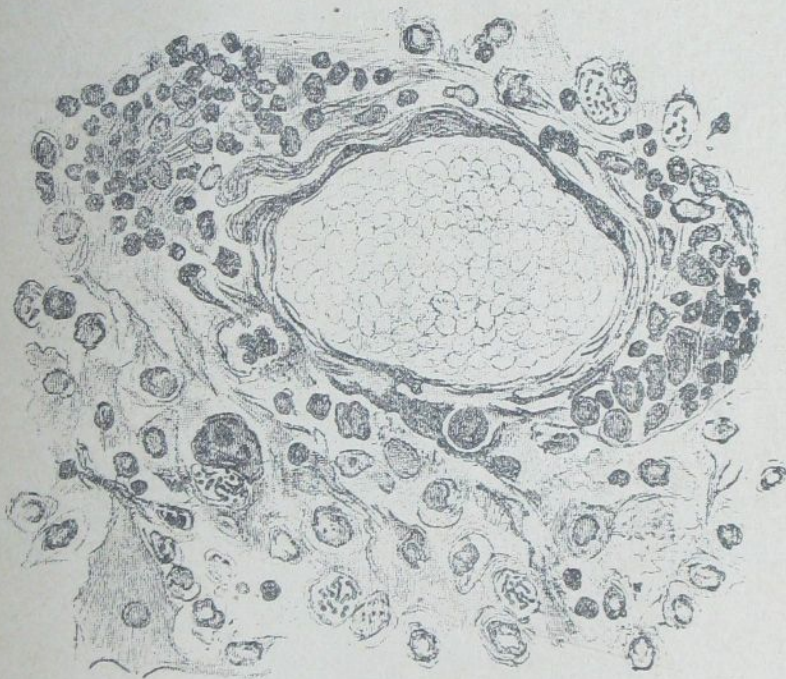


Рис. 2.

Одна изъ артерій передняго рога, значительная инфильтрація ея стѣнокъ кѣлочными одно и много-ядерными элементами; нѣкоторыя изъ нихъ содержатъ микроорганизмы въ видѣ диплококковъ.

опубликована въ сотрудничествѣ съ Эттингеромъ, Маринеско познакомилъ насъ съ результатами, которые онъ получилъ при изслѣдованіи препаратовъ спинного мозга субъекта, страдавшаго острымъ восходящимъ параличемъ. Препараты эти окрашены по относительно новому методу,—по методу Ниссля. Я сейчасъ вамъ продемонстрирую эти результаты на прекрасныхъ увеличенныхъ рисункахъ, которые у васъ предъ глазами и которые Маринеско

¹⁾ Oettinger et Marinesco. — De l'origine infectieuse de la paralysie ascendante aiguë ou maladie de Landry. («Semaine médicale» 30 janvier 1895).

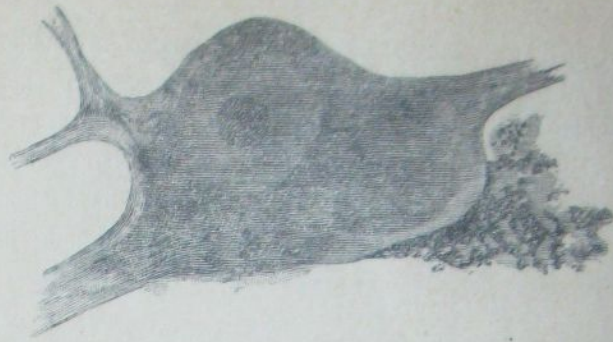


Рис. 3.

Клѣтки переднихъ роговъ. Клѣточное тѣло представляетъ сѣрую туманную окраску вслѣдствіе исчезновенія хроматофильныхъ элементовъ. Клѣтка, увеличенная въ объемѣ, представляетъ такимъ образомъ видъ мутнаго набуханія.

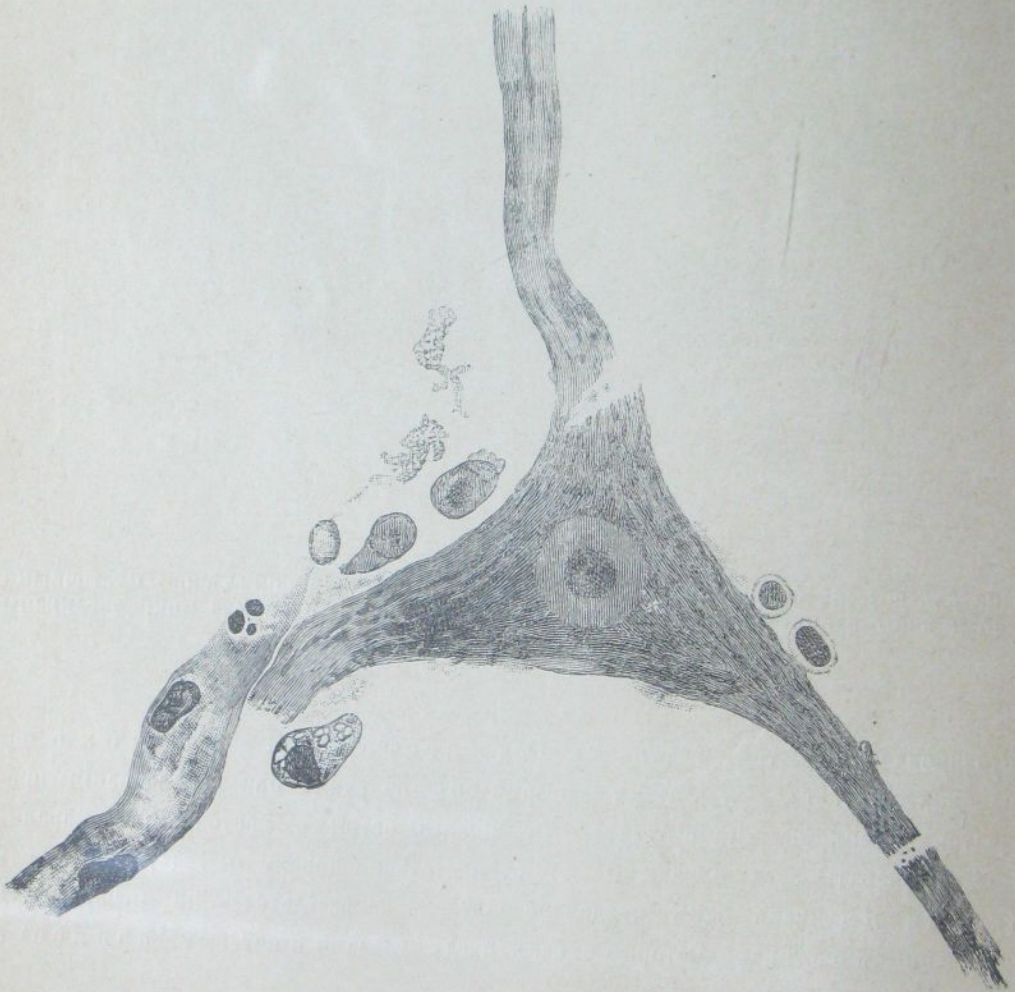


Рис. 4.

Клѣтки передняго рога; слѣва на рисункѣ виденъ капилляръ, стѣнки котораго подѣ влияніемъ микроба измѣнены и разрушены. Въ томъ же мѣстѣ видно нѣсколько эндотеліальныхъ измѣненныхъ клѣтокъ, — остатки стѣнки капилляра. Справа нервная клѣтка, протоплазма которой болѣе темна и мутна и хроматофильные элементы частью атрофировались, частью исчезли.

предоставилъ въ мое распоряженіе. Прежде чѣмъ закончить свою лекцію, позвольте мнѣ вамъ сказать, что измѣненія, представленныя на этихъ рисункахъ, настолько тонки, что при изслѣдованіи по прежнему старому способу онѣ ускользнули бы; эти измѣненія захватываютъ одновременно и сосуды, и благородные элементы, т. е., нервныя клѣтки переднихъ роговъ, и элементы, составляющіе соединительную ткань, а именно: периваскуляритъ въ сосудахъ извѣстной величины, пораженіе внутренней оболочки съ тромбомъ въ маленькихъ сосудахъ,—все это, кажется, находится въ зависимости отъ инфильтраціи лейкоцитами, содержащими патогенныя микробы (стрептококка, рис. 2); измѣненія регрессивнаго характера въ

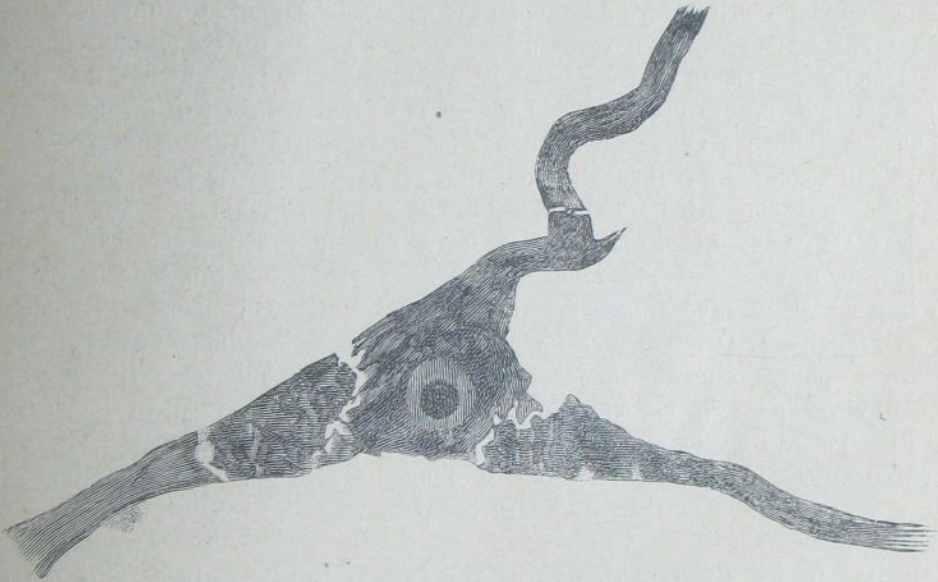


Рис. 5.

Обломанная, разрушенная клѣтка, состоящая изъ отдѣльных плохо распознаваемыхъ кусковъ, съ разрывомъ протоплазматическихъ отростковъ.

нервныхъ клѣткахъ, доходящія до острой атрофіи этихъ элементовъ, съ разрывомъ протоплазматическихъ отростковъ (рис. 3, 4 и 5); присутствіе микробовъ внутри клѣтки встрѣчается какъ исключеніе; наконецъ, со стороны соединительной ткани наблюдаются пораженія ирритативнаго характера, которыя выражаются явленіями пролифераціи. Вы видите, въ концѣ концовъ оказывается, что имѣется дѣло съ инфекціоннымъ процессомъ, захватившимъ всѣ элементы, составляющіе спинной мозгъ, и высшая степень развитія котораго выразилась въ острой атрофіи гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ.

Стало быть, предсказанія моего учителя, Вюльпіана, сбылись: онъ, начиная съ 1876 года, въ ожиданіи, что усовершенствованная гистологическая техника дастъ намъ способъ открыть проходившія до сего времени незамѣченными измѣненія, требовалъ для болѣзни Ландри особое мѣсто между заболѣваніями спинного мозга.

Лекція III.

Общій острый множественный невритъ и параличъ Ландри ¹⁾.

Содержаніе.—Обзоръ пройденнаго. Указанія, вытекающіе изъ случая, послужившаго темой для двухъ предшествующихъ лекцій. — Повтореніе сказаннаго о клиническомъ развитіи этого случая. Прочное выздоровленіе больного подтверждаетъ поставленный діагнозъ.—Новый клинический примѣръ, приведенный въ параллель предыдущему; у этого больного параличъ распространялся въ нисходящемъ направленіи; помимо этого, развитіе въ обоихъ случаяхъ было одинаковое. Общая клиническая картина скорѣе напоминала картину двигательнаго полиневрита, чѣмъ остраго или подостраго poliomyelitis anterior. Этиологическая точка зрѣнія.—Разсмотрѣніе этиологіи полиневрита и полиоміелитовъ; у двухъ больныхъ, о которыхъ шла рѣчь, вѣроятное вмѣшательство инфекціи черезъ лошадь.—У обоихъ больныхъ обнаружено наслѣдственное предрасположеніе, а у второго больного кромѣ того имѣлся травматическій шокъ.—Примѣры эпидеміи полиневритовъ и полиоміелитовъ.—Выводъ. Основываясь на патологической анатоміи, двигательный полиневритъ не рационально противопоставлять poliomyelitis anterior.—На клинической почвѣ имѣетъ практической интересъ отличать ихъ одинъ отъ другого. Дифференціальный діагнозъ возможенъ во многихъ случаяхъ.—Оба заболѣванія могутъ встрѣтяться во время теченія одной и той же эпидеміи; новое доказательство ихъ тѣснаго родства.

Мм. Гг. Очень часто намъ приходится сожалѣть о безсиліи терапіи больныхъ, приходящихъ за совѣтомъ къ намъ на домъ, или ищущихъ пріема въ нашихъ больницахъ. Сегодня я имѣю возможность представить вамъ примѣръ полного излеченія отъ болѣзни, изученію которой я посвятилъ двѣ лекціи въ началѣ предыдущаго семестра. Дѣло идетъ о болѣзни, которая вначалѣ развивалась подъ видомъ остраго восходящаго паралича. По поводу этого больного возникалъ двойкій вопросъ: имѣется ли тутъ дѣло съ острымъ poliomyelitis anterior, или тутъ идетъ дѣло просто о множественномъ невритѣ въ формѣ poliomyelitis anterior? Присоединиться къ тому или другому изъ этихъ двухъ діагнозовъ, значитъ сдѣлать весьма разное предсказаніе. По поводу одного случая, относительно предсказанія quoad vitam я вамъ скажу, что множественный невритъ имѣетъ шансовъ на успѣхъ больше, чѣмъ poliomyelitis; съ другой стороны, при множественномъ невритѣ возможно радикальное излеченіе, между тѣмъ, какъ полиоміелитъ оставляетъ всегда слѣды въ формѣ неизлечимой, болѣе или менѣе рас-

¹⁾ Лекція 1 Мая 1896 г.

пространенной мышечной атрофіи, въ формѣ послѣдовательныхъ сухожильныхъ сведеній, которыя приводятъ больного въ состояніе калѣки; такой исходъ при множественномъ невритѣ бываетъ гораздо рѣже.

Я высказалъ доводы, вслѣдствіе которыхъ я склонялся въ пользу множественнаго неврита, послѣ тщательнаго осмотра больного, котораго я вамъ сейчасъ представляю. Я считалъ себя вправѣ предсказать вамъ его полное выздоровленіе по минованіи перваго періода, въ теченіи котораго его жизни угрожали явленія въ связи съ параличемъ п. phrenici и п. vagi. Мои предсказанія осуществились. Больной, который нѣсколько разъ едва не умеръ отъ грозной асфиксіи, у котораго одно время были парализованы всѣ четыре конечности и часть туловища, который представлялъ распространенную атрофію въ парализованныхъ частяхъ—не говоря уже, что малѣйшее движеніе или малѣйшее прикосновеніе заставляло его кричать—этотъ человѣкъ, говорю я, теперь вполне поправился, въ чемъ вы можете убѣдиться воочию.

Я полагаю, что факты этого рода вамъ хорошо врѣжутся въ память, такъ какъ они заключаютъ тройное указаніе. Прежде всего они показываютъ, какое важное практическое значеніе имѣетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ умѣніе различать простой множественный невритъ отъ остраго poliomyelitis anterior; когда вы точно установите діагнозъ простого множественнаго неврита, вы можете сразу заявить, что больной при соответствующемъ леченіи, при принятіи всѣхъ мѣръ предосторожностей, касающихся опасности отъ могущаго наступить во время теченій болѣзни пораженія нѣкоторыхъ черепныхъ нервовъ, будетъ здоровъ.

Затѣмъ они вамъ показываютъ, что дифференціальный діагнозъ полиневрита и полиоміелита можетъ быть установленъ на основаніяхъ якобы—достоверныхъ. Наконецъ, факты такого характера, на которыя я вамъ только-что указывалъ, способны освѣтить отношенія между знаменитымъ острымъ восходящимъ параличемъ Ландри, множественнымъ невритомъ и острымъ poliomyelitis anterior. Я, полагаю, васъ убѣдимъ, что эти наименованія скорѣе применимы къ клиническимъ синдромамъ, чѣмъ къ яснымъ и вполне определеннымъ видамъ болѣзни: всѣ три суть заболѣванія одного и того же органа, двигательнаго периферическаго нейрона, и имѣютъ однородную этиологію. Соответственно тому, болѣе-ли или менѣе грубо или нѣжно дѣйствуетъ вредная причина (инфекція, интоксикація), соответственно тому, видоизмѣняетъ или оставляетъ-ли нетронутыми грубое строеніе нейрона ея тлетворное дѣйствіе, соответственно тому, локализуется-ли дѣйствіе этой вредной причины преимущественно и болѣе осязательнымъ образомъ въ тѣлѣ (въ клѣткѣ) нейрона, или въ его периферическихъ отросткахъ, мы и будемъ говорить объ остромъ параличѣ Ландри, о poliomyelitis anterior, или о полиневритѣ. Понятно, что при этихъ условіяхъ эти три синдрома могутъ сливаться одинъ съ другимъ, могутъ сочетаться, но я вамъ говорилъ также, въ силу какихъ основаній умѣстно различать

ихъ, по крайней мѣрѣ—послѣднія двѣ болѣзни, постольку, поскольку клиническіе синдромы, включая развитіе и предсказаніе, вообще различны.

Больной, котораго я вамъ сейчасъ представляю, представляетъ собой примѣръ множественнаго неврита, развивавшагося вначалѣ подъ видомъ паралича Ландри; это дастъ мнѣ поводъ возвратиться къ важному нозологическому вопросу; предметъ этотъ заслуживаетъ обсужденія. Прежде чѣмъ заняться его исторіей, я хочу вамъ повторить въ нѣсколькихъ словахъ наблюденіе надъ субъэктомъ, котораго вы сейчасъ увидите и который послѣ продолжительнаго пребыванія въ нашей больницѣ въ настоящее время совершенно выздоровѣлъ; это обстоятельство позволитъ мнѣ провести поучительную параллель между двумя случаями.

Тѣ изъ васъ, которые присутствовали на первой изъ двухъ лекцій, посвященныхъ мною данному случаю, безъ сомнѣнія, вспомнятъ, что въ теченіи его болѣзни было двѣ весьма отчетливыхъ фазы.

Во время первой фазы больной, 47 лѣтъ, кучеръ по ремеслу (запомните хорошо это обстоятельство), который когда-то страдалъ сомнамбулизмомъ и который страдалъ диспептическими расстройствами, представлялъ съ поразительной вѣрностью картину остраго восходящаго паралича Ландри. Вслѣдъ за желудочнымъ расстройствомъ онъ заболѣлъ обильнымъ поносомъ, который изнурилъ его до того, что по истеченіи 12 дней онъ долженъ былъ лечь въ постель. На другой день послѣ этого у него были парализованы стопы ногъ и голени и одновременно съ этимъ обнаружилось сильное лихорадочное повышеніе температуры (40°). Затѣмъ параличемъ были охвачены бедра и брюшныя мышцы. На третій день параличъ распространился на кисти рукъ, предплечья, на плечи, на плечевую область и на мышцы груди. Начиная съ этого времени въ нижнихъ конечностяхъ былъ полный параличъ; верхнія конечности находились въ такомъ же состояніи; слѣдовательно, въ теченіи трехъ дней сдѣлался полный параличъ, параличъ в я л ы й, охватившій всѣ четыре конечности и мышцы туловища, включая сюда и діафрагму. При этомъ общее состояніе больного было удовлетворительное. При изслѣдованіи наружныхъ покрововъ констатирована пузырьчатая сыпь синяго и краснаго цвѣта—признакъ инфекціоннаго состоянія. На оконечностяхъ членовъ чувствительность была слегка повышена. Больной произвольныхъ болей не испытывалъ; давленіе же на мышцы и особенно на нервные стволы причиняло ему весьма мучительныя боли. Было незначительное затрудненіе глотанія и незначительное неравномѣрное расширеніе зрачковъ. Наконецъ, въ концѣ этой первой фазы у больного нѣсколько разъ повторялись припадки удушья и наблюдалось чрезмѣрное учащеніе пульса (160), что грозило смертью. Все это происходило совершенно такъ, какъ это наблюдается въ случаяхъ остраго

восходящаго паралича Ландрі; продолжительность этой фазы, установившейся въ теченіи нѣсколькихъ дней, не превышала трехъ недѣль.

Потомъ дыханіе сдѣлалось болѣе спокойнымъ, частота пульса уменьшилась, наступило очень ясное улучшеніе въ общемъ состояніи больного, параличъ началъ проходить, сначала въ кистяхъ и въ пальцахъ рукъ, затѣмъ въ плечахъ и въ пальцахъ ногъ. Но въ это время въ парализованныхъ членахъ обнаружилась мышечная атрофія; эта атрофія, распространяясь все болѣе и болѣе, достигла высшей степени. Послѣдствіемъ сего было массовое исчезновеніе мышцъ голеней, бедеръ и плечъ. Электрическое изслѣдованіе обнаружило реакцію перерожденія въ атрофированныхъ мышцахъ. Неравномѣрное расширеніе зрачковъ, равно какъ гипералгезія мышцъ и нервныхъ стволовъ оставались въ томъ же состояніи, какъ и прежде. Въ присутствіи этого новаго синдрома, главный элементъ котораго представляли амиотрофія, діагнозъ остраго восходящаго паралича не имѣлъ больше права на свое существованіе. Возникающій тутъ вопросъ заключается въ томъ, имѣемъ-ли мы предъ собою случай амиотрофическаго полиневрита или случай поліомієлита. Я повторяю, что вслѣдствіе основаній, которыя мною подробно изложены, я присоединяюсь къ первой изъ этихъ гипотезъ. Я назначилъ соотвѣтственное леченіе, предсказывая полное выздоровленіе, какъ вѣнецъ даннаго діагноза. Выздоровленіе—теперь совершившійся фактъ, этимъ самымъ точность моего діагноза вполне удостоверена.

У больного, о которомъ мнѣ остается еще бесѣдовать съ вами, мы найдемъ ту же послѣдовательность двухъ синдромовъ: остраго паралича Ландрі и полиневрита въ формѣ *poliomyelitis anterior*, съ той лишь разницей, что въ первой фазѣ болѣзни параличъ вмѣсто того, чтобы итти въ восходящемъ направленіи, шелъ нисходящимъ путемъ. Издавна извѣстно, что въ такъ называемомъ параличѣ Ландрі теченіе болѣзни можетъ быть двойное: или бульбарными проявленіями обнаруживается начало болѣзни, какъ это было въ случаѣ знаменитаго Кювье, исторію котораго я вамъ рассказывалъ, или параличъ начинается съ верхнихъ конечностей и распространяется потомъ на нижнія конечности, не угрожая дальнѣйшимъ распространеніемъ на черепные нервы. Исторія болѣзни больного, который предъ вами, въ дѣйствительности такова:

Это человѣкъ 44 лѣтъ, по занятію конюхъ (предшествующій больной, какъ вы помните, былъ кучеръ). Свѣдѣнія, которыя мы могли собрать объ его наслѣдственности, не дали намъ ничего, заслуживающаго вниманія. Что касается до его прошлаго, я сначала упомяну вамъ, что этотъ человѣкъ былъ преданъ нѣсколько злоупотребленію алкоголемъ, что имѣло мѣсто въ 1875 году, когда онъ жилъ въ Алжирѣ: въ теченіи почти 5 мѣсяцевъ, онъ ежедневно выпивалъ два стакана абсенту. Около того же времени (1877 г.), въ Алжирѣ же, онъ въ продолженіе 2 мѣсяцевъ болѣлъ глазами. Въ теченіи послѣдующихъ 10-ти лѣтъ онъ подвергался цѣлому ряду случайностей, которыя мы сейчасъ перечислимъ. Такъ, въ

1880 году больной упалъ съ лошади, при чемъ онъ головой ударился о край тро-туара и на нѣсколько минутъ потерялъ сознание. Когда онъ пришелъ въ себя, то замѣтилъ, что не можетъ двигать нижними конечностями; разстройства со сто-роны сфинктеровъ не было. Эта параличъ, впрочемъ, длилась не долго. По про-шествіи 20 дней больной былъ въ состояніи снова ходить. Позже, въ 1881 г. онъ получилъ ударъ ногой лошади въ голову; этотъ случай сопровождался вторичной потерей сознания, длившейся три часа. Наконецъ, въ 1888 году онъ упалъ подъ лошадь, послѣдствіемъ чего была водянка лѣваго колѣннаго сустава.

Я не считаю лишнимъ прибавить, что со времени перваго паденія больной при малѣйшемъ усилии испытывалъ мозговую утомляемость и былъ подверженъ головокруженіямъ: послѣднія появлялись, когда онъ попадалъ въ яркій свѣтъ или когда ложился спать. Помимо того, онъ не могъ больше бѣгать; наконецъ, малѣйшее умственное напряженіе вызывало у него головныя боли.

Съ 1889 года у больного появились припадки астмы, которые мучили его среди ночи; при наступленіи ихъ больной вынужденъ былъ садиться въ постели; припадки эти продолжались около $\frac{1}{4}$ часа. Употребленіе препаратовъ *Daturae Stramon*, доставляло больному облегченіе. Наконецъ, другая интересная подроб-ность: во время годичнаго пребыванія X. на сѣверѣ Франціи, въ *Saint-Arnaud*, припадки совершенно прекратились.

Въ 1895 году больной испытывалъ незначительныя ревматическія боли въ колѣнѣ и въ стопѣ; назначеніе салицилово-кислаго натра скоро прекратило эти боли.

Начало настоящей болѣзни относится къ 6 Января 1896 года. Въ этотъ день у X. появился сильный знобъ, сопровождавшійся обильнымъ потомъ. Этотъ знобъ повторился въ теченіе двухъ дней, въ продолженіи которыхъ больной лишился всякаго аппетита и у него появилась бессонница. Потомъ открылся сильный поносъ, продолжавшійся 4 дня: за сутки больного слабило до 15 разъ, былъ жидкій стулъ. Онъ прекратилъ свои занятія, но въ постель не ложился. Есте-ственно, онъ былъ сильно изнуренъ. 18-го Января, утромъ, вставъ съ постели, больной почувствовалъ неопредѣленную боль въ правомъ плечѣ; почти тотчасъ же онъ сталъ не въ состояніи двигать правой рукой. Не прошло 3-хъ часовъ времени, какъ въ правой верхней конечности наступила полная невозможность движенія. Одновременно почти съ этимъ обнаружилась большая слабость въ лѣвой верхней конечности, но она не была вполне парализована. Больной испы-тывалъ большое затрудненіе при ходьбѣ. Онъ оставался сидѣть въ креслѣ, а вечеромъ пришлось отнести его въ постель. На слѣдующій день былъ констати-рованъ полный параличъ мышцъ позвоночника, нижнихъ конечностей и правой верхней конечности; только параличъ лѣвой верхней конечности былъ не полный. Сфинктеры были положительно не затронуты. Въ этотъ же день у больного обнаружили разстройства глотанія; онъ съ трудомъ проглатывалъ твердую

пищу. Онъ принужденъ былъ пить маленькими, отдѣльными глотками. Но надо замѣтить, что пища у него никогда не выходила черезъ носъ; по всей вероятности тутъ былъ простой парезъ мышцъ глотки. Жевательныя мышцы, безъ сомнѣнія, принимали участіе въ этомъ парезѣ, такъ какъ больной не могъ пережевывать корку хлѣба.

Врачъ, лечившій въ то время этого человѣка, не констатировалъ у него паралича наружныхъ мышцъ глаза: тѣмъ не менѣе кажется, что мышцы аккомодациі были затронуты, такъ какъ Х. не былъ въ состояніи читать. Кромѣ того его припадки астмы участились и стали болѣе мучительными, чѣмъ прежде: вмѣсто одного припадка въ мѣсяцъ въ теченіи ночи они повторялись отъ 2—3 разъ. Наконецъ врачъ, пользовавшій его, говорилъ, что въ началѣ болѣзни онъ констатировалъ уничтоженіе сухожильныхъ рефлексовъ и отсутствіе объективныхъ расстройствъ чувствительности. Субъективныя расстройства чувствительности выражались въ поясничныхъ боляхъ и въ боляхъ въ икрахъ; эти боли, впрочемъ, были очень сносными.

По прошествіи 15-ти дней двигательный параличъ осложнился ясно выраженной мышечной атрофіей. Эта атрофія имѣла ясно диффузный характеръ; она не поражала исключительно, или преобладающимъ образомъ, извѣстныхъ группы мышцъ. Расстройство глотанія и астматическія явленія оставались безъ измѣненія. По истеченіи 1¹/₂ мѣсяцевъ расстройства глотанія исчезли, астматическіе припадки стали появляться рѣже. А по прошествіи двухъ мѣсяцевъ больной снова сталъ пользоваться своими верхними конечностями, черезъ 15 дней послѣ этого появилось движеніе въ лѣвой ногѣ, а немного позже и въ правой ногѣ. 10-го Апрѣля Х. былъ снова въ состояніи ходить одинъ. 22-го Апрѣля онъ явился къ намъ за врачебнымъ совѣтомъ и мы посовѣтовали ему лечь въ наше отдѣленіе на излеченіе. Его настоящее состояніе, обнаруженное нами по изслѣдованіи его на другой день, 23-го апрѣля, было таково:

Х. держится на ногахъ, даже съ закрытыми глазами, очень увѣренно; признака Ромберга, слѣдовательно, не было. Онъ ходитъ маленькими шагами, и въ его походкѣ замѣчается какъ-бы отпечатокъ спотыканія. Между тѣмъ онъ ступалъ ногами по землѣ хорошо и правильно, при ходьбѣ онъ не влячилъ ногъ; подниматься на лѣстницу раньше совсѣмъ не могъ и получилъ снова эту способность не болѣе 8 дней тому назадъ. При восхожденіи на лѣстницу онъ долженъ былъ поставить обѣ стопы ногъ на одну и ту же ступень, опираясь одной рукой на палку, а другой держась за перила. Онъ взбирался затѣмъ на слѣдующую ступень, прибѣгая при этомъ къ помощи всѣхъ четырехъ конечностей.

Положенный на спину больной выполнялъ по приказанію всѣ фізіологическія движенія; эти движенія отличались большей или меньшей слабостью. Такъ при движеніяхъ приведенія бедеръ, разгибанія голеней, разгибанія и сгибанія стопы съ обѣихъ сторонъ наблюдалось такое же уменьшеніе силы. Наоборотъ сгибаніе

голении выполнялось справа гораздо хуже, чѣмъ слѣва. Точно также движенія правой верхней конечностью выполнялись съ гораздо меньшей силой.

Мышцы были атрофированы; атрофіей были въ одинаковой мѣрѣ поражены всѣ парализованныя мышцы. Эта атрофія представлялась немного болѣе выраженной въ средней части лѣваго бедра (окружность слѣва=38,5 санти., справа=40 санти.). При осмотрѣ спины наблюдается ясно выраженная атрофія мышцъ позвоночника. Сидя на стулѣ, больной не въ состояніи подняться безъ посторонней помощи, или не опершись на сосѣдную мебель. Когда онъ хотѣлъ сѣсть, онъ долженъ былъ опереться обѣими руками на стулъ, а потомъ сразу опускался. Былъ также почти полный параличъ въ мышцахъ, разгибающихъ туловище.

Движенія шеи и головы воспроизводились почти нормально, не смотря на присутствіе ясно выраженной атрофіи *m. m. sterno-cleido-mastoid.*, главнымъ образомъ тѣхъ пучковъ, которые берутъ начало отъ ключицы.

Въ верхнихъ конечностяхъ всѣ физиологическія движенія были сохранены, но они были слабы, особенно тѣ, которыя были необходимы для сокращенія мышцъ приводящихъ и отводящихъ плечо. Движенія разгибанія, сгибанія, пронаціи и супинаціи, а также различныя движенія кистей рукъ выполнялись съ большой силой. Изслѣдованіе динамометромъ показало 10 для каждой стороны.

Атрофіей поражены всѣ мышцы верхнихъ конечностей съ обѣихъ сторонъ, а равно какъ и грудныя мышцы. Она болѣе выражена на мышцахъ, прикрѣпляющихся къ внутреннему мыщелку, чѣмъ на мышцахъ, прикрѣпляющихся къ наружному мыщелку. Кожные и сухожильные рефлексы были сохранены. Колѣнный рефлексъ съ лѣвой стороны проявляется съ большой силой, чѣмъ справа. Разстройство общей и специальной чувствительности не наблюдается.

Зрачки сильно сужены и одинаковаго діаметра съ обѣихъ сторонъ, реакція ихъ сохранена. Когда больной смотритъ вверхъ, а особенно, когда онъ смотритъ внизъ, весьма ясно замѣчается внутреннее косоглазіе.

Разстройство со стороны сфинктеровъ, трофическихъ разстройствъ нѣтъ. Наконецъ, при электрическомъ изслѣдованіи констатировано значительное уменьшеніе гальванической и фарадической возбудимости, а также и качественныя измѣненія гальванической возбудимости, что и составляетъ принадлежность реакціи перерожденія.

Сегодня, 1-го Мая, состояніе больного, какъ вы сами въ томъ можете убѣдиться, нисколько не измѣнилось.

Проведемъ теперь параллель между развитіемъ двухъ болѣзней, наблюдаемыхъ у этихъ двухъ субъектовъ, одного—кучера, другого—конюха (вы сейчасъ поймете, почему я подчеркиваю эту подробность).

У обоихъ мы находимъ продромальную фазу, продолжавшуюся нѣсколько

дней, которая выразилась желудочнымъ разстройствомъ и обильнымъ поносомъ. У обоихъ больныхъ разгорается лихорадка, когда появляются первыя проявленія нервной болѣзни, сопровождающіяся отсутствіемъ аппетита и бозсонницей—короче, мы находимъ тутъ, по началу ихъ, всѣ признаки инфекціонныхъ болѣзней. У обоихъ больныхъ—большой упадокъ силъ, обусловливаемый обильнымъ поносомъ, уступаетъ мѣсто внезапно появляющемуся параличу; этотъ параличъ въ нѣсколько дней распространяется на всѣ четыре конечности и часть мышцъ туловища. Разница при этомъ только въ томъ, что у перваго больного параличъ начинается съ нижнихъ конечностей и, принимая восходящее направленіе, послѣдовательно распространяется на голени, бедра, брюшныя мышцы и на верхнія конечности, у второго же—параличъ начался съ верхнихъ конечностей, распространился на мышцы грудной клѣтки и на мышцы позвоночника, и почти тотчасъ же появился въ нижнихъ конечностяхъ. Восходящее направленіе въ одномъ случаѣ, нисходящее—въ другомъ. Начиная съ этой первой фазы мы у обоихъ больныхъ констатируемъ разстройства въ сферѣ черепныхъ нервовъ, къ значенію которыхъ я сейчасъ возвращусь.

У перваго больного по прошествіи почти 3-хъ недѣль, у второго по истеченіи 15 дней параличъ начинаетъ ослабѣвать; обнаруживается мышечная атрофія; атрофія распространенная (разлитая) въ томъ смыслѣ, что она одинаково захватываетъ парализованныя мышцы, что однако не мѣшаетъ ей достигъ значительной степени. Мышцы и нервные стволы очень болѣзненны при давленіи; въ этомъ только и выражаются разстройства чувствительности, за исключеніемъ небольшой гипестезіи въ конечностяхъ, отмѣченной у перваго больного.

Потомъ возстановленіе функцій мышцъ продолжается и у перваго больного наступаетъ полное выздоровленіе, хотя все заставляетъ надѣяться, что и у второго больного произойдетъ то же самое, и даже въ болѣе короткое время.

Вотъ слѣдовательно, двое больныхъ, у которыхъ, за исключеніемъ порядка распространенія паралича, мы констатируемъ тождественное развитіе: это развитіе обнимаетъ слѣдующія три послѣдовательныя фазы.

Въ первой фазѣ мы видимъ, какъ развивается болѣзненная картина, которая точно напоминаетъ картину остраго паралича Ландри, паралича восходящаго въ одномъ случаѣ,—нисходящаго въ другомъ.

Въ другой фазѣ къ параличу, который находится уже на пути къ улучшенію, присоединяется диффузная амиотрофія; въ этотъ моментъ даже возникнуть вопросъ, есть-ли это *poliomyelitis anterior*, или полиневритъ.

Третья фаза заставляетъ насъ присутствовать при полномъ возстановленіи мышцъ и ихъ функцій. Такой способъ окончанія болѣзни ужъ самъ по себѣ достаточенъ, дабы позволено было утверждать, что тутъ дѣло идетъ о полиневритѣ, но онъ, вообще подтверждаетъ лишь точность діагноза, который возможно было установить на якобы вѣрныхъ данныхъ, начиная съ конца второй фазы. Позвольте

мы еще разъ обратитъ ваше вниманіе на эти данныя дифференціальной діагностики между *poliomyelitis anterior* и амиотрофическимъ полиневритомъ.

У нашихъ обоихъ больныхъ развитію паралича предшествовали: ошущеніе мурашекъ, оѣмѣніе, боли; у обоихъ параличъ шелъ прогрессивнымъ ходомъ и распространялся у перваго больного снизу вверхъ, у втораго сверху внизъ. Все это можно видѣть въ случаяхъ остраго юношескаго *poliomyelitis anterior*. Но начиная съ первой фазы мы сталкиваемся съ признаками, которые гипотезу о полиоміелитѣ дѣлаютъ маловѣроятной. Я хочу сказать о явленіяхъ, которые указываютъ на участіе черепныхъ нервовъ. У нашихъ обоихъ больныхъ наблюдалось незначительное расстройство глотанія, у втораго были затронуты жевательныя мышцы. Первый больной представлялъ неравномѣрное, расширеніе зрачковъ, второй—легкое косоглазіе и парезъ аккомодациі. У перваго было сильное ускореніе сердцебіенія, мучительные приступы удушья—показатели пареза *nn. vagi et phrenici*; у втораго—приступы астмы, начало которыхъ относится къ дальнему времени, вдругъ стали часто беспокоить его. Всматривайтесь, господа, хорошенько въ эти раннія бульбарныя явленія въ случаѣ, подобномъ тѣмъ, о которыхъ я съ вами сейчасъ бесѣдовалъ; констатированіе ихъ заставляетъ сильно заподозрить множественный невритъ. Оно дастъ вамъ право предполагать, что вы имѣете дѣло скорѣе съ распространеннымъ заболѣваніемъ периферическихъ нервовъ, чѣмъ съ міелитомъ переднихъ роговъ,—съ *poliomyelitis anterior*. Констатированіе сильной гипералгезіи, выражающейся сильными болями при ошущиваніи мышцъ и при давленіи на нервные стволы, можетъ лишь укрѣпить васъ въ вашемъ первомъ предположеніи. То же самое можно сказать и про проходящія расстройства со стороны акта мочеиспусканія и дефекаціи, наблюдаемыя нами у перваго больного, которыя стоятъ въ связи съ параличемъ брюшныхъ мышцъ и мышцъ поднимающихъ и сжимающихъ задній проходъ. Дальнѣйшее развитіе явленій окончательно убѣждаетъ васъ въ вашемъ мнѣніи.

Итакъ, что же мы наблюдаемъ у обоихъ нашихъ больныхъ въ дальнѣйшей фазѣ развитія ихъ болѣзни? При дальнѣйшемъ развитіи теченіе болѣзни было совершенно отличное отъ того, что происходитъ собственно при остромъ юношескомъ *poliomyelitis anterior*. По правдѣ сказать, мы далеки отъ того, чтобы дать окончательное мнѣніе о симптоматологіи и развитіи этой формы спинномозгового паралича. Большинство авторовъ, слѣдуя примѣру Дюшанна изъ Булони, въ высказаніи своего мнѣнія по этому вопросу очень сдержанны. Они довольствуются сказать очень немного, а именно, что симптоматологія остраго передняго спинно-мозгового юношескаго паралича и остраго *poliomyelitis anterior*—такова же, или должна быть такой-же, какъ при дѣтскомъ спинальномъ параличѣ. Когда читаешь внимательно представляемыя ими, какъ примѣры остраго юношескаго передняго спинальнаго паралича, наблюденія, то чувствуешь, какъ тобой овладѣ-

ваетъ сомнѣніе. Я выскажусь по этому поводу когда-нибудь позже болѣе подробно. Въ настоящую минуту, будемъ держаться тѣхъ характерныхъ свойствъ остраго юношескаго передняго спинальнаго паралича, которыя приписаны этой болѣзни Дюшеннемъ, а именно: внезапный общій параличъ, послѣ нѣсколькихъ мѣсяцевъ локализирующійся въ извѣстномъ числѣ мышцъ, которыя подвергаются атрофіи въ различной степени; при этомъ не бываетъ ни разстройствъ чувствительности, ни разстройствъ со стороны мочевого пузыря, или прямой кишки ¹⁾). Не такъ шло дѣло у нашихъ больныхъ. По истеченіи 15 дней или трехъ недѣль параличъ началъ отступать, въ своемъ движеніи если такъ можно выразиться. Въ это-то время обнаружилась атрофія, этой атрофіей были поражены одинаково всѣ уже парализованныя мышцы, она имѣла диффузный характеръ. Потомъ эта атрофія, по примѣру паралича, въ своемъ движеніи стала отступать повсюду у нашего перваго больного не осталось и слѣдовъ ея. Вотъ развитіе болѣзни, которое, можете быть увѣрены, вы не встрѣтите въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ на большемъ или меньшемъ протяженіи переднихъ роговъ спинного мозга непоправимыя пораженія захватываютъ гангліозныя кѣтки, которыя заправляютъ двигательной и трофической иннервацией мышцъ. Короче, при наличіи подобнаго развитія вы вправѣ окончательно отбросить діагнозъ остраго *poliomyelitis anterior* въ обыкновенномъ а на томо-патологическомъ значеніи слова. Нѣкоторыя клиническія особенности, обнаруженныя у нашихъ больныхъ, какъ-то: наблюдаемая у перваго изъ нихъ гипѣстезія въ области кистей рукъ, предплечій, стопъ и голеней и проходящій параличъ поднимающихъ и сжимающихъ задній проходъ мышцъ и отмѣченное у втораго больного сохраненіе сухожильныхъ рефлексовъ,—могутъ лишь подкрѣпить ваше убѣжденіе.

Вопросъ относительно діагноза—очень,—съ разрѣшеніемъ этого вопроса разрѣшается вопросъ и о предсказаніи,—теперь я считаю нужнымъ остановиться болѣе подробно на этиологіи полиневритовъ и поліомієлитовъ.

Я уже имѣлъ случай говорить вамъ, что полиневриты и поліомієлиты имѣютъ одинаковую этиологію; что же касается случаевъ ихъ причинъ, то эта этиологія можетъ быть резюмирована приблизительно въ слѣдующихъ двухъ словахъ: интоксикація, инфекция. По поводу случая нашего перваго больного я указывалъ, какъ на возможную причину его полиневрита, на самоотравленіе кишечнаго происхожденія. Дѣйствительно у этого субъекта уже давно наблюдались обычныя диспептическія разстройства. Теперь я охотно отказываюсь отъ этого предположенія въ виду другой гипотезы, пришедшей мнѣ на мысль. Это другая

¹⁾ Duchenne (de Boulogne). — De l'électrisation localisée, 3-e édition, Paris, 1872, p. 439.

гипотеза внушена мнѣ близостью профессій представленных мною больных, — одинъ — кучерь, другой — конюхъ; значить, они оба жили въ обстановкѣ, при которой подвергались инфекціи одного и того же характера и происхожденія, которую можно назвать инфекціей черезъ лошадей.

Нѣкоторыя изъ этихъ инфекцій намъ очень хорошо извѣстны; къ таковымъ относятся: саль, actinomycosis, тетанусъ, — болѣзнь, за происхожденіе которой отъ лошади высказывается много ярыхъ сторонниковъ. Но мы далеки отъ точнаго знанія всѣхъ инфекцій, которымъ подвержены индивидуумы, живущіе въ соприкосновеніи съ лошадьми и дышащіе атмосферой конюшенъ. Не будетъ-ли, повторяю я вамъ, развившаяся въ подобной обстановкѣ инфекція причиной, вызвавшей у нашихъ двухъ больныхъ столь сходные по своему развитію полиневриты? На этотъ поднятый мной вопросъ я не могъ получить удовлетворительнаго отвѣта.

Независимо отъ случайныхъ причинъ мы должны считаться съ предрасположеніемъ, а особенно съ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ, съ невропатической наслѣдственностью. Въ предъидущемъ году я посвятилъ двѣ лекціи ¹⁾ на то, чтобы показать вамъ, какую важную роль играетъ въ развитіи нервныхъ болѣзней болѣзненная наслѣдственность. Я указывалъ на трудность, съ которой часто приходится сталкиваться, дабы обнаружить слѣдъ этого этиологическаго фактора. У нашихъ двухъ больныхъ мы открыли признаки, которые дали намъ право подозревать вмѣшательство наслѣдственнаго предрасположенія, врожденной порочности. Дѣйствительно, у перваго больного были припадки сомнамбулизма; что касается втораго, то онъ уже давно страдалъ приступами астмы, которая представляла ясныя характерныя особенности нервной астмы.

Рядомъ съ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ надо поставить приобрѣтенное предрасположеніе, въ происхожденіи котораго на первомъ планѣ стоитъ травматическій шокъ. Этотъ шокъ у нашего втораго больного ясно представленъ: у него, какъ вы помните, было три тяжелыхъ травматическихъ поврежденія, изъ которыхъ два черепныя; отъ перваго паденія на черепъ у него остались упорныя послѣдствія въ формѣ головокруженій и мозговой утомляемости, проявлявшейся при малѣйшемъ умственномъ напряженіи. При этихъ условіяхъ всегда можно предвидѣть возвраты, такъ какъ этотъ видъ травматической неврастеніи, на которую я вамъ сейчасъ указываю, упорно держится, и больной, если вновь возникнетъ за свое занятіе конюха, будетъ подвергаться тѣмъ же самымъ причинамъ инфекціи, какъ и раньше. Вы, такимъ образомъ, понимаете, какъ важно, съ точки зрѣнія предсказанія, отыскать наслѣдственное или приобрѣтенное невропатическое предрасположеніе въ случаяхъ полиневрита.

¹⁾ F. Raymond. Clinique des maladies du système nerveux. Première série Paris, 1896, p. 520 et 535.

По поводу этого общаго присущаго профессіи обстоятельства, которое мы обнаружили въ этихъ двухъ случаяхъ полиневрита, столь сходныхъ по своимъ проявленіямъ и по своему развитію, я не могу не указать вамъ на то, что въ последнее время опубликованы наблюденія эпидемій полиневритовъ и поліомієлитовъ. Это особенно сдѣлалось замѣтно во время недавняго распространенія инфлюэнцы. Такъ, одинъ русскій врачъ, д-ръ Реформатскій, въ прошедшемъ году (15 Февраля 1895 года), въ Казанскомъ медицинскомъ обществѣ сдѣлалъ докладъ о семейной эпидеміи полиневритовъ, появившейся во время инфлюэнцы. Восемь лицъ изъ одной и той же семьи отдали дань этой эпидеміи: во всѣхъ этихъ случаяхъ начало заболѣванія выражалось лихорадкой и общими симптомами. Полиневритъ проявился двигательнымъ параличемъ, мышечной атрофіей, отсутствіемъ коленныхъ рефлексовъ, чувствительными расстройствами, болями по направленію нервовъ.

Съ другой стороны англійскій врачъ Рутнэмъ опубликовалъ въ 1893 году работу о 26 случаяхъ эпидемическаго заболѣванія, которое онъ діагностицировалъ, какъ эпидемію *poliomyelitis anterior*. Такое объясненіе этого заболѣванія было подтверждено товарищами автора, изъ числа коихъ д-ръ Броунингъ полагаетъ, что здѣсь скорѣе была эпидемія болотнаго полиневрита.

Въ теченіи послѣдняго года д-ръ Хаммондъ ¹⁾ въ Ньюркскомъ неврологическомъ обществѣ сдѣлалъ докладъ о десяти случаяхъ множественнаго неврита, развившагося у дѣтей изъ Бриджпорта въ Коннектикутѣ. Два изъ этихъ случаевъ были наблюдаемы во время зимы, другіе восемь—въ жаркое время года. Всѣ случаи относились къ дѣтямъ ранняго возраста (ниже пяти лѣтъ). Болѣзнь начиналась головной болью, рвотой, лихорадкой. Затѣмъ нижнія конечности постепенно охватывались параличемъ, который вслѣдъ затѣмъ распространялся на верхнія конечности, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ на мышцы туловища и задней стѣнки глотки. Вмѣстѣ съ этимъ наблюдались произвольныя боли, и боли вызываемыя давленіемъ на нервы. Рефлексы отсутствовали. При электрическомъ изслѣдованіи мышцъ была констатирована реакція перерожденія.

Всѣ эти дѣти менѣе, чѣмъ черезъ 4 мѣсяца поправились, за исключеніемъ самаго младшаго, у котораго былъ параличъ межреберныхъ мышцъ и мышцъ глотанія; онъ по истеченіи четырехъ мѣсяцевъ умеръ отъ истощенія.

Въ то же самое время были наблюдаемы въ небольшомъ городкѣ, находящемся въ шести километрахъ отъ Бриджпорта, два аналогичныхъ случая, которые врачи разсматривали, какъ случаи *poliomyelitis anterior*.

Другая эпидемія такого же рода вспыхнула въ Рутлэндѣ, маленькомъ городкѣ штата Vermont (Соединенные Штаты). Въ этой мѣстности, въ которой

¹⁾ H a m m o n d. Medical Record, 1895, vol. 48, № 19, p. 656.

насчитывается 4000 жителей, заболѣло 53 человѣка. Потомъ болѣзнь распространилась, въ окружности 10—15 километровъ, на сосѣднія деревни, въ которыхъ заболѣло около 150 человѣкъ. Эта эпидемія разразилась вслѣдствіе чрезвычайнаго сухого лѣта. Съ цѣлью выясненія причины этой эпидеміи было произведено разслѣдованіе: не нашли причины ни въ водѣ, ни въ другомъ какомъ-либо напиткѣ; не могли также выставить, какъ причину, отравленіе пищевыми продуктами и загрязненіе сточныхъ каналовъ. Болѣзнь между тѣмъ распространялась путемъ прямого зараженія. Эта эпидемія была предметомъ двухъ интересныхъ докладовъ въ медицинскихъ обществахъ. Одинъ изъ нихъ былъ сдѣланъ Кэверли ¹⁾, председателемъ санитарнаго совѣта въ штатѣ Vermont, въ медицинскомъ обществѣ этого города, а затѣмъ на конгрессѣ въ Baltimore, устроенномъ американскимъ медицинскимъ обществомъ. Докладъ Кэверли былъ основанъ на 132 наблюденіяхъ, изъ которыхъ 98 относились къ дѣтямъ въ возрастѣ ниже 6 лѣтъ, 15—къ дѣтямъ отъ 6—14 лѣтъ и 9—къ субъектамъ ниже 21 года. Болѣзнь начиналась лихорадкой, тошнотой, рвотой, судорогами. Была наблюдаема эритематозная сыпь. Въ высшемъ періодѣ развитія болѣзни преобладающимъ симптомомъ былъ параличъ. Въ 69 случаяхъ этотъ параличъ захватывалъ обѣ нижнія конечности; у 10 другихъ больныхъ параличъ былъ односторонній. Въ одномъ случаѣ мышцы языка и горла, въ другомъ—мышцы лица были парализованы, у одного больного были парализованы глазныя мышцы. Несмотря на то, что было 18 смертей, ни въ одномъ смертномъ случаѣ не было сдѣлано анатомо-патологическаго вскрытія. Принимая во вниманіе всѣ условія и топографію паралича, невольно рождается вопросъ, не былъ ли тутъ причиной скорѣе poliomyelitis anterior, чѣмъ полиневритъ. Но нѣкоторыя обстоятельства, какъ то: относительно значительное число полного выздоровленія,—56 выздоровленій на 68 случаевъ заболѣваній,—и участіе въ параличѣ черепныхъ нервовъ говорятъ противъ такого толкованія. Правда, что наряду съ 56 случаями полного выздоровленія, независимо отъ 18 смертныхъ случаевъ, было 58 случаевъ, гдѣ наблюдались параличи и стойкія атрофіи. Забѣйте, что цифры, заключающіяся въ докладѣ Макфайля ²⁾, согласуются съ предшествующими данными относительно распредѣленія и способа окончанія этого остраго аміотрофическаго паралича. На 91 больного, которыхъ Макфайль могъ наблюдать, было 12 смертей, 23 вполне поправились, 27 были на пути къ улучшенію и 29 остались увѣчными. Я вамъ укажу еще на тотъ фактъ, что болѣзнь оказалась болѣе смертельной у взрослыхъ (3 смерти въ общемъ на 6 случ.), чѣмъ у дѣтей (9 смертей на 85 случаевъ).

¹⁾ Caverly. The Journal of the Americ. medic. Association, 1896, vol. 26, № 1.
²⁾ Macphail.—The Montreal medic. Journal, 1895, vol. 23, p. 417 and 458.

Наконецъ я прибавлю, что въ преніяхъ по поводу докладовъ Кэверли и Макфайля одни высказывались за существованіе полиневрита (по крайней мѣрѣ въ части случаевъ), другіе примкнули къ діагнозу поліомієлита. Во всякомъ случаѣ есть одинъ фактическій аргументъ, или скорѣе доказательство, основанное на разсужденіи по аналогіи, говорящій въ пользу этого второго діагноза. Когда эпидемическая болѣзнь, о которой я вамъ сейчасъ говорилъ, свирѣпствовала между людьми, въ томъ же географическомъ поясѣ обрушилась на домашнихъ животныхъ,—лошадей, собакъ, куръ,—какая то острая болѣзнь, по существу паралитическая, представляющая большое сходство по своему теченію съ болѣзью, которой страдали люди. Тоусенъ изъ Рутлэнда дѣлалъ вскрытіе лошадей, погибшихъ отъ этой эпидемической болѣзни. Онъ въ поясничномъ утолщеніи спинного мозга нашелъ слѣды зернистаго и пигментнаго перерожденія гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ; передніе корешки были атрофированы; не было ни малѣйшихъ слѣдовъ менингита. Д-ръ Дана при вскрытіи курицы, представлявшей двухсторонній параличъ крыльевъ, безъ расстройства чувствительности, также нашелъ поліомієлитическія пораженія, или скорѣе острое размягченіе въ поясничномъ утолщеніи; бактериологическое изслѣдованіе этого мієлитического очага дало отрицательные результаты.

Итакъ возможно, что при этихъ эпидеміяхъ были случаи поліомієлита и случаи инфекціоннаго полиневрита. По моему мнѣнію, ничто не противорѣчитъ этому; послѣ того, что я говорилъ вамъ, какъ я смотрю на отношеніе между полиневритомъ и *poliomyelitis anterior*, вы должны это понимать.

Я подвожу всему итогъ. Полагаю, что я вамъ показалъ, что острый полиневритъ и *poliomyelitis anterior* могутъ при своемъ началѣ развиваться подъ видомъ остраго паралича Ландри. Вотъ это то и подтверждаетъ мнѣніе, высказанное у Ландри, что группа случаевъ, описанныхъ имъ подъ именемъ остраго восходящаго паралича, не относится къ болѣзни *suï generis*.

Надѣюсь, что я вамъ доказалъ, что отношенія между аміотрофическимъ полиневритомъ и *poliomyelitis anterior* не могутъ быть одинаковымъ образомъ разсматриваемы клиницистомъ и анатомо-патологомъ. Несомнѣнно, что здѣсь не можетъ быть рѣчи о двухъ видахъ болѣзней, совершенно самостоятельныхъ, противоположныхъ одинъ другому. Несомнѣнно, что въ обоихъ случаяхъ бываетъ пораженъ одинъ и тотъ же органъ. Несомнѣнно, что двѣ главныя части этого органа, клѣтка или тѣло нейрона и осевой цилиндръ, существенный составной элементъ нериферическаго нерва, могутъ быть вмѣстѣ локализацией крупныхъ измѣненій. Безъ сомнѣнія возможно, что въ случаѣ, гдѣ пораженія этого рода захватываютъ исключительно периферическіе нервы, эти пораженія являются послѣдствіемъ предшествующихъ измѣненій въ клѣткахъ. Въ виду практическаго

интереса клиницисту не мѣшаетъ отличать случаи, гдѣ двигательныя клѣтки спинного мозга сразу подверглись грубымъ, отчасти непоправимымъ пораженіямъ (острый *poliomyelitis anterior* въ узкомъ анатомическомъ смыслѣ слова), и случаи, гдѣ подобныя же измѣненія захватили исключительно периферическіе нервы; эти двѣ категоріи случаевъ допускаютъ неодинаковое предсказаніе.

Надѣюсь, что я показалъ, что дифференціальный діагнозъ полиневрита и *poliomyelitis anterior*, основанный на простой оцѣнкѣ такъ понимаемыхъ отѣнковъ, во многихъ случаяхъ тѣмъ не менѣе выполнимъ. Въ концѣ концовъ я васъ познакомилъ съ преобладающей ролью инфекцій и интоксикацій, какъ случайныхъ причинъ, въ развитіи полиневритовъ и поліомієлитовъ, и съ ролью наследственнаго или приобрѣтеннаго предрасположенія въ мѣстномъ воздѣйствіи инфекціоннаго или токсическаго агента. Я привелъ вамъ примѣры, что полиневриты и поліомієлиты, какъ инфекціонныя болѣзни, могутъ появляться эпидемически. Обѣ эти болѣзни могутъ встрѣчаться во время одной и той же эпидеміи. Это обстоятельство служить новымъ доказательствомъ ихъ тѣснаго родства и является подтвержденіемъ моего взгляда на ихъ взаимныя отношенія.

Лекція IV.

Множественные невриты сѣро-углероднаго происхожденія ¹⁾.

Содержаніе. — Введеніе въ изученіе множественныхъ невритовъ. — Острый восходящій параличъ и двигательный полиневритъ—суть видоизмѣненія одного и того же носологическаго типа, острый передній клѣтково-невритъ. Значеніе изученія множественныхъ невритовъ или полиневритовъ. — Двойная точка зрѣнія, которая послужитъ руководствомъ въ изученіи извѣстнаго числа этиологическихъ разновидностей полиневритовъ. Множественные невриты сѣро-углероднаго происхожденія. — Клиническій примѣръ. Различныя разновидности разстройствъ, которыя могутъ быть вызваны отравленіемъ. — Психическія разстройства. — Истерическіе припадки. — Периферическіе невриты. — Ихъ симптоматологія не тождествена. — Роль мѣста проникновенія яда. — Общая картина множественныхъ невритовъ сѣро-углероднаго происхожденія; представленная больная страдала именно этой разновидностью полиневрита. Предсказаніе, леченіе.

Двѣ изъ моихъ предшествующихъ лекцій ²⁾ я посвятилъ ознакомленію васъ съ моими взглядами на взаимныя отношенія остраго паралича Ландри,

¹⁾ Лекція 13 декабря, 1895.

²⁾ Смори I и II лекцій.

остраго *poliomyelitis anterior* и остраго двигательнаго полиневрита въ формѣ *poliomyelitis anterior*. Руководствуясь новыми понятіями, принятыми въ ученіи о строеніи и объ отправленіи нервной системы, я вамъ показалъ, что двигательный параличъ не церебральнаго и не мышечнаго происхожденія, а можетъ быть лишь проявленіемъ заболѣванія периферическаго двигательнаго нейрона. Тѣло этого нейрона представляетъ двигательная клѣтка переднихъ роговъ спиннаго мозга, мѣжду тѣмъ какъ ея осево-цилиндрическій отростокъ составляетъ существенную часть периферическаго двигательнаго волокна.

Этотъ периферическій двигательный нейронъ есть, какъ съ анатомической, такъ и функціональной точки зрѣнія, вполне опредѣленный и самостоятельный элементъ. Когда нейронъ подвергается воздѣйствію вредной причины, то можетъ быть поражено его тѣло (клѣточное происхожденіе), или отростокъ клѣтки, или оба одновременно. Это зависитъ отъ свойства, отъ продолжительности дѣйствія и отъ дозы патогеннаго агента—чаще всего токсическаго или инфекціоннаго,—который измѣняетъ строеніе или нарушаетъ его отправленія. Состояніе заболѣванія, которое при этихъ условіяхъ охватываетъ нейронъ, проявляется самымъ различнымъ образомъ, смотря по тому, заключается ли оно въ измѣненіи строенія тѣла клѣтки, или осево-цилиндрическаго отростка, или обоихъ одновременно, или оно выражается простымъ функціональнымъ разстройствомъ. Такъ развиваются клиническія явленія, которыя могутъ представлять между собой до того ясныя отличія, что можно подумать сдѣлать изъ нихъ самостоятельные болѣзненные виды. Надѣюсь, я показалъ вамъ, что между этими крайними типами мы встрѣчаемъ въ числѣ клиническихъ наблюденій всевозможныя переходныя степени. Короче, то, что описано подъ именемъ остраго восходящаго паралича, остраго *poliomyelitis anterior*, двигательнаго полиневрита, не составляетъ отдѣльных болѣзненныхъ видовъ; это заболѣванія, которыя имѣютъ общую связь въ однородной этиологій и которыя служатъ выраженіемъ заболѣванія одного и того же органа. Слѣдовательно, тутъ можно усматривать разновидности одного и того же нозологическаго типа, остраго передняго клѣтко-неврита, въ этиологій котораго господствуетъ интоксикація и инфекция.

Такимъ образомъ я само-собой перешелъ ко вступленію въ изученіе разновидностей этого остраго передняго клѣтко-неврита. Между этими разновидностями есть такія, которыя интересуютъ насъ вдвойнѣ: своей частотой и въ силу важности, пріобрѣтенной изученіемъ ихъ въ послѣднія 20 лѣтъ. Я хочу говорить о тѣхъ, которыя выдѣляются клиническимъ синдромомъ, обозначаемымъ кратко подъ именемъ периферическихъ невритовъ, полиневритовъ. Случайно въ данное время въ нашихъ палатахъ имѣется нѣсколько больныхъ, которые представляютъ типы периферическихъ невритовъ ясно инфекціонныхъ или токсическихъ. Я намѣренъ представить вамъ ихъ послѣдовательно и воспользоваться ими для систематическаго изученія разновидностей невритовъ, которыя они представляютъ.

Впослѣдствіи я предполагаю провести между этими разновидностями параллель. Это заставитъ меня изложить вамъ общую этиологію, патологическую анатомію, патогенезъ и общее леченіе периферическихъ множественныхъ невритовъ, полиневритовъ, заболѣваній по существу излечимыхъ.

Кстати скажемъ,—ученіе о множественныхъ невритахъ, о полиневритахъ, въ послѣдніе 10 лѣтъ значительно развилось. По этому поводу я уже имѣлъ случай входить въ нѣкоторыя историческія подробности, къ которымъ я теперь не буду возвращаться. Позвольте мнѣ только напомнить вамъ, что 20 лѣтъ тому назадъ невритъ былъ извѣстенъ лишь какъ заболѣваніе ограниченное, его роль ступевывалась, такъ сказать, предъ ролью невралгій и другихъ невродовъ периферическихъ нервовъ, наконецъ его этиологія заключалась въ слѣдующихъ нѣсколькихъ словахъ: травматизмъ; распространеніе воспаленія по сосѣдству; охлажденіе; нѣкоторыя инфекціонныя болѣзни (тифъ, сыпной тифъ, дифтеритъ, сифилисъ, проказа). Спорили еще въ то время, о которомъ я говорю, о томъ, относятся ли измѣненія происходящія въ периферическомъ сегментѣ нерва, отдѣленнаго отъ его трофическихъ центровъ, къ воспаленію, или нѣтъ. Съ трудомъ допускали возможность произвольнаго неврита; подъ этими словами, кажется, понимали то, что мы теперь болѣе часто называемъ первичнымъ невритомъ. О полиневритахъ совершенно не было и рѣчи. Короче, невритъ былъ извѣстенъ только, какъ заболѣваніе травматическое и органическое; какъ таковой, онъ интересовалъ больше хирурговъ, чѣмъ врачей. Вслѣдствіе этого въ руководствахъ специально посвященныхъ патологіи периферической нервной системы, ученіе о невритахъ было изложено кратко, на нѣсколькихъ страницахъ.

Въ настоящее время все это очень измѣнилось. Вамъ въ этомъ легко убѣдиться, если вы просмотрите руководства по нервной патологіи, появившіяся въ эти послѣдніе годы. Невритъ на ряду съ системными и другими заболѣваніями головного и спинного мозга завоевалъ себѣ независимое положеніе. Измѣненія, происходящія въ периферическомъ концѣ нерва, оторваннаго отъ вліянія его трофическихъ центровъ, были признаны за измѣненія, носящія отпечатокъ невритовъ, подъ тѣмъ же наименованіемъ какъ и тѣ, которыя развиваются послѣдовательно вслѣдствіе травмы или вслѣдствіе сосѣднихъ поврежденій. Тѣ и другія относятся ко вторичному невриту, значеніе котораго въ настоящее время ступевывается передъ значеніемъ первичныхъ невритовъ. Эти послѣдніе заслуживаютъ, чтобы остановить наше вниманіе особенно съ двухъ точекъ зрѣнія.

Съ точки зрѣнія ихъ клиническаго проявленія первичные невриты примыкаютъ къ заболѣваніямъ центральной нервной системы и главнымъ образомъ къ спинно-мозговымъ заболѣваніямъ, съ которыми ихъ смѣшивали вслѣдствіе характера ихъ распространенія, вслѣдствіе того, что причина, ихъ вызывающая, дѣйствуетъ одно-

временно на большое число периферических нервовъ, порождая такимъ образомъ сочетаніе такихъ же самыхъ симптомовъ, какъ если бы эта причина непосредственно дѣйствовала на центры, изъ которыхъ происходятъ нервы.

Съ этиологической точки зрѣнія эти невриты, которые обыкновенно ничто иное какъ множественные невриты, интересны для насъ въ томъ отношеніи, что въ значительномъ большинствѣ случаевъ они появляются вслѣдствіе интоксикаціи или инфекціи. Даже и тогда, когда отъ насъ ускользаетъ ихъ истинная причина, когда мы раньше обвиняли одно изъ обычныхъ вліяній, какъ то: простуду, переутомленіе, значеніе которыхъ не превосходитъ значенія случайной причины, мы теперь склонны заподозрить какую либо скрытую инфекцію, какое либо самоотравленіе. Все менѣе и менѣе вы будете слышать разговоръ о самопроизвольныхъ невритахъ. Существованіе подобнаго неврита больше не признается, такъ какъ никакое дѣйствіе не возможно безъ причины. Но на каждомъ шагу въ клиникѣ вы будете наталкиваться на первичные невриты, въ этиологіи которыхъ господствующимъ элементомъ является инфекція или интоксикація; этимъ убѣжденіемъ вы должны хорошо проникнуться.

Послѣ этихъ предварительныхъ разсужденій, которыя до извѣстной степени необходимы, такъ какъ вы будете руководствоваться ими въ предпринимаемомъ мной изученіи,—я спѣшу перейти на почву чисто клиническую. Итакъ, я вамъ представляю извѣстное число больныхъ, реализирующихъ примѣры множественныхъ невритовъ, первичныхъ полиневритовъ. Въ изученіи явленій, наблюдаемыхъ у этихъ больныхъ, я буду руководствоваться двойной точкой зрѣнія, на которую сейчасъ и обращаю ваше вниманіе.

Я вамъ покажу, что эти явленія, разсматриваемыя въ ихъ совокупности, представляютъ большое сходство съ симптоматологіей извѣстныхъ хорошо классифицированныхъ заболѣваній нервныхъ центровъ. Есть, слѣдовательно, матеріаль для обсужденія дифференціального діагноза, который безразличенъ и для предсказанія—значеніе этого легко понять: полиневриты чаще всего излечимы и радикально излечиваются; совершенно обратное слѣдуетъ сказать про органическія заболѣванія нервныхъ центровъ.

Съ другой стороны, я постараюсь выдвинуть на первый планъ внимательство инфекціи или интоксикаціи, какъ причину явленій, невритическое происхожденіе которыхъ я вамъ покажу. Помимо того мнѣ предстоитъ разсмотрѣть интересный вопросъ о патогенезѣ; я постараюсь раскрыть, до какой степени клиническое проявленіе полиневрита подчинено свойству инфекціоннаго или токсического агента, его вызвавшего.

Послѣ сказаннаго я приступаю къ самому предмету.

Моя сегодняшняя лекція будетъ посвящена находящейся предъ вами больной; это молодая женщина, 30 лѣтъ, которая прежде занималась дѣланіемъ вѣнковъ изъ цвѣтовъ. За четыре мѣсяца до поступленія въ госпиталь она, под-

чиняясь условіямъ забастовки, перемѣнила свою профессію и поступила на фабрику, гдѣ добывался сѣроуглеродъ. Эта подробность имѣетъ большое значеніе; я къ ней сейчасъ возвращусь.

Разслѣдованіе семейной наслѣдственности этой женщины, — въ смыслѣ нахожденія какого либо невропатическаго порока, — дало отрицательные результаты.

Что касается болѣзней въ дѣтствѣ, эта женщина имѣла лишь корь, а позже, во время появленія первыхъ мѣсячныхъ очищеній, — оспу. Эти двѣ сыпныхъ лихорадочныхъ болѣзни не оставили никакихъ замѣтныхъ послѣдствій. Больная всегда имѣла правильныя регулы до начала настоящихъ болѣзненныхъ явленій; дѣтей она не имѣла; не было также и выкидышей.

Какъ я вамъ только что сказалъ, эта женщина съ 12 лѣтъ до послѣдней весны занималась дѣланіемъ вѣнковъ. 2 мая 1895 года она, чтобы обезпечить себя отъ безработицы во время мертваго сезона, поступила въ мастерскую, гдѣ выдѣлываютъ каучуковые шары для большихъ магазиновъ новостей. Изъ 25 работницъ этой мастерской 10 занимались добываніемъ сѣроуглерода; больная была въ числѣ этихъ послѣднихъ.

Работа ея на самомъ дѣлѣ состояла въ слѣдующемъ: каждая работница передъ собою имѣетъ, на столѣ, пріемникъ, содержащій отъ 5 — 10 литровъ и даже больше сѣроуглерода, куда она бросаетъ хлористый калий. При этомъ изъ пріемника выдѣляются ѣдкіе и тошнотворные пары. Приходя утромъ, каждая работница снабжается пакетомъ въ 10 grossовъ большихъ шаровъ, уже заклеенныхъ и сплюснутыхъ. Вооруженная вилкой о десяти зубцахъ, она нанизываетъ на каждый изъ этихъ зубцовъ по одному баллону, за его горлышко. Затѣмъ она погружаетъ на нѣсколько секундъ эти 10 шариковъ въ жидкость, составъ которой я только что назвалъ. Вынувъ изъ этой жидкости, она кладетъ ихъ на землю, отцѣпляетъ отъ вилки, избѣгая дотрогиваться до нихъ руками, а затѣмъ съ цѣлью ускорить высыханіе, посыпаетъ ихъ талькомъ. Далѣе каждый шаръ надувается мѣхомъ, послѣ чего его раскрашиваютъ, и наконецъ его наполняютъ газомъ, болѣе легкимъ, чѣмъ воздухъ. Эта работа производится на чистомъ воздухѣ подъ навѣсомъ. Рабочій день считается въ 9 часовъ, съ отдыхомъ на 1 часъ для завтрака.

Находясь въ такихъ условіяхъ, наша больная стала проявлять первые симптомы отравленія сѣроуглеродомъ на 49-й день по своемъ поступленіи на эту фабрику. У ней появились головныя боли въ вискахъ и въ затылкѣ, головокруженіе, шумъ въ ушахъ, свѣтотыя явленія; ей казались, что она видитъ предъ глазами пламя. Она должна была прервать свою работу и пойдти къ себѣ. На слѣдующій день она могла проработать въ мастерской только лишь до 1 часу дня и была вынуждена прекратить работу на 15 дней; потомъ она снова испытала тѣ же симптомы отравленія, какъ и прежде, но въ болѣе сильной формѣ; на этотъ разъ у нея кромѣ того была тошнота и рвота. Этотъ второй припадокъ продолжался 24 часа.

За нѣсколько времени до этого эта женщина потеряла аппетитъ; она стала страдать упорными запорами и начала худѣть.

Въ первыхъ числахъ Іюля мѣсяца у помощника мастера на этой фабрикѣ также обнаружались явленія того же самаго отравленія; нашей больной поручено было готовить сѣро-углеродныя ванны для всѣхъ ея товаровъ по мастерской и пополнять всѣ пріемники. На второй же день этой новой должности у ней появился острый бредъ съ галлюцинаціями зрѣнія и слуха. Ей казалось, что она слышитъ голосъ своего хозяина, который хочетъ ее силою привести на фабрику; подъ вліяніемъ этихъ зрительныхъ галлюцинацій она хотѣла выброситься въ окно. Наканунѣ еще, впрочемъ, она испытывала головныя боли и у нея была сильная рвота.

Несмотря на это, она продолжала исполнять свои новыя обязанности. По прошествіи восьми дней у нея появилась дрожь въ правой рукѣ; по истеченіи трехъ недѣль она испытывала болѣзненные явленія и двигательныя разстройства. Боли появились сначала въ икрахъ, затѣмъ въ бедрахъ и въ низу живота. Въ короткое время эти боли до того усилились, что больная не могла больше держаться на ногахъ; онѣ имѣли характеръ уколовъ булавками. Болѣе того, прикосновеніе руки или какого либо предмета вызывало у больной оцущеніе, аналогичное съ тѣмъ, какое производитъ прохожденіе фарадическаго тока. Въ это время больная замѣтила также, что когда она дотрагивалась до икры, то въ этомъ мѣстѣ появлялось синее пятно, остававшееся въ теченіи цѣлаго дня.

Двигательныя разстройства, появившіяся вслѣдъ за болями, заключались сначала въ слабости нижнихъ конечностей и въ нѣкоторомъ затрудненіи при ходьбѣ.

26-го Августа больная рѣшилась поступить въ Сальпетріеръ. Уже 15 дней, какъ она не въ состояніи была продолжать свою работу. 10-го Августа, послѣ того, какъ она приготовила одну сѣро-углеродную ванну, она находилась въ теченіи двухъ часовъ въ безсознательномъ состояніи. Я привожу всѣ эти подробности потому, что онѣ, какъ вы увидите сами, имѣютъ большое значеніе.

Исслѣдованіе, произведенное моимъ старшимъ ассистентомъ клиники, Сукомъ, 30-го Августа, обнаружило слѣдующее:

Нижнія конечности.—Въ состояніи покоя, когда больная лежитъ или сидитъ, обѣ стопы висятъ вслѣдствіе паралича экстензоровъ. Больная не въ состояніи ни выпрямить стопъ, ни удержать ихъ въ этомъ положеніи, когда ихъ приподнимутъ.

Другія области нижнихъ конечностей: голени, бедра участвуютъ въ этомъ двигательномъ параличѣ, но въ меньшей степени, чѣмъ стопы. Вслѣдствіе кожной и мышечной гиперэстезіи невозможно впрочемъ опредѣлить степень сопротивленія, какую больная въ состояніи противопоставить пассивнымъ движеніямъ. Что касается активныхъ движеній, то когда ей приказано было скрестить колѣни, ей едва удалось приподнять лишь пятку. Она испытывала почти такую же труд-

ность при сгибаніи бедра по направленію къ тазу. Сгибать голени по направленію къ бедру было для нея легче, но и это движеніе производилось лишь не полно. Сопротивленія пассивнымъ движеніямъ отведенія бедеръ не было почти никакого.

Въ ея походкѣ не замѣчалось ничего, помимо того, что она шла маленькими шажками; ей, казалось, очень трудно было отдѣлять стопы ногъ отъ земли и приподнимать ихъ.

При изслѣдованіи разстройствъ чувствительности на нижнихъ конечностяхъ нами констатировано слѣдующее:

Самое легкое прикосновеніе до кожи обнаруживаетъ крайне рѣзкую гиперэстезію, выражавшуюся ощущеніемъ покалыванія и очень сильными болями. Эта гиперэстезія достигаетъ своего наибольшаго напряженія по дорзальной поверхности стопы и въ области икръ. Точно также самое незначительное давленіе на бедра и на икрахъ вызывало жалобы больной. Эта гиперэстезія распространяется какъ на болевые и температурныя воспріятія, какъ и на осязательныя ощущенія. Ходьба также вызываетъ ощущеніе мурашекъ и покалыванія въ нижнихъ конечностяхъ.

У больной не было ни анестезіи, ни трофическихъ, ни вазомоторныхъ разстройствъ, кромѣ области ножныхъ пальцевъ, которые были холодны и влажны.

При электрическомъ изслѣдованіи нервовъ и мышцъ, были констатированы признаки реакціи перерожденія.

Колѣнный рефлексъ съ обѣихъ сторонъ былъ очень ослабленъ. Кромѣ небольшого запора больная не представляла разстройствъ ни со стороны мочевого пузыря, ни со стороны прямой кишки. Впродолженіи 4 мѣсяцевъ, которые она провела на фабрикѣ въ Montreuil'ѣ, у нея не было мѣсячныхъ.

Туловище. Со стороны туловища не обнаружено ничего ненормальнаго, кромѣ покалываній, испытываемыхъ больной въ нижней части живота.

Верхнія конечности. Правая рука была охвачена дрожью, не прекращавшейся во время покоя и появлявшейся во время преднамѣренныхъ движеній, но которую больная усиленіемъ воли могла прекратить. Своей правой рукой она пользовалась безъ затрудненія при ѣдѣ, при прическѣ волосъ и пр. Дрожаніе, наблюдаемое въ этой рукѣ во время покоя, очень напоминало дрожаніе при *paralysis agitans*.

Больная испытывала въ верхнихъ конечностяхъ также и ощущеніе мурашекъ; наоборотъ,—кожная и мышечная гиперэстезія здѣсь мало была выражена. Отмѣчено еще было незначительное уменьшеніе мышечной силы. Такъ изслѣдованіе динамометромъ для лѣвой руки показало 13, для лѣвой—6.

Лицо. Со стороны лица ничего ненормальнаго не было обнаружено. Зрачки были равномѣрны и правильно реагировали. Не было ни паралича глазъ, ни нистагма, ни суженія поля зрѣнія, ни дисхроматопсіи. Не было наблюдаемо

разстройствъ ни со стороны слуха, ни со стороны обонянiя и вкуса. Не было анестезiи зѣва.

Больная психическихъ разстройствъ въ собственномъ смыслѣ слова не представляла, но со времени появленiя болѣзненныхъ припадковъ она продолжала по утрамъ испытывать головныя боли, локализовавшiяся въ вискахъ и въ затылкѣ; въ это время ея зрительное поле, какъ и раньше, было пронизываемо разноцвѣтными огненными искрами. Все это продолжалось два часа, въ теченiи которыхъ больную тошнило, иногда бывала рвота пищей. Отъ времени до времени въ теченiи дня у нея бывали головокруженiя. Она жаловалась также на бессонницу. Сердечная и дыхательная функцiи не были затронуты, наблюдалось только небольшое ускоренiе пульса (96 уд. въ 1'). Общее состоянiе было удовлетворительное, хотя съ Апрѣля мѣсяца по 30-ое Августа вѣсъ больной упалъ съ 132 фунтовъ на 110 фунтовъ.

Въ настоящее время наблюдается значительное улучшенiе, которое постепенно идетъ впередъ; общее состоянiе очень хорошо, дрожанiе правой руки въ состоянiи покоя совершенно исчезло; оно возобновляется лишь во время сколько нибудь рѣзкаго усилiя, напр., когда больную заставляютъ сжимать динамометръ. Сила въ правой верхней конечности немного возстановилась, только слабы еще разгибательныя движенiя предплечья. Со стороны нижнихъ конечностей справа движенiе сгибанiя бедра по направленiю къ тазу слабое, сила при движенiяхъ абдукцiи значительно болѣе выражена, чѣмъ прежде. Стопа еще отвисаетъ, но больная можетъ ее согнуть и оказываетъ извѣстное сопротивленiе, когда стопу дѣлаютъ усилiе выпрямить. Икрыныя мышцы при дотрогиванiи, хотя-бы незначительномъ, болѣзненны; точки въ мѣстѣ отхожденiя малоберцовога нерва и въ области наружнаго мыщелка чувствительны къ давленiю. Кромѣ того въ области наружнаго мыщелка появляются по временамъ настолько сильныя произвольныя боли, что мѣшаютъ больной спать. На лѣвой сторонѣ какъ и на правой, боли также существуютъ, но онѣ значительно слабѣе. Если я приподниму сразу нижнiя конечности, находящiяся въ вытянутомъ положенiи, то, какъ вы можете видѣть это сами, я вызову очень острую боль слѣва, по длинѣ сѣдалищнаго нерва. Эта боль справа немного слабѣе выражена. Наоборотъ, когда я приказываю продѣлать тѣ же самыя движенiя при полусогнутомъ положенiи ногъ, то боли не вызываются. Короче, у этой женщины съ обѣихъ сторонъ имѣется признакъ Лазега, но онъ неравномѣрно выраженъ.

Больная испытываетъ еще большую трудность при сгибанiи стопы; тѣмъ не менѣе она можетъ ходить и прислуживать въ палатѣ. Гиперѣстезiя держится еще, но она, пожалуй, нѣсколько уменьшилась. Колѣнные рефлексы въ данное время нормальны.

Переданный мной вамъ простой рассказъ оставилъ, я думаю, то убѣжденiе, что всѣ явленiя, какъ существовавшiя съ Апрѣля мѣсяца, такъ и представляемыя

этой женщиной въ данное время, развились вслѣдствіе остраго отравленія сѣроуглеродомъ. Прежде чѣмъ рѣшать вопросъ, какого свойства представляемыя нашей больной явленія и обуславливаются ли они поражениемъ нервныхъ центровъ или заболѣваніемъ периферическихъ нервовъ, я хочу рассмотреть дѣло съ другой, общей точки зрѣнія. Я желаю вамъ сначала напомнить, какія бываютъ различныя разновидности разстройствъ, которыя могутъ быть вызваны въ нервной системѣ отравленіемъ сѣроуглеродомъ. Изъ этихъ разстройствъ три главныхъ, именно:

1) Психическія разстройства, которыя обыкновенно принимаютъ видъ острой маніи. Между авторами, которые о нихъ упоминали, или которые ихъ изучали, я укажу вамъ на Дельпеша ¹⁾, на его очень извѣстную монографію, затѣмъ на моего товарища А. Вуазэна ²⁾, на нѣмецкаго автора Липпманна ³⁾, и наконецъ, на англійскаго автора Петерсона ⁴⁾, который недавно сообщилъ о трехъ случаяхъ острой маніи, причиненной вдыханіемъ паровъ сѣроуглерода. У нашей больной разстройство этого рода имѣло лишь временный, скоропроходящій характеръ, отъ него въ настоящее время не осталось и слѣда; на эту-то первую клиническую особенность отравленія сѣро-углеродомъ я и обращаю ваше вниманіе.

2) Явленія, относящіяся къ истеріи.—П. Мари ⁵⁾, насколько мнѣ извѣстно, первый далъ этимъ явленіямъ настоящее объясненіе. Здѣсь мы имѣемъ дѣло:

а) съ разстройствами чувствительности, различными по ихъ проявленію. То наблюдается извѣстная геміанестезія, свойственная большому неврозу, которая сопровождается анестезіей роговицы и глотки, то констатируется гиперестезія. Со стороны органовъ чувствъ отмѣчается суженіе поля зрѣнія, и тогда уменьшеніе остроты зрѣнія, міопія и пр.

б) съ двигательными разстройствами, которыя чаще всего носятъ гемиплегическій, рѣже всего паралигическій или моноплегическій характеръ съ язычно-губнымъ гемиспазмомъ; все это сопровождается головной болью, бессонницей, кошмарами, дрожаніемъ и пр.

Одинъ изъ характерныхъ признаковъ этихъ явленій заключается въ самомъ

¹⁾ Delpesch.—Nouvelles recherches sur l'intoxication spéciale, que détermine le sulfure de carbone. Industrie du caoutchouc soufflé. Paris. 1863.

²⁾ A. Voisin.—Aliénation mentale consécutive à l'intoxication par le sulfure de carbone (Ann. méd.—psychol., mai. 1884).

³⁾ Lippmann.—См. Schlockow, Der preussische Physicus, 2-e édit.

⁴⁾ Peterson.—Three cases of acute mania from inhaling carbon bisulphide. (Boston med. jouru. 1892).

⁵⁾ P. Marie.—Sulfure de carbone et hystérie (Société méd. des hôp., 9 novembre. 1888).

способъ проявленія ихъ, которое бываетъ внезапное, апоплектичное; другой признакъ заключается въ существованіи настоящей ауры, которая у мужчинъ проявляется въ формѣ весьма мучительнаго зуда въ области мошонки.

Кстати скажемъ, что П. Мари не требовалъ, чтобы всѣ болѣзненные явленія, наблюдаемые во время теченія отравленія сѣроуглеродомъ, были истерическаго свойства. Онъ признавалъ, что рядомъ съ этой токсической истеріей могутъ встрѣчаться периферическіе невриты, вызываемые тѣмъ же самымъ ядомъ. Прибавлю, что Шарко въ одной изъ своихъ лекцій по вторникамъ ¹⁾ присоединился къ этому мнѣнію П. Мари: онъ включилъ сѣроуглеродъ въ группу токсиновъ, способныхъ вызывать истерію. Въ то же самое время онъ настаивалъ на необходимости отличать въ патологіи нервныхъ явленій, обнаруживающихся во время теченія извѣстныхъ отравленій, какъ то: свинцовыхъ, алкогольныхъ, сѣроуглеродныхъ,—то, что принадлежитъ истеріи, вызванной отравленіемъ, отъ того, что собственно вызывается этимъ отравленіемъ.

Вотъ это-то обстоятельство и заставляетъ насъ возвратиться къ случаю нашей больной. У нея мы не констатировали никакихъ стигматъ. Кожной анестезіи у нея, собственно говоря, нѣтъ; нѣтъ также анестезіи роговой оболочки глазъ или глотки, нѣтъ ни яичниковыхъ болей, ни суженія поля зрѣнія, ни ахроматопсіи, ни дисхроматопсіи, ни язычно-губного гемиспазма. Паралегія не имѣла апоплектичнаго начала, о которомъ я только что говорилъ вамъ; наоборотъ, она сопровождается реакціей перерожденія, т. е. такимъ признакомъ, котораго одного достаточно, чтобы исключить гипотезу объ истерическомъ параличѣ. Такимъ образомъ мы путемъ исключенія пришли къ тому, чтобы предположить, что представляемая этой женщиной нервныя разстройства относятся къ тѣмъ, которыя обуславливаются собственно интоксикаціей, жертвой которой она была; объ этихъ разстройствахъ мнѣ еще придется говорить вамъ.

Периферическіе невриты.—Уже въ монографіи Дельпеша и въ диссертациі Л. Югена ²⁾, появившейся болѣе 20 лѣтъ назадъ, вы найдете описаніе случаевъ параличей конечностей, и, судя по описанію, данному этими авторами, эти параличи, очевидно, обуславливались невритомъ. Въ настоящее время участіе отравленія сѣро-углеродомъ въ развитіи полиневритовъ признано и указано всѣми авторами самыхъ новѣйшихъ руководствъ по нервной патологіи. Только въ этихъ дидактическихъ трудахъ болѣе, чѣмъ кратко, говорится о клиническихъ свойствахъ полиневритовъ, о которыхъ въ данное время идетъ рѣчь; они ограничиваются упоминаніемъ объ отравленіи сѣроуглеродомъ между другими извѣст-

¹⁾ Leçons du mardi à la Salpêtrière, recueillies par Blin, Charcot, Colin. t. II 7-e leçon, p. 43.

²⁾ L. Huguin.—Contribution à l'étude de l'intoxication par le sulfure de carbone chez les ouvriers en caoutchouc souffée, Paris. 1874.

ными отравленіями, вызывающими периферическіе невриты. Еще одинъ поводъ къ тому, чтобы поговорить относительно этого предмета по поводу случая находящейся предъ вами больной.

Во-первыхъ знайте, что невриты вслѣдствіе профессиональнаго отравленія сѣроуглеродомъ не имѣютъ специфическихъ признаковъ. Чтобы убѣдиться въ этомъ, достаточно внимательно прочесть нѣсколько наблюденій периферическихъ невритовъ сѣроуглероднаго происхожденія, опубликованныхъ въ теченіе послѣднихъ лѣтъ. Я сейчасъ вамъ это докажу. Но сначала я замѣчу, что всѣ авторы, занимавшіеся этимъ вопросомъ токсикологіи, признавали, что вдыханіе токсическихъ паровъ является существеннымъ факторомъ при профессиональномъ отравленіи сѣроуглеродомъ; это не мѣшаетъ, что всасываніе яда черезъ кожу имѣетъ неоспоримое вліяніе на локализацию периферическихъ невритовъ, вызванныхъ этого рода отравленіемъ.

Очень доказательный примѣръ вліянія всасыванія яда черезъ кожу опубликовалъ д-ръ Мендель ¹⁾ (изъ Берлина). Дѣло шло о 26-лѣтнемъ мужчинѣ, который съ 12 лѣтъ служилъ на каучуковой фабрикѣ. Его занятія состояли въ слѣдующемъ: каждый день, въ продолженіи трехъ или четырехъ часовъ, онъ долженъ былъ погружать первые три пальца правой руки и послѣдніе два пальца лѣвой руки въ смѣсь сѣроуглерода и хлористой сѣры для приготовленія разныхъ вещей изъ каучука. Три уже года, какъ у него появилось дрожаніе въ обѣихъ рукахъ; онъ рассказывалъ, что у 9 другихъ работниковъ, занимавшихся на той же самой фабрикѣ, наблюдается такое же самое дрожаніе. Въ то время, какъ онъ былъ представленъ медицинскому обществу въ Берлинѣ, на его рукахъ наблюдались слѣдующія искаженія: на правой рукѣ большой палецъ былъ въ положеніи гиперэкстензіи; первыя фаланги второго и третьяго пальцевъ были слегка согнуты, между тѣмъ вторыя и третьи фаланги находились также въ положеніи гиперэкстензіи. Кромѣ того, большой палецъ сильно упирался на ладонную поверхность указательнаго пальца; лишь съ большимъ усиліемъ можно было отдѣлить одинъ палецъ отъ другого, что причиняло больному сильныя боли. 4-й и 5-й пальцы сохранили почти вполнѣ свою функціональную цѣлость. Пронаторныя движенія кисти руки были очень ограничены, равно какъ и боковыя движенія по направленію къ лучевому краю. Чувствительность въ ея различныхъ видахъ, на той же правой сторонѣ, была сильно повышена въ области развѣтвленія лучевого и среднего плечевого нервовъ; она была почти нормальна въ поясъ развѣтвленія локтевого нерва. Наконецъ, при электрическомъ изслѣдованіи констатирована реакція перерожденія въ мыш-

¹⁾ Mendel. — Vorstellung eines Kranken mit Schwefelkohlenstoffvergiftung. (Berliner Klin. Wochenschrift, 1890, № 30, p. 503).

цахъ, сгибающихъ пальцы, т. е., въ мышцахъ, иннервируемыхъ среднимъ плечевымъ нервомъ. Слѣва подвижность на всемъ протяженіи верхней конечности была нормальна. Чувствительность въ верхнихъ двухъ третяхъ предплечья, а также и въ области плеча, соотвѣтственно развѣтвленію средняго кожного и крыльцоваго нервовъ, повышена.

Вы видите, что въ этомъ случаѣ имѣлось дѣло съ полиневритомъ, который захватывалъ большинство нервовъ правой верхней конечности, а также чувствительныя вѣтви лѣвой верхней конечности. Слѣдовательно, есть очевидная связь между локализацией полиневрита и областью наружныхъ кожныхъ покрововъ, которая ежедневно находилась въ соприкосновеніи съ ядами.

Когда профессиональное отравленіе сѣроуглеродомъ происходитъ у лицъ, которыя подвергались только вдыханіямъ ядовитыхъ паровъ, и когда это отравленіе вызываетъ явленія полиневрита, то этотъ полиневритъ обязательно ограничивается нижними конечностями, или по крайней мѣрѣ—онъ явнымъ образомъ преобладаетъ въ этой части тѣла.

Такъ было и у нашей больной. Не слѣдуетъ однако думать, что полиневритъ развившійся при этихъ условіяхъ, является всегда съ одними и тѣми же клиническими признаками; говоря по правдѣ, скорѣе бываетъ обратное, смотря по тому, касается ли это расстройство чувствительности, или оно относится къ двигательнымъ расстройствамъ. Такъ у нашей больной двигательныя расстройства состояли въ вяломъ параличѣ, который достигалъ своего наибольшаго развитія въ стопахъ ногъ; тутъ онъ ограничивался разгибателями. Сгибатели голени по направленію къ бедру, а еще болѣе сгибатели бедра по направленію къ тазу также участвовали въ этомъ параличѣ. Съ тѣхъ поръ, какъ эта женщина находится подъ нашимъ наблюденіемъ въ больницѣ, двигательныя расстройства уменьшились въ довольно значительной степени.

Прогрессивное ослабленіе паралича есть явленіе обычное, но не постоянное. Случается иногда, но не всегда, что за начальной параплегіей наступаетъ двигательная инкоординація, атаксія. Давно уже мой ученый товарищъ, профессоръ Ж а к к у, указывалъ на этотъ фактъ въ своемъ «руководствѣ по внутренней патологіи»: какъ на одно изъ возможныхъ проявленій отравленія сѣроуглеродомъ онъ указывалъ на «расстройство координаціи, которое мѣшаетъ передвиженію и дѣлаетъ неувереннымъ и труднымъ схватываніе предметовъ».

Одинъ изъ моихъ учениковъ, Т. М. Б е р б е ¹⁾ сообщилъ въ клиническомъ парижскомъ обществѣ случай профессиональнаго отравленія сѣроуглеродомъ, гдѣ явленія начались подошвенной анестезіей, пронизывающими болями, упорными болями въ лодыжкахъ, какъ будто послѣднія были сжаты тисками, параплегіей,

¹⁾ Смотри Leval-Piqueschef.—Du pseudo-tabes. Thèse de Paris, 1834.

сдѣлавшейся полной въ теченіи нѣсколькихъ дней. И вотъ черезъ нѣсколько времени этотъ больной могъ снова пользоваться своими ногами и началъ ходить, но его походка была атактическая; точно также и въ верхнихъ конечностяхъ наблюдалась двигательная инкоординація, напоминавшая таковую же при *tabes dorsalis*. Эта атаксія сочеталась съ другими симптомами *tabes'a*, къ которымъ я сейчасъ возвращусь.

Вы видите такимъ образомъ, что, хотя въ случаѣ периферическаго неврита, вызваннаго отравленіемъ сѣроуглеродомъ, двигательныя разстройства обыкновенно заключаются въ вяломъ параличѣ, — они могутъ выражаться и въ формѣ двигательной инкоординаціи, сопровождаемой совокупностью симптомовъ, способныхъ ввести въ ошибку, и заставить думать, съ перваго раза, что тутъ случай *tabes dorsalis*; я на это обратилъ особенное вниманіе въ лекціи о *pseudo-tabes'*¹⁾.

Другое проявленіе отравленія сѣроуглеродомъ состоитъ въ дрожаніи рукъ, которое, кажется, обыкновенно бываетъ у лицъ, подвергающихся нѣкоторое время втыханіямъ паровъ сѣроуглерода. Это дрожаніе, какъ на это указываютъ, то усиливается, то ослабѣваетъ подѣ влияніемъ преднамѣренныхъ движеній.

То, что я вамъ сейчасъ сказалъ о разнообразномъ характерѣ двигательныхъ разстройствъ, примѣнимо и къ разстройствамъ чувствительности. У нашей больной эти разстройства чувствительности, за исключеніемъ болей въ самомъ началѣ болѣзни, состояли въ очень сильной гиперѣстезіи; эта гиперѣстезія проявлялась при малѣйшемъ соприкосновеніи кожи съ какимъ-либо предметомъ, при малѣйшемъ давленіи, производимомъ на мышцы; не было констатировано никакихъ слѣдовъ анестезіи.

¹⁾ F. Raymond.—*Maladies du système nerveux*. Бесѣды въ госпиталѣ Lariboisière въ теченіи 1841—1893. Paris. 1894, p. 297.

Въ то время, какъ эта лекція печаталась, Штадельманнъ въ медицинскомъ Берлинскомъ обществѣ (засѣданіе 17 Іюня 1896 г.) сообщилъ три наблюденія отравленія сѣроуглеродомъ, касающіяся трехъ субъектовъ, работавшихъ на одной и той же фабрикѣ каучуковыхъ издѣлій. Трое этихъ больныхъ представляли симптомы *pseudo-tabes*: атаксію, большую неувѣренность походки, симптомъ Ромберга отсутствіе колѣнныхъ рефлековъ, разстройства зрѣнія, безъ измѣненія дна глаза; у двухъ изъ этихъ больныхъ кромѣ того наблюдались: признакъ *Argyll-Robertson'a* и довольно замѣтныя разстройства чувствительности.

По этому поводу Штадельманнъ замѣтилъ, что случаи профессиональнаго отравленія сѣроуглеродомъ въ Германіи должны бы быть болѣе частыми, чѣмъ можно предполагать, судя по небольшому количеству нѣмецкихъ работъ, появившихся по этому вопросу.

Скажемъ также, что на этомъ засѣданіи присутствовалъ делегатъ отъ правительства, дабы ознакомиться съ гигиеническими мѣрами, которыя надо принять для борьбы съ профессиональнымъ отравленіемъ сѣроуглеродомъ.

У больного Менделя, о которомъ я только что говорилъ, чувствительность были найдена повышенной въ сферѣ развѣтвленія извѣстнаго числа нервовъ верхнихъ конечностей.

Въ наблюдении одного англійскаго автора, Эджа¹⁾, гдѣ явленія строго ограничивались нижними конечностями, упоминается о рѣзко выраженной анестезіи.

Въ случаѣ Бербе, о которомъ я вамъ говорилъ, расстройства чувствительности приняли тотъ полиморфный характеръ, какой находятъ въ случаяхъ *tabes dorsalis*: одновременно съ подошвенной анестезіей были пронизывающія боли, постоянныя боли въ лодыжкахъ, сжимающія боли въ груди и въ шеѣ, почти полная аналгезія въ двухъ послѣднихъ пальцахъ обѣихъ ручныхъ кистей, термическая анестезія.

Постояннымъ феноменомъ, придающимъ до извѣстной степени совокупности чувствительно-двигательныхъ расстройствъ свою характерную особенность, является реакція перерожденія въ парализованныхъ мышцахъ. Колѣнные рефлексы обыкновенно бываютъ понижены, они могутъ совершенно отсутствовать (наблюдение Бербе). Трофическія расстройства, именно мышечная атрофія, — дѣйствительно отсутствуютъ, или кажутся отсутствующими; по крайней мѣрѣ такъ было въ наблюденіяхъ, опубликованныхъ до сего дня. Вазомоторныя расстройства, если и наблюдаются, то бываютъ плохо выражены; они выражаются мѣстной потливостью. Функция сфинктеровъ не бываетъ нарушена; совсѣмъ не наблюдается расстройствъ со стороны акта мочеиспусканія; болѣе или менѣе упорный запоръ — обязательнъ.

Наконецъ, какова-бы ни была натура нервныхъ расстройствъ, вызываемыхъ профессиональнымъ сѣроуглероднымъ отравленіемъ, извѣстныя явленія, относящіяся къ половымъ органамъ, или къ ихъ функциямъ, на которыя я долженъ обратить ваше вниманіе, если не обыденны, то постоянны. Въ началѣ болѣзни, вызываемой этого рода отравленіями, у больныхъ обоего пола замѣчаютъ проходящее временное возбужденіе полового влеченія. Но это возбужденіе скоро смѣняется холодностью. У женщинъ кромѣ того наблюдается пріостановка мѣсячныхъ, какъ это было у нашей больной, — и безплодіе. Наконецъ у мужчинъ первыя явленія сѣроуглероднаго отравленія часто сказываются зудомъ и ощущеніемъ мурашекъ въ мошонкѣ, или ощущеніемъ теплоты въ половыхъ частяхъ, — все это какъ-бы предупреждаетъ пострадавшаго, что опасность близка. Г-нъ П. Мари приписываетъ этому явленію значеніе настоящей истерической ауры.

¹⁾ Edge. Remarks on a case of peripheral neuritis, caused by the inhalation of bisulfide of carbon (The Lancet, dec. 1889).

Итакъ, мы теперь ясно представляемъ себѣ, какъ выражается профессиональное отравленіе сѣроуглеродомъ, и клиническіе признаки периферическихъ невритовъ, развивающихся вслѣдствіе этого рода отравленій. Имѣя въ виду только эти невриты, я надѣюсь, уже доказалъ вамъ, что они не имѣютъ однороднаго характера; впрочемъ ихъ разнообразіе не такъ велико, чтобы нельзя было ихъ сгруппировать въ одну картину. Я, чтобы избѣгнуть путаницы, внесенной нѣкоторыми авторами¹⁾, отдѣлилъ въ явленіяхъ, вызываемыхъ профессиональнымъ сѣроуглероднымъ отравленіемъ то, что относится къ психозамъ и къ истеріи, отъ того, что собственно принадлежитъ периферическимъ невритамъ, и надѣюсь быть въ состояніи начертить вамъ довольно вѣрную картину симптомовъ этихъ послѣднихъ въ слѣдующихъ выраженіяхъ.

Двигательныя разстройства составляютъ обычное явленіе и всегда состоятъ, въ началѣ болѣзни, въ двигательномъ параличѣ. Этотъ параличъ обыкновенно локализируется въ нижнихъ конечностяхъ; какъ исключеніе, у лицъ, которыя въ силу характера ихъ профессіи вынуждены бываютъ часто обмывать свои пальцы въ ядовитую жидкость, параличъ можетъ начинаться съ кистей рукъ и здѣсь локализоваться.

Въ нижнихъ конечностяхъ параличъ принимаетъ паралегическое расположеніе; дѣйствительно онъ ограничивается нѣкоторыми симметрически расположенными группами мышцъ. Онъ поражаетъ въ преобладающей степени мышцы стопы и преимущественно разгибатели.—Въ голеняхъ и бедрахъ особенно подвергаются параличу сгибательныя движенія. Параличъ этотъ вялый и сопровождается признаками реакціи перерожденія; но не думается, чтобы онъ осложнялся атрофіей, ограниченной парализованными мышцами; самое большое, что конечности съ теченіемъ времени худѣютъ, безъ сомнѣнія вслѣдствіе ихъ бездѣтельности. Пониженіе сухожильныхъ рефлексовъ обыкновенное явленіе и, кажется, это есть прямое послѣдствіе паралича;—онъ всегда бываетъ неполнымъ; параличъ этотъ никогда не доходитъ до того, что дѣлаетъ ходьбу невозможной. Онъ развивается съ извѣстной медлительностью, которая составляетъ противоположность внезапности истерическаго паралича того-же происхожденія. Онъ ухудшается по мѣрѣ того, какъ пострадавшій подвергается вновь вдыханію паровъ сѣроуглерода. Точно также онъ постепенно исчезаетъ, когда больные должны выздоровѣть. Какъ бы то-ни было, въ незатяжныхъ случаяхъ достаточно, чтобы пациентъ былъ избавленъ отъ вліянія токсическаго дѣйствія и былъ обставленъ хорошими гигиеническими условіями.

Можно наблюдать, что съ этимъ двигательнымъ параличемъ сочетаются раз-

¹⁾ Смотри, напр. H u g o M a a s. — Ueber Schwefelkohlenstoffvergiftung (Inaugural-Dissertation. Berlin. 1889).

стройства чувствительности, разнообразныя по ихъ проявленію. Вначалѣ существованіе болей въ нижнихъ конечностяхъ есть обычное явленіе. Позже наблюдаютъ безразлично гипестезію, анестезію, гиперестезію, явленія парестезіи: ощущеніе мурашекъ, онѣмѣніе,—въ областяхъ развѣтвленія смѣшанныхъ нервовъ, снабжающихъ парализованныя мышцы.

Какъ исключеніе, параличъ смѣняется двигательной инкоординаціей, которая распространяется на всѣ четыре конечности и напоминаетъ табетическую атаксію. Въ этомъ случаѣ инкоординація можетъ сопровождаться пронизывающими болями, подошвенной анестезіей, отсутствіемъ коленныхъ рефлексовъ,—словомъ,—псевдо-табетическимъ синдромомъ.

Я не указываю на другіе признаки этихъ сѣроуглеродныхъ невритовъ, по большей части отрицательные, а именно: на отсутствіе трофическихъ и вазомоторныхъ разстройствъ, на отсутствіе разстройствъ со стороны сфинктеровъ, на измѣненія, происходящія въ половой сферѣ, но я хочу обратить ваше вниманіе на необходимость считаться съ первыми проявленіями отравленія сѣроуглеродомъ, когда путемъ разспросовъ вы будете вынуждены выяснять настоящій характеръ явленій имѣющагося предъ вами периферическаго нефрита. Въ этомъ отношеніи уже самая профессія больного является указаніемъ первой важности.

Въ присутствіи больного, страдающаго параличемъ, который имѣетъ только что перечисленные мной клиническіе признаки, простое свѣдѣніе, что этотъ больной подвергается вдыханію паровъ сѣроуглерода или работаетъ со смѣсью, въ которую эти вещество входитъ въ значительномъ количествѣ, составляетъ указаніе первой важности; вы не рискуете почти ошибиться, если сразу поставите діагнозъ периферическаго неврита вслѣдствіе отравленія сѣроуглеродомъ. Дабы обезопасить себя отъ всякой неожиданности, не мѣшаетъ освѣдомиться о предшествующихъ явленіяхъ и о непосредственной ихъ связи съ тѣми явленіями, свидѣтелями которыхъ вы являетесь въ данное время.

Вспомните теперь, что первыя проявленія профессиональнаго отравленія сѣроуглеродомъ начинаются почти всегда внезапно, что они состоятъ въ головныхъ боляхъ, шумъ въ ушахъ, головокруженіи, свѣтобоязни, фосфенахъ (видѣніе пламени), необычной раздражительности характера, повышенной половой возбудимости, бессонницѣ съ кошмарами, кожной гиперестезіи. Припомните также, что съ прекращеніемъ работы, черезъ короткое время, вообще наступаетъ исчезновеніе этихъ явленій. Припомните, наконецъ, что, когда больные снова принимаются за свои занятія, эти явленія возобновляются съ большей интензивностью; къ перечисленнымъ выше явленіямъ присоединяются пищеварительныя разстройства: отсутствіе аппетита, тошнота, рвота, запоръ; припадки удушья, психическія разстройства, могущія дойти до острой маніи. При этихъ-то условіяхъ у нашей больной обнаружилась двигательная слабость, переродившаяся впослѣдствіи въ невритическій параличъ.

Послѣ всего, мной сказаннаго, необходимо-ли доказывать справедливость поставленнаго діагноза неврита сѣроуглероднаго происхожденія? Я полагаю, что это излишне и что вы убѣждены въ законности такого діагноза.

Мнѣ остается прибавить лишь два слова по поводу интересующаго насъ случая,—два слова, касающіяся предсказанія и леченія. Выздоровѣть-ли эта женщина отъ своего паралича? Много шансовъ въ пользу благоприятнаго исхода, потому что имѣющіяся предъ нами явленія—не застарѣлыя, потому, что общее ея состояніе удовлетворительно, потому также, что, какъ извѣстно, периферическій невритъ сѣроуглероднаго происхожденія обыкновенно заканчивается выздоровленіемъ, когда больные удалены отъ вреднаго вліянія яда и когда къ нимъ примѣняется соотвѣтственное леченіе. Эти два условія у нашей больной выполнены.

Относительно подробностей примѣняемаго на ней леченія я скажу вамъ тогда, когда покажу другіе случаи периферическаго неврита, о которыхъ я теперь имѣю въ виду бесѣдовать съ вами. Въ то время я и выполню данное мной въ началѣ этой лекціи обѣщаніе—изложить общее и специальное леченіе при нервныхъ заболѣваніяхъ этого рода.

Л Е К Ц І Я V.

Случай дифтеритическаго паралича.

Содержаніе. Что понимаютъ подъ послѣдовательнымъ дифтеритическимъ параличемъ (Paralysis post-diphtheritica).—Клиническій примѣръ. Діагностическій вопросъ, возбуждаемый имъ, долженъ быть разсматриваемъ съ двойкой точки зрѣнія. Клиническій діагнозъ. Онъ не представляетъ трудности, дѣло идетъ о случаѣ «дифтеритическаго паралича».—Описаніе разстройствъ, заключающихся въ этихъ границахъ. Эти разстройства могутъ ограничиваться областями, иннервируемыми продолговатымъ мозгомъ; они могутъ распространяться на конечности или даже начинаться съ послѣднихъ; дифтеритическій pseudo-tabes.—Между случаями, гдѣ параличъ ограничивается мягкимъ небомъ и тѣми, гдѣ онъ обобщается, наблюдаются всевозможные переходы; примѣръ тяжелаго дифтеритическаго паралича, обобщившагося.—Разстройства чувствительности; они могутъ распространяться на слизистую оболочку мочевого пузыря и прямой кишки. Анатомическій діагнозъ.—Положеніе вопроса.—Обзоръ мнѣній, высказанныхъ относительно анатомическаго субстрата послѣ-дифтеритическихъ параличей.—Открытіе дифтеритическаго токсина до сихъ поръ не способствовало выясненію патогенеза этихъ параличей.—Клиническая сторона; послѣ-дифтеритическіе параличи представляютъ собой, вѣроятно, ничто иное, какъ проявленіе периферическаго неврита. Эти параличи по существу излечимы; возможныя причины смерти

Мм. Гг. Въ предшествующей моей лекціи я вамъ представилъ больную, страдавшую периферическимъ невритомъ вслѣдствіе отравленія сѣроуглеродомъ. Въ кли-

нической картинѣ этой разновидности полиневрита господствующій элементъ представлялъ двигательный параличъ, сопровождавшійся разстройствами чувствительности, не имѣющими ничего специфическаго. Двигательный параличъ можетъ замѣнить инкоординація движеній; въ этомъ случаѣ совокупность симптомовъ можетъ быть такова, что возможно, съ перваго взгляда, принять эту совокупность симптомовъ за *tabes dorsalis*. Я уже указывалъ на эту подробность клинической исторіи сѣроуглероднаго полиневрита.

Въ настоящее время я хочу вамъ представить больного, страдающаго одной изъ разновидностей паралича, которую вы будете имѣть возможность часто наблюдать въ госпиталѣ и въ частной практикѣ. Дѣло идетъ о случаѣ послѣдифтеритическаго паралича. Это страданіе, инфекціоннаго происхожденія, имѣетъ ту особенность, что, обыкновенно, оно выражается смѣшанными явленіями, изъ которыхъ одни заключаются въ двигательномъ параличѣ, другія — одновременно въ инкоординаціи и въ атакіи; съ этими явленіями стоитъ въ противорѣчій почти совершенная незатронутость субъективной и объективной чувствительности.

Мнѣ желательно рассказать исторію этой разновидности инфекціоннаго атактического паралича настолько полно, насколько позволитъ то ограниченное время, которымъ я располагаю. Мнѣ такимъ образомъ придется провѣрить, насколько основательно мнѣніе, относящее это заболѣваніе къ периферическимъ невритамъ. Но прежде всего, позвольте мнѣ представить вамъ краткій очеркъ болѣзненныхъ явленій, представляемыхъ находящимся въ данное время предъ вами больнымъ.

Этотъ больной—мальчикъ 14 лѣтъ; о прошедшей его жизни мы могли собрать слѣдующія свѣдѣнія: на 3-мъ году жизни онъ перенесъ холерину, на 5-мъ году—вътряную оспу, наконецъ, годъ спустя послѣ этого—корь. Съ тѣхъ поръ у него 5 или 6 разъ было воспаленіе зѣва,—простая ангина. Его послѣднее заболѣваніе горла носило болѣе серьезный характеръ,—это произошло 3-го Января 1895 года. Ребенокъ внезапно охрипъ и ему очень трудно было глотать; при этомъ онъ не могъ ни говорить внятно, ни ѣсть. Какъ онъ рассказывалъ, въ то время онъ испытывалъ, что у него была какъ будто «кожа въ горлѣ». Онъ пролежалъ въ постели 9 дней,—и, кажется, докторъ, его лечившій, не вполне ясно представлялъ себѣ характеръ болѣзни. Этотъ врачъ удовлетворился тѣмъ, что предписалъ смазывать ребенку грудь іодной настойкой.

Между тѣмъ, судя по собственному разсказу больного, нужно думать, что тутъ была дифтеритическая ангина. Два обстоятельства, о которыхъ я вамъ сейчасъ скажу, подкрѣпляютъ это предположеніе: въ то время, о которомъ я говорю, этотъ подростокъ былъ въ пансіонѣ, въ которомъ было 45 учениковъ. И вотъ, въ теченіи нѣсколькихъ дней заболѣло той-же самой ангиной 5 или 6 другихъ пансіонеровъ—это одно обстоятельство; другое—то, что у нашего больного впоследствии обнаружались явленія, указывающія до извѣстной степени

на характеръ его горловой болѣзни, такъ какъ подобныя явленія наблюдаются только послѣ дифтеритической ангины. На эти-то явленія я въ данное время и желаю обратить ваше вниманіе. Итакъ, нашъ больной выздоровѣлъ 10-го Января. По выздоровленіи его отпраздновали къ его семьѣ, въ Парижѣ. Только 30-го Января онъ опять возвратился въ свой пансіонъ, гдѣ и оставался до 14-го Іюля. Въ это время состояніе его здоровья было неудовлетворительное. Со времени бывшей у него ангины онъ испытывалъ довольно значительное затрудненіе въ рѣчи. Начиная съ первыхъ чиселъ Марта, — онъ замѣтилъ нѣкоторую слабость въ нижнихъ конечностяхъ. Этотъ парезъ прогрессивно усиливался до Іюня мѣсяца; потомъ онъ сталъ стаціонарнымъ. Ребенокъ, какъ я вамъ сейчасъ сказалъ, былъ взятъ изъ пансіона 14-го Іюля; спустя 12 дней послѣ этого, родители привели его къ намъ, на консультацію.

Вотъ вкратцѣ состояніе больного, отмѣченное 26-го Іюля 1895 года:

Прежде всего поражаетъ измѣненіе голоса ребенка: рѣчь монотонная, гнусливая, труднопонимаемая, какъ будто больной говоритъ, не разжимая зубовъ. Не смотря на то, что тембръ — носовой, наоборотъ, самъ голосъ — чистъ, — безъ малѣйшаго слѣда охриплости. Короче, тутъ былъ параличъ мягкаго неба, который, впрочемъ, можно было предугадать, зная анамнезъ (дифтеритическая ангина).

Дальнѣйшее изслѣдованіе показываетъ, что больной испытываетъ извѣстное затрудненіе при жеваніи, а также, но въ меньшей степени, и при глотаніи. Случалось, что пища при глотаніи застревала, когда онъ ѣлъ твердую пищу и особенно корку хлѣба. Бывали моменты, когда онъ былъ вынужденъ помогать себѣ пальцемъ, чтобы ввести кусокъ пищи въ глотку. Наоборотъ, черезъ носъ онъ не выбрасывалъ ни твердой, ни жидкой пищи. Парезомъ, вообще, были захвачены преимущественно мышцы полости рта: дѣйствительно, больной свиститъ, дуетъ и дышитъ съ трудомъ, — доказательство, что его губы поражены парезомъ; онъ испытывалъ замѣтное затрудненіе при движеніи языка, въ которомъ, кромѣ того, наблюдалось дрожаніе. Мягкое небо висѣло, язычекъ, уклоненный право, соприкасался съ основаніемъ языка.

Со времени своей послѣдней ангины больной никогда не замѣчалъ разстройства со стороны глазъ; я подчеркиваю эту подробность потому, что послѣ-дифтеритическимъ параличемъ часто поражаются глазныя мышцы, а именно мышцы аккомодации. Зрачки были равномерно расширены, хорошо реагировали на свѣтотыя впечатлѣнія и на аккомодацию. Больному, который хорошо замыкалъ глаза, довольно трудно было нахмурить лобъ. Такъ какъ больной утверждалъ, что у него все это было и раньше, то трудно сказать, участвуетъ-ли въ послѣ-дифтеритическомъ параличѣ верхняя вѣтвь лицевого нерва.

Продолжая это изслѣдованіе методическимъ путемъ, мы констатировали, что ни мышцы шеи, ни мышцы затылка не были затронуты.

Въ верхнихъ конечностяхъ также нельзя было открыть и слѣдовъ болѣе или

менѣе выраженнаго двигательнаго пареза. Изслѣдованіе динамометромъ показало для правой руки—15, для лѣвой—11. Легкое дрожаніе очень мѣшало больному писать. Въ нижнихъ конечностяхъ двигательныя разстройства, констатированныя въ то время, о которомъ я говорю, указывали не на параличъ, а скорѣе на двигательную инкоординацію. Походка была нѣсколько шаткая; кромѣ того она отличалась неувѣренностью и неловкостью, что выражалось частыми паденіями; вмѣстѣ съ этимъ колѣнные рефлексъ—подробность, которую я прошу замѣтить,—были нормальны съ обѣихъ сторонъ.

Дальнѣйшее изслѣдованіе дало лишь отрицательные признаки, разстройство чувствительности выражались иногда ощущеніемъ мурашекъ и иногда судорогами въ нижнихъ конечностяхъ. Не было ни мышечной атрофіи, ни трофическихъ разстройствъ, ни разстройствъ со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, ни разстройствъ со стороны дыханія, ни со стороны сердца. Мочи бѣлка не содержала; общее состояніе больного было весьма удовлетворительное.

2-го Октября, при поступленіи больного на излеченіе въ нашу мужскую палату, его снова осмотрѣли. Въ это время онъ уже былъ на пути къ улучшенію. Тембръ голоса былъ еще носовой, но больной могъ проглатывать твердую пищу, не прибѣгая къ помощи пальца, чтобы протолкнуть ее въ глотку. Почеркъ все еще былъ немного дрожащій. Со стороны нижнихъ конечностей не констатировано, какъ и при прежнемъ изслѣдованіи,—ни малѣйшаго слѣда двигательнаго паралича. Ребенокъ оказывалъ довольно сильное сопротивленіе пассивнымъ движеніямъ, которыя продѣлывали его конечностями. При ходьбѣ онъ больше не падалъ, но походка его оставалась немного инкоординированной.

Движенія губъ, языка выполнялись съ большей легкостью. Мягкое небо все еще продолжало быть опущеннымъ, но оно хорошо поднималось подъ вліяніемъ произвольныхъ сокращеній.

Электрическое изслѣдованіе намъ показало, что реакція въ области лицевого нерва была нормальна, за исключеніемъ круговой мышцы рта, гдѣ измѣненія были очень слабыя, на которыя нельзя было смотрѣть какъ на показатель весьма ясной реакціи перерожденія, но просто какъ на слабые слѣды таковой. Въ жевательной, въ височной мышцѣ и въ языкѣ электрическая реакція была нормальна. Со сторонъ конечностей, особенно со стороны верхнихъ конечностей, было наблюдаемо очень небольшое уменьшеніе электрической возбудимости.

Я прибавлю, что въ поведеніи этого юноши не наблюдалось ничего такого, что могло-бы быть истолковано въ смыслѣ интеллектуальнаго разстройства.

Наконецъ на этихъ дняхъ больной былъ осмотрѣнъ въ послѣдній разъ, улучшение подвигается впередъ весьма медленно. Мягкое небо было еще опущено и язычекъ отклоненъ вправо. Голосъ еще носовой, но не хриплый. Пища не выбрасывается черезъ носъ. Глоточный рефлексъ, отсутствовавшій въ началѣ бо-

лѣзни, теперь выраженъ довольно ясно; сила въ жевательныхъ мышцахъ представляется нормальной. Жевательный рефлексъ сохраненъ.

Въ языкѣ наблюдалось еще довольно выраженное дрожаніе. Въ верхнихъ конечностяхъ наблюдался въ извѣстной степени парезъ разгибателей и вазомоторныя разстройства, характеризующіяся краснотой ручныхъ кистей. Со стороны нижнихъ конечностей существуетъ еще въ очень слабой степени выраженная инкоординація; больной во время ходьбы пяткой правой ноги ударяетъ о землю. Колѣнные рефлексы, какъ и раньше, были найдены нормальными.

Итакъ, вы ознакомились съ патологической исторіей этого больного. Теперь надо рѣшить діагностическій вопросъ. Этотъ вопросъ намъ слѣдуетъ рассмотреть съ двойкой точки зрѣнія: съ клинической, а затѣмъ съ анатомической.

А. Клиническій діагнозъ у этого больного нѣтъ ничего легче установить; скажу даже, что онъ самъ напрашивается. Представляемая этимъ мальчикомъ, со времени его послѣдней ангины, явленія обуславливаются дифтеритическимъ ядомъ. Эти явленія совершенно тѣ же, что вы найдете у авторовъ описанными подъ нѣсколько несоотвѣтствующимъ названіемъ дифтеритическихъ параличей. Я говорю, что наименованіе нѣсколько не соотвѣтствуетъ: дѣйствительно, разстройства, включаемыя въ «дифтеритическіе» или «послѣдифтеритическіе параличи», не всѣ выражаются двигательнымъ безсиліемъ, имѣются и другія, какъ-то: двигательная инкоординація, атаксія, которыя мы наблюдали даже у нашего больного. Позвольте мнѣ, воспользовавшись представившимся случаемъ, закрѣпить въ вашей памяти характерные признаки, подъ которыми обыкновенно представляются намъ эти послѣдифтеритическія разстройства; мнѣ удастся безъ особеннаго труда убѣдить васъ въ вѣрности только что сказаннаго мной по поводу клиническаго діагноза, который обязателенъ для нашего больного.

На второй или на третьей недѣлѣ послѣ появленія дифтеритической ангины, иногда нѣсколько раньше, рѣдко позже, субъектъ представляетъ симптомы, указывающіе на параличъ мышцъ мягкаго неба: голосъ принимаетъ носовой оттѣнокъ; глотаніе нарушено, пища, особенно жидкая, или выливается черезъ носъ, или пищевые комки съ трудомъ переходятъ изъ рта въ глотку и въ пищеводъ.

Если въ это время поизслѣдовать заднюю стѣнку глотки больного, то констатируютъ, что мягкое небо представляется висющимъ и что оно не сокращается, когда пытаются произвести звукъ, что требуетъ его содѣйствія.

Вотъ обыкновенный способъ начального проявленія того, что описывается подъ именемъ «дифтеритическихъ параличей». Этимъ можетъ все и ограничиться, въ такомъ случаѣ параличъ мягкаго неба не позже, какъ черезъ нѣсколько недѣль исчезнетъ даже безъ всякаго активнаго медицинскаго вмѣшательства.

Чаще вы будете наблюдать, что параличъ распространяется на другіе органы,

иннервируемые продолговатымъ мозгомъ, и именно на глазныя мышцы, на мышцы глотки и гортани, а иногда даже, какъ это произошло у нашего больного, на мышцы языка, губъ и щекъ. При этихъ условіяхъ вы будете наблюдать слѣдующее:

Со стороны глазъ, какъ вамъ я говорилъ уже, послѣ-дифтеритическіе параличи захватываютъ обыкновенно мышцу аккомодациі, рѣсничную мышцу, совершенно не затрогивая сократительныхъ элементовъ радужной оболочки. Зрѣніе нарушается; больные думаютъ, что имъ угрожаетъ слѣпота. Дѣйствительно, они находятся въ такомъ же состояніи, какъ лица, которымъ въ глазъ впустили атропинъ: у нихъ параличъ аккомодациі, что субъектовъ эметроповъ дѣлаетъ пресбіопами или временными, но весьма выраженными гиперметропами. Въ то же самое время, за рѣдкими исключеніями, зрачки представляютъ одинаковый діаметръ и нормально реагируютъ на попытки аккомодациі, хотя послѣдняя можетъ отсутствовать.

Иногда параличу подвергается, съ одной, или съ обѣихъ сторонъ, п. abducens, результатомъ чего является косоглазіе и диплопія. Въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ наблюдали, что вслѣдствіе дифтеритической ангины развивался параличъ мышцъ, иннервируемыхъ глазодвигательнымъ нервомъ и даже параличъ всѣхъ наружныхъ мышцъ глаза—полная офтальмоплегія; но, повторяю, это необычные факты.

Параличъ языка, щекъ, губъ встрѣчается, впрочемъ, также довольно рѣдко. То, что вы наблюдаете у нашего больного, выражается затрудненіемъ жеванія, затрудненіемъ передвиженія пищи изъ полости рта въ глотку, невозможностью свистать, дуть, втягивать воздухъ или всасывать жидкую пищу, полоскать горло.

Пораженіе гортани проявляется охриплостью голоса, которая можетъ доходить до полной афоніи.

Когда параличъ захватываетъ мышцы глотки, то послѣдствіемъ этого бываетъ затрудненіе глотанія, а такъ какъ этотъ двигательный параличъ часто осложняется анестезіей слизистой оболочки глотки и гортани, то присутствіе куска пищи въ задней части горла не вызываетъ больше сокращенія мышцъ, производящихъ опущеніе надгортанника; вслѣдствіе этого частицы пищи могутъ попадать въ дыхательные пути. Больной такимъ образомъ подвергается двойной опасности: во-первыхъ, вслѣдствіе затрудненія приема пищи онъ можетъ дойти до полного истощенія; во-вторыхъ, у него вслѣдствіе проникновенія остатковъ пищи въ бронхи и въ легкія можетъ быть вызвана асфиксія, или развиваться септическая пневмонія. Третья опасность, висящая надъ головой пациента, это внезапная смерть вслѣдствіе распространенія паралича на центры сердечной иннервациі. Этого осложненія слѣдуетъ опасаться тогда, когда во время теченія дифтеритическаго паралича замѣчается внезапное ускореніе пульса, тахикардія безъ лихорадочнаго повышенія температуры.

Вообще же роковое окончаніе составляет исключеніе, особенно у взрослых. Обычное теченіе таково: послѣ различной продолжительности, не превышающей нѣсколькихъ недѣль, параличъ мягкаго неба, глотки, гортани, мышцъ глаза, рта исчезаетъ безслѣдно. Самое большое, что въ очень рѣдкихъ случаяхъ вы увидите оставшейся извѣстную степень пареза той или другой мышцы изъ первично пострадавшихъ. Такъ Оппенгеймъ ¹⁾ приводитъ случай ребенка-идіота, у котораго онъ наблюдали, что послѣ-дифтеритическій параличъ мягкаго неба продолжался безконечное время.

До сихъ поръ я разсматривалъ лишь категорію такихъ случаевъ, гдѣ описанныя и извѣстныя подъ именемъ дифтеритическаго паралича болѣзненныя явленія ограничивались органами, иннервируемыми продолговатымъ мозгомъ. Но очень часто случается, что параличъ, начавшійся съ мягкаго неба, распространяется затѣмъ на нижнія конечности, рѣже на всѣ четыре конечности. Наблюдалось даже, что онъ начинался съ верхнихъ конечностей. Наконецъ, одна еще подробность, на которую въ своихъ клиническихъ лекціяхъ обратилъ вниманіе уже Труссо ²⁾, состоитъ въ томъ, что когда параличъ наступаетъ вслѣдъ за кожнымъ дифтеритомъ, то онъ поражаетъ конечности раньше мягкаго неба. Въ этомъ вы встрѣчаете примѣръ того вліянія, на которое я вамъ указывалъ въ моей предшествующей лекціи,—вліянія, обусловливаемого мѣстомъ проникновенія токсическаго или инфекціоннаго агента,—на локализацию токсическихъ или инфекціонныхъ параличей.

При обыкновенныхъ обстоятельствахъ, когда болѣзненныя явленія развиваются вслѣдъ за дифтеритомъ глотки, распространеніе паралича на конечности можетъ произойти въ то время, когда параличъ верхнихъ аппаратовъ (мягкаго неба, мышцъ глотки и пр.) уже исчезъ. Какъ бы ни было, но въ большинствѣ случаевъ паралича конечностей, неспособность къ движенію, наблюдается съ самаго начала до конца. Иной разъ, а это случается не очень рѣдко, начальный параличъ смѣняется двигательной инкоординаціей. Эта двигательная инкоординація устанавливается сразу, она сочетается съ параличемъ, или появляется самостоятельно, безъ паралича. Эти разстройства представляютъ свои спеціальныя особенности, которыя важно знать.

Такъ на нижнихъ конечностяхъ наблюдается вообще отсутствіе колѣннаго рефлекса, но это не всегда бываетъ, чему доказательство — случай нашего больного.

Двигательный параличъ представляетъ сходство съ дегенеративными параличами; другими словами,—онъ вялъ, онъ сопровождается признаками реакціи перерожденія, онъ бываетъ полный или частичный, онъ поражаетъ главнымъ обра-

¹⁾ Trousseau. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 4-e édition, t. I, p. 508.

²⁾ Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten, Berlin, 1894, p. 347.

зомъ мышцы, управляющія конечными сегментами, мышцы стопъ ногъ и особенно мало-берцовыя мышцы. Онъ лишь, какъ исключеніе, осложняется мышечной атрофіей, за исключеніемъ мягкаго неба.

Когда атаксія преобладаетъ надъ параличемъ, въ такомъ случаѣ при электрическомъ изслѣдованіи чаще всего констатируется уменьшеніе фарадической возбудимости. При этихъ же самыхъ условіяхъ довольно часто наблюдается симптомъ Ромберга.

Съ другой стороны эти двигательныя послѣ-дифтеритическія разстройства обыкновенно сопровождаются разстройствами чувствительности, т. е., гипѣстезіей, кожной анестезіей (особенно выраженной на стопахъ ногъ), мышечной анестезіей. Отсюда вы видите, что изъ всего этого можетъ въ результатъ быть такое сочетаніе симптомовъ, какъ атаксія конечностей, отсутствіе колѣннаго явленія, признаковъ Ромберга, подошвенная анестезія, глубокая анестезія, диплопія, которое представляетъ извѣстное сходство съ *tabes dorsalis*,—сходство слишкомъ грубое, чтобы возможно было смѣшать эти двѣ болѣзни врачу, хорошо знакомому съ нервной патологіей. Благодаря этому сочетанію симптомовъ и установили *pseudotabes diphteritica*.

Когда послѣ дифтеритическія явленія принимаютъ диффузный характеръ, на который я вамъ только что указалъ, имъ нужно два мѣсяца и болѣе, чтобы достичь своего апогея на конечностяхъ. Это также мы замѣтили у нашего больного. Какъ исключеніе, участвуютъ въ параличѣ нѣкоторыя мышцы туловища, особенно межреберныя мышцы и діафрагма, мышцы шеи и затылка. Обыкновенно, параличъ, ограничивающійся конечностями, чаще всего нижними конечностями, въ концѣ-концовъ подъ вліяніемъ соотвѣтственнаго леченія исчезаетъ; выздоровленіе можетъ наступить даже и произвольно.

Не теряйте изъ виду, господа, этого обстоятельства, что я, чтобы удовлетворить требованіямъ преподаванія, чтобы запечатлѣть въ вашихъ умахъ, представилъ два крайнихъ случая, — случай, гдѣ послѣ-дифтеритическій параличъ ограничивается мягкимъ небомъ и однимъ или другимъ мышечными сосѣдними аппаратами, которые также иннервируются продолговатымъ мозгомъ, и случай, гдѣ параличъ обобщается, захватывая четыре конечности и нѣкоторыя мышцы туловища, изъ которыхъ нѣкоторыя, напр., діафрагма, имѣютъ функціональное значеніе первой важности. Параличъ можетъ распространиться на гладкія мышцы мочевого пузыря и прямой кишки, вызывая упорные запоры и недержаніе мочи. У взрослыхъ лицъ мужского пола часто наблюдается анафродизія.

Между этими крайними случаями могутъ встрѣчаться всевозможныя промежуточныя формы. Наблюденіе надъ нашимъ больнымъ представляетъ собой какъ разъ примѣръ этого рода и этотъ случай въ отношеніи распространенія послѣ-дифтеритическихъ двигательныхъ разстройствъ и интенсивности функціональных разстройствъ, которыя отсюда вытекаютъ, занимаетъ средину между крайними

случаями. Извѣстны случаи, и они не очень рѣдки,—гдѣ параличъ ограничивается мягкимъ небомъ, вызывая лишь гнусавость голоса и вмѣстѣ съ тѣмъ, самое большое, незначительное затрудненіе глотанія. Извѣстны и другіе случаи, съ которыми нужно считаться, гдѣ всѣ четыре конечности, мышцы шеи, затылка, довольно большое число мышцъ туловища бываютъ парализованы. Вы составите себѣ точное представленіе объ этихъ разновидностяхъ, если прочтете давно уже появившуюся замѣчательную лекцію, которую Труссо ¹⁾ посвятилъ изученію дифтеритическаго паралича. Въ этой лекціи вы найдете упоминаніе о случаѣ, гдѣ параличъ сразу былъ общій и по внѣшнему виду представлялся тяжелымъ; затѣмъ тамъ говорится о всевозможныхъ переходныхъ формахъ между этими двумя крайними. Имѣйте только въ виду, что возможное превращеніе паралича въ двигательную инкоординацію ускользнуло отъ вниманія Труссо.

По поводу этихъ случаевъ обобщившагося дифтеритическаго паралича, я не могу удержаться, чтобы не привести самонаблюденія, опубликованнаго однимъ нѣмецкимъ авторомъ, Ганзemannомъ ²⁾; насколько этотъ примѣръ поучителенъ, настолько онъ доказателенъ въ томъ отношеніи, что эти послѣдифтеритическія явленія могутъ быть по внѣшности угрожающими и тѣмъ не менѣе съ какой легкостью онѣ проходятъ. Названный выше врачъ страдалъ различными инфекціонными болѣзнями: скарлатиной, повторными ангинами, септической инфекціей, плевро-пневмоніей,—въ теченіе трехъ или четырехъ лѣтъ, предшествующихъ заболѣванію дифтеритомъ. Потомъ, по прошествіи 18 мѣсяцевъ отъ начала этого заболѣванія, онъ представлялъ признаки паралича мягкаго неба и въ то же время у него была тахикардія. Почти тотчасъ же онъ замѣтилъ, что чувствительность слизистой оболочки губъ, языка, кожи лица и остальныхъ частей головы притуплена. Вкусовые и обонятельныя ощущенія также были притуплены. Далѣе больной сталъ испытывать нѣкоторое затрудненіе при движеніи губами, языкомъ, при жеваніи, при глотаніи. Двигательный парезъ распространился и на мышцы гортани. Нижнія конечности также были поражены,—въ нихъ послѣдовательно развились анестезія съ отсутствіемъ кожныхъ явленій, двигательный парезъ и, въ концѣ-концовъ, атаксія.

Въ послѣдней фазѣ теченія болѣзни наступилъ полный параличъ извѣстнаго числа мышцъ ногъ и верхнихъ конечностей. Эти же мышцы были атрофированы. Мышечное чувство было совершенно утрачено; больной не сознавалъ больше ни положенія своихъ конечностей, ни ихъ движенія, когда эти послѣднія ускользали отъ контроля зрѣнія. Онъ испытывалъ ощущеніе сжимающаго пояса. У него была одышка, доказательство,—что въ параличъ принимаетъ участіе диа-

¹⁾ Loc. cit.

²⁾ Цитировано по Оппенгейму, loc. cit., p. 347.

фрагма. Улучшеніе стало проявляться спустя только три мѣсяца отъ начала болѣзни. Въ концѣ четвертаго мѣсяца наблюдалось еще значительное уменьшеніе электрической возбудимости, безъ признаковъ реакціи перерожденія. Долгое еще время у Ганземанна имѣлись, какъ слѣды бывшаго дифтерита, онѣмѣніе и ошущеніе мурашекъ въ области, иннервируемой локтевымъ нервомъ.

Этотъ случай близокъ къ наблюденію Буассари ¹⁾, который во время тяжелой эпидеміи дифтеритическаго паралича съ неправильнымъ теченіемъ заболѣлъ этой болѣзью. Любопытный фактъ,—въ теченіе данной эпидеміи параличи наступали сразу, безъ ангины, безъ малѣйшихъ слѣдовъ дифтерита на кождѣ, или на слизистыхъ оболочкахъ, и больные умирали въ очень короткое время; у другихъ же больныхъ вслѣдъ за параличемъ появлялись въ зѣвѣ плотныя дифтеритическія пленки. Рядомъ съ этими одиночными фактами наблюдались дифтеритическія ангины, которымъ не предшествовали и которыя не сопровождались паралитическими явленіями.

Еще два слова о расстройствахъ чувствительности, встрѣчающихся при послѣдифтеритическомъ параличѣ.

Въ случаяхъ, гдѣ двигательный параличъ не ограничивается мягкимъ небомъ, гдѣ онъ распространяется на мышцы языка, губъ, щекъ, на мышцы конечностей, тамъ почти всегда имѣются налицо явленія парестезіи: онѣмѣніе, ошущеніе мурашекъ, покалываніе и проч.; они предшествуютъ появленію двигательнаго паралича; они появляются произвольно, особенно же при волевыхъ движеніяхъ. Извѣстная степень анестезіи глотки и прилежащихъ частей составляетъ обыкновенное явленіе. Когда параличъ распространяется на конечности, то очень часто наблюдаютъ также гипестезію, или даже полную анестезію. Эта анестезія особенно бываетъ выражена на стопахъ ногъ, именно на подошвѣ. Иногда кожная анестезія можетъ совершенно отсутствовать, какъ это было у нашего больного. Могутъ быть анестезированы и спеціальныя чувства—обоняніе. Анестезія можетъ распространяться на глубокія части, на мышцы и суставныя ткани,—примѣръ чего я вамъ только что приводилъ.

Наконецъ, какъ исключеніе, наблюдали анестезію, распространяющуюся на слизистую оболочку мочевыхъ путей и прямой кишки. Труссо ²⁾ въ своей лекціи, о которой я вамъ недавно говорилъ, упоминаетъ о больномъ, страдавшемъ дифтеритическимъ параличемъ, который мочился и испражнялся безъ затрудненія, но не чувствовалъ прохожденія мочи и экскрементовъ.

Гиперестезія составляетъ совершенно исключительное явленіе. Нѣкоторые боль-

¹⁾ Boissarie. Diphtérie sans angine. Epidémie de paralysie diphtéritique (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, № 1881, 20—21).

²⁾ Loc. cit., p. 507, 508.

ные,—какъ нашъ больной въ этомъ случаѣ,—жаловались на болѣзненные судороги въ ногахъ; другихъ болѣзненныхъ явленій не наблюдается.

Послѣ только что начерченной мною вамъ картины клиническихъ свойствъ болѣзни, описываемой кратко подъ именемъ дифтеритическаго паралича, стоитъ ли входить въ разсужденія о случаѣ нашего больного, имѣя цѣлью только показать, что тутъ мы очевидно имѣемъ дѣло съ болѣзненными явленіями такого же рода, характеръ которыхъ я вамъ только что обрисовалъ? Я думаю, что въ этомъ нѣтъ необходимости. Вы должны были въ этомъ убѣдиться при первомъ допросѣ, которому мы подвергли этого мальчика.

Мнѣ, слѣдовательно, остается лишь разрѣшить второй вопросъ, касающійся анатомическаго діагноза.

Б. Этотъ вопросъ объ анатомическомъ діагнозѣ представляется намъ въ слѣдующемъ видѣ:

Указываютъ ли констатированныя у нашего больного разстройства, которыя поражаютъ особенно двигательную сферу, на заболѣваніе периферическихъ нервовъ, на полиневритъ? Или же онѣ составляютъ выраженіе измѣненія мышцъ? Или же причиной тутъ является измѣненіе нервныхъ центровъ, пораженіе спинного мозга и области продолговатаго мозга и Вароліева моста?

Позвольте мнѣ вамъ сначала сказать, что эти три гипотезы мной приведены въ извѣстномъ порядкѣ, чтобы дать отчетъ объ явленіяхъ, извѣстныхъ подъ именемъ дифтеритическихъ параличей. Я могу даже при этомъ добавить, что и теперь еще спрашиваютъ, какая изъ этихъ трехъ гипотезъ—наилучшая. Я думаю, что вы не будете сожалѣть о нѣсколькихъ минутахъ, которыя я посвящу бѣглому обзору этого вопроса о патогенезѣ, не взирая, что это увлечетъ насъ нѣсколько за границы чистой клиники. Быть можетъ, что въ наши времена серотерапіи и антитоксиновъ точное знаніе патогенеза послѣ-дифтеритическихъ явленій въ одинъ прекрасный день укажетъ намъ путь дѣйствительной профилактики. Какъ бы то ни было, вниманіе врачей всегда привлекали болѣзненные явленія только что описаннаго мной характера,—явленія, развивавшіяся у субъектовъ, перенесшихъ злокачественную ангину, ангину съ ложными перепонками; но не болѣе 40 лѣтъ, какъ узнали объ ихъ сродственномъ отношеніи къ предшествующей болѣзни. Мнѣ кажется, что Бретонно въ своей статьѣ «*Mémoire sur les moyens de prévenir le développement et les progrès de la diphthérie* ¹⁾» первый указалъ на эту причинную взаимную связь. Можно сказать, что со времени появленія этой статьи вопросъ о дифтеритическихъ параличахъ не переставалъ быть на очереди дня, онъ далеко не исчерпанъ; вы можете сами судить потому, что мнѣ осталось сказать вамъ объ этомъ.

Поль-вѣка тому назадъ Труссо былъ пораженъ, какъ часто появляется па-

¹⁾ Bretonneau, Archives générales de médecine, janvier et septembre, 1855.

параличъ мягкаго неба у лицъ, имѣвшихъ дифтеритическую ангину. Онъ считалъ нужнымъ приписать этотъ параличъ «особому измѣненію—производимому въ мягкомъ небѣ толстоперепончатымъ воспаленіемъ, измѣненію, вслѣдствіе котораго мышечное волокно, входящее въ его составъ, теряетъ временно свою нормальную сократительность». Т р у с с о скоро убѣдился въ недостаточности этого объясненія, онъ убѣдился, что параличъ мягкаго неба былъ того же характера, какъ и параличъ конечностей, вслѣдствіе того, что онъ развивался при множественныхъ условіяхъ. Въ лекціи, о которой я уже упоминалъ, онъ опредѣленно высказался за специфичность дифтеритическаго паралича. Вы знаете, что теперь извѣстенъ агентъ этой специфичности; къ этому пункту я еще возвращусь.

За нѣсколько времени до этого Шарко и Вюльпіанъ ¹⁾ указали на существованіе рѣзкихъ дегенеративныхъ измѣненій поднебныхъ нервовъ у женщины, умершей отъ дифтеритической ангины, осложненной параличемъ мягкаго неба. Выступила на сцену патологическая анатомія, и въ этомъ случаѣ, какъ и во многихъ другихъ, ея роль должна была ограничиться тѣмъ, что получился рядъ всевозможныхъ противорѣчій по отношенію къ вопросу, котораго она не въ состояніи была освѣтить.

Одни, которые занимались вопросомъ объ анатомической локализациі дифтеритическихъ параличей, какъ-то Кло ²⁾ въ своей диссертациі, Роже и Дамаскино, Лоранъ и Лепинъ ³⁾, Мендель ⁴⁾, Бристоу ⁵⁾, Арнгеймъ, говорили въ смыслѣ положеній, установленныхъ Шарко и Вюльпіаномъ. Другіе, какъ-то: Бюль ⁶⁾, Кэнко, Эберкромби ⁷⁾, Киддъ ⁸⁾, относили все къ измѣненіямъ спинно-мозговымъ.

Иные встрѣчали одновременно невритическія измѣненія и измѣненія въ спинномъ мозгу, или въ продолговатомъ мозгу, или въ мозговыхъ оболочкахъ; между ними я приведу вамъ Эртеля ⁹⁾, Лейдена ¹⁰⁾, Пьерре ¹¹⁾.

1) Charcot et Vulpian, Comptes rendus de la Société de biologie, 1862.

2) Clos, Essai sur les paralysies diphthéritiques (Thèse, Paris, 1868).

3) Lorairet Lepine, Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, art. Diphthérie.

4) Mendel, Neurologisches Centralblatt 1885, № 6, p. 128.

5) Bristowe, British medical Journal, 1888, № 4.

6) Bühl, Zeitschrift für Biologie, 1867. p. 359.]

7) Abercrombie. — Diphtheritische Lähmungen und Albuminurie Между, съѣздъ въ Лондонѣ, 1881).

8) Kidd. A Contribution to the pathology of diphtheria (Medico-chirurgical Transactions, vol. 66; The Lancet, 13 Янв. 1883).

9) Oertel.—Experim. Untersuchungen über Diphtherie (Deutsches Archiv für klin. Medicin, 1871, t. VIII, p. 242.

10) Leyden. Zeitschrift für klin. Medicin, t. I p. 406.

11) Pierret, Comptes rendus de la Société de biologie, séance du 23 déc. 1876.

Наконецъ есть и такіе, какъ Котсъ ¹⁾, которые при изслѣдованіи нервныхъ центровъ и периферическихъ нервовъ совсѣмъ не находили никакихъ измѣненій.

Мнѣніе, по которому дифтеритическій параличъ можетъ зависѣть отъ мышечныхъ измѣненій, было поддерживаемо Балли ²⁾.

Вюльпианъ въ совместной своей работѣ съ Шарко, которую я только что приводилъ, указывалъ на невритическія пораженія, какъ на субстратъ дифтеритического паралича. Позже, при изслѣдованіи трехъ спинныхъ мозговъ, взятыхъ отъ лицъ, имѣвшихъ дифтеритическіе параличи, онъ нашелъ незначительныя, но очень ясныя измѣненія въ клѣткахъ переднихъ роговъ. Эти противорѣчивые результаты можно было бы согласить, если бы высказанная Лейденомъ гипотеза пустила прочныя корни. По мнѣнію Лейдена, спинно-мозговые измѣненія въ случаяхъ дифтеритическихъ параличей составляютъ послѣдовательныя измѣненія за невритическими. Они относятся къ восходящему невриту, къ *neuritis migrans* нѣмецкихъ авторовъ.

Съ другой стороны мой товарищъ и другъ Дежеринъ, который особенно много работалъ по этому анатомо-патологическому вопросу, въ статьѣ, гдѣ онъ изложилъ свои первыя изслѣдованія о пораженіи нервной системы при дифтеритическомъ параличѣ, пришелъ къ слѣдующему заключенію ³⁾: дифтеритическіе параличи зависятъ отъ первичныхъ измѣненій въ сѣромъ веществѣ спинного мозга; эти измѣненія производятъ въ переднихъ корешкахъ дегенеративное поврежденіе (паренхиматозный невритъ), которое развивается послѣдовательно и находится въ строгой параллели съ паралитическими явленіями, наблюдаемыми при жизни. *Neuritis migrans* въ развитіи этихъ дифтеритическихъ параличей не участвуетъ.

Если же обратиться къ устному сообщенію, сдѣланному Рюо авторомъ статьи о дифтеритѣ, появившейся въ *Traité de médecine*, подъ редакціей Шарко, Бушара и Бриссо, то въ глазахъ Дежерина спинно-мозговые измѣненія не имѣютъ никакого значенія въ патогенезѣ дифтеритическихъ параличей; они суть выраженіе множественнаго неврита, который можетъ послѣдовательно вызывать, слѣдуя механизму, указанному Лейденомъ спинно-мозговые измѣненія.

Наконецъ есть такіе авторы, какъ Котсъ, Санны ⁴⁾, Хохгаузь ⁵⁾

¹⁾ K o t s s, Ueber Diphtherie. Zeitschrift für klin. Medicin, 1890, t. XVIII Suppl. Heft p. 116.

²⁾ B a i l l y. Des paralysies consécutives aux maladies aiguës (Gazette des hôpitaux, 1872, № 12).

³⁾ D é j e r i n e. Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie diphthéritique (Archives de physiologie. 1878, p. 107).

⁴⁾ S a n n é. Traité de la diphthérie, 1877, p. 3.

⁵⁾ H o c h h a u s. Ueber diphtheritische Lähmungen, Virchow's Archiv, 1891, t. CXXIV Heft 2, p. 226.

которые при изслѣдованіи нервной системы лицъ, имѣвшихъ дифтеритическіе параличи, не нашли вовсе поражений.

Итакъ, вы видите, что изслѣдованія анатомо-патологовъ внесли самыя большія противорѣчія въ занимающій насъ въ данное время вопросъ.

Можно надѣяться, что настанетъ время, когда приподымется завѣса, черезъ которую этотъ вопросъ о патогенезѣ представляется намъ столь неяснымъ. Это будетъ тогда, когда благодаря открытію дифтеритического токсина, мы возьмемся путемъ экспериментальнымъ вызывать у животныхъ дифтеритическіе параличи. Но до сихъ поръ эта надежда не осуществилась; до этого далеко. Сдѣланные различные опыты съ цѣлю освѣтить патогенезъ дифтеритическихъ параличей при помощи впрыскиванія токсиновъ привели къ такимъ же противоположнымъ заключеніямъ, какъ и тѣ, которыя были получены при изслѣдованіи анатомо-патологовъ. Нѣсколькихъ справокъ будетъ достаточно, чтобы убѣдить васъ въ этомъ.

Такъ, во Франціи Бабинскій ¹⁾ имѣлъ случай произвести анатомическое изслѣдованіе двухъ кроликовъ, страдавшихъ дифтеритическимъ параличемъ, который былъ вызванъ у нихъ инъекціей токсиновъ бациллы Клебсъ-Леффлера; онъ не могъ найти никакихъ измѣненій ни въ спинномъ мозгу, ни въ нервахъ, изъ коихъ нѣкоторые были изслѣдованы во всемъ протяженіи до ихъ двигательныхъ ядеръ.

Русскій авторъ, д-ръ Щербакъ ²⁾, производившій анатомическія изслѣдованія, открылъ лишь измѣненія въ периферической нервной системѣ. По мнѣнію Щербака дифтеритическіе параличи «обуславливаются воспалительнымъ процессомъ (паренхиматознымъ и интерстиціальнымъ) въ периферическихъ нервахъ» всѣ другія измѣненія имѣютъ только вторичное значеніе.

По мнѣнію Анрике и Алльона ³⁾ поражения, вызываемыя экспериментально путемъ инъекцій дифтеритическихъ токсиновъ, состоятъ преимущественно изъ спинно-мозговыхъ измѣненій,— изъ конгестивной гипереміи, изъ кровоизліяній, изъ очаговъ міэлиты и, добавочно, изъ корешковыхъ поврежденій.

Наконецъ Кроккъ—сынъ ⁴⁾, авторъ весьма замѣчательной работы по вопросу объ измѣненіяхъ нервной системы при дифтеритическихъ параличахъ пришелъ къ заключенію, что дифтеритическій ядъ, обладающій весьма сильнымъ токсическимъ дѣйствіемъ, у кроликовъ поражаетъ, кажется, исключительно спинной мозгъ, спинно-мозговые нервы и нижнюю часть продолговатаго мозга; другими

¹⁾ Babinski. Traité de médecine Charcot, Bouchard et Brissaud, 1894, t. V p. 679.

²⁾ А. Е. Щербакъ. Des lésions du système nerveux par le poison diphtérique (Revue neurologique, 15 ann. 1893, № 7).

³⁾ Enriquez et Hallion. Myélite expérimentale par toxines diphtériques. Comptes rendus de la Société de biologie, 1094, p. 822.

⁴⁾ Crocq-fils. Archives de médecine expérimentale, 1 июля 1895, p. 507.

словами, онъ вызываетъ у кроликовъ первичный мізлитъ и вторичные периферическіе невриты.

На одинъ пунктъ изъ этой замѣчательной работы Крокка—сына я хочу обратить особенное вниманіе—это на то, что авторъ спеціально настаиваетъ на томъ, что «дифтеритическіе параличи у человѣка и у кролика замѣтно отличаются между собой»: у кролика они начинаются съ заднихъ конечностей; у человѣка они начинаются съ мягкаго неба и сосѣднихъ органовъ и могутъ оставаться локализованными въ мѣстѣ ихъ проявленія. Я указываю на констатированіе этой разницы потому, что, признавая, что экспериментальная физиологія даетъ ключъ къ выясненію дифтеритическихъ параличей, вызываемыхъ у животныхъ путемъ инъекцій токсиновъ, приходится однако дѣлать оговорки при примѣненіи этихъ экспериментальныхъ данныхъ къ патологіи человѣка.

При настоящемъ положеніи дѣла намъ остается лишь обратиться снова къ клиникѣ. Руководствуясь данными, добытыми клинкой, мы можемъ, безъ большаго риска впасть въ ошибку, признать, что параличи и другія двигательныя и чувствительныя послѣ-дифтеритическія расстройства, вѣроятно, представляютъ выраженіе полиневрита: обычное сочетаніе двигательныхъ и чувствительныхъ расстройствъ, постоянство явленій парестезіи—ощущеніе мурашекъ, онѣмѣніе,—которыя предшествуютъ, или сопровождаютъ двигательный параличъ, измѣненіе электрической реакціи,—уменьшеніе фарадической реакціи, или частичная реакція перерожденія,—отсутствіе обыкновенно атрофіи, а если таковая есть, то медленность, съ которой она развивается, возможное видоизмѣненіе паралича въ двигательную инкоординацію, излечимость этихъ расстройствъ, относительная быстрота, съ которой они проходятъ,—все это въ совокупности представляетъ такіе характерные признаки, которые громко говорятъ въ пользу периферическаго неврита,—всѣ попытки, дѣлаемыя съ цѣлью, насколько возможно, объяснить этотъ периферическій невритъ измѣненіями трофическихъ спинно-мозговыхъ центровъ, не оправдываются нашими современными методами изслѣдованія.

Во всякомъ случаѣ мы должны особенно помнить то послѣднее изъ только что перечисленныхъ свойствъ, что дифтеритическіе параличи по существу излечимы. Я вамъ сказалъ, что рѣдки случаи, гдѣ больные, пораженные расстройствами этого рода, не выносятъ и умираютъ или отъ паралича сердца, или отъ истощенія, или отъ сложенія легкихъ вслѣдствіе проникновенія частичекъ пищи въ дыхательные пути, или наконецъ, хотя это бываетъ очень рѣдко, отъ бульбарныхъ осложнений; за исключеніемъ этихъ случайностей, которыя вы встрѣтите чаще у молодыхъ субъектовъ, чѣмъ у взрослыхъ, выздоровленіе есть вопросъ лишь времени и хорошаго ухода.

Когда я вамъ буду излагать общее леченіе полиневритовъ, я буду настаивать на пользѣ электричества и на пользѣ, которую можно извлечь изъ назначенія стрихнина, дабы ускорить выздоровленіе.

Лекція VI.

Малярійный полиневрит¹⁾.

Содержаніе. Рѣдкость примѣровъ малярійнаго полиневрита, извѣстныхъ въ нашихъ странахъ; частота этой разновидности полиневрита въ нѣкоторыхъ странахъ крайняго востока. Клиническій примѣръ. — Предшествующія болѣзни. Начало нервной болѣзни внезапной, вялой и безболѣзненной параплегіей. — Параплегія осложнилась распространенной атрофіей мышцъ бедра и голени. — Вазомоторныя разстройства. — Гипестезія въ области стопъ и голени; боли при давленіи на мышцы и на суставы стопы. — Ослабленіе рефлексовъ. — Амнезія. — Состояніе электрической реакціи. — Развитіе говоритъ въ пользу малярійнаго происхожденія этого полиневрита. — Исторія малярійнаго неврита. — «Берибери» и «какэ» ни что иное, какъ лишь разновидность этого неврита. — Малярійный невритъ имѣетъ полиморфную симптоматилогію. — Вліяніе наслѣдственнаго предрасположенія на его развитіе. — Прогнозъ и леченіе.

Мм. Гг. Въ настоящее время я предполагаю посвятить еще серію лекцій изученію полиневритовъ. Я хочу вамъ представить больного съ множественнымъ невритомъ, развившимся подъ вліяніемъ болотной интоксикаціи. Для меня это послужитъ поводомъ изложить вамъ исторію невритовъ болотнаго происхожденія. Скажемъ мимоходомъ, что въ настоящее извѣстны случаи множественныхъ невритовъ малярійнаго происхожденія, наблюдавшіеся въ нашихъ Европейскихъ странахъ. Наоборотъ, въ нѣкоторыхъ странахъ крайняго востока малярійный полиневритъ, кажется, встрѣчается часто. Онъ былъ эндемическимъ въ этихъ странахъ, если двойное подтвержденіе, высказанное Европейскими врачами въ сравнительно недавнихъ описаніяхъ, точно. Судя по описанію этихъ авторовъ, болѣзнь, извѣстная долгое время подъ именемъ «берибери» и «какэ», есть лишь проявленіе полиневрита; болѣе того, съ этиологической точки зрѣнія это лишь одна изъ формъ болотной лихорадки. Къ этому вопросу, я вернусь а теперь займемся больнымъ, находящимся предъ вами.

Это мужчина 36 лѣтъ, представитель торговой фирмы. Судя по тому, что онъ намъ разсказалъ, отецъ его около 26 лѣтъ заболѣлъ параплегіей и умеръ въ 40-лѣтнемъ возрастѣ. Мы не могли собрать болѣе точныхъ свѣдѣній относительно характера развитія этой параплегіи. Больной никогда не слыхалъ, чтобы кто-либо другой изъ его семьи болѣлъ какой-либо нервной болѣзью. Слѣдуетъ однако замѣтить, что младшій его братъ умеръ отъ послѣдствій врожденнаго отсутствія мягкаго неба.

Предшествующія болѣзни больного были таковы: въ періодъ перваго дѣтства у этого человѣка были конвульсіи; а позже—корь и воспаленіе легкихъ. Наконецъ онъ страдалъ экземой, локализовавшейся на ушной раковинѣ. Отъ 13-ти

¹⁾ Лекція 14-го Февраля 1896 г.

19-ти лѣтъ онъ былъ сначала ученикомъ ремесленной школы, а затѣмъ прикащикомъ. Онъ увѣряетъ, что въ теченіе этого періода своей жизни онъ не предавался ни алкогольнымъ, ни половымъ эксцессамъ.

Съ 19 до 29 лѣтъ онъ отбывалъ военную службу въ одномъ изъ кирасирскихъ полковъ. Въ это время онъ привыкъ къ невоздержанности, — ежедневно выпивалъ, среднимъ числомъ, два небольшихъ стаканчика водки, одинъ или два стакана абсенту и одинъ литръ вина, не считая экстраординарныхъ попойекъ, которыя онъ время отъ времени позволялъ себѣ.

На 26 году онъ, упавъ съ лошади, сломалъ себѣ правую ногу; послѣ мѣсячнаго пребыванія въ госпиталѣ онъ совершенно поправился.

На 29 году вслѣдствіе гнойнаго воспаленія праваго уха онъ получилъ проболеніе барабанной перепонки, что дало ему возможность выйти въ запасъ. Воспаленіе уха развилось вслѣдствіе давнишней экзематозной сыпи, о которой я вамъ сейчасъ говорилъ.

Вернувшись въ гражданскую жизнь, нашъ больной подписалъ обязательство отправиться въ Конго, въ качествѣ представителя торговой фирмы; это было 6 лѣтъ тому назадъ, а ему было 30 лѣтъ. Черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ своего отправленія онъ заболѣлъ перемежающейся лихорадкой. Въ началѣ у него было 3—4 послѣдовательныхъ приступовъ, раздѣляемыхъ промежутками въ 5 дней. Ему назначено было принимать сѣрно-кислый хининъ въ облаткахъ около 2 граммъ въ день. Въ теченіи послѣдующихъ 18 мѣсяцевъ приступы лихорадки сдѣлались болѣе и болѣе рѣдкими. Потомъ наступило обостреніе болотной инфекціи. Спусти два года послѣ прибытія въ Конго, 2-го Января 1899 года, у больного случился припадокъ желчной гемоглобинурической лихорадки (температура тѣла поднялась до 41°), сопровождаемый поносомъ, рвотой, бредомъ. Лихорадка продолжалась два дня, а гемоглобинурія — 5 дней. Въ это время состояніе больного было очень тяжелое, и онъ принималъ, по его словамъ, до 10 граммъ хинина въ теченіи 24 часовъ. По прошествіи 15 дней его состояніе значительно улучшилось. Въ промежутокъ, свободный отъ приступовъ лихорадки, въ нижнихъ конечностяхъ проявился вялый безболѣзненный парезъ. Больной не могъ въ постели поднять ногъ, на бокъ его переворачивали. По прошествіи двухъ мѣсяцевъ его силы возстановились и паралегія совершенно исчезла. Въ теченіе 6 мѣсяцевъ, съ Марта по Сентябрь, онъ могъ предпринимать путешествія во внутрь страны и заниматься своей торговлей, испытывая лишь ощущеніе слабости въ нижнихъ конечностяхъ.

Въ Сентябрѣ мѣсяцѣ у него снова возвратились приступы лихорадки, которые появлялись черезъ каждые 2 дня. По прошествіи 15-ти дней ноги снова оказались въ состояніи весьма выраженнаго вялаго, безболѣзненнаго, какъ и прежде, пареза. Больной долженъ былъ слечь въ постель. По истеченіи 3-хъ недѣль его состояніе нисколько не улучшилось; его свезли въ госпиталь, гдѣ по прошествіи двухъ мѣсяцевъ его параличъ только больше подвинулся впередъ.

Въ такомъ положеніи его перевезли во Францію въ концѣ 1894 г. 1-го Января 1895 года его доставили въ госпиталь Св. Антонія, въ отдѣленіе моего товарища Гано. Онъ оставался тамъ до 15-го Февраля безъ спеціальнаго леченія, откуда его того же числа перевезли въ Сальпетриеръ.

Состояніе больного во время поступленія въ мое отдѣленіе было таково:

Лицо было исхудалое. Правая надбровная дуга была нѣсколько болѣе приподнята, чѣмъ надбровная дуга противоположной стороны. На лицѣ не наблюдалось ни малѣйшаго двигательнаго и чувствительнаго разстройства.

Въ верхнихъ конечностяхъ отмѣчено значительное уменьшеніе мышечной силы, гораздо болѣе выраженное слѣва. Результаты, добытые при помощи изслѣдованія динамометромъ, слѣдующіе:

Правая рука 27.

Лѣвая рука 19.

Больной, положенный въ постель, довольно легко перемѣщалъ свои ноги; онъ пригибалъ бедра къ тазу, но онъ не былъ въ состояніи оказать хотя бы малѣйшее сопротивленіе пассивнымъ движеніямъ, производимымъ въ различныхъ сегментахъ его нижнихъ конечностей.

Во время покоя ноги находились въ положеніи слегка согнутомъ; безъ труда ихъ можно было выпрямить, или согнуть до maximum'a, но онъ обнаруживали весьма замѣтную склонность принимать свое первоначальное положеніе вслѣдствіе фибрознаго сведенія.

Съ обѣихъ сторонъ стопа представлялась висящей и больной не въ состояніи былъ сообщить ей какое-либо движеніе, въ смыслѣ выпрямленія или сгибанія; движенія боковыя, наоборотъ, были сохранены. Когда силой сгибали одну изъ стопъ, больной жаловался на довольно сильную боль въ икрахъ.

Большіе пальцы были согнуты по направленію къ подошвѣ (рис. 6 и 7), вслѣдствіе сведенія, о которомъ я только что говорилъ. Пассивное выпрямленіе фалангъ до положенія полного разгибанія причиняло больному довольно сильныя боли.

Независимо отъ этихъ разстройствъ движеній наблюдались поражающія съ перваго взгляда трофическія разстройства: я имѣю въ виду распространенную атрофію мышцъ бедра, голени, болѣе выраженную справа: такъ, при измѣреніи окружности правое бедро оказалось на 1 см. тоньше, чѣмъ лѣвое.

Кожа на голенихъ сильно шелушилась, на большихъ пальцахъ ногъ подкожная клѣтчатка казалась нѣсколько утолщенной, за исключеніемъ области послѣдняго фаланга, который былъ очень широкъ. Ногти были уплощены, широки и представляли продольную полосатость.

Что касается вазомоторныхъ разстройствъ, то наблюдалась краснота въ суставахъ нижнихъ конечностей, а также усиленная мѣстная потливость.

Больной произвольно-появляющихся болей не испытывалъ, но давленіе на мышечныя массы въ области икръ и стопы было болезненно. Точно также давленіе на сочлененія стопы вызывало боль. Больной не жаловался на ненормальныя ощущенія парестезіи.

Тактильная чувствительность была вездѣ сохранена. Наоборотъ, болевая и термическая чувствительность была замѣтно притуплена на всемъ протяженіи стопы, голени до колѣнъ, но, главнымъ образомъ, на передне-наружной части голени и на задне-наружной тыльной поверхности стопы (рис. 8 и 9), гдѣ была полная аналгезія.

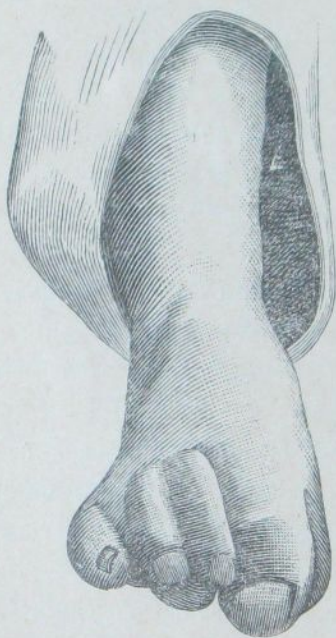


Рис. 6.



Рис. 7.

Колѣнный рефлексъ, а равно какъ и рефлексъ съ Ахиллова сухожилья былъ очень ослабленъ.

Затѣмъ больной не могъ ни ходить, ни стоять, вслѣдствіе положенія пальцевъ; онъ не представлялъ разстройствъ ни со стороны дѣятельности пищеваренія, кровообращенія, дыханія, ни со стороны дѣятельности органовъ мочеотдѣленія; сонъ былъ хорошій; замѣчалась довольно ясно выраженная амнезія, особенно на отдаленныя событія. Естественно, что вслѣдствіе прободенія барабанной перепонки у него была глухота.

Наконецъ, со времени возвращенія во Францію у него больше не было при-

ступовъ перемежающейся лихорадки. Судя по результатамъ постукиванія и ощупыванія, селезенка и печень имѣли нормальный объемъ.

Электрическое изслѣдованіе парализованныхъ частей весьма тщательно было произведено д-ромъ Г ю э: фарадическая и гальваническая возбудимость, прямая и

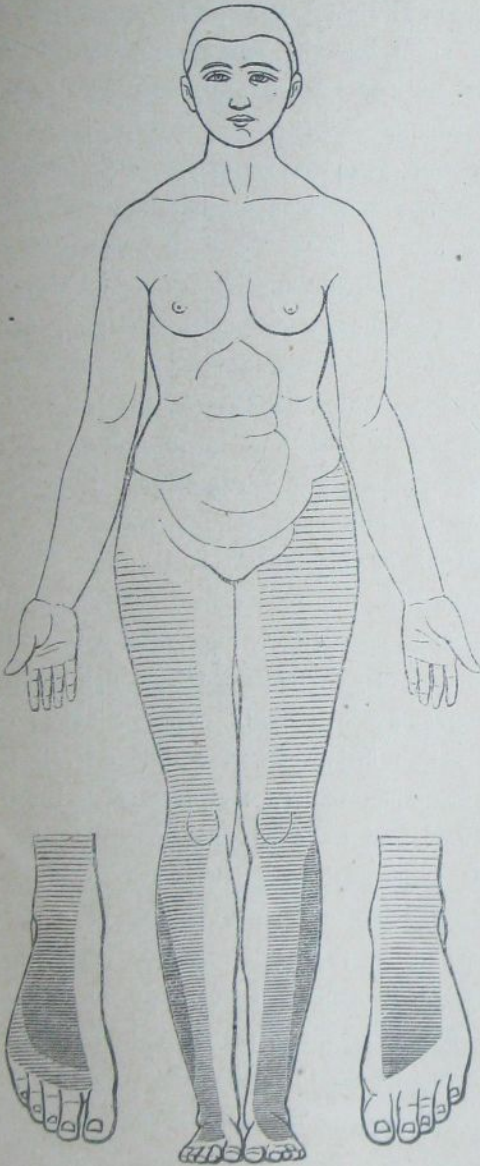


Рис. 8.

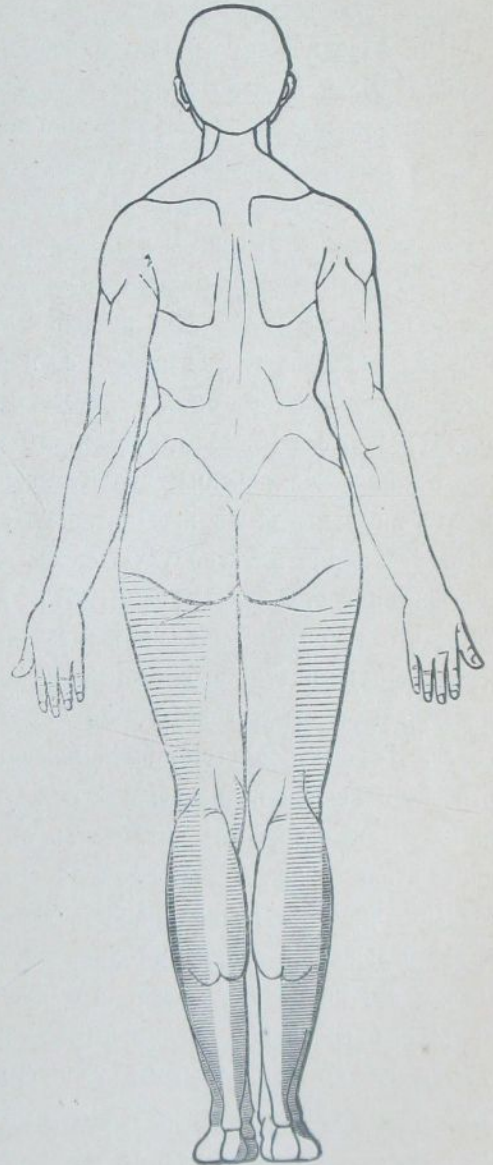


Рис. 9.

непрямая, была въ значительной степени уменьшена въ мышцахъ голени, въ передне-наружныхъ мышцахъ (особенно въ *m. peroneus*) нѣсколько болѣе, чѣмъ въ заднихъ.

Въ мышцахъ бедръ, особенно въ *m. vastus internus*, электрическая возбудимость была равномерно уменьшена.

Качественно КЗ оставался > АЗ, но сокращения передней большеберцовой мышцы, длинной разгибающей пальцы мышцы, длинной разгибающей большой палецъ мышцы и малоберцовыхъ мышцъ были вялы; короче, наблюдались слѣды реакціи перерожденія. Позднѣе (въ Октябрѣ 1895 г.) произошло замѣтное улучшение: фарадическая и гальваническая возбудимость внутренней икроножной мышцы была довольно хороша. Она была еще нѣсколько ослаблена въ наружной икроножной мышцѣ, но качественно нормальна.

Въ передне-наружныхъ мышцахъ электрическая возбудимость была еще ослаблена, но меньше, чѣмъ въ Мартѣ мѣсяцѣ; она была по прежнему слабѣе въ малоберцовыхъ мышцахъ и въ длинной разгибающей большой палецъ мышцѣ, чѣмъ въ другихъ мышцахъ на передней поверхности голени; качественно КЗ оставался замѣтно > АЗ, но при этомъ получаемыя сокращения были довольно живыя. На бедрахъ электрическая возбудимость была значительно ослаблена въ внутренней толстой мышцѣ и въ верхнихъ приводящихъ мышцахъ; она была гораздо лучше во всѣхъ другихъ мышцахъ, равно какъ и въ ягодицахъ.

Клиническая картина, представляемая въ настоящее время (Февраль 1896 г.) нашимъ больнымъ, не представляетъ значительной разницы; во всякомъ случаѣ, общее состояніе замѣтно улучшилось, больной даже пополнѣлъ. Со стороны нижнихъ конечностей очень замѣтныхъ измѣненій не произошло, если не считать того, что группы мышцъ на передне-наружной поверхности правой голени кажутся принявшими почти нормальный ихъ объемъ. Болѣзненные точки при давленіи продолжаютъ существовать. Состояніе электрической реакціи осталось почти то же самое. Наконецъ, амнезія, быть можетъ, менѣе выражена, чѣмъ прежде. Больной относится скорѣе равнодушно къ тому, что происходитъ вокругъ него. На предлагаемые вопросы онъ отвѣчаетъ съ апатіей и съ очень явной неохотой. Онъ спрашиваетъ, не принимаютъ ли его за сумасшедшаго. Существуетъ извѣстная степень амнезіи. Воспоминаніе о давно-прошедшихъ фактахъ сохранено. Наоборотъ, больной не знаетъ ни дня, ни мѣсяца, ни года, въ которомъ мы живемъ. Онъ болѣе не помнитъ того, что произошло во время экспедиціи на Мадагаскаръ; онъ не знаетъ имени нынѣшняго президента республики и пр.; онъ отвѣчаетъ, что все это слишкомъ мало его интересуетъ. Спрошенный, что онъ дѣлаетъ въ теченіи дня, отвѣчаетъ, что онъ думаетъ, «что онъ говоритъ съ невидимыми».

Итакъ, больной страдаетъ вялой, безболѣзненной параплегіей, сопровождаемой ясно выраженной гипѣстезіей на стопахъ и на голеняхъ, которая относится лишь къ болевой и термической чувствительности, замѣтнымъ уменьшеніемъ сухожильныхъ колѣнныхъ и стопныхъ рефлексовъ, распространенной атрофіей мышцъ бедра и голени, необычной краснотой области сочлененій нижнихъ ко-

нечностей. Паралегія развилась внезапно, во время приступа злокачественной лихорадки; потомъ она ослабѣла сразу почти до полного исчезновенія. А послѣ, когда больной снова подвергся болотной инфекціи, паралегія возобновилась.

Въ настоящее время паралегія не проявляетъ наклонности къ улучшенію, ею захвачены преобладающимъ образомъ мышцы сгибающія и разгибающія стопы, вслѣдствіе чего больной не можетъ ни ходить, ни стоять. Кромѣ того, больной страдаетъ весьма выраженной амнезіей съ интеллектуальной апатіей.

Діагнозъ.—При наличіи этой паралегіи предстоящій вопросъ касается натуры ея. Имѣемъ ли мы тутъ дѣло съ невропатическимъ заболѣваніемъ, съ полиневритомъ, или со спинно-мозговымъ заболѣваніемъ? Затѣмъ мы должны задаться вопросомъ, какое происхожденіе этой паралегіи.

Анатомическій діагнозъ.—Что касается характера представляемаго нашимъ больнымъ заболѣванія, я полагаю, что мы безъ колебанія можемъ высказаться въ пользу полиневрита, основываясь одновременно на клиническомъ проявленіи случая и на развитіи симптомовъ. Разсмотримъ сначала развитіе болѣзни. Несомнѣнно, что паралегія проявилась сразу, внезапно, какъ это бываетъ часто въ нѣкоторыхъ формахъ острыхъ міэлитовъ (гематоміэлитъ), что, между тѣмъ, крайне рѣдко наблюдается въ случаяхъ полиневрита. Только у нашего больного она съ перваго же дня стала прогрессивно улучшаться и почти совершенно прошла. Въ настоящее время предъ нами послѣдствіе возврата ея; намъ легко констатировать, что параличъ достигаетъ своего maximum'a напряженія въ оконечностяхъ обѣихъ нижнихъ конечностей и что онъ по направленіи вверхъ, къ мѣсту начала нижнихъ конечностей, постепенно ослабѣваетъ, что онъ сопровождается диффузной атрофіей мышцъ голеней и стопъ; эта атрофія развилась лишь медленно и спустя долгое время послѣ паралича. Такое теченіе обыкновенно и наблюдается въ случаяхъ полиневрита; совершенно иначе идетъ дѣло въ случаяхъ міэлита.

Дѣйствительно, разъ установлено, что мы имѣемъ дѣло съ вялымъ, амиотрофическимъ параличемъ, начало котораго внезапное, не можетъ быть и рѣчи о чемъ-либо другомъ у нашего больного, какъ лишь о двухъ формахъ міэлита, а именно: объ остромъ *poliomyelitis anterior* взрослыхъ и о центральномъ геморрагическомъ міэлитѣ съ послѣдовательнымъ пораженіемъ переднихъ роговъ или безъ онаго. При остромъ *poliomyelitis anterior* амиотрофія наступаетъ очень быстро послѣ паралича; вначалѣ она имѣетъ диффузный характеръ, впослѣдствіи ограничивается извѣстными мышечными группами, гдѣ она становится непоправимой; параличъ и атрофія имѣютъ наклонность щадить оконечности членовъ. Совсѣмъ не обычно, чтобы параличъ и атрофія располагались въ симметрическихъ группахъ мышцъ, въ нижнихъ конечностяхъ, словомъ, чтобы онѣ принимали форму паралегіи. Наконецъ, объективныя разстройства чувствительности отсутствуютъ; то же самое можно сказать и про

психическія разстройства. Крайне рѣдко наблюдается, чтобы параличъ и амиотрофія возвращались. Такимъ образомъ, вы видите, что у нашего больного мы можемъ безъ колебанія отбросить гипотезу о *poliomyelitis anterior*.

Предположимъ теперь случай центрального міэлита, который могъ бы вызвать такой параличъ, при которомъ ходьба и стояніе сдѣлалась бы невозможными. Но въ такомъ случаѣ мы имѣли бы объективныя разстройства чувствительности (анестезія) гораздо болѣе выраженныя, чѣмъ тѣ, которыя мы наблюдаемъ у нашего больного. Эти разстройства должны были бы распространяться по всему протяженію конечностей и даже захватывать часть туловища. Мы должны были бы изъ рассказовъ больного имѣть указанія на существованіе въ началѣ болѣзни болѣе или менѣе сильныхъ болей. Въ настоящее время мы, конечно, наблюдали бы разстройства со стороны мочево-половыхъ функцій и со стороны функцій толстыхъ кишекъ. Наконецъ, разъ извѣстна продолжительность болѣзни и функціональное безсиліе нижнихъ конечностей, которыя вынуждаютъ больного къ постоянному лежанію на спинѣ, было бы удивительно, если бы мы еще не увидѣли развивающимися на ягодицахъ пролежни, столь частые въ случаяхъ міэлита.

Съ такой же увѣренностью можно исключить и гематоміэлію, т. е. кровоизліяніе въ сѣрое вещество спинного мозга. Несомнѣнно, что въ случаяхъ гематоміэліи встрѣчается разъединенная анестезія, но сопутствующій двигательный параличъ устанавливается внезапно; онъ обыкновенно сопровождается очень сильными болями въ позвоночникѣ, разстройствами сфинктеровъ, когда нижнія конечности парализованы. Затѣмъ трудно представить рецидивирующій параличъ, какъ осложненіе второго припадка гематоміэліи, который не осложнился бы прогрессивно нарастающей атрофіей парализованныхъ мышцъ; у нашего больного мышечная атрофія находится на пути обратнаго развитія.

Если мы теперь возстановимъ въ своей памяти, какъ происходитъ дѣло въ случаяхъ паралегіи при полиневритѣ,—мы увидимъ, что все согласуется, въ общемъ и въ частности, съ тѣмъ, что мы наблюдаемъ у нашего больного.

Невритъ можетъ имѣть начало апоплектиформное, это рѣдко бываетъ, но наблюдается.

Паралегія и другія явленія, которыми она выражается, могутъ ступеваться до полнаго исчезновенія, затѣмъ возвратиться, что и имѣло мѣсто у нашего больного.

Параличъ достигаетъ своего наибольшаго напряженія въ оконечностяхъ членовъ и уменьшается по направленію вверхъ, къ мѣсту ихъ начала; это мы также наблюдаемъ у нашего больного.

Амиотрофія бываетъ распространенной; она развивается вслѣдъ за параличемъ, она можетъ сопровождаться гипестезіей, которая вообще не поднимается выше начала конечностей; сухожильные рефлексы уменьшены; функціи сфинктеровъ остаются нормальными; психическія разстройства наблюдаются не рѣдко. Все это

вполнѣ согласуется съ тѣмъ, что мы наблюдаемъ у нашего больного.—Вы теперь поймете, почему съ перваго же изслѣдованія, которому мы его подвергли, мы остановились на діагнозѣ полиневрита.

Этотъ діагнозъ влечетъ за собой и прогностическія послѣдствія, на которыхъ я не буду долго останавливаться. Разъ нашъ больной страдаетъ полиневритомъ, а не спинно-мозговымъ заболѣваніемъ, имѣется нѣкоторая надежда на полное выздоровленіе. Я вамъ сейчасъ скажу нѣсколько словъ о леченіи, которое мы сочли нужнымъ установить, дабы достигъ этого результата.

Этіологическій діагнозъ.—Раньше я желаю разрѣшить второй предложенный мной вопросъ, вопросъ объ этиологіи. У нашего больного параличъ развился внезапно, во время приступа злокачественной болотной лихорадки. Достаточно было поставить больного внѣ вредныхъ условій первой инфекціи, чтобы параличъ исчезъ безъ всякаго спеціального леченія, направленного противъ этого осложненія.

Параплегія возобновилась тотчасъ, какъ только больной снова подвергся болотной инфекціи, и на этотъ она обосновалась точно. При этихъ условіяхъ невольно является мысль объ инфекціонномъ болотномъ происхожденіи полиневрита, который мы предполагаемъ у нашего больного. Замѣьте, впрочемъ, что во всѣхъ современныхъ руководствахъ по нервной патологіи болотная инфекція фигурируетъ между хроническими инфекціями, способными вызывать полиневриты. Только, когда справляются въ періодическихъ изданіяхъ, то поражаются тѣмъ незначительнымъ числомъ работъ о болотномъ полиневритѣ, которыя опубликованы до сегодня. Одинъ врачъ изъ Лилля, Комбемаль ¹⁾ въ статьѣ, посвященной этому вопросу, также отмѣтилъ это обстоятельство. Тѣмъ не менѣе въ фактахъ, указывающихъ на существованіе этой разновидности неврита, недостатка нѣтъ.

Такъ врачъ изъ Праги, Зингеръ ²⁾ опубликовалъ наблюденіе надъ 26-лѣтнимъ мужчиной, который въ Сингапурѣ заболѣлъ маляріей. Его перевезли на одну горную станцію, гдѣ черезъ двѣ недѣли пребыванія онъ освободился отъ своихъ лихорадокъ. Возвратившись въ Сингапуръ, онъ сталъ испытывать ощущеніе мурашекъ въ ножныхъ пальцахъ и слабость въ нижнихъ конечностяхъ, перешедшую въ параплегію. По прошествіи нѣсколькихъ дней парезъ распространился и на верхнія конечности. Потомъ больной почувствовалъ ощущеніе мурашекъ въ лицѣ и въ языкѣ, предвѣщавшее появленіе лицевой диплегіи. Ни лихорадки, ни объективныхъ другихъ разстройствъ чувствительности, ни разстройствъ сфинктеровъ не было. Перемѣна климата сопровождалась прогрессивнымъ улучшеніемъ. Когда

¹⁾ Combe male. — Contribution clinique à l'étude de la neurite paludéenne (Progrès médical, 1891, № 29 и 41).

²⁾ Singer. — Zur Pathologie der Erkrankungen des Nervensystems (Prager medicin. Wochenschrift, 1887, № 18 и 19).

Зингеръ увидѣлъ больного, лицевой параличъ еще держался,—слѣва онъ былъ полный, справа онъ былъ выраженъ очень слабо. Лѣвая верхняя конечность была исхудалая и въ ней не было силы. Въ нижнихъ конечностяхъ наблюдали парезъ сгибателей голеней и отсутствіе коленныхъ рефлексовъ.

Электрическое изслѣдованіе нервовъ и мышцъ обнаружило реакцію перерожденія въ лѣвой половинѣ лица, между тѣмъ, какъ справа гальваническая и фарадическая возбудимость была уменьшена. Лечение электричествомъ (гальванизация мышцъ лица, фарадизация лѣвой верхней конечности) дало весьма ясное улучшеніе; полного выздоровленія нужно ждать.

Питръ и Валляръ (привожу по Grasset, *Traité des maladies du système nerveux*, p. 604), наблюдали двухсторонній параличъ подбородочнаго нерва у больного, страдавшаго лейкеміей болотнаго происхожденія. Невритомъ обуславливалась болѣзненная анестезія въ поясѣ развѣтвленія данныхъ нервовъ и изъязвленіе нижней губы.

Англійскій авторъ Масуамага¹⁾ привелъ серію клиническихъ фактовъ, какъ доказательство вредоноснаго вліянія, производимаго болотнымъ ядомъ на периферическую нервную систему, въ особенности же на зрительный нервъ; онъ сдѣлалъ подробный разборъ четырехъ случаевъ невротетинита. Я кстати приведу двухъ другихъ очень извѣстныхъ англійскихъ невропатологовъ.—Баззардъ²⁾ и Говарсъ³⁾, которые въ своихъ статьяхъ настаивали на этиологической связи между болотной лихорадкой и полиневритомъ.

Во Франціи, Буане и Сальберъ⁴⁾, въ работѣ о двигательныхъ разстройствахъ при болотной лихорадкѣ, описали то проходящіе, то длительные, то симптоматическіе параличи отъ болотной инфекціи. Первые, связанные съ приступомъ лихорадки, уступаютъ леченію хининомъ. Вторые находятся въ связи со стойкими пораженіями нервной системы; они могутъ сопровождаться атрофіей парализованныхъ мышцъ. По мнѣнію авторовъ, эти параличи чаще всего зависятъ отъ спинно-мозгового пораженія, за исключеніемъ одной разновидности мышечной атрофіи, которая остается ограниченной поясомъ инверваціи нерва, сопровождается кожной и мышечной гипестезіей и невралгическими болями и составляетъ проявленіе периферическаго неврита.

Въ приведенной мной, минуту тому назадъ, статьѣ Комбемаль разобралъ случай 42-лѣтняго мужчины, служившаго солдатомъ въ Африкѣ, который въ теченіи 10 лѣтъ страдалъ лихорадкой, лихорадкой безнадежной и упорной. Начало лихорадоч-

¹⁾ Масуамага.—Malarial neuritis on neuroretinitis (*British medical Journal*, 8 Марта 1890, p. 540).

²⁾ Buzzard.—On some forms of palsy from peripheral neuritis. (London, 1886, см. 3-ю лекц.).

³⁾ Gowers.—A manual of diseases of the nervous system. London, 1886.

⁴⁾ Boinet et Salebert.—*Revue de médecine*, 1889, p. 933.

ныхъ приступовъ относится къ 1865 году. Больной возвратился во Францію въ 1870 году, а отъ лихорадочныхъ приступовъ освободился только въ 1876 году. Нужно замѣтить, что въ 1881 году онъ въ теченіе трехъ мѣсяцевъ работалъ на фабрикѣ бѣлилъ и заболѣлъ свинцовыми коликами, вслѣдствіе чего и вынужденъ былъ отказаться отъ этого занятія.

Затѣмъ онъ поступилъ въ качествѣ работника на прядильню. При этихъ новыхъ занятіяхъ онъ долженъ былъ въ теченіи многихъ часовъ стоять на ногахъ. Въ 1887 году у этого больного въ первый разъ появилась болѣзненная припухлость стопъ, безъ участія суставовъ. Послѣ нѣкотораго отдыха онъ поправился, затѣмъ тѣ же явленія возобновились. Затѣмъ онъ устроился при занятіяхъ, которыя позволяли ему работать сидя. На этотъ разъ болѣзненная припухлость появилась въ кистяхъ рукъ.

Больной поступилъ въ госпиталь, въ отдѣленіе Комбемаля. Въ области лодыжекъ кожа была немного отечна, розовата, немного горяча. Мышечныя массы въ области икръ, бедеръ и ягодицъ были немного дряблы; очевидно, объемъ ихъ уменьшился. Мышечная сила не казалась замѣтно уменьшенной, но больной не могъ держаться на одной ногѣ. Чувствительность на нижнихъ конечностяхъ была сохранена, за исключеніемъ правой голени, гдѣ кажется, имѣлась гиперэстезія. Сухожильные рефлексы были нормальны. Электрическое изслѣдованіе обнаружило реакцію перерожденія въ пораженныхъ мышцахъ.

Послѣ безполезной попытки леченія сѣрнокислымъ хининомъ, къ чему вынуждалъ діагнозъ малярійнаго неврита, который былъ установленъ въ этомъ случаѣ; больному было назначено леченіе электричествомъ. Вслѣдствіе такого леченія очень скоро наступило улучшеніе.

Въ связи съ этими фактами стоятъ и тѣ, которые въ теченіи послѣднихъ 20 лѣтъ были изучаемы подъ именемъ «берибери» и «каке». Здѣсь, я вамъ повторяю, идетъ дѣло о болѣзни, которое эндемично въ нѣкоторыхъ странахъ крайняго Востока, между прочимъ въ Китаѣ и въ Японіи. «Берибери» представляетъ очень много сходныхъ точекъ съ малярійнымъ невритомъ; въ Китаѣ именно она прежде и была извѣстна подъ именемъ «малярійной ноги». Въ очень интересномъ очеркѣ множественныхъ невритовъ жаркихъ странъ Глогнеръ¹⁾, практиковавшій въ Самаранза, высказываетъ то мнѣніе, что болѣзни, относящіяся къ «берибери», можно раздѣлить по двѣ группы, а именно:

Первая группа включаетъ тѣ случаи, гдѣ имѣется или гипертрофія селезенки, лихорадка неправильнаго типа съ быстрымъ, иногда перемежающимся пульсомъ, или гипертрофія селезенки съ простымъ ускореніемъ пульса и безъ лихорадки, или припухлость селезенки съ слабой атипической лихорадкой и безъ ускоренія

¹⁾ G l o g n e r.—Ein weiterer Beitrag zur Aetiologie der multiplen Neuritis in den Tropen (Virchow's Archiv, 1895, t. CXLI, Heft 3, p. 40).

пульса. Вторая группа включает такіе случаи, гдѣ эти явленія отсутствуютъ. По примѣру Шейбе и де-Бальца, которые имѣли возможность изучать на дальнемъ Востокѣ большое число случаевъ «берибери», Глогнеръ держится того мнѣнія, что «берибери» есть ничто иное, какъ множественный невритъ инфекціоннаго происхожденія. Относительно характера этой инфекціи Глогнеръ высказывается такъ, что чѣмъ больше изучаютъ «берибери», тѣмъ больше убѣждаются въ справедливости мнѣнія прежнихъ врачей, которые рассматривали «берибери», какъ разновидность маляріи¹⁾. Другими словами, «берибери» и «каке» составляютъ лишь разновидность малярійнаго неврита.

Таковъ краткій перечень фактовъ, которые можно привести въ пользу существованія множественнаго малярійнаго неврита. Когда внимательно всматриваются въ приведенныя мною данныя, то проникаются слѣдующимъ двоякимъ убѣжденіемъ:

Что клиническая картина малярійнаго неврита не имѣетъ ничего специфическаго; что множественный невритъ можетъ облекаться въ разныхъ случаяхъ въ различныя черты, — это съ одной стороны. Съ другой, — что эта форма неврита не поддается леченію хининомъ. Она требуетъ, чтобы ее лечили обычными способами, примѣняемыми нами обыкновенно при леченіи различныхъ формъ полиневрита. Я вамъ уже сказалъ, что буду говорить болѣе подробно объ этомъ терапевтическомъ вопросѣ, когда покончу съ изученіемъ случаевъ полиневрита, находящихся въ настоящее время подъ наблюденіемъ въ нашемъ отдѣленіи.

Прежде чѣмъ кончить эту лекцію, я хочу сдѣлать вамъ два замѣчанія по поводу нашего больного: первое относится къ участию невропатической наслѣдственности, второе—къ роли излишествъ у этого человѣка.

Съ перваго взгляда кажется, что внимательство болѣзненной наслѣдственности не имѣетъ никакого значенія тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ явленіями болотной лихорадки, т. е., съ явленіями, которыя указываютъ на столь опредѣленную специфическую причину. И я не перестану настаивать на томъ, что въ происхожденіи нервныхъ болѣзней, даже и тогда, когда имѣется дѣло съ интоксикаціей, и инфекціей, случайная причина не составляетъ всего, — что нужно считаться еще съ наслѣдственнымъ или приобретеннымъ предрасположеніемъ. Это другой элементъ, который, такъ сказать, управляетъ дѣйствіемъ этой причины на органъ, сдѣлавшійся *locus minoris resistentiae*. Въ этомъ отношеніи намъ было не безразлично узнать, что отецъ больного, умершій 40 лѣтъ, отъ роду, страдалъ параличѣй, длившейся у него съ 26-ти лѣтняго возраста; къ несчастью, мы не могли получить никакихъ свѣдѣній о происхожденіи этой параличѣи. Еще болѣе не безразлично было намъ узнать, что одинъ изъ братьевъ больного умеръ отъ послѣдствій врожденнаго отсутствія мягкаго неба. Это все указанія на очевидныя невропатическіе изъяны,

¹⁾ Glogner.---Loc. cit. p. 414.

въ силу которыхъ нервная система нашего больного представляла прекрасно подготовленную почву, дабы служить локализацией малярійныхъ явленій.

Алкоголизмъ играетъ аналогичную роль; онъ подобно другимъ интоксикаціямъ создаетъ пріобрѣтенное предрасположеніе. Этотъ факторъ до нѣкоторой степени поддерживаетъ вліяніе невропатической наслѣдственности. Я буду имѣть случай показать вамъ, что алкоголизмъ играетъ ту же самую роль въ случаяхъ, гдѣ его тлетворное дѣйствіе сочетается съ такой инфекціей, какъ туберкулезъ, или съ такой интоксикаціей, какъ свинцовое отравленіе, которыя, какъ извѣстно, вызываютъ полиневриты. Въ этихъ условіяхъ мы можемъ считать нервную систему нашего больного замѣчательно подготовленною для воспріятія всего вреда болотной инфекціи. Малярійный ядъ, разъ проникнувъ въ этотъ организмъ, почти неизбѣжно долженъ дѣйствовать на слабый пунктъ, представляемый периферической нервной системой. Это и объясняетъ намъ ту поспѣшность, съ какою симптомы полиневрита проявились у этого человѣка.

Лекція VII.

Туберкулёзный и алкогольный полиневритъ ¹⁾.

Содержаніе. А). Первый клиническій примѣръ. Одновременное участіе алкоголизма и туберкулезной инфекціи въ происхожденіи явленій.—Симптомы и теченіе. Діагнозъ. Анатомическій діагнозъ. Доказательства, приводимыя противъ poliomyelitis anterior.—Клиническая картина двигательнаго полиневрита.—Этотъ послѣдній, кажется, и имѣется у представляемаго больного. Діагнозъ этиологическій. Явленія столь же присущи алкоголизму, какъ и туберкулезной инфекціи. Тѣ же самыя клиническія особенности могутъ встрѣчаться въ алкогольномъ и туберкулезномъ полиневритѣ. Туберкулёзный полиневритъ. Историческій обзоръ.—Работы Леуде, Петера—наблюденія Эйзенлора, Жоффруа, Штрюмпеля, Фирордта; замѣтка Питра и Валльера Позже опубликованныя наблюденія подтверждаютъ заключенія этой замѣтки.—Отраженіе туберкулеза на спинномъ мозгу; личныя изслѣдованія. Б). Второй клиническій примѣръ. Исключительное участіе алкоголизма.—Различныя заболѣванія, порождаемыя алкоголизмомъ.—Перечисленіе и теченіе припадковъ, представляемыхъ вторымъ больнымъ. Эти явленія могутъ быть отнесены на счетъ множественнаго неврита.

Мм. Гг. Въ настоящее время въ нашихъ палатахъ имѣется нѣсколько случаевъ алкогольнаго неврита; я предполагаю сдѣлать изученіе этихъ случаевъ предметомъ настоящей и слѣдующей лекціи. Это изученіе будетъ находиться въ связи съ тѣмъ, которому въ теченіи этого семестра мы подвергли различныя этиологическія

¹⁾ Лекція 21-го Февраля 1896 г.

разновидности полиневрита, а именно: полиневритъ въ слѣдствіе отравленія сѣроуглеродомъ, дифтеритическій полиневритъ, малярійный полиневритъ, не считая паралича Ландри, остраго экстензо-прогрессивнаго восходящаго или нисходящаго паралича, который можетъ служить клиническимъ выраженіемъ склоннаго къ обобщенію множественнаго неврита какого-бы то ни было происхожденія.

Уже вы могли убѣдиться, что знакомство съ полиневритами особенно интересно съ двойкой точки зрѣнія, а именно: со стороны этиологіи и со стороны клиническаго проявленія. Изученіе нѣсколькихъ больныхъ, которыхъ я вамъ сейчасъ представляю, можетъ только укрѣпить васъ въ этомъ убѣжденіи.

Я отвожу особое мѣсто случаю этого перваго больного, находящагося предъ вами, потому что онъ представляетъ извѣстныя трудности въ отношеніи этиологическаго діагноза. У него мы находимъ сочетанное вліяніе алкоголизма и туберкулезной инфекціи, — сочетаніе, далеко не рѣдкое. Въ числѣ причинъ полиневритовъ значится также и туберкулезная инфекція. Представляющимъ мнѣ случаемъ я теперь воспользуюсь, чтобы набросать вамъ исторію туберкулезнаго полиневрита. Затѣмъ я перейду къ изученію алкогольнаго неврита, посвятивъ ему больше времени, что будетъ и справедливо, такъ какъ этимъ докажу вамъ, что алкогольный невритъ заключаетъ въ себѣ всѣ клиническія разновидности множественныхъ невритовъ.

Находящійся предъ вами больной достигъ въ отдѣленіе 24-го Декабря прошедшаго года. Онъ не могъ дать намъ свѣдѣній о болѣзняхъ, бывшихъ у его родителей. Онъ всегда былъ слабаго здоровья, это былъ, какъ обыкновенно говорятъ, кашлюка. Сверхъ того онъ слышалъ, какъ рассказывали его ближніе, что, когда ему было 1 годъ, у него были судороги. По профессіи онъ былъ гравировщикъ по серебру. Начиная съ 17-лѣтняго возраста онъ привыкъ къ алкогольнымъ эксцессамъ.

Въ Декабрѣ 1894, въ возрастѣ 27 лѣтъ, у него появился кашель, который больше не оставлялъ его. Этотъ кашель въ послѣдніе мѣсяцы рѣзко усилился, казалось что констатированный у этого человѣка туберкулезъ какъ будто въ то время перешелъ въ состояніе полнаго развитія. Однажды, въ Апрѣлѣ мѣсяцѣ 1895 г., больной, вставая съ постели, почувствовалъ сильную слабость въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ; въ то же самое время онъ сдѣлался страшно неловкимъ. Онъ не въ состояніи былъ свернуть себѣ папироску, застегнуть пуговицы — несомнѣнно, въ слѣдствіе паралича разгибателей пальцевъ; кисти рукъ и стопы ногъ висѣли; въ стопахъ двигательная неспособность была полная. На другой день слабость исчезла, осталась лишь боль въ икрахъ, которая и теперь еще есть. Я нахожу излишнимъ добавить, что въ то время, о которомъ я говорю, больной продолжалъ злоупотреблять спиртными напитками: онъ выпивалъ ежедневно не менѣе двухъ литровъ вина, не считая двухъ стаканчиковъ абсента и нѣсколькихъ не-

большихъ рюмокъ водки. Раньше ему случалось въ одинъ и тотъ же день выпивать до 6—8 стакановъ абсента. Сейчасъ мы взвѣсимъ то, что можно отнести въ происхожденіе нервныхъ явленій, наблюдаемыхъ у этого человѣка, къ туберкулезной инфекціи, и что можно приписать алкогольной интоксикаціи.

Въ моментъ своего поступленія въ наши палаты больной былъ въ состояніи ясно выраженной кахексіи, которая у него имѣется еще и теперь. Оба легкія были инфильтрированы, съ кавернами въ верхушкахъ. При выслушиваніи сердца отмѣчался слабый шумъ у верхушки. При осмотрѣ нижнихъ конечностей найденъ небольшой отекъ вокругъ лодыжекъ.

При осмотрѣ лица обнаружено существованіе двухсторонняго лицевого паралича,—справа—полный параличъ, слѣва—слабовыраженный. Правый зрачекъ былъ больше расширенъ, чѣмъ лѣвый, но реакція зрачковъ была сохранена. Я спѣшу прибавить, что этотъ двухсторонній лицевой параличъ существуетъ съ дѣтства, что онъ обязанъ своимъ происхожденіемъ сдавленію щипцами во время трудныхъ родовъ матери нашего больного. Этотъ двухсторонній периферическій параличъ не имѣетъ ничего общаго съ полиневритомъ, о которомъ я говорю. На кистяхъ рукъ возвышенія большого пальца и мизинца уплощены. Отъ межкостныхъ мышцъ не осталось почти и слѣда. Въ этомъ исчезновеніи мелкихъ мышцъ ручныхъ кистей не трудно видѣть исхуданіе и атрофію.

На нижнихъ конечностяхъ мы также констатировали атрофію *en masse*, особенно въ передне-наружной области голеней. Объективная и субъективная чувствительность на верхнихъ конечностяхъ была нормальна. Со стороны нижнихъ конечностей давленіе на мышечныя массы было болѣзненно въ икрахъ и въ бедрахъ. Давленіе по направленію нервныхъ стволовъ было болѣзненно въ области ягодичной точки и точки сѣдалищнаго нерва, соответствующей малому вертелу, признака Ла-зегга не обнаружено; не существовало также ни гиперэстезіи, на кожной анестезіи. Сфинктеры функционировали нормально. Изучить походку этого больного не удалось, такъ какъ нельзя было заставить его ходить.

Прибавлю, что электрическое изслѣдованіе больного, произведенное 6-го Февраля, показало, что реакціи перерожденія нѣтъ; самое большее, что электрическая возбудимость нервовъ и мышцъ на конечностяхъ была слегка уменьшена.

Діагнозъ. Мм. Г.г., въ присутствіи этого перваго больного подлежитъ нашему обсужденію точно такъ же, какъ и по поводу больного, бывшаго предметомъ моей лекціи въ послѣдній вторникъ, двоякій вопросъ. Имѣемъ-ли мы дѣло съ заболѣваніемъ периферической нервной системы? съ другой стороны, разсматривая факты съ этиологической лишь точки зрѣнія, мы спросимъ себя, какая доля въ развитіи этой атрофической паралегіи и сопутствующихъ явленій относится къ туберкулезу и какая—къ алкоголизму.

Анатомическій діагнозъ. Изъ заболѣваній спинного мозга, на счетъ

которых мы могли-бы отнести этот атрофический паралич, слѣдуетъ прежде всего рассмотреть *poliomyelitis anterior*, а въ данномъ частномъ случаѣ спросить себя, не имѣемъ-ли мы тутъ дѣла съ подострымъ *poliomyelitis anterior*. При этомъ послѣднемъ заболѣваніи, если вѣрить авторамъ, чѣло идетъ совершенно иначе, чѣмъ у нашего больного. Двигательный параличъ начинается съ корня конечностей, онъ можетъ ограничиваться одной конечностью (моноплегія), или одиночнымъ сегментомъ, рѣдко онъ выказываетъ симметрическое расположение. Наоборотъ, въ очень короткое время, въ теченіи нѣсколькихъ дней, онъ достигаетъ своего наибольшаго напряженія. Достигши разъ своего апогея, онъ дальше не распространяется; онъ можетъ лишь отступать. Въ этой первой фазѣ заболѣвшія мышцы бываютъ просто поражены параличемъ; они сохраняютъ свой нормальный объемъ. Но съ начала этой паралитической фазы электрическое изслѣдованіе даетъ намъ возможность даже предсказать, какія изъ числа парализованныхъ мышцъ будутъ впоследствии атрофированы. Атрофін обречены тѣ мышцы, фарадическая возбудимость которыхъ значительно уменьшена, или отсутствуетъ въ первые же дни паралитической фазы. Измѣненія фарадической сокращаемости впрочемъ пропорціональны степени паралича. То же самое можно сказать о жировомъ распаденіи мышцъ, подвергшихся атрофін; оно также пропорціонально степени паралича. Кромѣ того, параличемъ поражается сразу отдѣльный сегментъ конечности, или группа мышцъ, но щадятся сосѣднія мышцы и сегменты.

Затѣмъ, расстройства чувствительности въ симптоматологін поліомієліта занимаютъ очень незамѣтное мѣсто. Сухожильные рефлексы отсутствуютъ, кожные—иногда также отсутствуютъ, никогда не бываютъ повышены. Въ дальнѣйшемъ періодѣ атрофированные и парализованные сегменты конечности имѣютъ блѣдную, ціанотическую окраску и холодны. Расстройства черепно-мозговой иннерваціи встрѣчаются лишь въ видѣ исключенія; отсутствіе психическихъ расстройствъ составляетъ правило. Наконецъ при поліомієлітѣ не бываетъ возвратовъ.

Если вы противопоставите этой картинѣ ту, которая принята для обрисовки полиневритовъ, въ заключеніе вы найдете слѣдующіе отличительные признаки:

Въ случаяхъ полиневрита начало болѣзни вообще наступаетъ съ меньшей быстротой (кромѣ случаевъ апоплектиформнаго неврита); развитіе припадковъ идетъ также болѣе медленно. Параличъ слѣдуетъ въ своемъ направленіи отъ периферіи къ центру, отъ стопъ, наприим., по направленію къ голнямъ и бедрамъ онъ достигаетъ своей наибольшей напряженности въ оконечностяхъ, вслѣдствіе кисти рукъ и спины ногъ болтаются, какъ вы видѣли сейчасъ у нашего больного. Предъ наступленіемъ паралича появляются предвѣстники—явленія парѣстезіи—онѣмѣніе, ощущеніе мурашекъ въ ножныхъ и ручныхъ пальцахъ,—часто также бываютъ очень болѣзненные подергиванія въ конечностяхъ; параличъ сопровождается

признаками реакціи перерожденія. Сухожильные рефлексы могутъ отсутствовать, но не непременно; нерѣдко наблюдается повышение кожныхъ рефлексовъ. Очень часто давленіе на мышцы и на нервы вызываетъ очень сильныя боли; этому явленію приписываютъ большое діагностическое значеніе. Наблюдается также кожная гиперестезія, анестезія и замедленіе чувствительной проводимости; всѣ эти явленія встрѣчаются довольно часто въ случаяхъ неврита.

Съ другой стороны полиневритъ можетъ распространяться и на область иннервации черепныхъ нервовъ и вызывать вслѣдствіе паралича *n. phrenici* (приступъ удушья) и *n. vagi* (тахикардія) угрожающія явленія. Очень часто онъ сопровождается психическими расстройствами, о которыхъ я разсчитываю поговорить подробно въ другомъ мѣстѣ. Наконецъ полиневритъ рано или поздно осложняются атрофіей парализованныхъ мышцъ; по своему характеру распространенія эта атрофія отличается отъ массовой атрофіи конечности или какого-либо сегмента ея, что наблюдается въ случаяхъ поліомієлита.

Я уже указывалъ на то, что полиневритъ излечимъ, излечимъ совершенно, между тѣмъ какъ поліомієлитъ рѣдко когда не оставляетъ послѣ себя непоправимыхъ атрофій.

Въ предшествующей лекціи я, высказался, какъ я смотрю на отношенія полиневрита къ аміотрофической формѣ и *poliomyelitis anterior*. Я говорилъ, насколько мнѣ кажется искусственной та абсолютная отдѣляющая линія, которую въ руководствахъ пытаются установить между двумя заболѣваніями, имѣющими субстратомъ одинъ и тотъ же органъ,—периферическій двигательный нейронъ. Оговорившись такимъ образомъ, мнѣ остается замѣтить вамъ, что, когда смотреть на дѣло такъ, какъ описано въ нашихъ руководствахъ по нервной патологіи, то приходятъ къ заключенію, что всѣ предположенія говорятъ въ пользу существованія полиневрита у больного, котораго я вамъ представилъ. То же самое будетъ и по поводу другого больного, котораго я имѣю про запасъ. Но прежде чѣмъ говорить съ вами объ этомъ второмъ субъектѣ, страдающемъ полиневритомъ, причина котораго весьма ясна, я желаю возбудить и урегулировать этиологическій вопросъ, который представляется намъ въ присутствіи стоящаго предъ нами чловека, патологическаго исторію котораго я вамъ только что изложилъ,

Этиологическій діагнозъ.—Какое же происхожденіе этого полиневрита? По этому вопросу сомнѣніе не только позволительно, но оно само собой возникаетъ. Дѣйствительно, этотъ чловекъ уже давно страдаетъ туберкулезомъ, который сильно подвинулся впередъ. Кромѣ того съ 17 лѣтъ онъ предавался алкогольнымъ эксцессамъ, 28 лѣтъ онъ поступилъ уже въ госпиталь. Туберкулезу или алкоголизму надо приписать его невритъ? Мнѣ легко будетъ убѣдить васъ, что и та и другая гипотеза допустимы. Для этого мнѣ достаточно доказать вамъ, что туберкулезная инфекція и алкогольная интоксикація одинаково способны вызывать полиневриты и что полиневриты, развивающіеся при

этихъ условіяхъ, не имѣютъ характерныхъ особенностей, по которымъ можно было-бы ихъ различать.

Побесѣдуемъ сначала о туберкулезныхъ полиневритахъ.

Уже давно извѣстно, что въ теченіи легочнаго туберкулеза могутъ появляться о стороны нервной системы различныя разстройства, которыя слѣдуетъ отнести на счетъ туберкулезнаго заболѣванія, а именно: психическія, двигательныя, чувствительныя, трофическія разстройства. Между этими разстройствами одни указываютъ на вторичныя локализациі туберкулезной инфекціи на мозговыя оболочки, на головной и спинной мозгъ; другія, чувствительныя, двигательныя или трофическія разстройства, которыя могутъ быть отдѣльно или всѣ одновременно, указываютъ, что той же самой инфекціей поражены периферическіе нервы. Эти разстройства давно уже были извѣстны, но они не были отнесены къ настоящей ихъ причинѣ. Такъ Леудэ¹⁾ въ своей статьѣ, появившейся 30 лѣтъ тому назадъ, сообщаетъ одно наблюденіе двигательнаго паралича и проходящей аналгезіи правой ручной кисти во время теченія легочнаго туберкулеза, и другое наблюденіе, гдѣ во время легочной чахотки съ очень медленнымъ теченіемъ наступило очень замѣтное уменьшеніе подвижности съ онѣмѣніемъ въ правой верхней конечности; наконецъ, третье наблюденіе, менѣе точное, такъ какъ оно относится къ одному туберкулезному больному, который за 12 лѣтъ предъ этимъ имѣлъ свинцовый параличъ разгибателей праваго плеча, отъ котораго онъ въ теченіе мѣсяца выздоровѣлъ. Не задолго до смерти больного параличъ возобновился въ правомъ предплечьи, потомъ онъ распространился на всю верхнюю конечность той же стороны и почти тотчасъ же перешелъ на лѣвую верхнюю конечность.

Затѣмъ Леудэ настаивалъ на томъ, что въ хроническихъ болѣзняхъ (онъ имѣлъ въ виду главнымъ образомъ туберкулезъ) разстройства периферической чувствительности, то въ формѣ болей, на которыя жалуются больные, то въ формѣ извращенія чувствительности, или онѣмѣнія, ощущенія мурашекъ, то наконецъ въ формѣ разстройствъ осязательной чувствительности, наблюдаются гораздо чаще, чѣмъ двигательныя разстройства. Далѣе онъ приводитъ два наблюденія, одно—гиперѣстезіи грудной клѣтки, позвоночника, шеи и нижнихъ конечностей у одного туберкулезнаго, другое—легочной чахотки съ медленнымъ теченіемъ, съ болями въ позвоночникѣ, распространившимися далѣе въ заднюю, а затѣмъ въ переднюю поверхность бедра. Работа Леудэ содержитъ много другихъ наблюденій, гдѣ во время теченія легочной чахотки двигательныя разстройства существовали совмѣстно съ чувствительными разстройствами. Что касается причины, анатомической основы всѣхъ этихъ периферическихъ нервныхъ симптомовъ, то Леудэ видитъ ее въ «мѣстномъ разстройствѣ кровообращенія, которое зависитъ отъ извращенія

¹⁾ Leudet. — Etude clinique des troubles nerveux périphériques etc. Archives générales de médecine, 1884, vol. I, p. 150 et 273.

дѣятельности вазо-моторныхъ нервовъ». Объ участіи въ этомъ неврита не было и рѣчи.

Около того же времени Петеръ ¹⁾ обратилъ вниманіе врачей на терминальный параличъ, который наблюдается иногда въ самомъ послѣднемъ періодѣ легочной чахотки. Позже въ своихъ лекціяхъ по клинической медицинѣ ²⁾ онъ предпринялъ обстоятельное изученіе двигательныхъ и чувствительныхъ разстройствъ, наблюдаемыхъ у чахоточныхъ. Нигдѣ нѣтъ и рѣчи о случайной связи этихъ чувствительныхъ и двигательныхъ разстройствъ съ воспаленіемъ периферическихъ нервовъ. Но справедливость требуетъ сказать, что Петеръ, ³⁾ насколько мнѣ извѣстно, былъ первымъ, который отнесъ извѣстныя межреберныя боли, наблюдаемыя у чахоточныхъ, на счетъ симптоматическаго неврита. Мимоходомъ я вамъ укажу на работу Е. Френкеля ⁴⁾, появившуюся около того же времени и посвященную изученію мышечныхъ измѣненій у чахоточныхъ. Френкель довольно часто наблюдалъ мышечную атрофію у субъектовъ, умершихъ въ чахоткѣ. Онъ констатировалъ, что эта атрофія была вызываема то измѣненіями, которымъ подвергалось исключительно сократительное вещество, то первичными интерстиціальными измѣненіями. Ни слова въ этой работѣ онъ не говоритъ о какой-либо связи этой атрофіи съ пораженіемъ периферическихъ нервовъ.

Позже, когда ученіе о полиневритахъ получило право гражданства въ патологіи, прошло немного времени, какъ стали опубликовывать примѣры множественныхъ невритовъ при бугорчаткѣ и относить ихъ на счетъ туберкулезной инфекціи. Почти одновременно, въ началѣ 1879 года, Эйзенлоръ ⁵⁾, въ Германіи, Жоффруа ⁶⁾, во Франціи, опубликовали каждый по одному наблюденію этого рода. Оба наблюденія относятся къ паретической и амиотрофической формѣ полиневрита. Во всякомъ случаѣ, у больного Эйзенлора были поражены только нижнія конечности. Вслѣдствіе пребыванія этого больного, который уже былъ туберкулезнымъ, въ сырости, у него были парализованы и атрофированы нижнія конечности. Давленіе на больныя мышцы вызывало очень сильныя боли, электрическое изслѣдованіе ихъ обнаружило реакцію перерожденія. Кромѣ гиперѣстезіи на подошвѣ стопъ объективныхъ разстройствъ чувствительности не наблюдалось, функціи мочевого пузыря и прямой кишки были нормальны. Больной

¹⁾ Tuberculisation en général. Paris, 1866.

²⁾ Peter.—Leçons de clinique médicale, t. II. 58-e leçon.

³⁾ L. c., t. I, 25-e leçon.

⁴⁾ E. Fraenkel.—Ueber Veränderungen quergestreifter Muskeln bei Phthisikern. C. Virchow's Archiv, 1878, t. LXXIII, fox. 3, p. 380.

⁵⁾ Eisenlohr. Idiopathische Muskellähmung und Atrophie. (Centralblatt für Nervenheilkunde, 1875, № 5, p. 100).

⁶⁾ Ioffroy. De la neurite parenchymateuse spontanée généralisée ou partielle (Archives de physiologie, 1879, p. 186).

погибъ отъ присоединившагося остраго мiliaryнаго туберкулеза. Очень тщательное изслѣдованіе спинного мозга не обнаружило никакого измѣненія въ строеніи этого органа; наоборотъ въ первыхъ нижнихъ конечностяхъ оказались очень ясныя дегенеративныя измѣненія.

У туберкулезной больной Ж о ф ф р у а, 33-хъ лѣтней женщины, атрофическій параличъ послѣдовательно охватилъ нижнія и верхнія конечности. Мочевой пузырь и прямая кишка были пощажены. Точно также была сохранена и кожная чувствительность въ различныхъ ея видахъ. Наоборотъ больная представляла извѣстную степень двигательной инкоординаціи и утратила представленіе о положеніи конечностей. Атрофія достигла значительной степени во всѣхъ четырехъ конечностяхъ. Сверхъ того констатировали уменьшеніе фарадической возбудимости атрофированныхъ мышцъ, доходящее до полного отсутствія ея. Въ послѣднее время жизни у больной были изъязвленія на ягодицахъ. Вскрытіе здѣсь также показало совершенную сохранность спинного мозга и его оболочекъ и присутствіе сегментнаго распространеннаго неврита. Въ той же самой работѣ Ж о ф ф р у а опубликовалъ наблюденіе паренхиматознаго неврита, ограничившагося нервами плеча и развившагося во время теченія туберкулезной пневмоніи у женщины, которая умерла отъ этой болѣзни.

За нѣсколько времени до этого Штрюмпель ¹⁾ опубликовалъ наблюденіе, на которое я желаю обратить особое ваше вниманіе.—Въ отношеніи этиологій оно должно быть поставлено въ параллель съ только что демонстрированнымъ мною случаемъ. Какъ этотъ послѣдній, такъ и больной Штрюмпеля былъ алкоголикъ; при своемъ поступленіи въ госпиталь онъ представлялъ явленія амнезій, которыя почти характерны для алкоголизма. У него былъ діагностицированъ *poliomyelitis anterior chronica*; это значитъ, что и здѣсь полиневритъ, существованіе котораго обнаружено вскрытіемъ при одновременной цѣлости спинного мозга, облекся въ паретическую и атрофическую форму. Наконецъ, этотъ человѣкъ былъ туберкулезный и умеръ какъ отъ туберкулезной пневмоніи, такъ и отъ паралича діафрагмы, зависящаго отъ участія *n. phrenici* въ полиневритѣ. Штрюмпель просто задался цѣлью узнать, существовали ли родственныя узы у его больного между полиневритомъ и туберкулезомъ. Не отвѣчая на этотъ вопросъ, онъ подчеркнул относительно большую частоту сочетанія множественнаго неврита съ туберкулезомъ. Я считаю нужнымъ, мимоходомъ, указать, что независимо отъ атрофическаго паралича больной Штрюмпеля представлялъ замедленіе воспріятія, а также стрѣляющія боли въ конечностяхъ,—явленія, которыя Штрюмпель, начиная съ того времени, о которомъ я говорю, склоненъ былъ разсматривать какъ при-

¹⁾ Strümpell. Zur Kenntniss der multiplen degenerativen Neuritis. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., 1883, t. XIV, Heft 2, p. 339).

знаки, имѣющіе большое діагностическое значеніе и говорящіе въ пользу существованія неврита и противъ гипотезы поліомієлита.

Наконецъ, у больного Штрюмпеля былъ двухсторонній зрительный невритъ и продолжительная тахикардія, относимая на счетъ перерожденія п. рнеимо-
gastrici. Я вамъ уже говорилъ, что роковая развязка была ускорена участіемъ п рhrenici (параличъ діафрагмы) въ полиневритѣ.

Наблюденіе, опубликованное въ то же самое время и въ томъ же журналѣ О. Фирордтомъ¹⁾ заслуживаетъ также спеціальнаго упоминанія. На этотъ разъ дѣло идетъ о случаѣ множественнаго неврита, который уклоняется отъ описаннаго до сего времени типа, по существу паретического и атрофическаго. Дѣйствительно, у больной Фирордта, проститутки, которая вначалѣ заболѣла туберкулезомъ, а за два года предъ этимъ заразилась сифилисомъ, множественный невритъ вызывалъ весьма рѣзкія и разнообразныя расстройства чувствительности. Вначалѣ это были произвольныя боли, локализовавшіяся въ суставахъ подъема стопы, колѣнъ и плечъ. По этому сначала поставили діагнозъ суставнаго ревматизма и назначили больной салициловый натръ. Въ все время теченія полиневрита у больной была распространенная гиперѣстезія кожи и очень рѣзкая гиперѣстезія мышцъ, которая проявлялась при малѣйшемъ давленіи, при малѣйшемъ нассивномъ движеніи; больная не выносила самаго легкаго прикосновенія. Въмѣстѣ съ этой гиперѣстезіей сосуществовало притупленіе объективной чувствительности на стопахъ, голенихъ, кистяхъ рукъ. Весьма понятно, что былъ парезъ и атрофія, которыя вначалѣ появились на нижнихъ конечностяхъ, а потомъ распространились на туловище и на верхнія конечности и сопровождались признаками реакціи перерожденія. Въ извѣстный моментъ были охвачены параличемъ діафрагма и сердечная мышца. Больная умерла отъ постепенно развившагося истощенія.

Скажемъ по пути, что два другихъ наблюденія, сообщенныхъ Фирордтомъ кратко, относятся къ туберкулезнымъ больнымъ; послѣ смерти при вскрытіи ихъ нашли слѣды неврита. Эти больные при своей жизни представляли явленія, которыя возможно отнести на счетъ этого неврита.

Другое наблюденіе, на которое я считаю нужнымъ обратить ваше вниманіе, было сообщено Оппенгеймомъ²⁾ въ Психіатрическомъ Обществѣ въ Берлинѣ, въ 1885 году. Съ клинической точки зрѣнія это обыкновенный случай. Дѣло идетъ о мужчинѣ 40 лѣтъ, о прошломъ котораго нельзя было собрать точныхъ свѣдѣній. Этотъ человѣкъ, происходившій изъ туберкулезной семьи, въ одинъ прекрасный день заболѣлъ болѣзненными судорогами въ голенихъ и по-

¹⁾ Vierordt. Beitrag zum Studium der multiplen degenerativen Neuritis. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., 1883. t. XIV, Heft 3, p. 638.

²⁾ Oppenheim. Zur Pathologie der multiplen Neuritis und Alkohollähmung. (Zeitschrift für klin. Medic., 1886, t. XV, Heft 2—3, p. 232).

чувствовали слабость въ нижнихъ конечностяхъ, которая перешла въ парализацию. Парализованныя мышцы быстро атрофировались; параллельно съ этимъ уменьшилась ихъ электрическая возбудимость. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ наблюдалась реакція перерожденія. Сухожильные рефлексы отсутствовали. Разстройства чувствительности выражались онѣмѣніемъ, болями въ голенихъ и потерей представленія о положеніи стопъ и ножныхъ пальцевъ; мышцы и пораженные нервы были болѣзненны при давленіи. Никакихъ разстройствъ со стороны функцій мочевого пузыря и прямой кишки. Зрачки реагировали вяло. Этотъ человѣкъ умеръ отъ туберкулезной пневмоніи, которой онъ страдалъ. Любопытно, что при изслѣдованіи его нервной системы, независимо отъ распространеннаго паренхиматознаго неврита нижнихъ конечностей, найденъ былъ небольшой очагъ, расположенный въ верхней части поясничнаго сегмента спинного мозга. На уровнѣ этого очага передній рогъ съ провой стороны былъ атрофированъ и на томъ же самомъ уровнѣ былъ слабый склерозъ переднихъ столбовъ. Очевидно, что столь ограниченное спинно-мозговое поврежденіе не могло объяснить симптомовъ, представляемыхъ больнымъ въ время его жизни. Оппенгеймъ разсматрѣлъ различныя гипотезы, которыя можно было выставить для выясненія соотношенія между периферическимъ невритомъ и спинно-мозговымъ очагомъ и та, которая приравнивается къ теоріи Штрюмпеля, казалась ему неоспоримой. По этой теоріи поврежденіе периферическихъ нервовъ разсматривается, какъ первичное, случайное же участіе спинного мозга является доказательствомъ того, что одинъ и тотъ же патологическій агентъ можетъ вызвать одновременно анатомическія измѣненія въ нервахъ и въ спинномъ мозгу.

Въ такомъ положеніи было дѣло до появленія 16 лѣтъ тому назадъ статьи Питра и Вальяра¹⁾, посвященной вопросу о периферическихъ невритахъ въ связи съ туберкулезомъ. Изъ заключеній, формулированныхъ этими авторами, я особенно выдѣляю слѣдующіе два пункта:

а) Во время теченія туберкулеза наблюдаются относительно весьма часто поренхиматозныя измѣненія периферическихъ нервовъ, — чувствительныхъ, двигательныхъ или смѣшанныхъ, спинномозговыхъ и черепныхъ.

б) Симптоматологія этихъ периферическихъ невритовъ у туберкулезныхъ не одинакова: невритъ можетъ проходить во время жизни больныхъ незамѣченнымъ, или проявляется то въ атрофическомъ параличѣ, то въ болѣе или менѣе серьезныхъ разстройствахъ, чувствительности въ гиперестезіяхъ, въ анестезіяхъ, невралгіяхъ.

Опубликованныя съ того времени наблюденія, касающіяся невритовъ у туберкулезныхъ, лишь подтверждаютъ положеніе, высказанное Питромъ и Валья-

¹⁾ Pitres et Vaillard. Des névrites périphériques chez les tuberculeux. (Revue de médecine, 1886, t. VI, p. 193).

ромъ; да, дѣйствительно, периферическіе невриты, именно полиневриты, бываютъ относительно часто у туберкулезныхъ, но ихъ симптоматологія не имѣетъ ничего спеціальнаго, ничего характернаго: то невритъ выражается явленіями, которыя захватываютъ исключительно двигательные аппараты, какъ это было въ опубликованныхъ наблюденіяхъ Франкотта ¹⁾, Палая ²⁾.

Другой разъ, теченіе болѣзни начинается чувствительными расстройствами въ формѣ очень сильныхъ болей и эти расстройства въ послѣдствіи занимаютъ преобладающее мѣсто между явленіями полиневрита. Такъ и было именно въ наблюденіи, опубликованномъ Шарко ³⁾. По мнѣнію Френкеля ⁴⁾ исключительно гиперэстетическая форма полиневрита нерѣдко наблюдается у туберкулезныхъ. Съ своей стороны я не знаю примѣровъ болѣе позднѣйшаго времени, чѣмъ тѣ, которыя опубликованы Питромъ и Валльяромъ въ ихъ статьѣ.

То, что обыкновенно приходится наблюдать, это—чувствительныя расстройства, проявляющіяся болями, гиперэстезіей, явленіями парестезіи, анестезіей, замедленіемъ передачи периферическихъ ощущеній въ сочетаніи съ параличемъ, мышечной атрофіей, отсутствіемъ рефлексовъ. Факты, опубликованные Розенгеймомъ ⁵⁾, Сенаторомъ ⁶⁾, Корнелиусомъ ⁷⁾, Палемъ ⁸⁾, Гизе и Пагенстехеромъ ⁹⁾, дали намъ примѣры этого.

Наконецъ изслѣдованія, подтверждающія таковыя же Питра и Валльяра, изъ которыхъ я приведу изслѣдованія Палая ¹⁰⁾ и Яппы ¹¹⁾, показываютъ, какъ легко можетъ у туберкулезныхъ пройти незамѣченнымъ множественный периферическій невритъ (скрытая форма). Такъ Палъ опубликовалъ 4 случая туберкулеза, гдѣ у больныхъ, при ихъ жизни, былъ отекъ стопъ, причину котораго нельзя было объяснить ни состояніемъ сердца; ни крови; при вскрытіи были найдены дегератив-

¹⁾ H. Francotte. Contribution à l'étude de la nevrite multiple (Bulletin de l'Académie royale de Belgique, 1886, et Revue de médecine, mai 1886, p. 377).

²⁾ Pal. Ueber multiple Neuritis. Wien, 1841.

³⁾ Charcot. Sept cas de polynevrite (Revue neurologique, 1893, № I et 2).

⁴⁾ Fraenkel. Ueber multiple Neuritis. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1891 № 53, p. 1421).

⁵⁾ Th. Rosenheim. Zur Kenntniss der acuten infectiosen Neuritis. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. 1887, t. XVIII, Heft. 3, p. 782).

⁶⁾ Senator. Ueber acute multiple Myositis bei Neuritis. (Deutsche medicin. Wochenschrift, 1888, № 23 u. Zeitschrift für klin. Medicin, 1889, Heft 1 u. 2).

⁷⁾ Cornelius. Beiträge zur Casuistik der multiplen Neuritis. (Inaugur. Dissertation, Berlin, 1888).

⁸⁾ Pal. Loc. cit.

⁹⁾ Giese und Pagenstecher. — Beitrag zur Lehre der Polyneuritis (Archiv f. Psychiatrie und Nervenkr., 1893, XXXV, Heft I, p. 211).

¹⁰⁾ Pal. — loc. cit.

¹¹⁾ Яппа. — Объ измѣненіяхъ периферическихъ нервовъ при туберкулезѣ. Диссерт. СПбургъ, 1888.

ныя измѣненія въ кожныхъ периферическихъ нервахъ. Я и п а изслѣдоваль периферическіе нервы всѣхъ четырехъ конечностей, взятые отъ 15 умершихъ туберкулезныхъ больныхъ, которые при жизни не представляли очень замѣтныхъ проявленій неврита; онѣ почти постоянно находилъ одни и тѣ же дегенеративныя измѣненія. Эти измѣненія были болѣе выражены въ конечныхъ развѣтвленіяхъ нервовъ, чѣмъ въ болѣе объемистыхъ вѣткахъ. Спинной мозгъ нигдѣ не былъ затронутъ.

Прибавлю, что не только наблюдается участіе черепно-мозговыхъ нервовъ, особенно *n. vagi*, *n. phrenici* и *n. facialis*,—при полиневритѣ туберкулезныхъ, какъ и при другихъ формахъ полиневрита, но можно даже встрѣтить множественные корешковые невриты тѣхъ же самыхъ нервовъ въ случаяхъ туберкулезнаго менингита на основаніи. Проф. К а л е р ь ¹⁾ изъ Праги, назадъ тому нѣсколько лѣтъ, опубликовалъ очень хорошій примѣръ этого. Говоря правду, въ случаяхъ подобнаго рода множественный невритъ не можетъ быть разсматриваемъ, какъ послѣдствіе прямого дѣйствія туберкулезнаго яда на нервныя волокна,—онъ появляется главнымъ образомъ вслѣдствіе сдавленія.

Позвольте кстати напомнить вамъ, что туберкулезная инфекція можетъ отражаться на спинномъ мозгу и вызывать міэлиты, клиническая картина которыхъ представляетъ много сходныхъ чертъ съ полиневритомъ. Въ то самое время, когда появилась статья Питра и Валльера, я занимался этимъ вопросомъ о туберкулезныхъ міэлитахъ ²⁾. Я доказалъ, что во время теченія болѣе или менѣе обобщившагося туберкулеза могутъ развиваться острые или хроническіе міэлиты туберкулезнаго происхожденія; я доказалъ, что развивающіеся при этихъ условіяхъ острые туберкулезные міэлиты могутъ быть въ формѣ узелковой, или въ формѣ инфильтрирующей. Я занялся болѣе специально этой послѣдней формой, характеризующейся разлитыми пораженіями спинного мозга, которыя при туберкулезѣ составляютъ то, что сифилитическіе инфильтраты спинного мозга, рѣзко отличающіеся отъ гуммозныхъ опухолей, составляютъ при сифилисѣ. Симптомы этой разновидности туберкулезнаго менингита не отличаются отъ симптомовъ обыкновеннаго міэлита. Вотъ описаніе, данное мной подострой формѣ: у больного, издавна туберкулезнаго или золотушнаго, сразу появляются спинно-мозговые симптомы, ощущеніе мурашекъ, постоянныя или появляющіяся приступами стрѣляющія боли, затѣмъ у него наступаетъ небольшой парезъ въ нижнихъ конечностяхъ, иногда контрактуры; потомъ мало по малу происходитъ общая полная паралегія съ своими обычными спутниками,—съ мышечной атрофіей, съ контрактурой или безъ оной, съ чувствительными расстройствами, съ изъязвленіями въ области крестца; далѣе устанавливается мало по малу глубокая

¹⁾ O. K a h l e r.—Ueber Wurzelneuritis bei tuberculöser Basilarmeningitis. (Prager medicin. Wochenschrift, 1887, № 5).

²⁾ F. R a y m o n d.—Des leptomyélites tuberculeuses. (Revue de médecine 1886, p. 230).

калексія и больной умираетъ отъ маразма, или вслѣдствіе дальнѣйшаго развитія туберкулезныхъ пораженій въ другихъ органахъ.

Вы видите, что тутъ совсѣмъ иное развитіе, чѣмъ при полиневритѣ, не считая явленій, совершенно чуждыхъ послѣднему, какъ-то: ранней контрактуры, изъязвленій въ области крестца и, прибавлю, разстройствъ со стороны акта мочеиспусканія, — задержка и недержаніе мочи, которыя всегда имѣются на лицо и которыя составляютъ принадлежность міэлита.

При остромъ разлитомъ туберкулезномъ лептоменингитѣ картина еще болѣе отличается отъ картины полиневрита. Здѣсь преобладаютъ чувствительныя разстройства и контрактуры. Дѣло обыкновенно происходитъ слѣдующимъ образомъ (я повторю лишь описаніе, данное мной въ приведенной моей статьѣ): въ время туберкулеза съ медленнымъ теченіемъ больной испытываетъ боль на уровнѣ поясничной области — боль, довольно сходную по своему характеру съ болью въ позвоночникѣ при оспѣ. Эта боль постоянная, усиливающаяся подъ вліяніемъ утомленія и при ходьбѣ, хотя она на болѣе или менѣе продолжительное время ослабѣваетъ. Въ то же самое время появляется гиперѣстезія, которая довольно часто чередуется съ аналгезіей туловища или нижнихъ конечностей. Эти чувствительныя разстройства сопровождаются также слабымъ парезомъ, который хотя и не лишаетъ больного возможности ходить, но дѣлаетъ походку его шатающейся и неувѣренной. вмѣстѣ съ этими болями больной испытываетъ ощущенія мурашекъ, боли измѣнчивыя и по мѣсту нахожденія и по продолжительности; онъ ощущаетъ подергиванія въ конечностяхъ; въ то время какъ длится гиперѣстезія, кожныя ощущенія могутъ вызывать настоящее спинномозговое дрожаніе. Наконецъ, можетъ появиться контрактура, которая можетъ быть настолько сильной, что когда она локализируется въ туловищѣ искривляется тѣло больного, нижнія конечности, если контрактура распространяется на нихъ, дѣлаются неподвижными въ положеніи полу-сгибанія.

Вы убѣждены, я полагаю, что очень трудно эти туберкулезные лептоменингиты смѣшать съ полиневритами того же самаго происхожденія, не говоря уже о томъ, что первые почти всегда сочетаются съ туберкулезнымъ пораженіемъ головного мозга, которое довольно часто выражается симптомами, напоминающими менингитъ основанія.

В. Второй больной — типичный алкоголикъ. Этимъ я хочу сказать, что у него алкоголизмъ единственная причина всѣхъ тѣхъ явленій, о которыхъ я буду бесѣдовать съ вами и которыя ясно указываютъ на полиневритъ.

Вы знаете, что именемъ алкоголизма въ настоящее время обозначается рядъ заболѣваній, вызываемыхъ злоупотребленіемъ спиртными напитками. Эти заболѣванія въ отношеніи ихъ симптоматическаго проявленія очень разнообразны; общая ихъ этиологія служитъ соединительнымъ звеномъ. Весьма естественной классификаціей съ симптоматической точки зрѣнія является та, которая раздѣляетъ проявле-

нія алкоголизма на двѣ группы, соответственно тому, составляютъ-ли они непосредственный результатъ злоупотребленія спиртными напитками, — острый алкоголизмъ, или же являются болѣе или менѣе отдаленнымъ послѣдствіемъ повторныхъ и продолжительныхъ излишествъ—хроническій алкоголизмъ. Заболѣванія второй группы насъ особенно интересуютъ. Повторные алкогольные эксцессы мало по малу видоизмѣняютъ организмъ до такой степени, что онъ оказывается пораженнымъ въ самомъ своемъ существѣ и переходитъ въ состояніе ослабленія, что намъ къ несчастію приходится наблюдать ежедневно между больными, обращающимися къ намъ за совѣтомъ: алкоголизмъ составляетъ одну изъ главныхъ причинъ вырожденія человѣчества.

Онъ является также патогеннымъ элементомъ, играющимъ значительную роль въ этиологіи болѣзней нервной системы; какъ намъ извѣстно, алкоголизмъ является причиной цѣлаго ряда воспалительныхъ и дегенеративныхъ процессовъ, но преимущественно въ пищеварительной и нервной системѣ; я коснусь здѣсь только нервной системы. Вредное вліяніе злоупотребленія спиртными напитками на нервные центры подмѣчено уже давно: работы Ланчизи, Соважа, Морганьи, Пинеля, Кальмейля, Лазега, Фальрэ доказываютъ это. Между тѣмъ, анатомо-патологическая сторона вопроса не была выяснена до послѣдней четверти этого столѣтія. Что касается измѣненій периферической нервной системы, то прошло 20 лѣтъ, самое большое, какъ ими занялись. Въ 1852 году Магнусъ Нуссъ, имѣя возможность наблюдать пять случаевъ хроническаго алкоголизма съ ясными симптомами со стороны периферическихъ нервовъ, послѣ смерти больныхъ произвелъ тщательное изслѣдованіе этихъ органовъ. Это изслѣдованіе привело лишь къ отрицательнымъ выводамъ.

Немного позже Леуде былъ болѣе счастливъ: въ одномъ случаѣ параличъ локтевого нерва у алкоголика, умершаго отъ случайной болѣзни, онъ при вскрытіи нашелъ гипертрофію невритлеммы этого нерва. При этомъ нужно знать, что онъ и раньше наблюдалъ аналогичные факты.

По правдѣ сказать, работы Лансерео и его учениковъ были первыя, которыя бросили свѣтъ на вредное дѣйствіе алкоголя на периферическую нервную систему. Мы имъ обязаны знаніемъ, что алкоголизмъ можетъ вызывать параличи въ связи съ измѣненіями периферическихъ нервовъ. Потомъ изслѣдованія Шарко и Дежерина намъ показали, что тлетворное дѣйствіе алкоголизма на периферическую нервную систему можетъ выражаться явленіями инкоординаціи, столь сходными съ табетической инкоординаціей (pseudo-tabes alcoholica). Это понятіе сдѣлалось классическимъ со времени

¹⁾ Magnus Nuss. Chronische Alcoolkrankheiten oder Alcoolismus chronicus. Stockholm und Leipzig, 1852.

²⁾ Leudet (цит. по Lансереау) статья «Alcoolisme» въ Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1865, 1-re série, t. II p. 661.

опубликованія диссертациі Эттингера. Въ дѣйствительности алкогольные невриты могутъ принимать самую разнообразную симптоматилогію; въ ближайшей моей лекціи я разсчитываю рассмотреть главные ихъ клиническіе виды.

Теперь же я спѣшу представить вамъ нашего второго больного, дабы показать, насколько его случай представляетъ клиническую аналогію съ тѣмъ, о которомъ я только что бесѣдовалъ съ вами.

Дѣло идетъ о мужчинѣ 57 лѣтъ, который лежитъ на койкѣ № 6, въ палатѣ Бувьё. Этотъ человѣкъ не знаетъ, есть ли у него патологическая наслѣдственность. Онъ пришелъ въ Парижъ 16 лѣтъ, чтобы заниматься парикмахерскимъ ремесломъ. Съ этого времени онъ не переставалъ злоупотреблять

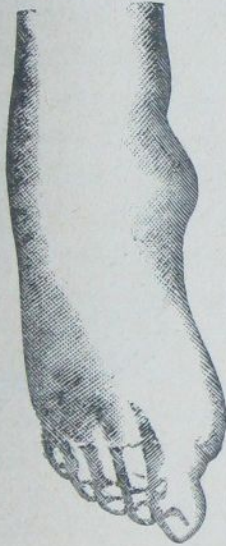


Рис. 10.



Рис. 11.

спиртными напитками. Кромѣ вина, которое онъ пилъ въ неумѣренномъ количествѣ, онъ злоупотреблялъ водкой и главнымъ образомъ *amer Pison*, но абсента пилъ мало. Не смотря на свою невожатанность, онъ оставался здоровымъ до 42 лѣтъ, хотя въ 1876 году онъ перенесъ оспу, и въ 1881 году—острый бронхитъ.

Потомъ въ 1881 году онъ представлялъ симптомы хроническаго гастрита. Ему назначили молочный режимъ, онъ почувствовалъ временное облегченіе. Доказательствомъ, что его гастритъ, поддерживаемый тѣми же самыми причинами, продолжался всегда, служитъ то, что въ 1887 году больной страдалъ чрезмѣрнымъ отдѣленіемъ мокроты. Онъ хорошо помнитъ это время и это обстоятельство, такъ какъ онъ въ то время былъ вынужденъ вслѣдствіе абсцесса, появившагося у него на лѣвой лодыжкѣ, въ теченіи двухъ мѣсяцевъ просидѣть спокойно, не двигаясь.

Позже, въ 1892 году, сильная слабость, испытываемая имъ въ нижнихъ конечностяхъ, вынудила его нѣсколько разъ прерывать свои занятія, въ концѣ концовъ онъ долженъ былъ оставить свое ремесло парикмахера. Въ іюлѣ мѣсяцѣ этого же года онъ сталъ испытывать сильныя боли въ правомъ колѣнѣ и въ правой икрѣ, а мѣсяцъ спустя—въ тѣхъ же частяхъ слѣва. Черезъ 15 дней онъ замѣтилъ, что его лѣвая стопа болтается. По прошествіи двухъ слѣдующихъ мѣсяцевъ то же явленіе обнаружилось на правой стопѣ. Потомъ парезомъ были охвачены голень и бедра; въ этихъ частяхъ локализовались сильныя боли.

Больной поступилъ въ Сальпетріеръ 2-го Ноября 1892 года. Въ это время отмѣчены, какъ главные симптомы, парезъ нижнихъ конечностей съ отсутствіемъ колѣнныхъ рефлексовъ, сильная кожная гиперестезія, трофическія разстройства



Рис. 12.



Рис. 13.

ногтей и кожи. Въ мышцахъ была слабо выраженная атрофія. Электрическое изслѣдованіе обнаружило реакцію перерожденія. Лечение электричествомъ дало хорошій временный результатъ.

Начиная съ Января 1893 года сухожилья на нижнихъ конечностяхъ до того сократились, что стопы ногъ сдѣлались неподвижными (рис. 10 и рис. 11). Въ Августѣ 1893 года констатировали существованіе сведенія ладоннаго апоневроза. Въ Октябрѣ 1895 года больного перевели въ хирургическое отдѣленіе, чтобы тамъ ему произвести перерѣзку сухожилій. Два или три мѣсяца спустя онъ былъ снова въ состояніи немного ходить.

Вотъ въ краткихъ словахъ его состояніе въ настоящее время: больной больше не испытываетъ произвольныхъ болей, кромѣ болей вдоль наружнаго края стопы. Въ наружной области голени имѣется незначительная гиперестезія. Со стороны мышцъ не наблюдается болѣе ни атрофіи, ни измѣненной электрической реакціи,

но больной при ходьбѣ еще немного ковыляетъ. Форма стопъ снова сдѣлалась почти совершенно нормальной (рис. 12 и 13). Словомъ, немного еще надо, чтобы смотрѣть на него, какъ на вполне выздоровѣвшего.

Мм. Гг., предстоящій намъ діагностическій вопросъ является однимъ изъ наиболѣе легкихъ въ смыслѣ его разрѣшенія. Въ виду характера явленій, представляемыхъ этимъ человѣкомъ, и способа ихъ развитія, двѣ лишь гипотезы могутъ возникнуть,—о хроническомъ *poliomyelitis anterior* и о полиневритѣ въ формѣ паретически-атрофической. Тѣ же самыя соображенія, которыя заставили меня склониться къ этой второй гипотезѣ у перваго нашего больного, убѣдили меня поставить діагнозъ полиневрита у втораго больного, котораго я вамъ только что представилъ. У него этиологическій діагнозъ не представляетъ ни малѣйшаго сомнѣнія: причиной тутъ является одинъ лишь алкоголизмъ. Значить, мы имѣемъ дѣло со случаемъ алкогольнаго полиневрита въ формѣ паретически-атрофической. Я вамъ только что сказалъ, что клиническіе виды алкогольнаго полиневрита многочисленны. Слѣдующія двѣ мои лекціи я предполагаю посвятить клинической исторіи алкогольнаго полиневрита. Я хочу обозрѣть всякаго рода симптомы, которыми можетъ выражаться эта этиологическая разновидность полиневрита, и затѣмъ показать вамъ, какъ на самомъ дѣлѣ эти симптомы чаще всего группируются, дабы создать самыя обыкновенныя виды этого токсическаго заболѣванія нервной системы.

Это дастъ мнѣ возможность познакомить васъ съ другими видами алкогольнаго неврита, которые мнѣ осталось вамъ показать.

Лекція VII.

Алкогольный полиневритъ и амнезія ¹⁾).

Содержаніе.—Алкогольный полиневритъ въ своей симптоматологіи заключаетъ явленія полиневритовъ вообще.—Частота разстройства интеллекта и памяти.—Клиническій примѣръ.—Преобладаніе амнестическихъ разстройствъ.—Предшествующій алкоголизмъ.—Атрофическая параплегія, представляющая тѣ же самыя признаки, что и въ случаяхъ двигательнаго полиневрита. Контрастъ между картиной *poliomyelitis anterior* и той картиной, которую представляетъ данный клиническій примѣръ. Навязывается самъ собой діагнозъ алкогольнаго полиневрита.—Исторія алкогольнаго полиневрита.—Классификація симптомовъ алкогольнаго полиневрита.—Интеллектуальныя разстройства.—а) Амнезія.—Интеллектуальное разстройство прежде всего обращаетъ вниманіе врача. Амнезія можетъ существовать помимо всякаго слѣда интеллектуальнаго ослабленія;

¹⁾ Лекція 28 Февраля 1896 г.

она обыкновенно распространенная; предполагали, что она всегда раньше всего появляется; она скорее всего заслуживает названія продолжительной.—Она весьма часто излечима.—Отличительные признаки амнезіи вслѣдствіе хроническаго алкоголизма. б) Интеллектуальная слабость.—Она весьма часто сочетается съ амнезіей и можетъ быть исходной точкой этой послѣдней.—в) Бредовыя явленія.—Что надо понимать подъ полиневритическимъ психозомъ; работы Корсакова. Полиневритическій психозъ всегда представляетъ послѣдствіе отравленія птоминами. Эта теорія должна быть отброшена, какъ слишкомъ исключительная. Полиневритическій психозъ не составляетъ одного дѣлаго: онъ обхватываетъ весьма различныя психическія разстройства. Примѣръ алкогольнаго полиневрита, ложно принятаго за прогрессивный общій параличъ; возможные послѣдствія подобныхъ ошибокъ.

Мм. Гг. Въ одной изъ моихъ предшествующихъ лекцій я бесѣдовалъ съ вами о двухъ случаяхъ полиневрита, изъ которыхъ одинъ,—безъ сомнѣнія, былъ алкогольнаго происхожденія; въ другомъ, наоборотъ, мы обнаружили болѣе сложную этиологію: субъектъ былъ одновременно туберкулезный и алкоголикъ. Я воспользовался этими двумя случаями, чтобы провести параллель между невритами, которые, какъ кажется, развиваются исключительно подъ вліяніемъ туберкулеза и симптоматическими невритами хроническаго алкоголизма. Я вамъ показалъ, основываясь на доказательныхъ данныхъ, что эти двѣ этиологическія разновидности не имѣютъ собственныхъ, имъ присущихъ признаковъ, что онѣ могутъ представляться нашему наблюденію въ одной и той же клинической формѣ, такъ что, имѣя больного, который одновременно туберкулезный и алкоголикъ и который представляетъ симптомы полиневрита, очень трудно отдѣлить то, что относится къ туберкулезной инфекціи отъ того, что вызвано алкогольной интоксикаціей.

Это-то я и хотѣлъ вамъ доказать въ лекціи, на которую я ссылаюсь. Я хочу выразить болѣе точно мысль свою относительно высказаннаго мной положенія. Не подумайте, что туберкулезный и алкогольный полиневритъ выражаются всегда одними и тѣми же клиническими признаками. Нѣтъ; тотъ и другой имѣютъ полиморфную симптоматилогію, тотъ и другой включаютъ въ себѣ разнообразныя клиническіе виды, но все это больше относится къ алкогольному полиневриту, чѣмъ къ туберкулезному. Чтобы выяснить основу моей мысли, я скажу, что алкогольный полиневритъ обхватываетъ въ своей симптоматилогіи всѣ проявленія полиневритовъ вообще,—этого нельзя сказать ни о какой другой этиологической разновидности, такъ что говорить о клинической исторіи алкогольнаго полиневрита, это значитъ, что за одно говорить и о клинической исторіи полиневритовъ вообще. Я общалъ вамъ пополнить этотъ пробѣлъ. Сегодня я сдержу свое обѣщаніе. Поводъ къ этому представляетъ больная, случай которой очень интересный. Она, дѣйствительно, представляетъ очень ясныя разстройства памяти и интеллекта, которыя, не будучи исключительнымъ достояніемъ алкогольнаго поли-

неврита, тѣмъ не менѣе довольно часто наблюдаются во время теченія его и рѣдко встрѣчаются во время полиневритовъ другого происхожденія.

Представляемая мной вамъ больная—женщина 39 лѣтъ. Она поступила въ наше отдѣленіе 2-го Сентября, и занимаетъ постель № 12, въ палатѣ Шарко. Собранныя нами объ этой женщинѣ свѣдѣнія, которыя я хочу вамъ сообщить, подлежатъ сомнѣнію по той простой причинѣ, что больная представляетъ весьма выраженную амнезію. Мы тѣмъ не менѣе, насколько можно, постарались провѣрить эти свѣдѣнія у мужа, какъ только представлялся къ тому случай.

Итакъ, эта женщина намъ рассказала, что отецъ и мать ея еще живы и здоровы; сколько имъ лѣтъ, она не помнитъ. У нея нѣтъ ни брата, ни сестры, ни дядей и ни тетокъ; она не могла сказать, сколько ихъ было, а также не въ состояніи дать намъ какія-либо свѣдѣнія о состояніи ихъ здоровья. Изъ свѣдѣній, добытыхъ отъ мужа ея, мы узнали, что эта женщина въ дѣйствительности имѣетъ трехъ дядей и двухъ тетокъ еще въ живыхъ, и четвертый дядя умеръ; причины его смерти онъ не могъ сказать; оставшіеся же въ живыхъ пользуются полнымъ здоровьемъ. Отъ мужа мы также узнали, что родители больной вполне непьющіе люди.

Больная помнитъ, что она родилась въ Іюль мѣсяцъ, но она не можетъ сказать ни дня, ни года своего рожденія (по словамъ мужа, она родилась 25 Іюля 1856 года). До времени выхода замужъ, она жила въ Neuchâtel-en-Bray,— въ мѣстѣ своего рожденія. Первые регулы она имѣла въ 12 лѣтъ. Менструальныхъ расстройствъ у нея никогда не было. Первымъ своимъ ребенкомъ она забеременѣла за три мѣсяца до своего замужества. Она не помнитъ больше, сколько времени прошло между ея свадьбой и родами (шесть мѣсяцевъ, по разсказу ея мужа). Она не помнитъ также, когда она пріѣхала въ Парижъ. Она знаетъ, напримѣръ, что она вышла замужъ 17 лѣтъ, но она не въ состояніи сказать точно числа и года своей свадьбы (29 Сентября 1876 года).

У нея было 6 дѣтей, изъ которыхъ четверо родились въ Парижѣ, одинъ— въ Нейшатель и одинъ — въ Форжъ-лез-О. Эти подробности мы узнали отъ мужа; больная не помнитъ ни мѣстности, гдѣ рождались у нея дѣти, ни времени ихъ рожденія; она утратила воспоминаніе и о бывшемъ у нея выкидышѣ. Что касается остального, то кажется, что у нея ни послѣ однихъ изъ родовъ явленій родильной горячки не было.

Не подумайте, господа, что всѣ воспоминанія, относящіяся къ прошлому этой женщины, изгладились изъ ея воспоминанія. Такъ, она знаетъ, что, по пріѣздѣ въ Парижъ, она жила на улицѣ Мове-Гарсонъ, № 3, что въ настоящее время она живетъ на улицѣ Галандъ, но она ошибается относительно номера дома, она говоритъ 53 вмѣсто 51. Когда ее спрашиваютъ, сколько времени она находится въ Парижѣ, она послѣ нѣсколькихъ минутъ размышленія отвѣчаетъ сразу: 16 лѣтъ.

Чтобы дать такой отвѣтъ, она основывается на томъ, что ея второму мальчику, котораго она родила въ Парижѣ, какъ разъ столько лѣтъ. На самомъ же дѣлѣ она живетъ въ столицѣ лишь 15 лѣтъ.

Помимо этой амнезій больная представляетъ нѣкоторое ослабленіе интеллекта, вслѣдствіе чего она лишена возможности логически разсуждать. Когда напр., ее спрашиваютъ, какой теперь годъ, «я думаю, 1895». Если ее увѣряютъ, что теперь еще 1894 годъ, она вѣритъ этому безъ возраженія. Эта неувѣренность, этотъ недостатокъ твердой вѣры составляютъ постоянные признаки въ случаяхъ этого рода. Я прошу это кстати замѣтить. Если въ другой разъ, ей скажутъ, что теперь 1895-й годъ, а ея послѣднему ребенку 6½ лѣтъ, и затѣмъ попросятъ ее вычислить, въ какомъ году родился этотъ ребенокъ,—она не способна разрѣшить эту столь легкую задачу.

Теперь я перехожу къ началу проявленія и къ развитію болѣзни у этой женщины. Сама она не можетъ рассказать намъ объ этомъ. Все, что она можетъ намъ сказать, это—то, что у нея были сильныя стрѣляющія боли въ стопахъ. Съ другой стороны отъ ея мужа мы узнали слѣдующее: онъ разсказалъ, что съ перваго года своей женитьбы онъ замѣтилъ, что его жена имѣетъ привычку къ неводержанному употребленію спиртныхъ напитковъ. Сострадательные друзья, которые въ подобныхъ обстоятельствахъ всегда находятся, разсказывали ему, что его жена предавалась пьянству и раньше вступленія въ законный бракъ. Мужъ вначалѣ дѣлалъ выговоры своей женѣ, потомъ прибѣгалъ къ угрозамъ, въ концѣ концовъ—къ побоямъ; все это было напрасно, потому что жена его, какъ только поселилась въ Парижѣ, стала пить больше, чѣмъ прежде. Она пользовалась для выпивки всякимъ случаемъ, напивалась и одна у себя дома. Она пила всѣ сорта крѣпкихъ напитковъ, но предпочитала абсентъ и ромъ. Мужъ, работавшій все время внѣ дома, не могъ слѣдить за ней. Безъ его вѣдома она таскала деньги, чтобы раздобыть средствъ для удовлетворенія своей страсти, она закладывала свои вещи, одежду. Мы не касаемся свойствъ этой страсти къ алкоголю—страсти, которая уже сама по себѣ патологична, мы изучаемъ теперь только послѣдствія этой привычной интоксикаціи.

Въ началѣ опьяненіе у этой женщины проявлялось лишь необычной веселостью и мозговымъ возбужденіемъ. Позже больная вела себя, какъ и всѣ пьяницы: напившись, она шаталась и теряла совсѣмъ разсудокъ; ее нужно было уложить спать. Потомъ у нея стали появляться ясные алкогольные нервныя припадки, но никогда не было ни рвоты, ни гастрита, ни кошмаровъ, ни дрожанія. Въ Іюль мѣсяцѣ 1893 года она въ первый разъ жалуется на необыкновенныя ощущенія въ нижнихъ конечностяхъ, а именно,—на подергиванія и мурашки въ нихъ. У нея кромѣ того были припадки желудочныхъ болей. Одинъ мой знакомый врачъ, А р т о, лечилъ ее отъ туберкулеза. Я спѣшу прибавить, что внѣшній видъ

этой женщины могъ ввести въ обманъ и заставить думать о началѣ чахотки. Наша больная, дѣйствительно, была очень истощена.

Около того же самаго времени у нея появился бредъ; во всѣхъ ея дѣйствіяхъ проявлялась полная безсвязность; совмѣстно съ этимъ обнаружилась амнезія, о которой я только что такъ долго бесѣдовалъ съ вами. Наконецъ, больной было трудно подниматься вверхъ, и это затрудненіе постепенно возрастало. Мужъ помѣстилъ ее въ больницу Отель-Дье, гдѣ она оставалась шесть мѣсяцевъ. Она лежала въ постели во все время своего пребыванія въ этомъ госпиталѣ; и здѣсь констатировали параличъ четырехъ конечностей, дрожаніе въ верхнихъ конечностяхъ. Сила въ верхнихъ конечностяхъ мало по малу возстановлялась, между тѣмъ какъ въ нижнихъ конечностяхъ былъ полный параличъ. Больная выписалась изъ Отель-Дье въ Февралѣ 1895 года. Въ промежуткѣ времени до поступленія ея въ Сальпетриеръ, она оставалась у себя, дома, безъ всякой медицинской помощи.

Status praesens, по изслѣдованію, произведенному д-ромъ Сукомъ 14 Сентября 1895 г., представляется въ слѣдующемъ видѣ:

При осмотрѣ нижнихъ конечностей прежде всего бросается въ глаза, съ одной стороны, исхуданіе, какъ послѣдствіе мышечной атрофіи, особенно выраженной въ голеняхъ, съ другой стороны—положеніе стопъ, которыя висятъ въ формѣ «*varus-equinus*».

При изслѣдованіи двигательной способности нижнихъ конечностей констатированъ параличъ, интенсивность котораго постепенно уменьшалась отъ оконечностей по направленію вверхъ къ началу конечностей. Больная была еще въ состояніи двигать немного пальцами ногъ, производить движенія приведенія, отведенія и сгибанія стопъ, но и только. Сокращеніе Ахиллова сухожилия сдѣлало невозможнымъ пассивное выпрямленіе кончика стопы.

Наоборотъ больная безъ затрудненія и съ довольно большой силой выполняла движенія сгибанія и разгибанія голени, а также и боковыя движенія. Въ области бедеръ все указывало на небольшой парезъ, особенно слѣва. Но несмотря на это, больная не могла ни стоять увѣренно на ногахъ, ни ходить.

При изслѣдованіи чувствительности на нижнихъ конечностяхъ обнаружена выраженная гиперестезія безъ сопутствующей анестезіи. Гиперестезія проявлялась лишь при болевыхъ и термическихъ ощущеніяхъ, она была поверхностная. Давленіе на мышцы не вызывало никакихъ болей у больной. Самое большое, что больная испытывала, особенно когда ее массируютъ, ощущеніе уколовъ и мурашекъ въ стопахъ.

Я уже говорилъ, что мышцы были атрофированы, особенно на голеняхъ; этой атрофіей были охвачены въ одинаковой мѣрѣ разгибатели и сгибатели. Этимъ атрофическія разстройства и ограничивались.

Изъ вазомоторныхъ разстройствъ отмѣчено было небольшое охлажденіе голени и стопы.

Колѣнные рефлексъ были сохранены и нормальны, или нѣсколько понижены. Кожные подошвенные рефлексъ были очень повышены.

При электрическомъ изслѣдованіи нижнихъ конечностей было констатировано уменьшеніе гальванической и фарадической возбудимости въ передне-наружныхъ мышцахъ голени безъ качественныхъ измѣненій; другими словами, реакціи перерожденія не было, уменьшеніе электрической возбудимости было болѣе выражено слѣва, чѣмъ справа; въ мышцахъ передне-наружной области оно было также болѣе выражено, чѣмъ въ мышцахъ задней области.

Разстройство со стороны мочевого пузыря и прямой кишки не было.

При осмотрѣ туловища не обнаружено никакого патологическаго явленія. То же самое можно сказать и про изслѣдованіе верхнихъ конечностей. При динамометрическомъ изслѣдованіи больная справа дала 20, слѣва—17; полученные результаты можно разсматривать какъ нормальные у женщины слабаго сложенія. Вспомните, впрочемъ, что, по словамъ мужа, верхнія конечности больной были парализованы во время ея пребыванія въ Отель-Дье.

Не констатировано ничего ненормальнаго со стороны шеи и головы. Зрачки умѣренно расширены, реагировали хорошо на свѣтъ и аккомодацию. Не было ни паралича глазныхъ мышцъ, ни разстройствъ остроты зрѣнія, ни центральной скотомы. Ничего ненормальнаго не оказалось и со стороны ушей.

Психическое состояніе этой больной было изслѣдовано моимъ старшимъ ассистентомъ клиники, д-ромъ С у к о м ъ. Онъ указалъ, что амнезія у этой женщины касается главнымъ образомъ воспоминаній, которыя относятся къ началу ея болѣзни и къ событіямъ того времени, но она простирается также и на болѣе отдаленные періоды изъ жизни больной. Словомъ, это была общая, не полная, не систематизированная, но, впрочемъ, очень выраженная амнезія, заключающая въ себѣ нѣкоторыя признаки *retro-antegrad'*ной амнезіи, какъ ее называлъ Ш а р к о, или продолжительной амнезіи, какъ ее теперь называетъ Р. Ж а н з. Я сейчасъ выясню значеніе этихъ названій.

Вмѣстѣ съ этимъ эта женщина представляла довольно ясныя разстройства вниманія и воли. Она была апатична, пассивно и равнодушно относилась ко всему происходящему вокругъ нея, она, казалось, лишилась аффективныхъ чувствъ. При этомъ ея характеръ не измѣнился. Я вамъ уже недавно говорилъ, насколько способность ея сужденія была сужена.

Кромѣ этихъ столь выраженныхъ разстройствъ памяти, вниманія, сужденія эта женщина бредовыхъ явленій не проявляла.

15-го Октября больная была переведена въ хирургическое отдѣленіе для двусторонней тенотоміи Ахиллова сухожилія. Послѣ операціи нижнія конечности въ теченіи мѣсяца были иммобилизированы въ гипсовой повязкѣ. Больная вернулась

въ наше отдѣленіе 20-го Октября; за это время состояніе ея не измѣнилось, развѣ лишь стопы представлялись менѣе висящими, что было результатомъ сдѣланной ей операціи.

Итакъ, у этой женщины мы констатировали атрофическій параличъ нижнихъ конечностей, напряженность котораго постепенно уменьшалась отъ оконечностей по направленіи вверхъ къ началу конечностей; этотъ параличъ сопровождался гиперэстезіей, проявлявшейся при болевыхъ и термическихъ ощущеніяхъ, явленіями парэстезіи (ощущеніемъ покалыванія и мурашекъ), простымъ уменьшеніемъ гальванической и фарадической возбудимости мышцъ голени, повышеніемъ кожныхъ подошвенныхъ рефлексовъ, безъ измѣненія колѣнныхъ рефлексовъ, безъ трофическихъ разстройствъ покрововъ, безъ разстройствъ сфинктеровъ, безъ двигательной инкоординаціи, безъ разстройствъ со стороны глазъ и зрачковъ. Но этотъ параличъ сопровождался интеллектуальными разстройствами, природу которыхъ я уже выяснилъ; признаками же этихъ разстройствъ и значеніемъ ихъ я сейчасъ займусь специально.

Разстройства, констатированныя нами на нижнихъ конечностяхъ, были болѣе выражены слѣва, чѣмъ справа. Онѣ развивались медленно, имъ предшествовали боли, бредовыя явленія. Все это развилось у женщины, которая уже давно была извѣстна, какъ закоренѣлая алкоголичка.

Въ настоящее время состояніе больной на пути къ улучшенію по сравненію съ тѣмъ, какимъ оно было 15-го Октября. Вы видите, что въ ея наружномъ видѣ нѣтъ ничего, чтобы сразу указывало, что она больна. Ея лицо не проявляетъ ни малѣйшихъ слѣдовъ страданія. Наоборотъ, вы замѣтите нѣкоторую тупость взгляда, въ общемъ выраженіе лица малоосмысленное.

Я сейчасъ заставлю больную пройтись предъ вами съ приподнятыми юбками. Вы видите, что подвигается впередъ безъ труда. Она медленно приподнимаетъ стопу отъ пола и немного стучитъ ногами при ходьбѣ. Во всей ея походкѣ замѣчается какъ-бы намекъ на спотыканіе. Я сейчасъ усажу больную и прикажу ей поднять голени. Вы замѣчаете, что стопы ея находятся въ разгибательномъ положеніи, но онѣ еще немного висятъ. Благодаря перерѣзкѣ сухожилій, произведенной нѣсколько недѣль тому назадъ, достигнуто, что стопы теперь приподняты; но больная не въ состояніи произвести это приподниманіе ихъ усиленіемъ одной воли. Во всякомъ случаѣ активныя разгабательныя движенія стопы—очень ограничены. Это зависитъ отъ того, что на голенихъ мышцы передне-наружной группы все еще парализованы; онѣ представляютъ также извѣстную степень атрофіи.—Другія движенія стопъ, за исключеніемъ приведенія, выполняются довольно хорошо.

У больной болѣе нѣтъ произвольныхъ болей, у нея имѣется еще извѣстная степень кожной гиперэстезіи въ области икръ и подъёмовъ стопы. Давленіе на мышечныя массы, особенно по сосѣдству съ точками отхожденія нервныхъ волоконъ, еще болѣзненно. Признакъ Л а з е г а упорно держится.

Колѣнные рефлексы снова стали нормальными. На верхнихъ конечностяхъ, въ области иннервации лучевыхъ нервовъ, наблюдается еще извѣстная степень двигательнаго пареза. Амнезія всецѣло держится. Чтобы обнаружить ее, достаточно спросить о недавнихъ фактахъ, которые легко провѣрить. Замѣтно также, съ какою медлительностью эта женщина отвѣчаетъ на большинство моихъ вопросовъ и какихъ усилій ей стоитъ, чтобы дать отвѣтъ; лицо ея выражаетъ глубокую апатію.

Въ итогѣ, атрофическій параличъ, которымъ страдаетъ эта женщина, законченѣлая алкоголичка, находится на полномъ пути къ регрессу. Сопровождающіеся его психическія разстройства, между которыми господствуетъ амнезія, остаются безъ измѣненія.

При этихъ условіяхъ я скажу, что діагнозъ не можетъ давать повода къ какимъ-либо колебаніямъ: мы имѣемъ предъ собой случай алкогольнаго полиневрита, распространившагося въ извѣстный моментъ на четыре конечности, затѣмъ ограничившагося верхними конечностями. Этотъ параличъ принимаетъ форму атрофическаго паралича и сверхъ того сопровождается настолько выраженными интеллектуальными разстройствами, что онѣ до извѣстной степени господствуютъ въ картинѣ болѣзни. Я не буду особенно медлить, чтобы доказать справедливость этого діагноза. Разъ отсутствуютъ контрактуры, — за нихъ нельзя принимать сухожильныя сведенія Ахиллова сухожилия, какъ послѣдствіе преобладающей атрофіи антагонистовъ; — разъ отсутствуютъ кожныя трофическія разстройства и объѣктивные разстройства чувствительности; — разъ сохранена функція мочевого пузыря и прямой кишки и разъ мы имѣемъ такое развитіе явленій, — единственная изъ паралитическихъ и амиотрофическихъ болѣзней, о которой въ присутствіи такихъ признаковъ можно думать, это — подострый *poliomyelitis anterior* (подострый передній спинальный параличъ Дюшенна). Когда эта послѣдняя болѣзнь принимаетъ восходящую форму, параличемъ довольно быстро охватываются различные сегменты нижнихъ конечностей, именно бедра, сгибатели которыхъ поражаются первыми, результатомъ чего является затрудненіе при ходьбѣ, которое главнымъ образомъ состоитъ въ трудности подниманія нижнихъ конечностей и выдвиганія ихъ впередъ. Почти всегда параличъ распространяется на верхнія конечности, гдѣ онъ идетъ такимъ же прогрессивнымъ ходомъ, какъ и на нижнихъ конечностяхъ; онъ часто охватываетъ туловище и даже лицо. Съ другой стороны парализованныя мышцы немедленно атрофируются; по собственному выраженію Дюшенна, эта атрофія «поражаетъ цѣлкомъ конечности, которыя кажутся похудѣвшими, какъ у мумій». Сверхъ того, я считаю долгомъ обратить особенное ваше вниманіе на то, что функціональное безсиліе, затрудненіе движеній — пропорціонально напряженію и распространенію паралича и атрофіи. При изслѣдованіи парализованныхъ и атрофированныхъ мышцъ всегда констатируется реакція перерожденія. Если она не проходитъ, то параличъ обнаруживаетъ склонность захватывать мышцы языка, лица,

вызывая такимъ образомъ звуковыя артикуляторныя разстройства и разстройства рѣчи. Вслѣдствіе распространенія паралича на важные органы, иннервируемые продолговатымъ мозгомъ, можетъ послѣдовать смерть. При *poliomyelitis anterior* остаются всегда сохранными чувствительность и интеллектуальныя способности.

Насколько все это противорѣчитъ тому, что мы наблюдаемъ у этой женщины. Еще разъ хорошо обратите вниманіе на распредѣленіе ея паралича, который, направляясь вверхъ отъ оконечностей до начала нижнихъ конечностей, настолько уменьшается въ своей интензивности, что на бедрахъ справа мы едва наблюдаемъ небольшой парезъ. Замѣьте также характеръ распространенія мышечной атрофіи. Эта атрофія представляется глазамъ, какъ простое общее исхуданіе голеней и нижней части бедеръ, а не какъ какая-то мумификація, о которой я только что говорилъ и которая происходитъ вслѣдствіе исчезновенія мышцъ *en masse*. Наконецъ замѣьте еще,—для полноты объективнаго изслѣдованія,—что на стопахъ, гдѣ двигательный параличъ достигаетъ своего наибольшаго напряженія, онъ сопровождается полной невозможностью ходить и стоять на ногахъ.

Функциональное безсиліе конечностей въ этомъ отношеніи находится въ явномъ несоотвѣтствіи со степенью паралича и мышечной атрофіи. Тутъ имѣется, если я могу такъ выразиться, состояніе астазіи и абазіи, которое гораздо болѣе указываетъ на психическое разстройство, на истероформное состояніе, чѣмъ на безсиліе вслѣдствіе сокращенія мышцъ, участвующихъ въ стояніи и въ ходьбѣ. Не забывайте, что алкоголь между токсическими агентами, вызывающими истерію, занимаетъ первое мѣсто; не забывайте, что у этой женщины были настояшіе нервные припадки, которые развивались вслѣдствіе алкогольнаго отравленія. Я больше не настаиваю на роли, которую могла играть въ этомъ случаѣ истерія—роль ея, очевидно, слабая. Діагноза истеріи нельзя и принимать въ расчетъ, если вдуматься въ другіе перечисленные нами симптомы.

Съ другой стороны мы могли констатировать реакцію перерожденія въ парализованныхъ и атрофированныхъ мышцахъ, что также далеко не рѣдко наблюдается при полиневритахъ алкогольнаго происхожденія.

Параличъ, поразивъ вначалѣ всѣ четыре конечности, затѣмъ сосредоточивается лишь въ нижнихъ конечностяхъ, не проявляя при этомъ ни малѣйшей склонности къ распространенію вверхъ и внизъ. Онъ сопровождается разстройствами чувствительности, которые выражаются гиперѣстезіей.

Наконецъ интеллектуальныя разстройства и именно амнезія, которая особенно выражена у нашей больной, довершаютъ общій характеръ явленій, представляемыхъ этой женщиной, придавая имъ настоящій отпечатокъ. Ясно, что это—случай алкогольнаго полиневрита.

Я перехожу теперь къ главному предмету этой лекціи, къ исторіи алкогольнаго полиневрита.

Эта разновидность полиневрита, въ теченіи послѣднихъ 15-ти лѣтъ, была предметомъ весьма большого числа сообщеній; я не буду входить въ историческій и библиографическій обзоръ ихъ, такъ какъ это затруднитъ лишь изложеніе моего предмета. Но я оставляю за собой право попутно сослаться на тѣ работы, о которыхъ нужно спеціально упомянуть.

Мнѣ кажется особенно важнымъ разсматривать факты съ клинической точки зрѣнія—это значитъ, обратить ваше вниманіе на полиморфизмъ симптоматологій этой разновидности неврита, начертать въ вашемъ умѣ, насколько возможно, вѣрное представленіе о клиническихъ видахъ, подъ которыми эта разновидность неврита обыкновенно представляется нашему наблюденію, чтобы вы наконецъ прониклись тѣмъ убѣжденіемъ, что алкогольный полиневритъ самъ по себѣ по преимуществу таковъ, что отношеніе его къ психозамъ интересно знать и изслѣдовать.

Алкогольный полиневритъ имѣетъ преимущественно полиморфную симптоматилогію. Дѣйствительно, въ этой симптоматологій мы видимъ фигурирующими:

А.—Чувствительныя расстройства, которые смотря, по случаю, будутъ слѣдующія: Явленія парестезіи, наблюдающіяся почти постоянно, а именно: онѣмѣнія, покалываніе, мурашки. Различныя по характеру боли: стрѣляющія, молніеносныя, напоминающія боли при ушибахъ, — эти боли могутъ слѣдовать по направленію нервного ствола, или же занимать поверхностные покровы, или гнѣздиться въ глубинѣ мышцъ. Часто также онѣ выражаются въ формѣ мышечныхъ судорогъ. Гиперѣстезія, то поверхностная, вызываемая осязательными ощущеніями, чаще всего болевыми или термическими ощущеніями; то глубокая, проявляющаяся при давленіи на нервные стволы и на мышечныя массы. Анаѣстезія, которая въ случаѣ ея наличія достигаетъ обыкновенно наибольшаго своего напряженія на подошвѣ стопъ; она можетъ ограничиваться этой областью. Анаѣстезія можетъ также распространяться на глубокія ткани, а особенно на мышцы; въ такомъ случаѣ она сопровождается потерей представленія о положеніи въ тѣхъ частяхъ, гдѣ локализуется глубокая анаѣстезія. Замедленіе въ воспріятіи чувствительныхъ впечатлѣній.

Б.—Двигательныя расстройства, выражаемыя чаще всего двигательныхъ параличемъ, гораздо рѣже двигательной инкоординаціей.

В.—Трофическія расстройства, которые обыкновенно заключаются въ распространеніи атрофіи парализованныхъ мышцъ, она можетъ достигать значительной интензивности. Путемъ противодѣйствія они вызываютъ тѣ сухожильныя сведенія, весьма яркій примѣръ которыхъ мы имѣли возможность наблюдать у нашей больной.

Г.—Вазомоторныя расстройства, которые состоятъ то въ мѣстномъ охлажденіи покрововъ въ области парализованныхъ членовъ,

то въ отека́хъ нижнихъ конечностей,—явленіе довольно частое, значеніе же его вообще неизвѣстно врачамъ, мало знакомымъ съ нервною патологіей. Этотъ отекъ можетъ ограничиваться суставами и вводить въ обманъ, заставляя думать о ревматизмѣ.

Д.—Разстройство рефлексовъ, а именно: отсутствіе кожныхъ рефлексовъ на нижнихъ конечностяхъ, повышеніе кожныхъ рефлексовъ на уровнѣ пояса гиперэстезіи.

Е.—Разстройства со стороны глазъ, состоящія то въ анестезіи сѣтчатки въ формѣ центральной эллиптической скотомы; другой разъ они проявляются въ формѣ паралича наружныхъ мышцъ и, какъ исключеніе, въ формѣ Аргиль - Робертсоновскаго признака. Долгое время смотрѣли на этотъ послѣдній признакъ, какъ на чуждый симптоматологіи алкогольнаго неврита. Со времени изслѣдованій Эперона,¹⁾ кажется, доказано, что полное отсутствіе реакціи зрачковъ можетъ быть наблюдаемо въ случаѣ простаго токсическаго неврита (алкоголь, табакъ); но этотъ фактъ наблюдается крайне рѣдко.

Ж.—Интеллектуальныя разстройства; онѣ бываютъ троякаго рода и могутъ наблюдаться совмѣстно, или отдѣльно, а именно:

Бредовыя явленія.

Ослабленіе интеллектуальныхъ способностей.

Амнезія.

У нашей больной имѣется сочетаніе двухъ послѣднихъ разновидностей интеллектуальныхъ разстройствъ, не считая того, что у нея былъ временный взрывъ бреда. Я не стану слишкомъ настаивать на той важности, какую представляетъ для врача знаніе отношеній этого рода разстройствъ къ алкогольному полиневриту и къ другимъ разновидностямъ полиневритовъ.

Конецъ этой лекціи я посвящу на то, чтобы дать ясное представленіе о томъ, что описывается подъ именемъ полиневритическаго психоза, слѣдуя при этомъ только что установленной классификаціи.

Интеллектуальныя разстройства.—а) Амнезія.—Я займусь сначала амнезіей. Изъ различныхъ интеллектуальныхъ разстройствъ, наблюдаемыхъ въ случаяхъ алкогольнаго полиневрита, на амнезію менѣе всего обращаютъ вниманіе врачи, мало знакомые съ душевными болѣзнями; констатированіе ея почти всегда ускользаетъ отъ нихъ.

Если пренебрегаютъ изученіемъ этого симптома, то почти неизбѣжно подвергаютъ себя серьезнымъ діагностическимъ ошибкамъ, поучительный примѣръ которыхъ я вамъ сейчасъ доложу. Я вамъ говорилъ, что амнезія, когда она соче-

¹⁾ Eperon.—Sur quelques symptômes tabétiques de l'amblyopie toxique. (Revue médic. de la Suisse romande, Avr. 1890).

тается съ алкогольнымъ полиневритомъ, когда она развивается вслѣдствіе хроническаго алкоголизма, можетъ появляться помимо какого-либо замѣтнаго проявленія ослабленія интеллектуальныхъ способностей.

Во всякомъ случаѣ рѣдко наблюдается, чтобы такъ было. Обыкновенно эти два психическихъ расстройства существуютъ, но амнезія преобладаетъ надъ ослабленіемъ интеллекта, которое, разъ выкаютъ въ корень вещей и не ограничиваются поверхностнымъ изслѣдованіемъ, все-же легко изболчить.

Скрытая при своемъ началѣ, амнезія идетъ затѣмъ прогрессивнымъ ходомъ. Разъ она достигла своего полнаго развитія, то обыкновенно носить диффузный характеръ, это значитъ, что она распространяется на различные отдѣлы памяти. Во всякомъ случаѣ, она почти всегда имѣетъ очень характерную локализацию; если не исключительно, то по крайней мѣрѣ въ преобладающей мѣрѣ амнезія касается недавнихъ фактовъ, послѣднихъ событій при началѣ интоксикаціи. Этотъ способъ проявленія амнезіи, кажется, указываетъ на то, что центры памяти, болѣе или менѣе измѣненные алкогольной интоксикаціей, не могутъ сохранять новыхъ пріобрѣтеній и запечатлѣвать ихъ въ состояніи стойкихъ воспоминаній.

Эта амнезія, или скорѣе эта особенная локализція амнезіи, такъ какъ здѣсь дѣло идетъ лишь о прошедшихъ событіяхъ, на которыя переносится расстройство памяти, была названа Шарко и Сукомъ антероградной. Послѣ этого П. Жане указалъ, что это названіе уже было примѣнено, его употребляли еще и въ иномъ смыслѣ для обозначенія нѣсколько иной локализціи. Этимъ словомъ обозначали амнезію, которая касается событій, непосредственно послѣдовавшихъ за травматическимъ шокомъ. Что касается разсматриваемой нами амнезіи, то она не касается исключительно извѣстныхъ опредѣленныхъ воспоминаній, и продолжаетъ непрерывно охватывать воспоминанія по мѣрѣ ихъ воспроизведенія, поэтому онъ и предложилъ назвать ее *amnesia continua*.

Чтобы вы лучше поняли этотъ характеръ амнезіи, позвольте мнѣ кстати указать вамъ, какими признаками она отличается отъ амнезіи, развившейся вслѣдствіе остраго алкоголизма. Послѣдняя амнезія ясно ограничивается опредѣленнымъ періодомъ, періодомъ опьяненія, который одинъ-только забыть. Самое большое, что забвеніе переносится немного на періодъ, предшествующій и послѣдующій за опьяненіемъ.

Эта амнезія является немного ретроградной и немного антероградной, но она всегда временная и ограничивается опредѣленнымъ періодомъ жизни. Воспоминанія, пріобрѣтенныя послѣ опьяненія, ясно сохранены. Вы видѣли, что при *amnesia continua* хроническаго алкоголизма дѣло происходитъ иначе ¹⁾.

¹⁾ По поводу *amnesia continua* смотри: Корсаковъ, Une maladie de la mémoire. (Revue philosophique, 1889, II, 503).—Charcot. Sur un cas d'amnésie rétro-

Послѣ того, какъ мы изучили эту локализацию амнезіи, надо будетъ разсматрѣть форму этой амнезіи, т. е. психологическій механизмъ и свойства особенно интересныхъ мозговыхъ явленій. Вы тогда убѣдитесь, что эта амнезія—рѣдко бываетъ полная и опредѣленная. Почти всегда воспоминанія, такъ сказать, утраченныя рано или поздно, такъ или иначе восстанавливаются. Это не есть амнезія сохраненія. Это будетъ скорѣе амнезія вызванія, какъ говорилъ когда-то Рибо. Воспроизведеніе воспоминаній пуждается, кажется, въ другихъ психо-физиологическихъ условіяхъ, чѣмъ чистое и простое сохраненіе ихъ; больные сохраняютъ воспоминанія, не будучи въ состояніи ихъ воспроизвести. Но въ дѣйствительности, судя по статьямъ Корсакова и П. Жанэ, расстройство будетъ еще болѣе тонкое. Воспоминанія въ умѣ больного воспроизводятся чаще и легче, чѣмъ думаютъ объ этомъ. Это проявляется въ кучѣ дѣйствій, что можно наблюдать различными способами, но это дѣлается безъ вѣдома больного. Онъ не сознаетъ своихъ воспоминаній, онъ не ассимилируетъ ихъ въ своей мысли: это-то, что П. Жанэ уже давно предложилъ назвать амнезіей ассимиляціи. Въ этомъ отношеніи амнезія хроническаго алкоголизма приближается къ амнезіи опьяненія, и обѣ онѣ сходны съ истерической амнезіей. Значитъ, одна подробность еще прибавится къ тому, что я сказалъ по поводу аналогіи этихъ токсическихъ явленій и истерическихъ явленій.

Какъ-бы то ни было, но этотъ послѣдній признакъ намъ выяснитъ, какимъ образомъ амнезія можетъ такъ легко проходить. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ, дѣйствительно, эта амнезія излечима при условіи, что вызвавшая ее причина перестаетъ дѣйствовать на мозгъ. Въ противномъ случаѣ, больной погружается въ стойкое слабоуміе, при которомъ амнезія составляетъ лишь одинъ изъ элементовъ.

Когда амнезія должна исчезнуть, восстановленіе памяти происходитъ медленно, оно тянется мѣсяцами и годами, слѣдуя извѣстнымъ законамъ. Проф. Корсаковъ, изъ Москвы, въ статьяхъ, къ которымъ я сейчасъ возвращусь, хорошо выяснилъ всѣ эти факты.

Дѣйствіе алкоголя на головной мозгъ вполне сравнимо съ его дѣйствіемъ на периферическую нервную систему. Въ обоихъ случаяхъ выздоровленіе является правиломъ, но для этого требуются мѣсяцы и годы и то оно обыкновенно бываетъ

antérograde. (Revue de médecine, 10 Февр. 1892, p. 81). — Souques, Etude sur l'amnésie rétro-antérograde dans l'hystérie, les traumatismes cérébraux, l'alcoolisme. (Revue de médecine, 1892, p. 367). — Seglas et Sollier. Folie puerpérale, amnésie, etc. (Archives de neurologie, 1890, II, 60). — Pierre Janet. Amnésie continue. (Revue générale des sciences, 1093, p. 175); Stigmates mentaux des hystériques. 1893, p. 91; article «Amnésie», du Dictionnaire de physiologie de Ch. Richet, 1896, p. 433.

не полнымъ. Все зависитъ отъ продолжительности интоксикаціи и серьезности органическихъ измѣненій, вызванныхъ этой послѣдней.

Я прибавлю, что когда эта амнезія не сопровождается ясно выраженнымъ ослабленіемъ интеллекта и касается только недавнихъ фактовъ, то ее при поверхностномъ разспросѣ можно не замѣтить. Но при болѣе или менѣе продолжительномъ разговорѣ, врачъ въ концѣ концовъ констатируетъ пробѣлы памяти, особенно запечатлѣваніе фактовъ, только что происшедшихъ во время самого разговора.

Итакъ, изъ того, что я вамъ сказалъ объ алкогольной амнезій, запомните то, что въ случаяхъ хроническаго алкоголизма, слѣдовательно, и въ случаяхъ алкогольнаго неврита, это расстройство памяти проявляется то въ формѣ распространенной, не систематизированной амнезій, то подъ видомъ амнезій главнымъ образомъ непрерывной (*amnesia continua*), т. е. касающейся гораздо болѣе фактовъ недавнихъ, чѣмъ давнопрошедшихъ событій, и всѣхъ недавнихъ фактовъ по мѣрѣ того, какъ они воспроизводятся. Вы замѣтите, что амнезія обыкновенно сочетается съ ослабленіемъ интеллекта и съ бредовыми явленіями, характеръ которыхъ я сейчасъ выясню; замѣтите далѣе, что эта амнезія чаще всего излечима. Воспоминанія остаются накопленными и сохранными въ корковыхъ центрахъ, доказательствомъ чего служить, что они могутъ возродиться во время безсознательныхъ проявленій. Они, слѣдовательно, не уничтожились; они лишь ускользаютъ отъ личной сознательности вслѣдствіе недостатка умственнаго синтеза. Поэтому эта амнезія и названа амнезіей вызванія и ассимиляціи.

б) Ослабленіе интеллектуальныхъ способностей — У нашей больной амнезія сопровождалась настоящимъ ослабленіемъ интеллектуальныхъ способностей, которое выражалось недостаткомъ вниманія, воли, сужленія, логики. Больная не только была апатична, равнодушна ко всему происходящему вокругъ нея, она лишена была аффективныхъ чувствованій; она сдѣлалась неспособной разсуждать, сколько нибудь логически, она не въ состояніи разрѣшить самой простой задачи; примѣры этого я приводилъ вамъ.

Это ослабленіе интеллектуальныхъ способностей, какъ я говорилъ вамъ, почти всегда сочетается съ амнезіей алкогольнаго полиневрита. Возможно до извѣстной степени представить себѣ происхожденіе амнезій. На самомъ дѣлѣ понятно, что недостатокъ воспріятій образовъ и воспоминаній зависитъ отъ недостатка умственнаго синтеза. Это отсутствіе умственнаго синтеза задерживаетъ прежде всего образованіе образныхъ системъ, составляющихъ ассоціаціи идей и воспоминаній и мѣшаетъ сознанію охватывать образы и воспоминанія, которыя ею при нормальныхъ условіяхъ задерживаются; другими словами, это отсутствіе умственнаго синтеза затрудняетъ волевое и сознательное вызваніе и ассимиляцію воспоминаній. Амнезія, слѣдовательно, будетъ послѣдствіемъ этой умственной спутанности, она будетъ также наиболѣе выразительнымъ проявленіемъ ея.

в) Бредовыя явленія. Я перехожу теперь къ третьей группѣ психическихъ разстройствъ, наблюдаемыхъ въ теченіи алкогольнаго полиневрита, которая весьма часто сочетается съ амнезіей и съ ослабленіемъ интеллекта—я хочу говорить о бредовыхъ явленіяхъ. У нашей больной они были выражены въ неясной формѣ и имѣли временный, проходящій характеръ. Между тѣмъ проф. Корсаковъ—первый авторъ, насколько мнѣ извѣстно, который занимался психическими разстройствомъ въ связи ихъ съ полиневритами и который написалъ о нихъ поучительную статью—приписываетъ бредовымъ явленіямъ значеніе, по крайней мѣрѣ, равное значенію амнезій. Я сейчасъ приведу описаніе этихъ явленій, сдѣланное проф. Корсаковымъ; въ немъ вы найдете смѣшанными всѣ три категоріи интеллектуальныхъ разстройствъ; я счелъ нужнымъ, чтобы вы меня легче поняли, раздѣлить ихъ. Это описаніе, относящееся къ полиневритической психопатіи, обнимаетъ собой все, что можно наблюдать въ дѣлѣ психическихъ разстройствъ во время теченія полиневритовъ; оно, слѣдовательно, соответствуетъ общей картинѣ, составленной изъ элементовъ, заимствованныхъ изъ различныхъ отдѣльныхъ случаевъ.

По описанію Корсакова ¹⁾ полиневритическая психопатія или перебродпатія проявляется прежде всего значительной раздражительной слабостью психической сферы, затѣмъ болѣе или менѣе глубокимъ разстройствомъ умственного синтеза и наконецъ затемнѣніемъ памяти. Самая слабая форма этой психопатіи выражается раздражительной слабостью, которая въ свою очередь выражается безсонницей, скорой утомляемостью мозга, чувствомъ тоски, боязни, страха безъ всякаго къ тому повода. По вечерамъ особенно больные дѣлаются возбужденными, ихъ одолеваетъ страхи, они находятся въ ожиданіи какой-либо непріятности, они всѣмъ недовольны. Довольно часто у этихъ больныхъ наблюдается также невозможность управлять своимъ вниманіемъ или отрѣшиться отъ идей, одолеваящихъ ихъ умъ. Они такимъ образомъ находятся во власти навязчивыхъ идей, которыя вызываютъ возбужденіе или страхъ.

Когда психическое измѣненіе усиливается, больные становятся неспособными давать болѣе или менѣе правильное направленіе теченію своихъ мыслей. Вниманіе также не въ состояніи больше ассоціировать образы и идеи. Эти послѣднія перепутываются, возникаютъ безпорядочно и воспринимаются сознаніемъ не отчетливо.

Иногда, въ самомъ началѣ болѣзни такого рода состояніе развивается до

¹⁾ См. Корсаковъ.—Объ алкогольномъ параличѣ. Москва 1887. Разстройстве психической сферы при алкогольномъ параличѣ въ связи съ психическими разстройствами при множественныхъ невритахъ не алкогольнаго происхожденія. (Вѣстникъ психіатріи, 1887 г.); Ueber eine besondere Form psychischer Störung combinirt mit multipler Neuritis (Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., 1890, XXI, Heft 3, 669); Etude médico-psychologique sur une forme des maladies de la mémoire (Revue philosophique, 1889, II, 501).

известной степени остро; иногда оно совпадает съ начальными явленіями множественнаго неврита, хотя можетъ и предшествовать этимъ явленіямъ. Тогда въ большинствѣ случаевъ въ началѣ наблюдается состояніе сильнаго возбужденія въ аффективной сферѣ, которое выражается чаще всего страхомъ, панофобіей, сопровождаемыми бредомъ, обманами чувствъ и дѣйствіями, соответственными этого рода чувствамъ. Обыкновенно это состояніе возбужденія не долго длится, оно оканчивается выздоровленіемъ, или переходитъ въ хроническую форму.

Когда осуществляется этотъ переходъ, то хроническая форма проявляется внѣшними признаками ослабленія интеллекта со ступоромъ, или явленіями апатической спутанности. Въ первомъ случаѣ наблюдаютъ глубокое разстройство способности сужденія, сопровождаемое бредовыми идеями, иллюзіями, одиночными галлюцинаціями, прерываемыми часто также временными припадками маниакальнаго бреда. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ слабоуміе достигаетъ весьма большой степени, больные впадаютъ въ состояніе весьма выраженного ослабленія интеллектуальныхъ способностей; они становятся нечистоплотными. Въ этотъ періодъ къ явленіямъ множественнаго неврита могутъ присоединиться симптомы со стороны черепныхъ нервовъ; поэтому ставятъ совершенно неправильно діагнозъ общаго паралича и очень удивляются, если такіе больные выздоравливаютъ (я сейчасъ приведу примѣръ этого). По мнѣнію Корсакова, эти случаи паралитическаго псевдопаралича рѣдки; чаще всего наблюдается состояніе простого ступора, прерываемаго фазами временнаго возбужденія.

Когда психозъ принимаетъ внѣшніе признаки апатической спутанности, то это послѣдняя можетъ составлять конечный стадій предшествующей галлюцинационной спутанности. Другой разъ психозъ развивается постепенно, ему не предшествуютъ ни возбужденіе, ни бредъ. Онъ выражается психической спутанностью, потерей точнаго представленія о времени и о пространствѣ, ошибками воспоминанія и ослабленіемъ памяти. Часто доходитъ до того, что больные не знаютъ больше, гдѣ они, какую комнату они занимаютъ; перепутываютъ лица, ихъ окружающія, называютъ ихъ именами лицъ, давно уже умершихъ, приписываютъ имъ поступки, которыхъ они не совершали, смѣшиваютъ недавніе и дѣйствительные факты съ давнопрошедшими, или воображаемыми событіями. Обыкновенно память бываетъ глубоко поражена, части больные забываютъ все, что происходитъ вокругъ нихъ. Обыкновенно они спокойны и даже апатичны; у нихъ почти не наблюдается аффективныхъ разстройствъ; иногда у нихъ имѣется склонность къ смѣху и плачу по поводу самыхъ ничтожныхъ причинъ. Часто бываетъ, что больной, оставшійся въ теченіи цѣлаго дня спокойнымъ, ночью становится возбужденнымъ, говоритъ не переставая, зоветъ къ себѣ, ссорится, порывается вставать и ѣхать къ новому мѣсту служенія.

Эта вторая форма психической спутанности будетъ наиболѣе частой въ случаяхъ полиневрита; она достигаетъ болѣе или менѣе выраженной степени. Про-

должительность ея различна, иногда она усиливается прогрессивно; въ концѣ концовъ больные перепутываютъ не только окружающихъ ихъ лицъ, но даже и вещи, они забываютъ даже значеніе словъ и знаковъ.

Вотъ точная картина, которая отвлекла насъ довольно далеко отъ того, что мы наблюдали у нашей больной. Я хотѣлъ васъ познакомить съ ней, какъ ее описываетъ самъ Корсаковъ, и насколько возможно, описать ее его же выраженіями. Это самый вѣрный способъ, чтобы дать вамъ точное понятіе о томъ, что разумѣютъ подъ словами: полиневритическій психозъ. Вы можете себя представить теперь, что это за психозъ, когда онъ осуществляетъ собой наибольшую степень своихъ осложненій. Въ параллель выступаетъ случай нашей больной, которую я вамъ показывалъ въ началѣ этой лекціи и который осуществляетъ собой самыя простыя условія: у нашей больной психическія расстройства выражаются амнезіей и нѣкоторой степенью ослабленія интеллектуальнымъ способностей; самое большое, что у нея былъ очень кратковременный взрывъ бреда. Корсаковъ въ совершенствѣ ознакомленъ съ существованіемъ и этой простой формы полиневритического психоза. Дѣйствительно, указавъ на то, что при хронической формѣ слабоумія, которую я вамъ только что очертилъ, память почти всегда измѣнена, онъ добавилъ: при полиневритѣ наблюдаются формы психозовъ, гдѣ память разстроена, между тѣмъ какъ сознаніе и способность сужденія бываютъ относительно не нарушены. Въ подобныхъ случаяхъ крайне поражаетъ то, что больные хорошо сознаютъ, что дѣлается вокругъ нихъ, вполне сознательно поддерживаютъ разговоръ, но черезъ минуту забываютъ, что сейчасъ происходило вокругъ нихъ, о чемъ они разговаривали. Въ тяжелыхъ случаяхъ, прибавляетъ Корсаковъ, воспоминаніе о прежнихъ событіяхъ совершенно исчезаетъ.

Было-бы ошибочно думать, господа, что психическія расстройства, о которыхъ я сейчасъ бесѣдовалъ съ вами, наблюдаются только при алкогольномъ полиневритѣ. Уже въ первыхъ своихъ сообщеніяхъ Корсаковъ указалъ на то, что они наблюдаются при невритахъ весьма различнаго происхожденія. Такъ случаи полиневритическихъ психозовъ, которые ему удалось собрать до 1889 года, относились къ полиневритамъ въ связи съ гликозуріей, съ полнокровіемъ, съ туберкулезомъ, съ тифомъ, съ иктерогеннымъ заболѣваніемъ печени, съ псевдолейкеміей.

Другой разъ симптомы полиневритического психоза развились у женщины, разрѣшившейся гнилымъ плодомъ; иногда, далѣе, они развивались послѣ лапаротоміи, которую необходимо было произвести вслѣдствіе вѣматочной беременности, на этотъ разъ содержимое плоднаго мѣшка было также на пути къ разложенію. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ женщина подверглась параличу *n. n. vagi et phrenici*. При вскрытіи обнаруженъ множественный дегенеративный невритъ, который при жизни выражался различными явленіями, въ томъ числѣ и явленіями двигательнаго паралича.

Всѣ только что перечисленные факты имѣютъ то общее, что они относятся къ болѣзненнымъ явленіямъ, въ которыхъ участіе инфекціоннаго или токсическаго начала въ происхожденіи полиневритическихъ симптомовъ легко уловимо и понятно. Корсаковъ не преминулъ выдѣлить и этотъ пунктъ. Это вынуждаетъ меня сказать вамъ нѣсколько словъ о теоріи, которую онъ предложилъ для объясненія развитія полиневритическаго психоза.

По мнѣнію Корсакова, полиневритическій психозъ во всѣхъ его многочисленныхъ проявленіяхъ является всегда послѣдствіемъ токсическаго зараженія крови — токсеміи. Агентомъ этой токсеміи служатъ всегда токсины, птомаины или лейкомаины, даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ полиневритъ составляетъ послѣдствіе алкоголизма или отравленія металлами. Такимъ образомъ въ случаѣ алкоголизма, алкоголь только способствуетъ образованію птомаиновъ и ихъ разрушительному, отраженному дѣйствию на нервную систему. Съ другой стороны Корсаковъ счелъ нужнымъ принять названіе церебропатіи для обозначенія явленій, которыми мы какъ разъ теперь занимаемся, потому что словомъ психозъ не вполне обнимаются всѣ эти явленія, — тутъ помимо психическихъ расстройствъ въ собственномъ ихъ значеніи наблюдаются иногда въ сочетаніи съ этими послѣдними симптомы мозговые, какъ то: головокруженіе, рвота, *nyctagmus*, затрудненіе рѣчи, неравномѣрное расширеніе зрачковъ и проч.

Пусть остается слово церебропатія, но я не могу на вѣру принять его теорію, по которой какъ полиневриты, такъ и часто присоединяющіяся къ нимъ психическія и мозговые расстройства — будутъ всегда и во что бы то ни стало — послѣдствіемъ интоксикаціи птомаинами или лейкомаинами. Я былъ бы очень радъ обратиться къ свѣточамъ бактериологіи за выясненіемъ того, что еще облечено мракомъ въ области этиологіи заболѣваній нервной системы. Я готовъ вполне вѣрить въ участіе токсиновъ въ происхожденіи полиневритовъ, развивающихся во время или непосредственно послѣ такой инфекціонной болѣзни, какъ дифтерія, тифъ, различныя сыпныя лихорадочныя болѣзни, туберкулезъ и проч. Въ лекціи, въ которой я въ будущемъ прочту объ общей этиологіи полиневритовъ ¹⁾, я посвящу васъ относительно той важной роли, которая, я предполагаю, можетъ быть приписана инфекціи въ происхожденіи полиневритовъ. Я протестую противъ ученія, которое всю этиологію полиневритовъ сводитъ на инфекцію. Рядомъ съ инфекціями я отвожу большое мѣсто интоксикаціямъ. Мы теперь знаемъ хорошо тѣ измѣненія въ строеніи, органическія измѣненія, которыя такіе яды, какъ алкоголь, свинецъ, мышьякъ, ртуть, производятъ въ тканяхъ вообще и въ нервной ткани въ частности. Какая надобность намъ въ участіи гипотетическихъ токсиновъ для выясненія полиневритовъ, развившихся вслѣдствіе интоксикацій алкоголемъ, мышьякомъ, свинцомъ, ртутью, сѣроуглеродомъ и проч.?

¹⁾ Смори XV и XVI лекціи.

То, что я говорю о полиневритахъ, то можно и должно сказать о пораженіяхъ и явленіяхъ психическихъ, черепно-мозговыхъ, бульбарныхъ, спинно-мозговыхъ, которыя приходится наблюдать при однихъ и тѣхъ же обстоятельствахъ.

Я согласенъ съ Корсаковымъ въ томъ, гдѣ этотъ врачъ утверждаетъ, что тотъ же самый патогенный агентъ, который вызываетъ множественный периферическій невритъ, порождаетъ и психическія, и черепно-мозговья разстройства. Имѣя въ виду лишь алкогольную интоксикацію, намъ извѣстно, что алкоголь проявляетъ свое разрушительное вліяніе въ периферическихъ нервахъ, въ спинномъ мозгу, въ головномъ мозгу, и что это вліяніе можетъ выражаться грубыми измѣненіями въ этихъ трехъ отдѣлахъ нервной системы. Что у такого-то больного въ преобладающей степени бываютъ поражены периферическіе нервы, а у другого—спинной или головной мозгъ, это дѣло индивидуальнаго предрасположенія. Развѣ мы не знаемъ, что у нѣкоторыхъ лицъ явленія опьяненія вызываются очень небольшимъ количествомъ спиртныхъ напитковъ, такими дозами, которыя на большинство людей не производятъ почти никакого вліянія? Развѣ мы не знаемъ съ другой стороны людей, которые, не смотря на то, что выпили относительно значительное количество опьяняющихъ напитковъ, однако сохраняютъ свои интеллектуальныя способности нормальными?

Прежде чѣмъ закончить эту лекцію, я желаю указать на послѣдній пунктъ, котораго минуту назадъ я уже коснулся. Я вамъ представилъ больного, у котораго психическія разстройства въ сочетаніи съ алкогольнымъ полиневритомъ выражались амнезіей и извѣстной степенью ослабленія интеллекта. Я вамъ представилъ этотъ случай, какъ осуществляющій собой относительно простыя условія и какъ излечимый случай. Рядомъ съ этимъ я могу поставить другой примѣръ, реализирующій аналогичныя условія,—случай, гдѣ алкогольный полиневритъ развивается вслѣдствіе припадка *delirium tremens*. Какъ крайнюю противоположность я охотно поставлю случай, гдѣ хроническій алкоголизмъ вызываетъ настоящій общій параличъ у субъекта, представлявшаго полиневритъ. Между этими двумя крайностями имѣется мѣсто для различныхъ по ихъ клиническому проявленію психозовъ: алкогольный общій псевдо-параличъ, психическая спутанность съ глубокой апатіей, доходящая до нечистоплотности, бредъ, галлюцинаціи, приступъ острой маніи и проч. Что же это такое, господа? Нельзя же, по примѣру Корсакова, видѣть опредѣленный видъ психоза въ томъ, что называли именемъ полиневритическаго психоза, психической токсемической церебропатіи. Подъ этими названіями смѣшались психическія разстройства, весьма различныя по ихъ проявленію и по ихъ серьезности, которыя имѣютъ одну общую черту, это—сходную этиологію. Качество, количество, длительность дѣйствія токсина, особенно же индивидуальное предрасположеніе, состояніе органовъ, на которые вліяетъ разрушительное дѣйствіе яда,—все это само по себѣ вполне доста-

точно, чтобы объяснить намъ тѣ различія, о которыхъ я говорю. Какъ бы то ни было, но существуетъ тотъ, установленный клиникой, фактъ, что полиневритическій психозъ не представляетъ собой нѣчто единичное, но что онъ представляется нашему наблюденію въ различныхъ видахъ, именно, когда полиневритъ, съ которымъ онъ сочетается, является послѣдствіемъ алкоголизма. Запечатлѣйте это въ своемъ умѣ.

Господа, прежде чѣмъ кончить эту лекцію, я хочу вамъ сказать нѣсколько словъ о весьма интересномъ случаѣ, который я недавно наблюдалъ въ городѣ. Онъ вполне пригоденъ для того, чтобы показать вамъ, къ какимъ серьезнымъ діагностическимъ ошибкамъ ведетъ недостаточное знакомство съ отношеніями расстройства интеллекта къ полиневритамъ. Онъ послужитъ также для убѣжденія васъ въ томъ, что личныя разъясненія и показанія окружающихъ не должны васъ отвращать отъ розысковъ алкоголизма въ прошломъ больныхъ, когда вы приглашаетесь на консультацію, гдѣ подозрѣвается подобная этиологія. Дѣйствительно, случай, о которомъ идетъ рѣчь, касается дамы лучшаго общества, какъ принято обычно выражаться.

Эта дама 32 лѣтъ. Ея отецъ—вспыльчивый, впечатлительный и вмѣстѣ съ тѣмъ, что называется, «молодящійся старикъ», давно уже предается алкоголизму. Мать—страдала большой истеріей и была страннаго, невозможнаго характера. Дядя со стороны матери—дегенерантъ отъ рожденія, сдѣлался истерикомъ вслѣдствіе ничтожнаго укуса, причиненнаго ему вполне здоровой собакой; у него былъ припадокъ собачьяго бѣшенства. Вотъ что можетъ назваться отягченной невропатической наслѣдственностью.

Съ 10—11 лѣтъ Х., которая въ то время была очень умненькой дѣвочкой, но съ фантастическимъ умомъ, плохо уравновѣшенной, украдкой начала пить. Она вышла замужъ 22 лѣтъ; черезъ годъ она родила сына, который, когда я его видѣлъ, представлялъ типъ преждевременной старости. Ему тогда было 9 лѣтъ, но про него сказали бы, что это—старикъ въ миниатюрѣ. Очень скоро между Х. и ея мужемъ, который, скажемъ кратко, слыветъ за чловека съ прекраснымъ характеромъ, пронзошла размолвка.

Х., разумѣется, отъ своихъ тайныхъ привычекъ воздержанія не отказалась. Она продолжала секретно пить крѣпкія вина, а именно портвейнъ, водку и даже вермутъ. Съ 24 лѣтъ она стала страдать гастритомъ съ обильнымъ отдѣленіемъ слизи натошакъ. Въ 25 лѣтъ у ней появились первые признаки полиневрита на нижнихъ конечностяхъ, т. е., небольшая слабость и неувѣренность движеній и вмѣстѣ съ тѣмъ очень сильныя боли. Приглашенный вслѣдствіе этихъ болѣзненныхъ явленій, я назначилъ лечение, въ которомъ молочный режимъ составлялъ существенную часть. Больная выполнила мои предписанія и черезъ три мѣсяца совершенно поправилась.

Потомъ Х. начала прежнюю жизнь, предаваясь снова алкогольнымъ экс-

пессамъ, и даже злоупотребляла куреніемъ табаку; она постоянно спорила и ссорилась съ своимъ мужемъ. Между тѣмъ послѣдній заразился внѣ дома, въ городѣ, сифилисомъ. Кажется, что онъ этой болѣзни не передалъ своей женѣ, хотя и имѣлъ съ нею половыя сношенія.

Въ февралѣ этого года я снова былъ приглашенъ къ Х. Вотъ въ какомъ состояніи я нашелъ ее въ это время: она почти все время проводила въ постели; по цѣлымъ днямъ занималась чтеніемъ романовъ и питьемъ. Она вслѣдствіе рѣзко выраженной анорексіи почти ничего не ѣла. Вмѣстѣ съ этимъ у нея были упорные запоры. Она сдѣлалась невозможнаго характера: ссорилась со всѣми; прислугѣ отдавала самыя разнорѣчивыя приказанія, забывая безпрестанно то, что она сказала минутою назадъ. Къ мужу она получила отвращеніе; она ему дѣлала угрозы и не разъ намѣревалась ударить его.

Увѣщанія, съ которыми я обратился къ ней по поводу послѣдствій ея несчастной привычки къ алкоголю, вначалѣ не дѣйствовали на нее, потомъ она впала въ страшный гнѣвъ. Когда она успокоилась, то пришлось употребить немного времени, чтобы убѣдиться, что у нея имѣется въ очень выраженной степени амнезія. Воспоминанія прошедшаго были относительно хорошо сохранены, однако и тутъ замѣчались очень важныя пробѣлы. Такъ Х. не вспомнила ни числа своей свадьбы, ни числа рожденія своего сына. Особенно пострадала память относительно недавнихъ событій. Когда заставляли больную прочитать газету и спрашивали затѣмъ, о чемъ она читала, то можно было легко убѣдиться, что у нея не осталось никакого воспоминанія о прочитанномъ. Она не давала отчета ни въ числѣ, ни въ часѣ, она не помнила больше, что дѣлала въ теченіе дня.

Кромѣ этой амнезіи у Х. наблюдалось неравномѣрное расширеніе зрачковъ, лѣвый зрачекъ былъ шире праваго. Она жаловалась также на нѣкоторое затрудненіе въ зрѣніи. Кстати скажемъ, что изслѣдованіе періоптометромъ обнаружило существованіе небольшого эллиптическаго сѣженія поля зрѣнія съ обѣихъ сторонъ.

Наконецъ Х. жаловалась на большую двигательную слабость. Однако при изслѣдованіи конечностей не было констатировано никакихъ слѣдовъ паралича въ собственномъ значеніи слова.

Домашній врачъ, принимая во вниманіе эти три симптома: 1) вспышка гнѣва, 2) расстройство памяти, 3) неравномѣрное расширеніе зрачковъ, а съ другой стороны считаясь съ тѣмъ, что три года мужъ ея заразился сифилисомъ и имѣлъ возможность передать его женѣ, гдѣ этотъ сифилисъ остается въ скрытомъ состояніи, задумался, не имѣется ли тутъ дѣло съ общимъ параличемъ. Принимая въ соображеніе этиологическое прошлое Х., взявъ въ расчетъ, что въ данное время явленія неврита сочетаны съ амнезіей, я не поколебался установить діагнозъ, который повлекъ за собой прогностическія и соціальныя послѣдствія весьма большой важности, такъ какъ потребовалось бы заключить

больную въ заведеніе для душевно-больныхъ и учредить надъ ней опеку. Я высказался за алкогольный полиневритъ съ преобладаніемъ амнистическихъ разстройствъ.

По моему совѣту Х. была помѣщена въ гидropатическое заведеніе. Извѣстія, сообщенныя мнѣ недавно врачомъ этого заведенія, самыя успокоительныя: не только вернулись у Х. сила и спокойствіе, но даже и ея амнезія проходить, все даетъ надежду на полное излеченіе.

Лекція IX.

Алкогольный множественный невритъ. Клиническія разновидности ¹⁾.

Содержаніе. — Историческій очеркъ. Изученіе главныхъ клиническихъ разновидностей множественнаго алкогольнаго неврита. — А. Алкогольный множественный невритъ въ формѣ *polyneuritis anterior*. — Самая частая разновидность; перечисленіе симптомовъ. — Мышечная атрофія и сведеніе сухожилій могутъ преобладать; клиническій примѣръ. — Случай подобнаго рода легко отличить отъ спастическаго паралича. — Связь восходящаго остраго паралича съ алкоголизмомъ. — Б. Алкогольный множественный невритъ въ формѣ *pseudo-tabes*. — Вопросъ касается рѣдкой разновидности. — Отличительные признаки алкогольнаго *pseudo-tabes* и настоящаго *tabes*. — Обыкновенно проявленія *pseudo-tabes* бываютъ сочетаны съ другими симптомами алкогольнаго происхожденія. — Клиническій примѣръ. Выводъ изъ этого примѣра. — В. Множественный полиневритъ съ разстройствомъ чувствительности (*forme sensitive*). — Иногда можно опредѣлять форму съ острыми болями и форму съ изнурительными истощающими болями. — Клиническій примѣръ. — Проявленія болѣе этой формы множественнаго неврита часто были принимаемы за симптомы ревматизма; другой примѣръ алкогольнаго множественнаго неврита съ преобладаніемъ болевыхъ ощущеній. — Г. Множественный невритъ съ преобладаніемъ разстройствъ интеллекта. — Анализъ этихъ разстройствъ былъ уже сдѣланъ въ предшествующей лекціи. — Новый примѣръ множественнаго алкогольнаго неврита, принятый за случай общаго паралича. — Подобной ошибки не всегда легко избѣжать, алкоголизмъ можетъ вызвать настоящій общій параличъ. — Клиническій примѣръ.

Мм. Гг.! Въ предшествующей лекціи, въ пятницу, я вамъ говорилъ, что алкогольный множественный невритъ въ своихъ многочисленныхъ клиническихъ проявленіяхъ заключаетъ совокупность симптомовъ, которые имѣютъ мѣсто въ общей картинѣ множественныхъ невритовъ, и именно:

разстройства чувствительности;
двигательныя разстройства;
трофическія разстройства;
вазомоторныя разстройства;

разстройство рефлексовъ;
глазо-зрачковыя разстройства;
психическія разстройства.

¹⁾ Лекція 27-го Марта 1896 г.

О всѣхъ этихъ разстройствахъ я много говорилъ по поводу одной больной, которую я разбиралъ и которая представляла собой прекрасный примѣръ множественнаго алкогольнаго неврита съ амнезіей: вы видѣли тутъ передъ собою одну изъ наиболѣе интересныхъ разновидностей множественнаго алкогольнаго неврита. Сегодня я намѣренъ посвятить свою лекцію изученію другихъ наиболѣе часто встрѣчающихся разновидностей того же самаго множественнаго неврита, которыя могутъ имитировать острый или подострый *poliomyelitis anterior*, или *tabes dorsalis*, или наконецъ, острый восходящій параличъ, общій нарастающій параличъ и пр. пр. По мѣрѣ возможности я постараюсь сопровождать изученіе алкогольнаго множественнаго неврита демонстраціей соотвѣтственныхъ больныхъ.

Я постараюсь представить вамъ образцы главныхъ типовъ множественнаго алкогольнаго неврита, которые вамъ чаще всего придется встрѣчать въ вашей практикѣ.

А) Алкогольный множественный невритъ въ формѣ *poliomyelitis anterior*.

Первую разновидность алкогольнаго множественнаго неврита я называю амиотрофическимъ алкогольнымъ параличемъ; эта форма вообще, насколько я могу судить по даннымъ своей практики, самая обыденная, она относится къ множественному невриту въ формѣ *poliomyelitis anterior*. Мы ее видѣли у двухъ больныхъ, бывшихъ предметомъ недавней нашей лекціи. Одинъ изъ этихъ больныхъ, который страдалъ одновременно туберкулезомъ и алкоголизмомъ, недавно умеръ; въ послѣдствіи я вамъ сообщу результатъ его вскрытія. Пока я могу лишь вамъ сообщить, что вскрытіе подтвердило поставленный діагнозъ. Другой больной былъ только алкоголикъ; онъ находится еще на леченіи въ нашей клиникѣ. Сейчасъ я вамъ его покажу. Подробныя клиническія данныя, найденныя мной при изученіи состоянія этихъ двухъ больныхъ, равно какъ и симптоматологія паралитической и амиотрофической формы алкогольнаго множественнаго неврита вамъ уже знакомы. Прежде чѣмъ дать вамъ точное описаніе ея, позвольте мнѣ напомнить вамъ, что при этой формѣ множественнаго алкогольнаго неврита, равно какъ, впрочемъ, и при другихъ формахъ, въ числѣ ея клиническихъ проявленій могутъ быть и психическія разстройства, о которыхъ я упоминалъ въ моей послѣдней лекціи.

Эти разстройства могутъ обнаружиться или въ началѣ болѣзни, или спустя долгое время отъ начала заболѣванія.

Такимъ образомъ алкогольный множественный невритъ можетъ начинаться появленіемъ бреда; такъ именно случается тогда, когда множественный невритъ развивается во время теченія, или при прекращеніи приступа бѣлой горячки. Не стану распространяться о другихъ психическихъ разстройствахъ, которыя могутъ появляться въ началѣ или въ періодъ болѣе или менѣе развившагося уже множественнаго неврита. Объ этомъ я говорилъ вамъ въ послѣднюю пятницу.

Изъ общихъ симптомовъ этой паралитической и атрофической формы множественнаго неврита алкогольнаго происхожденія первое мѣсто обыкновенно занимаютъ явленія парестезіи: покалыванія, мурашки, ощущеніе онемѣнія въ оконечностяхъ членовъ. Затѣмъ въ рукахъ и въ ногахъ появляются самопроизвольныя боли съ характеромъ колючихъ болей, вызываемыя почти всегда движеніемъ, тепловыми или осязательными впечатлѣніями. Рано или поздно появляется слабость въ нижнихъ конечностяхъ, главнымъ образомъ въ голенихъ. Эта слабость постепенно усиливается до того, что больной не въ состояніи больше ходить. Замѣьте при этомъ одну особенность: этотъ параличъ распределяется неравномѣрно между различными группами мышцъ и интенсивность его выражена неодинаково въ различныхъ группахъ мышцъ. Малоберцовыя мышцы обыкновенно поражаются первыми и болѣе всего страдаютъ. Вслѣдствіе этого получается положеніе ногъ, которое хотя и не имѣетъ ничего особенно характернаго, но тѣмъ не менѣе заслуживаетъ особаго наименованія: болтаніе ногъ. Съ другой стороны, когда эта алкогольная параплегія достигнетъ уже въ извѣстныхъ мышцахъ довольно значительной степени, но еще не лишаетъ возможности ходить, — такая параплегія кладетъ особый отпечатокъ на походку больныхъ. Про походку такихъ больныхъ говорятъ, что они ходятъ, «ковыляя». Иногда у этихъ больныхъ наблюдается также невозможность стоять твердо и увѣренно въ темнотѣ—симптомъ Ромберга; этотъ симптомъ, кажется, зависитъ отъ анестезіи подошвъ.

Параличъ можетъ распространяться на верхнія конечности, въ такомъ случаѣ имъ преимущественно поражаются мышцы, иннервируемыя лучевымъ нервомъ; онъ можетъ также локализоваться исключительно въ длинной мышцѣ, поворачивающей ладонь кверху. Замѣьте при этомъ, что этотъ параличъ въ общемъ распределяется симметрично и одновременно съ этимъ развивается въ восходящемъ направленіи.

Если болѣзнь принимаетъ постоянный стойкій характеръ, то она осложняется извѣстной степенью мышечной атрофіи. Преобладающей особенностью этой атрофіи является ея распространеніе; но этимъ я не хочу сказать, чтобы эта атрофія повсюду имѣла одинаковую интенсивность. Обыкновенно она достигаетъ своего наибольшаго развитія, подобно тому, какъ это бываетъ при параличѣ, въ голенихъ. Наконецъ, въ силу преобладающаго дѣйствія антагонистовъ, эта атрофія вызываетъ сухожильныя сокращенія, такъ что иногда требуется даже хирургическое вмѣшательство. Второй больной, котораго я вамъ показывалъ въ послѣднюю пятницу, представляетъ собой доказательный примѣръ этого.

Вмѣстѣ съ этимъ электрическое изслѣдованіе обнаруживаетъ въ парализованныхъ и атрофированныхъ мышцахъ реакцію перерожденія. Сухожильные рефлексы или ослаблены, или отсутствуютъ; кожные рефлексы, наоборотъ, часто бываютъ повышены. Разстройства чувствительности наблюдаются не рѣдко, онѣ состоятъ въ смѣси анестезіи и гиперестезіи; такое сочетаніе разстройствъ чувствительности,

по мнѣнію Оппенгейма, можетъ имѣть патогномическое значеніе. Вазомоторныя разстройства бывають часто. Трофическія разстройства отсутствуютъ; то же можно сказать, лишь за немногими исключеніями, и о разстройствахъ со стороны мочевого пузыря и прямой кишки.

Со стороны мозга, какъ обычныя сопутствующія явленія, отмѣчаются зрительныя разстройства, а именно: центральная скотома; двигательные параличи глаза, особенно параличи отводящаго нерва или одной, или другой отдѣльной вѣточки 3-й пары черепныхъ нервовъ; совсѣмъ какъ исключительное явленіе, констатировали признакъ Аргиль-Робертсона. Иногда также наблюдается лицевая диплегія. Какъ объ исключительныхъ явленіяхъ я вамъ упомяну объ участіи въ параличѣ бульбарныхъ перьевъ, *n. n. phrenici, pneumogastrici*; о томъ, какимъ симптомомъ выражается параличъ этихъ нервовъ, я вамъ уже указывалъ.

Наконецъ, я вамъ сказалъ, что къ алкогольному амиотрофическому параличу могутъ присоединяться психическія разстройства. Я вамъ напому, что эти разстройства являються въ видѣ амнезіи со спеціальнымъ характеромъ, въ видѣ болѣе или менѣе выраженнаго ослабленія интеллекта и бредовыхъ явленій.

Итакъ, въ чистой формѣ этой разновидности алкогольнаго множественнаго неврита выдающимся симптомомъ является атрофическій параличъ, о главныхъ чертахъ котораго я вамъ сейчасъ скажу. Въ общемъ параличъ преобладаетъ надъ атрофіей, которая, повторяю я вамъ, бываетъ разбросана. Можно наблюдать и обратное: параличъ можетъ быть выраженъ очень слабо, между тѣмъ какъ атрофія выражена рѣзко, особенно въ области извѣстныхъ мышечныхъ группъ на нижнихъ конечностяхъ. Въ такомъ случаѣ наблюдаются сухожильныя сокращенія въ зависимости отъ мышечной атрофіи; и это придаетъ особый видъ картинѣ болѣзни, что вы увидите воочию у больной, которая сейчасъ представится вамъ.

Больная — женщина 39 лѣтъ, торговка виномъ. Въ ея прошломъ нельзя отмѣтить ничего особеннаго, кромѣ нѣкоторыхъ деталей, находящихся въ связи съ профессіей больной. Любопытно то, что она до Іюля 1895 года была всегда здорова, т. е. до того момента, когда ея мужъ долженъ былъ оставить свою профессию — торговца виномъ. Онъ переѣхалъ съ женой въ сырую квартиру, помѣщающуюся въ нижнемъ этажѣ. Больная приписываетъ сырости тѣ припадки, которыми она съ этого времени стала подвергаться и которые заставили ее впоследствии поступить въ госпиталь «Божонъ», въ отдѣленіе Милльера (19 Октября 1895 года), а потомъ въ отдѣленіе Форне. Болѣзнь началась ощущеніемъ мурашекъ во всѣхъ четырехъ конечностяхъ, особенно выраженнымъ въ пальцахъ конечностей. Спустя 4 дня послѣ появленія ощущенія этихъ мурашекъ у этой женщины развились полныя контрактуры въ конечностяхъ и она должна была лечь въ постель. Контрактуры вызвали неправильное положеніе рукъ и ногъ,

кисти рукъ въ положеніи разгибанія были фиксированы по направленію къ предплечью; стопы ногъ были наклонены по направленію къ голенимъ. Впослѣдствіи больная не въ состояніи была больше выполнять никакихъ произвольныхъ движеній своими конечностями. Пассивныя движенія были возможны, но вызывали боли. То же самое было и въ коленныхъ суставахъ. Наоборотъ, локти, плечи и бедра не были затронуты. Мышечная сила была сохранена. Больная рассказываетъ намъ, что области, пораженныя контрактурой, были анестезированы. Лежа спокойно въ постели, она не испытывала никакихъ болей.

Въ теченіе двухъ мѣсяцевъ она лечилась дома лекарствами и втираніями, потомъ, какъ я вамъ уже сказалъ, она пробыла нѣкоторое время въ госпиталѣ Божонъ, гдѣ ее лечили массажемъ, электричествомъ и соляными ваннами. Подъ вліяніемъ такого леченія состояніе больной, какъ она сама рассказываетъ, немного улучшилось.

8-го Февраля 1896 года больная поступила въ Сальпетриеръ. Она не могла не только ходить, но даже и стоять на ногахъ. Ея состояніе, впрочемъ, было такое же, какъ и въ данное время: вы видите, что ноги ея остаются неподвижными и вытянутыми на кровати. Онѣ кажутся нѣсколько утолщенными, особенно на уровнѣ коленъ, выпуклости которыхъ почти исчезли въ окружающей жировой ткани. Стопы ногъ согнуты по направленію къ голенимъ и находятся въ положеніи *equino-varus*; помимо того онѣ находятся въ положеніи приведенія и поворота внутрь. Ощупываніе обнаруживаетъ тѣстоватость въ области коленъ.

Вмѣстѣ съ этимъ имѣется мышечная атрофія, особенно выраженная на лѣвомъ бедрѣ, трехглавая бедренная мышца въ большей части исчезла, справа объемъ этой мышцы значительно уменьшился, на голенихъ атрофія распространяется на всѣ мышцы.

Несмотря на эту атрофію, тѣстоватость окружающихъ коленные суставы тканей, несмотря на присутствіе сухого артрита, движенія въ нижнихъ конечностяхъ далеко не уничтожены, они только ограничены вслѣдствіе контрактуры, но отнюдь эта ограниченность движеній не обуславливается параличемъ: вы видите, что стопа находится въ положеніи *varus-equinus* вслѣдствіе контрактуры *m. triceps suralis*, но что, не смотря на это, больная можетъ производить ограниченныя сгибанія и разгибанія въ голенностопномъ суставѣ. Она можетъ въ то же время, лежа на спинѣ, приводить голень по направленію къ бедру и разгибать ногу. Наоборотъ, когда она сидитъ, ея голени еле сгибаются, онѣ сохраняютъ почти полное вытянутое положеніе. Мелкія сочлененія на нижнихъ конечностяхъ неподвижны.

Замѣьте при этомъ, что когда пытаются бороться противъ контрактуры и переступить предѣлъ возможныхъ движеній, то появляются боли. Мышцы и подлежащія ткани точно также болѣзнены при давленіи.

Произвольныхъ же болѣй больная не испытываетъ. Кожная чувствительность, во всѣхъ ея видахъ, нормальна. Кожа представляетъ собой очагъ весьма выраженного шелушенія; въ области большихъ ножныхъ пальцевъ она склерозирована. Колѣнные рефлексы, насколько объ этомъ можно судить при условіи имѣющейся въ данномъ случаѣ контрактуры, отсутствуютъ. Сфинктеры дѣйствуютъ нормально. Больная никогда не проявляла никакихъ психическихъ расстройствъ, не могли мы найти у нея и ни одного признака истеріи. Общее ея состояніе, какъ вы сами видите, вполне удовлетворительно. Правда, за тѣ 10 мѣсяцевъ, что она пролежала въ постели, она немного похудѣла.

Смѣшать только что разобранный случай со спинальнымъ спастическимъ параличемъ, мнѣ кажется, невозможно: со стороны врача, сколько-нибудь знакомаго съ нервной патологіей, это было бы непростительно. Дѣйствительно, въ симптоматологіи спастическаго паралича преобладаетъ, до извѣстной степени, такъ сказать, резюмируетъ эту симптоматологію, спастическая ригидность мышцъ и повышение сухожильныхъ рефлексовъ, послѣдствіемъ чего является особенная характерная походка. Колѣнные рефлексы у нашей больной, какъ оказалось, отсутствуютъ; мышечной ригидности нѣтъ, нѣтъ и контрактуръ въ настоящемъ значеніи этого слова, но имѣются лишь сухожильныя сокращенія, что не одно и то же; наконецъ, больная не въ состояніи какъ ходить, такъ и стоять. Далѣе у этой женщины констатируются явленія, не соответствующія картинѣ спастическаго паралича, а именно: боли, вызываемыя при движеніяхъ, анестезія, наблюдавшаяся въ первомъ періодѣ болѣзни, мышечная атрофія и тѣстоватость околосуставныхъ тканей. Наконецъ, самое теченіе и развитіе болѣзненныхъ симптомовъ было совсѣмъ не таково, какое бываетъ въ случаяхъ спастическаго паралича.

Прежде, чѣмъ покончить со всѣмъ, что имѣетъ отношеніе къ этой первой формѣ множественнаго алкогольнаго неврита—формѣ, наиболѣе часто встрѣчаемой и наиболѣе изъ всѣхъ формъ важной, я считаю нужнымъ напомнить вамъ, что въ развитіи остраго восходящаго паралича здѣсь игралъ главную роль алкоголизмъ. Изъ предшествующихъ двухъ моихъ лекцій вы знаете мой взглядъ на нозологическое значеніе синдрома, описаннаго подъ этимъ названіемъ, на его отношеніе къ множественному невриту, къ острому и подострому *poliomyelitis anterior*. Я прибавлю только, что если синдромъ остраго восходящаго паралича и можетъ развиваться вслѣдствіе исключительнаго вліянія алкоголя, — въ чемъ я лично сомнѣваюсь,—то здѣсь всегда можно усмотрѣть проявленіе полиневрита, приближающагося къ формѣ паралитической и амиотрофической. Но я склоненъ думать, что алкоголизмъ подготавливаетъ лишь почву для инфекціи, которую часто трудно обнаружить и которая играетъ роль непосредственной, случайной причины множественнаго неврита, развивающагося подъ видомъ остраго восходящаго паралича съ послѣдующей амиотрофіей, или безъ оной.

В. Алкогольный множественный невритъ въ формѣ *pseudo-tabes*.

Второй видъ я называлъ бы алкогольнымъ невритомъ въ формѣ *pseudo-tabes*. Эта разновидность, особенно въ чистой своей формѣ, встрѣчается гораздо рѣже предыдущей. Въ чистой формѣ эта разновидность множественнаго алкогольнаго неврита выражается совокупностью симптомовъ, которая представляетъ неоспоримое сходство съ настоящимъ *tabes dorsalis*, но сходство это довольно грубое и для опытнаго наблюдателя весьма легко разобратся въ этихъ двухъ формахъ. Симптомы этой разновидности слѣдующіе: молніеносныя боли; анестезія, особенно выраженная на подошвѣ стопъ; расстройства чувствительности, какъ-то: замедленіе въ передачѣ периферическихъ впечатлѣній; отсутствіе коленного рефлекса; симптомъ Ромберга; двигательная инкоординація конечностей; какъ исключеніе, признакъ Аргиль-Робертсона,—отсутствіе реакціи зрачковъ.

Въ то время, когда мы не имѣли никакого понятія о *pseudo-tabes*’ѣ, возможно было бы при видѣ больного, представляющаго совокупность этихъ признаковъ и симптомовъ, діагностизировать случай настоящаго *tabes*. Въ настоящее же время, я вамъ повторяю, подобная ошибка была бы непростительна. Въ моихъ научныхъ сообщеніяхъ изъ госпиталя Ларибуазьеръ¹⁾ я указывалъ на отличительныя особенности алкогольнаго *pseudo-tabes* отъ настоящаго *tabes*. Здѣсь я лишь вкратцѣ перечислю ихъ. Прежде всего я нахожу нужнымъ указать вамъ на различіе, которое представляетъ развитіе заболѣванія въ обоихъ этихъ случаяхъ. Оно настолько характерно, что почти никогда не обманывается, а именно: въ случаѣ *pseudo-tabes*, болѣзненные явленія, подразумѣвая подъ ними двигательныя расстройства, достигаютъ своего наивысшаго развитія самое большое, что черезъ нѣсколько недѣль, тогда какъ въ случаѣ истиннаго *tabes* рѣдко когда появленію двигательной инкоординаціи не предшествуетъ очень продолжительный предъ-атактическій періодъ.

Затѣмъ, при *pseudo-tabes* двигательныя расстройства разнятся отъ атакіи *tabes*’а. Въ случаяхъ истиннаго *tabes*’а онѣ ограничиваются конечностями, въ случаяхъ же *pseudo-tabes* онѣ выражаются той особаго рода походкой, которую сравниваютъ съ хромотой у лошадей и которую вы могли наблюдать у многихъ больныхъ, представленныхъ мной вамъ; въ верхнихъ конечностяхъ двигательныя расстройства обыкновенно выражаются дрожаніемъ. Съ другой стороны, насколько рѣдки молніеносныя боли въ случаяхъ алкогольнаго *pseudo-tabes*, настолько эти боли часто встрѣчаются въ случаяхъ *tabes dorsalis*.

¹⁾ F. Raymond; *Maladies du système nerveux. Scleroses systématiques de la moelle*. Paris. 1894. p. 291.

То же самое можно сказать про признак Аргиль-Робертсона и про отдельные параличи глазных мышц.

Пателлярный рефлексъ въ случаяхъ алкогольнаго pseudo-tabes можетъ быть повышенъ; когда онъ отсутствуетъ, то это отсутствіе чаще всего бываетъ лишь временнымъ.

Амблиопія въ случаяхъ алкогольнаго pseudo-tabes стоитъ въ связи съ уменьшеніемъ зрительной остроты центральныхъ частей сѣтчатки (центральная скотома). Она излечима, она проходитъ безслѣдно, когда больной во время отказывается самъ, или удерживается другими отъ своихъ привычекъ невоздержности. У табетиковъ амблиопія роковымъ образомъ прогрессируетъ и выражается прогрессирующимъ суженіемъ поля зрѣнія отъ периферіи къ центру. Наконецъ, въ случаяхъ алкогольнаго pseudo-tabes обыкновенно наблюдаются и другіе симптомы хроническаго алкоголизма, а именно: утрення мокрота, симптомы хроническаго гастрита, ночныя галлюцинаціи и пр. Всѣ эти симптомы въ случаяхъ истиннаго tabes отсутствуютъ.

Вы видите, что мы располагаемъ данными, болѣе чѣмъ достаточными для того, чтобы установить дифференціальный діагнозъ между истиннымъ tabes dorsalis и алкогольнымъ pseudo-tabes даже и тогда, когда pseudo-tabes представляется въ своей чистой формѣ, при которой предполагается сочетаніе у одного и того же больного извѣстнаго числа табетическихъ явленій. Подобная случайность, я повторяю, встрѣчается очень рѣдко. Этимъ обстоятельствомъ и объясняется то, что я теперь, несмотря на богатый матеріалъ, имѣющійся въ нашей клиникѣ, не могу вамъ показать больного съ такой типической формой алкогольнаго pseudo-tabes.

Не особенно рѣдко приходится видѣть, что двигательная инкоординація, занимающая преобладающее мѣсто между двигательными расстройствами алкогольнаго множественнаго неврита и сопровождающаяся тѣмъ или другимъ признакомъ или симптомомъ табеса, прикрывается, въ нѣкоторомъ родѣ, собой всѣ другія проявленія, которыя съ самаго начала предъ опытнымъ взоромъ изобличаютъ алкогольное происхожденіе. Случай женщины, которая теперь предъ вами, представляетъ примѣръ такого рода множественнаго неврита въ формѣ pseudo-tabes. Ея исторія болѣзни, какъ вы убѣдитесь сейчасъ сами, интересна не по одному этому: по всей вѣроятности, этой женщинѣ не чужда невропатическая наслѣдственность; дѣйствительно, отецъ ея умеръ отъ мозгового удара, ея мать погибла вслѣдствіе паралича, развившейся непосредственно послѣ родовъ и продолжившейся 18 мѣсяцевъ.

Изъ разсказа больной относительно обстоятельствъ, предшествовавшихъ развитію болѣзни, я обращаю вниманіе на слѣдующій патологическій эпизодъ: въ 18-лѣтнемъ возрастѣ эта женщина перенесла тифъ съ бредомъ. Она тогда пролежала въ постели 5 недѣль, въ теченіе послѣдующихъ 3 мѣсяцевъ она не въ

состояніи была пользоваться своими нижними конечностями. По ее словамъ, это состояніе невладе́нія конечностями приписывали плохо поддающемуся леченію страданію костей. Не было ли тутъ скорѣ послѣтифознаго множественнаго неврита? Вслѣдствіе леченія молочнымъ режимомъ и фосфористо-известковыми солями больная постепенно поправилась.

Съ 23 лѣтъ, служа въ Англіи горничной, она отъ своихъ хозяевъ научилась и привыкла къ спиртнымъ напиткамъ. Обычнымъ ея напиткомъ была водка (виски), которой она ежедневно выпивала 250 граммъ. Такой режимъ она вела въ теченіи почти шести мѣсяцевъ; при этомъ нѣсколько разъ ей случалось быть совершенно пьяной. Она прожила въ Англіи еще три года, но по счастливой случайности большую часть этого времени она провела на яхтѣ. Трудность, съ которой было сопряжено добываніе на яхтѣ виски, временно вытрезвила ее. Этимъ обстоятельствомъ и объясняется, что въ то время, о которомъ я вамъ говорю, она не проявляла болѣе или менѣе серьезныхъ болѣзненныхъ явленій, свойственныхъ алкоголизму. Между тѣмъ, въ концѣ своего пребываніи въ Англіи, она заболѣла глазами и лечилась въ госпиталѣ «Св. Георгія»; она плохо видѣла и не могла ходить безъ проводника. Въ госпиталѣ ей впускали въ глаза, особенно въ правый глазъ, капли,—рецепта этихъ капель она не знаетъ,—и приказали находиться въ темной комнатѣ. Вѣроятно, у нея былъ алкогольный *iritis*, или *irido-choroiditis*. Эта болѣзнь глазъ продолжалась три мѣсяца, по выздоровленіи больная возвратилась во Францію. За отсутствіемъ виски она принялась пить съ большою регулярностью коньякъ. Она пила его маленькими рюмками въ чистомъ видѣ и въ формѣ грога.

Четыре года тому назадъ, она перестала служить въ качествѣ горничной и сдѣлалась портнихой. Въ это время, въ теченіи 3 мѣсяцевъ, она страдала головными болями, которыя, усиливаясь по вечерамъ, доводили ее до отчаянія; впрочемъ, эти головныя боли не мѣшали ей спать, хотя сонъ ея не былъ спокоенъ. Уже издавна по начамъ ее мучили кошмары; ей видѣлись животныя, снились страшные сны (паденіе въ пропасть). Помимо того у нея бывали судороги въ икрахъ. Но въ общемъ, у нея не наблюдалось видимыхъ расстройствъ ни со стороны чувствительности, ни со стороны движеній. Кстати слѣдуетъ сказать, что ни разспросы, ни объективное изслѣдованіе относительно существованія въ анамнезѣ сифилиса не дали положительнаго результата. Все, что извѣстно изъ прошлаго этой женщины и что можно считать за причину ея настоящей болѣзни, это именно ея привычка и злоупотребленіе спиртными напитками, на что я и обращаю ваше особенное вниманіе. Я считаю нужнымъ замѣтить также, что больная когда-то злоупотребляла и чаемъ; она выпивала его ежедневно по 4--5 чашекъ. Сверхъ всего, въ возрастѣ 22 лѣтъ, у нея былъ выкидышъ на 2-мъ мѣсяцѣ беременности.

Начало настоящей болѣзни относится къ прошедшему году. Дѣйствительно, не больше года, какъ эта женщина стала испытывать большую усталость въ голеняхъ и головокруженіе. Около двухъ мѣсяцевъ назадъ болѣзнь рѣзко ухудшилась: слабость въ ногахъ сильно усилилась; въ стопахъ ногъ ощущались постоянныя мурашки и испытывалось очень тягостное ощущеніе онѣмѣнія. Шесть недѣль тому назадъ больная, которая не выходила уже нѣзъ своей комнаты, почувствовала, что ноги у ней подгибаются; она падала, не будучи въ состояніи сама подняться. Съ этого времени она не вставала съ постели, страдая отъ онѣмѣнія стопъ и жалуюсь на тяжесть одѣяла и на жаръ въ постели. Ея зрѣніе слабѣло; эта слабость зрѣнія особенно рѣзко проявлялась при полномъ дневномъ свѣтѣ. Въ сумерки больная видѣла болѣе ясно. Въ то же самое время она замѣтила, что ея руки становятся менѣе способными къ шитью, что она пальцами плохо держитъ иголку. Кисти ея рукъ часто покрывались потомъ.

Наконецъ кошмары и страхъ по ночамъ стали болѣе сильными, чѣмъ когда либо. Появилась утренняя мокрота, отсутствіе аппетита и желудочныя боли.

Отсутствіе силы въ нижнихъ конечностяхъ главнымъ образомъ и побудило больную обратиться къ намъ за совѣтомъ. Главные симптомы настоящаго состоянія, установленные 28-го Мая, слѣдующіе:

Х... на всѣ вопросы, съ которыми къ ней обращались, отвѣчала правильно. Она могла объясняться по французски, по нѣмецки и по англійски. Иногда ни одинъ и тотъ же вопросъ она давала нѣсколько разнорѣчивые отвѣты. Болѣе того, она обнаружила довольно выраженную амнезію, когда ее спрашивали о недавнихъ событіяхъ; выраженіе лица было туповатое. Она громко смѣялась по поводу всякаго пустяка и, казалось, ей нравилось распространяться о своихъ недостаткахъ.

Субъективныя разстройства чувствительности теперь мало были выражены. Больная временами еще немного чувствовала ощущеніе мурашекъ въ стопахъ и онѣмѣніе въ пальцахъ, движенія которыхъ были неуклюжи. Иногда также у нея по ночамъ бывали судороги въ икрахъ,—вотъ и все; она не испытывала ни молніеносныхъ или стрѣляющихъ болей, ни болѣзненныхъ вздрагиваній.

Объективное изслѣдованіе чувствительности обнаружило рѣзко выраженную гиперѣстезію въ области нижнихъ конечностей. Эта гиперѣстезія одинаково вызывалась осязательными, болевыми и тепловыми ощущеніями. Прикосновеніе одѣяла было всегда непріятно для больной, но не причиняло ей болей въ собственномъ смыслѣ слова.

Наоборотъ, давленіе на икранныя и бедренныя мышцы было болѣзненно; также было болѣзненно и давленіе по направленію большихъ нервныхъ стволонъ въ икрахъ и въ бедрахъ. Наконецъ подниманіе нижней конечности при вытянутомъ ея положеніи вызывало признакъ Лазега.

Мышечное чувство было довольно хорошо сохранено. Чувство мѣста и поло-

женія въ нижнихъ конечностяхъ не было нарушено. Иногда больная плохо опредѣляла положенія, придаваемые ей пальцамъ на ногахъ; съ закрытыми глазами ей не всегда удавалось точно опредѣлить, какой изъ ея ножныхъ пальцевъ заставляли двигаться и въ какомъ направленіи было это движеніе.

Двигательныя разстройства были тѣ же, что и въ настоящее время, а именно:

Въ верхнихъ конечностяхъ была и имѣется еще и теперь ясно выраженная инкоординація движеній. Такъ, если я прикажу больной быстро поднести указательный палецъ правой руки къ кончику носа, то вы увидите, какое колебаніе появляется при выполненіи этого движенія. Вы видите, что больной съ перваго раза не удается достигъ намѣченной ей цѣли. Вы замѣчаете, кромѣ того, въ пальцахъ ея дрожаніе. При изслѣдованіи больной въ лежащемъ положеніи, мы не обнаруживаемъ ни малѣйшаго уклоненія въ положеніи нижнихъ конечностей; различныя движенія бедра и голени, а также и сгибаніе стопы выполняются съ достаточной силой. Наоборотъ, разгибательныя и боковыя движенія производятся вяло, въ чемъ легко вамъ убѣдиться.

Съ другой стороны, вы замѣчаете, что если мышечная сила въ бедрахъ и въ голеняхъ сохранена, то выполненіе нѣкоторыхъ сложныхъ движеній нижними конечностями нѣсколько затруднено, хотя и возможно. Такъ, когда больная сидитъ на стулѣ, она не можетъ приподняться и выпрямиться, не оперевшись на кого-ли или на что-либо изъ мебели. Ей трудно сойти съ своей постели безъ посторонней помощи; сама она не можетъ взобраться на свою постель. Когда она идетъ, то подвигается впередъ медленными шажками, широко разставляя ноги. Замѣйте при этомъ, что своими ступнями, которыя не имѣютъ вида шлепающихъ, она не волочитъ по землѣ; она ихъ не отбрасываетъ кнаружи. Наоборотъ, она ступаетъ на землю осторожно, какъ-бы отдавая при каждомъ шагѣ себѣ отчетъ о мѣстѣ, куда она ступаетъ ногой. По мѣрѣ того, какъ она подвигается впередъ, она все время внимательно смотритъ на землю. Какъ только закроетъ глаза, она не въ состояніи двинуться впередъ ни на одинъ шагъ, она съ закрытыми глазами не можетъ стоять, сдвинувъ стопы ногъ вмѣстѣ, не можетъ увѣренно держаться на одной ногѣ,—не въ состояніи нагнуться и приподнять какой-либо предметъ съ пола. Между тѣмъ больная увѣряетъ, что она отлично чувствуетъ прикосновеніе своихъ стопъ къ полу. Она не можетъ сходить съ лѣстницы даже и въ томъ случаѣ, если она контролируетъ при помощи своего зрѣнія движенія своихъ нижнихъ конечностей. Колѣнный рефлексъ съ обѣихъ сторонъ отсутствуетъ. Кожный подошвенный рефлексъ—ясно выраженъ. Острота зрѣнія довольно хороша; вечеромъ она лучше, чѣмъ при дневномъ свѣтѣ. Зрачки на вліяніе свѣта реагируютъ нѣсколько вяло. Реакція зрачковъ на аккомодацию нормальна. Разстройство со стороны слуха, обонянія и вкуса не наблюдается. Языкъ дрожитъ. Отправленіе сфинктеровъ нормально. Измѣненій со стороны внутреннихъ органовъ нѣтъ. Отыскиваніе признаковъ истеріи дало отрицательные

результаты, за исключеніемъ развѣ того, что больная обнаруживаетъ нѣкоторую степень безпечности и безсознательности.

Ко всему этому я прибавлю, что электрическое изслѣдованіе, сдѣланное у больной 10-го Іюля Гюз, обнаружило уменьшеніе гальванической и фарадической возбудимости въ нѣкоторыхъ группахъ мышцъ на нижнихъ конечностяхъ (внутренно-наружныя мышцы голени, длинная, разгибающая пальцы общая мышца, двуглавая икроножная мышца, длинная малоберцовая мышца, внутренняя головка четырехглавой мышцы, разгибающей голень) и, то здѣсь, то тамъ, количественныя измѣненія, какъ показатель реакціи перерожденія.

Такимъ образомъ вы видите, что у этой больной мы констатируемъ лишь два табетическихъ симптома: отсутствіе колѣннаго рефлекса, двигательную инкоординацію. Но какая разница этой двигательной инкоординаціи отъ таковой же въ случаяхъ *tabes dorsalis*, особенно въ нижнихъ конечностяхъ! Это скорѣе состояніе абазіи—астазіи, чѣмъ тотъ недостатокъ координаціи, который у табетика является послѣдствіемъ слишкомъ быстрыхъ, или черезчуръ энергичныхъ, или черезчуръ продолжительныхъ сокращеній мышцъ, которыя должны быть приведены въ движеніе, и ихъ антагонистовъ.

Насколько также разнится у этой женщины развитіе самихъ болѣзненныхъ припадковъ отъ развитія таковыхъ же въ случаяхъ настоящаго *tabes'a*. Въ проявленіяхъ предъатактическаго періода у нашей больной мы констатируемъ лишь отсутствіе колѣннаго рефлекса. Возможно, что двигательная инкоординація существовала одновременно съ появленіемъ этого признака, но она развилась здѣсь сразу, безъ предъатактическаго періода. Во всякомъ случаѣ, у этой женщины не было ни стрѣляющихъ болей, ни желудочно-кишечныхъ болей, ни отсутствія зрачковыхъ реакцій, ни разстройствъ со стороны мочеотдѣленія—словомъ, ни одного изъ тѣхъ проявленій, которыя, какъ мы видимъ, обыкновенно предшествуютъ, или сопровождаютъ табетическую атаксію. Наоборотъ, съ начала до конца въ развитіи болѣзни господствовалъ отзвукъ хроническаго алкоголизма. Эта женщина сама признается въ давнишнемъ злоупотребленіи алкоголемъ. Вначалѣ у нея было страданіе глазъ, которое, судя по собраннымъ нами свѣдѣніямъ, было одной изъ тѣхъ глазныхъ болѣзней, которыя обыкновенно развиваются подъ вліяніемъ хроническаго алкоголизма. У больной наблюдались явленія парестезіи, — мурашки, онѣмѣнія,—судороги въ икрахъ; всѣ эти симптомы обыкновенно предшествуютъ алкогольному множественному невриту. У нея по утрамъ, натошакъ, наблюдалось отдѣленіе мокроты, разстройства со стороны желудка, бывали сновидѣнія и ночныя галлюцинаціи, гемералопія, извѣстная степень амнезій, дрожаніе въ пальцахъ,—всѣ явленія, носящія отпечатокъ алкоголизма. Наконецъ, невладевіе нижними конечностями носятъ совершенно тотъ же характеръ, какой мы встрѣчаемъ въ случаяхъ множественнаго алкогольнаго неврита, а именно: наблюдается поразительное несоотвѣтствіе между относительнымъ сохраненіемъ мышечной силы и

простыми движеніями съ одной стороны, и невозможностью, когда больной приходится пользоваться своими нижними конечностями, воспроизводить сложныя движенія,—съ другой. Кромѣ того, за наличіе множественнаго неврита говорятъ боли, появляющіяся при давленіи на мышцы и на нервные стволы. Вамъ, теперь, я полагаю, ясны характерныя черты, которыми отличается алкогольный множественный невритъ, осложненный явленіями двигательной инкоординаціи, отъ *tabes dorsalis*.

В. Множественный невритъ съ разстройствомъ чувствительности.—Далѣе слѣдуетъ форма съ разстройствомъ чувствительности, которую можно въ то же время назвать болѣзненной и изнуряющей, т. е., что въ этой разновидности алкогольнаго множественнаго неврита въ картинѣ болѣзни преобладаютъ боли и состояніе изнуренія.

Боли, имѣющія острый и упорный характеръ, локализируются въ конечностяхъ, въ поясницѣ, вдоль позвоночника, и главнымъ образомъ въ мышцахъ, и иногда въ области связокъ. Эти боли и производятъ изнурительное дѣйствіе, хотя присоединяются и другія вліянія, дѣйствующія на организмъ ослабляющимъ образомъ. Вы, конечно, знаете, что алкоголь способствуетъ ожирѣнію, но это мнѣніе требуетъ большихъ оговорокъ. Въ общемъ можно сказать, что дѣйствіе алкоголя на организмъ различно и стоитъ въ зависимости отъ темперамента индивидуума, отъ натуры и качества алкогольных напитковъ.

Вы отлично понимаете, что въ этомъ отношеніи нельзя ставить на одну и ту же доску натуральное вино и вино хорошаго качества съ какими-нибудь микстурами, въ которыхъ алкоголь плохого качества оказывается смѣшаннымъ съ ядовитыми эссенціями. Затѣмъ, алкоголизмъ при продолжительномъ употребленіи всегда дѣйствуетъ на организмъ разрушающимъ образомъ—во-первыхъ, потому, что вызываетъ разстройство пищеваренія и тѣмъ самымъ дѣлаетъ невозможнымъ правильное питаніе; во-вторыхъ, потому, что подъ вліяніемъ алкоголя появляются кошмары и такимъ образомъ нарушается сонъ. Когда къ этимъ двумъ истощающимъ причинамъ присоединяются боли, о которыхъ я только что говорилъ, то наступаетъ настоящее состояніе кахексіи, которое рано или поздно непременно будетъ имѣть мѣсто.

Это состояніе кахексіи излечимо, именно самопроизвольно излечимо, въ томъ случаѣ, если алкоголизмъ вовремя захваченъ, уничтоженъ, когда за нимъ не числятся долгіе годы, но когда алкогольное отравленіе длится уже давно, то оно оставляетъ неизгладимые слѣды. Кромѣ того, разъ алкоголики доведены до этого состоянія изнуренія, объ обычныхъ причинахъ котораго я только что вамъ говорилъ, то они представляютъ собой легкую добычу для заболѣванія, именно пневмоніей и туберкулезомъ.

Вотъ первый примѣръ этой болѣзненной и кахектической формы алкогольнаго множественнаго неврита, относящійся къ 42-хъ лѣтней женщинѣ, которая завѣдуетъ и управляетъ виннымъ складомъ.

Свѣдѣнія, которые мы могли собрать объ ея патологической наслѣдственности и объ ея личномъ прошломъ, не дали намъ ничего особеннаго. Удалось только въ ея прошедшемъ отмѣтить одно обстоятельство, а именно: г-жа Х. уже издавна до извѣстной степени ежедневно злоупотребляла спиртными напитками, что она дѣлала, по ея собственному признанію, «для лучшаго пищеваренія».

Уже пять лѣтъ, какъ она страдаетъ онѣмѣніемъ въ ногахъ и судорогами въ икрахъ. Кромѣ того при ходьбѣ она испытываетъ боли въ тѣхъ же самыхъ мѣстахъ. Врачъ, къ которому она обращалась за совѣтомъ, діагностицировалъ ревматизмъ, запомните это. Болеутоляющія средства, прописанныя больной этимъ врачомъ, не имѣли никакого успѣха. Въ концѣ концовъ усиленіе болей заставило больную слечь въ постель. Она обратилась за совѣтомъ къ другимъ врачамъ, которые ей сказали, что ея боли стоятъ въ зависимости отъ страданія спинного мозга. Ей было предписано соотвѣтственное леченіе, а именно: прижиганіе позвоночника.

Въ то время, о которомъ я говорю, г-жа Х. кромѣ того испытывала ненормальное ощущеніе жара и холода и острые боли въ икрахъ. У нея были обнаружены болѣзненные точки въ области головокъ мало-берцовыхъ костей, въ области пяточныхъ мышцъ, въ подколенной ямкѣ и въ области лодыжекъ.

Въ настоящее время у этой женщины преобладаютъ разстройства чувствительности: двигательныхъ же разстройствъ, въ чемъ я сейчасъ постараюсь васъ убѣдить, собственно говоря, нѣтъ. И дѣйствительно, мышечная сила въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ почти не нарушена, насколько объ этомъ можно судить по противодѣйствию, оказываемому больной при пассивныхъ движеніяхъ ея конечностями. Вы замѣтите также, что при ходьбѣ она не ковыляетъ. Правда, ея походка не очень увѣренна: она не твердо ступаетъ ногами на землю и при этомъ она обнаруживаетъ нѣкоторый страхъ. Но это объясняется тѣмъ, что прикосновеніе стопы къ полу вызываетъ боль; ей кажется тогда, что тысячи иголокъ внизаются ей въ тѣло. Исслѣдованіе объективной чувствительности обнаруживаетъ довольно странное явленіе: чувствительность на подошвѣ стопы, а равно и на тыльной ея поверхности довольно рѣзко понижена, между тѣмъ какъ самое незначительное давленіе пальцемъ на кожу этихъ областей вызываетъ боль. Вы имѣете здѣсь предъ собой примѣръ того, что принято называть именемъ болѣзненной анестезіи. Это послѣдняя встрѣчается впрочемъ на всемъ протяженіи обѣихъ голеней до самаго колѣна; икры особенно болѣзненны при давленіи. Выше, по направленію бедеръ, чувствительность опять становится нормальной.

Съ другой стороны, болѣзненные точки, на которыя я вамъ указывалъ, продолжаютъ существовать и теперь, на что и обратите ваше вниманіе. Замѣйте также, что поднятіе ноги, находящейся въ вытянутомъ положеніи—прямо, что соотвѣтствуетъ вытяженію сѣдалищнаго нерва—вызываетъ у больной острые боли по направленію этого нерва (признакъ Лазега).

Это не все; больная жалуется еще на самопроизвольныя сжимающія боли въ области икръ и въ пяткѣ. Отъ времени до времени она испытываетъ также пронизывающія боли въ мышцахъ голени. Ничего подобнаго не имѣется въ верхнихъ конечностяхъ, но при этомъ не надо упускать изъ виду того обстоятельства, что прежде больная испытывала острые боли въ кистяхъ рукъ.

Замѣьте наконецъ, что колѣнные рефлексы сохранены, что кожные рефлексы усилены и что, съ другой стороны, нѣтъ ни мышечной атрофіи, ни измѣненія электрической реакціи.

Итогируя все сказанное, я вамъ повторяю, что въ состояніи этой женщины преобладаютъ болевые проявленія въ сочетаніи съ состояніемъ вялости, блѣдности и отежности наружныхъ покрововъ (ислѣдованіе мочи не обнаружило ни малѣйшихъ слѣдовъ бѣлка), что указываетъ на глубокій упадокъ питанія организма. Что касается остального, то невритическое происхожденіе болевыхъ проявленій не подлежитъ никакому сомнѣнію. Я полагаю, что на этомъ излишне и останавливаться.

Я только обращаю ваше вниманіе на ошибку врача, къ которому въ первый разъ эта женщина обратилась за совѣтомъ. Этотъ почтенный товарищъ за ревматическіе симптомы принялъ болевые проявленія, о которыхъ я вамъ говорилъ. Подобную ошибку особенно легко сдѣлать въ томъ случаѣ, когда разсѣянные боли въ конечностяхъ сопровождаются болѣзненнымъ опуханіемъ суставовъ, какъ это имѣло мѣсто въ случаѣ, приводимомъ однимъ заграничнымъ авторомъ. Въ этомъ случаѣ, анализъ прошедшей жизни и привычекъ больного наведетъ васъ на слѣдъ истинной природы припадковъ. Разъ причиной является алкоголизмъ, то изслѣдованіе объективной чувствительности, предпринимаемое для обнаруженія анестезіи, которая почти всегда имѣется налицо, и замедленія чувствительной проводимости, изслѣдованіе двигательной способности съ точки зрѣнія временнаго существованія явленій паралича, или двигательной инкоординаціи, изслѣдованіе мышечной атрофіи и сухожильныхъ рефлексовъ, — все это, вѣроятно, укажетъ на наличность неврита.

У этого другого больного, 15-ти-лѣтняго мальчика, мы также отмѣчаемъ преобладаніе болевыхъ проявленій въ первой фазѣ множественнаго алкогольнаго неврита. Только боли ступевались здѣсь предъ паралитическими явленіями, которыя существуютъ еще и теперь, нѣсколько позже. Несмотря на свой юный возрастъ, этотъ больной, мальчикъ изъ мясной лавки, ухитрился уже заполучить трипперъ годъ тому назадъ (въ Апрѣлѣ 1895 г.). Скоро уже три года, какъ онъ пріучился натошакъ пить водку, а въ теченіе послѣдняго года (въ 1895 г.) онъ ежедневно пьетъ абсентъ. И вотъ съ первыхъ чиселъ текущаго 1895 года у него появились острые боли въ нижнихъ конечностяхъ и вдоль позвоночника, и вмѣстѣ съ тѣмъ и параплегія, продолжавшаяся два съ половиной мѣсяца. Мученія больного, усиливаясь по ночамъ, были очень тяжелы; бла-

годаря этимъ болямъ онъ, кромѣ движеній верхними конечностями, не могъ дѣлать никакихъ движеній. Для уменьшенія этихъ мученій было необходимо прибѣгнуть къ употребленію подкожныхъ впрыскиваній морфія, замѣтите, что во время этой первой фазы у больного не было лихорадки; его температура никогда не была выше 38°.

Боли продолжались съ одинаковой интенсивностью въ теченіи мѣсяца. Затѣмъ эти боли мало-по-малу уничтожились, параплегія же оставалась въ силѣ. Больной поступилъ въ мое отдѣленіе 17 Января 1896 года. Три дня спустя по его прибытіи мы попробовали его поднять и поставить на ноги; оказалось, что онъ не въ состояніи былъ держаться на ногахъ. Параплегія нижнихъ конечностей пригвоздила его къ постели на 2¹/₂ мѣсяца. Чувствительность во всѣхъ ея видахъ была сохранена. Колѣнные рефлексъ отсутствовали. Ни недержанія, ни задержки мочи не было. Виродолженіи трехъ недѣль больной страдалъ упорнымъ запоромъ, но его удалось побороть молочнымъ режимомъ и соответственнымъ леченіемъ (морфіи).

По прошествіи двухъ съ половиной мѣсяцевъ больной въ состояніи былъ оставить постель; мало-по-малу онъ снова сталъ ходить, даже безъ палки. Онъ выпиcанъ изъ Сальпетріера 11 Декабря 1895 года, послѣ чего три недѣли пробылъ еще въ Венсеннѣ.

По своемъ выходѣ изъ этого пріюта для выздоравливающихъ онъ былъ въ томъ же состояніи, какъ и теперь. Вы видите, что въ настоящее время онъ держится на ногахъ, ни на что не опираясь; онъ держитъ ноги раздвинутыми, причемъ носокъ лѣвой стопы сильно отклоненъ кнаружи. Онъ, впрочемъ, можетъ сблизить ступни ногъ, не теряя равновѣсія даже и тогда, когда у него глаза закрыты. Когда онъ идетъ, то очень сильно поднимаетъ лѣвую ногу; сначала носокъ этой стопы слегка волочится по землѣ, затѣмъ онъ путемъ вращательнаго движенія поднимается, причемъ самый носокъ уклоняется кнаружи. Въ концѣ концовъ этотъ носокъ касается уже земли. Если больного заставить вертѣться, носокъ этой стопы не оставляетъ земли, онъ волочится.

Если вы изслѣдуете больного въ сидячемъ положеніи, вы находите, что обѣ стопы очень замѣтно висятъ; больной можетъ лишь слегка приподнять правую стопу, между тѣмъ какъ лѣвая остается неподвижной.

Положимъ теперь больного на спину; вы видите, что въ этомъ положеніи онъ легко можетъ приподнять пятку отъ постели и двигать свободно своей ногой во всѣхъ направленіяхъ, какъ вправо, такъ и влѣво; но пригнуть стопу къ голени не въ состояніи. На лѣвой стопѣ боковыя движенія невозможны. Ножные пальцы, кромѣ пятаго, который можетъ производить слабое движеніе отведенія, неподвижны. Такія же паралитическія явленія наблюдаются и съ правой стороны, но здѣсь онѣ во всякомъ случаѣ менѣе рѣзко выражены. Вы можете также констатировать, что на лѣвой голени мышечная сила очень понижена; имѣется

замѣтная атрофія этой голени, особенно съ наружно-внутренней поверхности. На бедрѣ, по всей его длинѣ, атрофіи не замѣчается. Лѣвая нижняя конечность наощупь представляется болѣе холодной, чѣмъ правая. Стопа виситъ; она имѣетъ лиловатый оттѣнокъ. Нѣсколько капель пота ясно замѣтны на поверхности нижнихъ пальцевъ.

Больной больше не испытываетъ произвольныхъ болей, но дотрогиваніе до мышцъ на всемъ протяженіи лѣвой нижней конечности очень болѣзненно. Кромѣ того въ области этой конечности наблюдается легкая гиперѣстезія, но ни малѣйшихъ признаковъ анестезіи. Колѣнные рефлексы, особенно слѣва, ослаблены. Рефлексы съ Ахиллесова сухожилья сохранены.

Въ верхнихъ конечностяхъ со стороны чувствительности найдено все нормальнымъ.

Вообще, если разсматривать въ этомъ случаѣ развитіе болѣзни во всей ея совокупности, то она можетъ быть отнесена одновременно къ болевой формѣ и къ паралитической и къ амиотрофической формамъ алкогольнаго множественнаго неврита.

Г. Алкогольный множественный невритъ съ преобладаніемъ интеллектуальнымъ разстройствомъ. Четвертую форму представляетъ собой алкогольный множественный невритъ съ преобладаніемъ интеллектуальныхъ разстройствъ.

Въ моей послѣдней лекціи, въ пятницу, я посвятилъ довольно много времени изученію этихъ интеллектуальныхъ разстройствъ, я настаивалъ на ихъ полиморфномъ характерѣ. Съ другой стороны, я счелъ нужнымъ, съ той цѣлью, чтобы вамъ лучше оріентироваться, подраздѣлить эти интеллектуальныя разстройства на три группы, а именно: на амнестическія разстройства, на ослабленіе интеллекта, которое можетъ варьировать отъ простаго отупѣнія интеллекта до настоящаго слабоумія, и на бредовыя явленія. Я вамъ показалъ женщину, которая представляла собой весьма наглядный примѣръ алкогольной амнезіи, осложненной нѣкоторой степенью интеллектуальной слабости; у этой женщины разстройствамъ памяти и интеллекта противопоставлялся рѣзко выраженный множественный невритъ въ формѣ паралитической и атрофической. По поводу бредовыхъ явленій, могущихъ сочетаться съ алкогольнымъ полиневритомъ—и съ полиневритомъ другаго происхожденія—я вамъ говорилъ, когда разбиралъ случай, гдѣ въ извѣстный моментъ психическія разстройства могутъ зародить мысль о нарастающемъ параличѣ помѣшанныхъ въ умѣ врача, мало ознаменнаго съ патологіей душевныхъ заболѣваній. Я проводилъ случай, гдѣ подобная ошибка была допущена однимъ весьма образованнымъ госпитальнымъ Парижскимъ врачомъ. А вотъ другой примѣръ, который недавно опубликованъ и заимствованъ мной изъ иностранной литературы ¹⁾.

¹⁾ S z a n t o. Ein an Dementia paralytica grenzender Fall der Neuritis multiplex Pester medicin. chirurg.-Presse, 1895, № 45).

Дѣло идетъ объ одномъ чиновникѣ, 48 лѣтъ, который злоупотреблялъ спиртными напитками, но который совершенно отрицаетъ, что онъ былъ боленъ когда-либо сифилисомъ. Онъ, впрочемъ, происходитъ изъ невропатической семьи. Этотъ человѣкъ сталъ страдать безсонницей и все чаще и чаще повторяющимися нервными припадками, его умственные способности весьма быстро стали ослабѣвать. Въ концѣ концовъ онъ впалъ въ состояніе глубокой апатіи. У него появилось затрудненіе рѣчи, дрожаніе языка; его зрачки реагировали весьма вяло. Найденъ былъ слабый парезъ лицевого нерва; кожные рефлексы были повышены. Наконецъ, произвольныя движенія, будучи атактическими, причиняли больному довольно сильныя страданія. На рукахъ нервные стволы были утолщены, при давленіи болѣзнены. Больной страдалъ упорными запорами и у него были нѣкоторые разстройства со стороны акта мочеиспусканія.

Въ виду этой совокупности симптомовъ, пользующій больного врачъ, не колеблясь, поставилъ діагнозъ нарастающаго паралича помѣшанныхъ. Какъ успокоительное, ему было приписано принимать ежедневно отъ 5—6 граммъ бромистаго калия. Противъ мышечныхъ болей назначенъ былъ салициловый натрій и, какъ это не странно, вино и коньякъ для поднятія силъ и питанія; наконецъ, съ цѣлью побороть безсонницу, прибѣгали къ подкожнымъ впрыскиваніямъ морфія и къ теплымъ продолжительнымъ ваннамъ. По прошествіи девяти мѣсяцевъ леченія въ состояніи больного наступило весьма замѣтное улучшеніе. Апатія его прошла, говорилъ онъ теперь безъ затрудненія; не имѣлось больше усиленія кожныхъ рефлексовъ. Впослѣдствіи этотъ больной, къ большому удивленію врача, который ошибся въ діагнозѣ, о чемъ я теперь и веду рѣчь, совершенно поправился. Врачъ принялъ за случай *paralysis progressiva* случай алкогольнаго множественнаго неврита, развивавшагося подъ видомъ *pseudo-paralysis progressiva*.

Въ виду частоты случаевъ *paralysis progressiva*, въ виду непрерывно возрастающихъ бѣдствій, причиняемыхъ алкоголизмомъ во всѣхъ слояхъ общества, важно, чтобы вы избѣгали ошибокъ подобнаго рода. Діагностицировать у субъекта, который представляетъ преходящія бредовыя явленія, нарастающій общій параличъ—грубая ошибка. Это заблужденіе важно и по послѣдствіямъ: оно можетъ повредить больному и его семьѣ, тѣмъ болѣе, что оно влечетъ за собой отдачу больного подъ опеку и заключеніе его въ заведеніе для душевно-больныхъ; вы понимаете, что такого рода ошибку не легко простить врачу.

Нужно вамъ знать, что ошибки, на которую я вамъ указалъ, въ случаѣ хроническаго алкоголизма не всегда легко избѣжать. Застарѣлый алкоголизмъ можетъ породить настоящій параличъ помѣшанныхъ. Въ виду этого вы согласитесь, что должны встрѣтиться случаи, гдѣ вопросъ дифференціального діагноза между ложнымъ алкогольнымъ нарастающимъ параличемъ помѣшанныхъ и настоящимъ *paralysis generalis* разрѣшить не легко. Благодаря любезности гг. вра-

чей Валона и Серье из Вилльжюивъ я могу вамъ даже представить случай такого рода. Говори правду, этотъ случай не представляетъ собой примѣра множественнаго неврита. Изъ разъясненій, которыя вы сейчасъ услышите, видно, что въ этомъ случаѣ имѣются двѣ послѣдовательныя фазы одной и той же алкогольной церебропатіи: первая фаза, во время теченія которой можно было спросить себя, не имѣемъ ли предъ собою ложный общій нарастающій параличъ; вторая фаза, во время которой истинный характеръ болѣзни обнаружился довольно ясно, указываетъ на существованіе настоящаго общаго нарастающаго паралича.

Больной L. состоитъ въ лечебницѣ для душевно-больныхъ въ Вилльжюивъ. Мужчина 46 лѣтъ; онъ ремесленникъ—бондарь. Нужно вамъ сказать, что у него случаевъ для злоупотребленія спиртными напитками было достаточно и онъ широко ими пользовался. Въ 1878 году, у этого больного былъ приступъ остраго, скоропроходящаго алкоголизма (*Delirium tremens*). Тотчасъ по выздоровленіи онъ въ состояніи былъ приняться за свои занятія, но у него начали появляться скоропроходящіе мозговые расстройства, алкогольное происхожденіе которыхъ не подлежало сомнѣнію. Значительно позже, въ 1889 году, у него проявились идеи преслѣдованія: его преслѣдовала мысль, что его мать поставила надъ нимъ челоуѣка, дабы онъ постоянно слѣдилъ за нимъ. Кромѣ того, его сонъ былъ безпокойный и сопровождался кошмаромъ и зрительными галлюцинаціями: онъ видѣлъ себя окруженнымъ людьми, желающими ему причинить какое-либо зло и припятствующими ему работать. Наконецъ, у него было утреннее отдѣленіе мокроты,—подробность, имѣющая значеніе, такъ какъ она до нѣкоторой степени заканчиваетъ характеристику алкогольнаго происхожденія мозговыхъ расстройствъ, представляемымъ больнымъ.

Между тѣмъ, этотъ челоуѣкъ, будучи до сихъ поръ терпимъ въ своей средѣ, въ началѣ Мая 1890 года сдѣлался крайне раздражительнымъ. 21-го Мая онъ разбилъ дверь; потомъ заперся въ своей комнатѣ и угрожалъ толпѣ, которая вслѣдствіе его буйства собралась около дома, гдѣ онъ находился. Его семья поддерживала его дома еще день, но такъ какъ возбужденіе все продолжалось, то она вынуждена была отправить его въ специальную лечебницу при префектурѣ полиціи.

Различныя, относящіяся къ этому времени, медицинскія свидѣтельства врачей психіатровъ, призванныхъ высказаться по поводу болѣзни этого челоуѣка, говорятъ слѣдующее: хроническій алкоголизмъ въ періодъ острой вспышки; устрашающія галлюцинаціи; видѣнія животныхъ; ужасъ, бессонница; судороги въ ногахъ; дрожаніе рукъ и языка. По прошествіи десяти дней острые припадки, имѣвшіеся у больного, прошли, но упорно держались симптомы алкогольнаго хроническаго отравленія; другими словами, у L. постоянно были судороги въ ногахъ и дрожаніе рукъ и языка, всегда наблюдалось неравномѣрное расширение зрачковъ, но бреда теперь не было и онъ былъ спокоенъ. Онъ проявлялъ

большую апатію и полное равнодушіе ко всему, что вокруг него происходило. Рѣчь его была ясно замедлена; мозговья операціи также, казалось, происходили весьма медленно; память была сохранена, но ослаблена. По временамъ Л. жаловался на неопредѣленные боли въ конечностяхъ. Затѣмъ, онъ занимался уборкой конюшенъ больницы и, повидимому, не былъ недоволенъ своей участью. Онъ не только не требовалъ выписки изъ лечебницы, но считалъ за милость, что его держать здѣсь.

Состояніе, которое я вамъ только что описалъ, продолжалось безъ перемѣнъ до конца 1890 года. Затѣмъ, въ первыхъ числахъ 1891 года больной началъ выходить изъ своего апатического состоянія; его фізіономія приняла болѣе оживленное выраженіе. Съ каждымъ днемъ состояніе прогрессивно улучшалось. 12-го Марта Л. выписался изъ лечебницы, изъ бывшихъ болѣзненныхъ явленій осталось только незначительная неравномѣрность зрачковъ,—симптомъ, скажу я мимоходомъ, составляющій плохое предзнаменованіе.

Въ общемъ, этотъ больной, у котораго былъ хроническій алкоголизмъ, проявлялъ въ ясно выраженной формѣ совокупность симптомовъ, встрѣчаемыхъ при нарастающемъ общемъ параличѣ безъ бреда. Онъ, казалось, представлялъ собой примѣръ того, что описываютъ подъ именемъ *pseudo-paralysis generalis alcoholica*. Такой діагнозъ былъ бы правиленъ, если бы улучшение, имѣвшееся у больного при выпискѣ изъ больницы, продолжалось. Къ несчастію для него, этого не было.

Дѣйствительно, черезъ пять мѣсяцевъ по выпискѣ изъ больницы, 7-го Августа 1891 года, Л. былъ вновь помѣщенъ въ Вильжюивъ. Онъ представлялъ полную картину хронического алкоголизма, осложненную подострыми припадками: у него были зрительныя и слуховыя галлюцинаціи, идеи преслѣдованія, страхъ, возбужденіе, особенно по ночамъ. «Воры», рассказывалъ онъ, «преслѣдовали меня до Венсенскаго лѣса; теперь они скрылись подъ моей кроватью» и проч. Наконецъ, во всемъ тѣлѣ наблюдалось дрожаніе.

По прошествіи недѣли острые явленія прошли. Затѣмъ, у больного, медленно и постепенно нарастая, развился, цѣлый рядъ симптомовъ, которые имѣются въ настоящее время и которые, были четыре съ половиной года назадъ, при первомъ его поступленіи въ лечебницу Вильжюивъ, а именно:

Л., находится въ состояніи значительной психической, особенно интеллектуальной слабости. Рѣчь его медленная, неувѣренная. У него имѣется дрожаніе рукъ, языка, круговой губной мышцы. Зрачки неравномѣрно расширены, но хорошо реагируютъ на свѣтъ и аккомодацию. Имѣется незначительное повышеніе кожныхъ рефлексовъ. Бредовыхъ идей у Л., нѣтъ и не было; какъ во время перваго своего пребыванія въ лечебницѣ, такъ и теперь онъ занимается уборкой конюшенъ. Итогируя все изложенное, у него находятъ совокупность симптомовъ, на основаніи которыхъ Валонъ, не колеблясь, поставилъ діагнозъ настоящаго об-

щаго паралича душевно-больныхъ съ медленнымъ развитіемъ, протекающаго въ видѣ паралитической формы Фальрэ.

Я долженъ прибавить, что Валонъ не признаетъ ложнаго общаго паралича, ни алкогольнаго, ни другого какого-либо происхожденія. По его мнѣнію, случаи, описанные подъ этимъ названіемъ, были лишь «случаи ремиссій или выздоровленія настоящаго общаго паралича ¹⁾». Общій параличъ въ первомъ своемъ періодѣ излечимъ, это—одно; а съ другой стороны при немъ возможны ремиссії. Тѣ, которые стоятъ за неизлечимость настоящаго общаго паралича, вынуждены діагностицировать ложный алкогольный параличъ, если лицо—жертва неводержанности, представлявшее въ первомъ своемъ періодѣ болѣзнь явленія общаго паралича, окажется выздоровѣвшимъ и окончательно поправившимся вслѣдствіе того, что его оторвали отъ его гибельной страсти.

Такимъ же образомъ ставился діагнозъ ложнаго общаго паралича у субъекта, котораго считали выздоровѣвшимъ, когда онъ собственно находился лишь въ періодѣ ремиссій, и котораго потомъ теряли изъ виду, не имѣли возможности присутствовать при возвратѣ болѣзни.

Такъ или иначе, но этотъ вопросъ щекотливый и весьма спорный и о немъ еще не время говорить вамъ.

Заканчивая, я хочу лишь прибавить слѣдующее: я лично убѣжденъ, что субъекты, страдающіе просто алкогольнымъ множественнымъ невритомъ, могутъ представлять явленія, которыя, при недостаточномъ наблюденіи, способны ввести въ заблужденіе врача и побудить его поставить діагнозъ общаго паралича. Я именно и хотѣлъ васъ предостеречь отъ подобныхъ ошибокъ, влекущихъ за собой серьезные послѣдствія.

Лекція X.

Параличи при отравленіи мышьякомъ и чувствительно-двигательныя разстройства, какъ послѣдствія отравленія мышьякомъ ²⁾.

Содержаніе. Въ существующихъ описаніяхъ параличей при отравленіи мышьякомъ имѣются недомолвки и ошибочныя разсужденія. Въ нихъ недостаточно обращено вниманія на другія чувствительно-двигательныя и психическія разстройства, которыя можетъ причинить отравленіе мышьякомъ. Относительно частые случаи параличей при отравленіи мышьякомъ. Клиническій примѣръ. Paralysis arsenicalis, происшедшій вслѣдствіе отравленія лекарствомъ. Токсическое происхожденіе этого паралича очевидно. Характеръ его—спинномозговой или нервный,—

¹⁾ Valon.—Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique. Paris. 1894.

²⁾ По поводу больного, показаннаго на лекціи во вторникъ 30 Іюня 1896 г.

это вопросъ старый. Припадки, присоединяющіе къ параличамъ вслѣдствіе отравленія мышьякомъ, чаще всего составляютъ проявленіе множественнаго неврита.

Исторія параличей при отравленіи мышьякомъ. Случаи, описанные подъ этимъ названіемъ, могутъ быть наблюдаемы въ трехъ видахъ. А. Параличи, развившіеся вслѣдствіе остраго отравленія. Начало припадками остраго желудочно-кишечнаго катарра. Явленія парестезіи и двигательной слабости. Параличъ, наступающій вслѣдъ за этой слабостью, поражаетъ сразу всѣ четыре конечности. Онъ развивается нисходящимъ путемъ. Онъ осложняется общей мышечной атрофіей. Сопровождающія чувствительныя разстройства. Измѣненіе рефлексовъ. Параличъ и мышечная атрофія излечимы. Сухожильныя контрактуры возможны. Характеръ происходящихъ вслѣдствіе контрактуръ уродливостей.—Трофическія разстройства.—Психическія разстройства.—Замѣчанія относительно предсказанія. Б. Параличи, развившіеся вслѣдствіе подостраго отравленія. Обстоятельства, при которыхъ они наблюдаются. Интересный по своей «этіологіи» клиническій примѣръ. Примѣры *Paralysis arsenicalis* вслѣдствіе подостраго отравленія лекарствами. Въ случаяхъ этой второй группы (подострое отравленіе) параличъ можетъ локализоваться въ нижнихъ конечностяхъ. В. Параличи, развившіеся вслѣдствіе хроническаго отравленія. Обстоятельства, при которыхъ они развиваются. Профессиональное отравленіе мышьякомъ. Отравленія, происходящія при рисованіи масляными красками и при выдѣлываніи цвѣтной бумаги. Атаксія при отравленіи мышьякомъ. Ея характеръ; она можетъ сочетаться съ другими признаками спинной сухотки—*pseudo-tabes arsenicalis*; отличить ее отъ истиннаго табеса не трудно. Дрожаніе при отравленіи мышьякомъ; оно можетъ наблюдаться отдѣльно или совместно съ другими двигательными разстройствами. Падучая и разстройства интеллекта. *Epilepsia arsenicalis* наблюдается при остромъ и при хроническомъ отравленіи мышьякомъ. Она очень рѣдка. Амнезія стоитъ во главѣ интеллектуальныхъ разстройствъ при отравленіи мышьякомъ. Общая таблица чувствительно-двигательныхъ разстройствъ, вызываемыхъ отравленіемъ мышьякомъ. *Paralysis arsenicalis* часто бываетъ въ формѣ *tetraplegia*. Форма параплегическая наблюдается менѣе часто. Параллель между алкогольными нервными разстройствами и таковыми же при отравленіи мышьякомъ. Отличительныя особенности. Выводы.—Предсказаніе, значеніе съ судебно-медицинской точки зрѣнія. Леченіе. Польза молочнаго режима. Прикладываніе горячаго песку.—Средства, примѣняемые для возстановленія дѣятельности атрофированныхъ мышцъ.

Мм. Гг. Благодаря любезности одного изъ моихъ госпитальныхъ товарищей, Ж. Комби, я могу вамъ представить случай мышьяковаго паралича. Давно уже я искалъ подобнаго случая. Тѣ изъ васъ, которые были на моихъ недавнихъ лекціяхъ о патологической анатоміи множественныхъ невритовъ должны вспомнить, что я подробно и долго останавливался на обсужденіи вопроса съ цѣлью выяснить: игралъ-ли роль въ случаяхъ, описанныхъ подъ именемъ мышьяковаго паралича, множественный невритъ или міэлитъ. Мнѣ кажется, что, смотря по обстоятельствамъ, находятъ въ дѣйствительности и множественный невритъ, и міэлитъ. Чтеніе многочисленныхъ источниковъ, собранныхъ мной, для

установленія правильного взгляда на это ученіе, привело меня къ двоякому убѣжденію:

Во первыхъ, что въ классическихъ руководствахъ имѣются только отрывочныя описанія мышьяковыхъ параличей—описанія, которыя грѣшатъ неполнотой и ошибками.

Затѣмъ, что въ дѣлѣ двигательныхъ разстройствъ, являющихся послѣдствіемъ отравляющаго вліянія мышьяка на нервную систему и зависящихъ или отъ множественнаго неврита, или отъ міэлита, слишкомъ пренебрегали тѣмъ, что не было параличемъ: хотѣли видѣть лишь послѣдній. И вотъ, когда начинаютъ разсматривать вмѣстѣ и одновременно чувствительно-двигательныя и психическія разстройства, которыя могутъ появиться вслѣдствіе мышьяковаго отравленія, то бывають поражены тѣмъ громаднымъ сходствомъ, которое представляетъ отравленіе этого рода съ алкоголизмомъ. Здѣсь необходимо установить параллель, указаній на которую я нигдѣ не нашелъ; этотъ пробѣлъ я имѣю въ виду пополнить.

Вамъ теперь понятно, почему я послѣ многихъ лекцій, посвященныхъ изученію множественнаго алкогольнаго неврита, съ такимъ живымъ интересомъ ждалъ случая мышьяковаго паралича. Если такого случая мнѣ пришлось долго ждать, то значить ли это, что подобнаго рода параличи составляютъ большую рѣдкость, какъ это нѣкоторые предполагають? Я лично этого не думаю. Я полагаю, что здѣсь прежде всего имѣетъ значеніе—среда. Есть промышленныя округа, есть мѣстности, обитатели которыхъ ѣдятъ мышьякъ, тамъ мышьяковый параличъ долженъ встрѣчаться часто. Здѣсь кстати я вамъ скажу о сообщеніи, сдѣланномъ на послѣднемъ медицинскомъ международномъ конгрессѣ, въ Римѣ, врачомъ Мюллеромъ; этотъ товарищъ самолично наблюдалъ 62 случая мышьяковаго паралича! Я убѣжденъ также, что очень часто случаи мышьяковаго паралича не были приписываемы настоящей ихъ причинѣ, потому что между непосредственными, бурными проявленіями отравленія и появленіемъ двигательныхъ разстройствъ протекалъ извѣстный промежутокъ времени. Уже въ XVIII-мъ столѣтіи знали о мышьяковыхъ параличахъ. Изъ цитаты, заимствованной изъ работы Имберъ-Гурбейра ¹⁾, видно, что уже Пьерръ д'Альбано ²⁾ отмѣтилъ, что параличъ и контрактуры могутъ произойти вслѣдствіе отравленія краснымъ мышьякомъ. Вы, впрочемъ найдете въ очень добросовѣстной работѣ, касающейся того же самаго вопроса и опубликованной американскимъ докторомъ Дана ³⁾, библиографическій указатель, который восходитъ до XVIII-го столѣтія. Во Франціи этотъ вопросъ былъ предметомъ весьма серьезнаго изученія со

¹⁾ Imbert—Gourbeyre. Paralyse arsenicale. «Gazette médicale de Paris» 1858, p. 5, 19, 59 и 94.

²⁾ Pierre d'Albano. De venenis eorumque morbis.

³⁾ Dana. Brain, 1887.

стороны Имберъ-Гурбейра ¹⁾ П. Бруарделя и Л. Пушэ ²⁾ при сотрудничествѣ Мари. Въ силу всѣхъ этихъ причинъ этотъ вопросъ заслуживаетъ болѣе широкаго разсмотрѣнія и изученія, чѣмъ это дѣлалось въ дидактическихъ руководствахъ.

Вотъ, предъ вами ребенокъ, котораго, по моей просьбѣ, представилъ вамъ мой товарищъ другъ Комби, за что я его публично благодарю.

Это—семилѣтняя дѣвочка. Какъ-то видно изъ свѣдѣній, которыя можно было собрать относительно ея наслѣдственности и прежде бывшихъ у нея болѣзней,—ни она, никто изъ ея семьи не болѣли суставнымъ ревматизмомъ. Эта подробность имѣетъ свое значеніе, такъ какъ вопросъ о связи между хореей и суставнымъ ревматизмомъ представляется еще спорнымъ. Ребенокъ, котораго вы видите предъ собой, заболѣлъ хореей въ Мартѣ этого года; черезъ 9 дней отъ начала болѣзни онъ былъ помѣщенъ на излеченіе въ госпиталь Труссо, въ отдѣленіе Комби. У этой дѣвочки настолько были сильное безпорядочное двигательное возбужденіе, что она не въ состояніи была ни стоять, ни ходить. Пульсъ былъ ускоренъ (120 уд. 1'), температура же тѣла была нормальна (37°,4 въ прямой кишкѣ).

Ребенку было назначено леченіе мышьякомъ. Въ теченіи 11 дней имъ было принято 225 миллиграммъ *acidi arsenicosi* въ формѣ раствора Бутэна. Былоли это послѣдствіемъ такого энергическаго леченія, или случайное совпаденіе, но черезъ пять дней больная избавилась отъ своей хореи, послѣдняя больше не возобновлялась. Я думаю, что хорея прекратилась благодаря леченію, которое, какъ вы это сейчасъ увидите, вызвало и другое дѣйствіе.

На 10-й день леченія у маленькой больной появилась рвота, продолжавшаяся и въ послѣдующіе дни. У нея открылось обильное слюнотеченіе. Ея языкъ покрылся грязнымъ налетомъ. Словомъ, наступило гастрическое расстройство, которое продолжалось 10 дней; 10-го Апрѣля ребенокъ былъ выписанъ изъ госпиталя излеченнымъ отъ гастрическаго расстройства и отъ хорей.

Но вотъ 5-го Мая у маленькой Н. появилась параплегія нижнихъ конечностей. Въ это время ея общее состояніе не оставляло желать лучшаго,—ребенокъ даже сталъ ползать. Двигательный параличъ нижнихъ конечностей былъ полный; больная не могла ни ходить, ни стоять. Колѣнные рефлексy, равно какъ и подошвенные, отсутствовали. Болевая чувствительность была сохранена. Какъ леченіе, было предписано: внутрь—стрихнинъ въ постепенно возрастающихъ дозахъ, электризація и сѣрные ванны.

12 дней спустя охвачены были параличемъ и верхнія конечности; этотъ па-

¹⁾ Imbert-Gourbeyre, loc. cit., et Des suites de l'empoisonnement arsenical. Paris, 1831.

²⁾ P. Brouardel et L. Pouchet. Affaire Pastré-Peaussier, Annales d'hygiène publique, 1889. + XXII, p. 137, 356 и 460.

раличъ распространился и на сфинктеры, послѣдствіемъ чего было недержаніе мочи и фекальныхъ массъ, продолжавшееся 10 дней. Въ концѣ концовъ были парализованы и мышцы туловища. Въ это время ребенокъ, лишенный совершенно движенія, лежалъ на спинѣ, какъ инертная масса. Время отъ времени у него появлялось расстройство глотанія, иногда бывало трудно проглотить пищу.

Умственное состояніе ребенка оставалось нормальнымъ.

Это состояніе какъ бы общаго паралича устанавливалось въ продолженіи 15-ти дней. Параличъ отнюдь не сопровождался замѣтной атрофіей. Начиная съ 25-го Мая стали исчезать расстройства, обусловливаемые параличемъ сфинктеровъ, а также стали возвращаться движенія въ верхнихъ конечностяхъ; нѣкоторыя легкія движенія были возможны даже и въ нижнихъ конечностяхъ. Улучшеніе шло быстрыми шагами. 20-го Іюня ребенокъ снова могъ ходить. Вы видите, что теперь (30-го Іюня) у него имѣются лишь слѣды бывшаго паралича.

Прежде всего вы можете констатировать, что движенія верхними конечностями выполняются съ нормальной силой; болѣе того, они хорошо координированы; сжимая руки, ребенокъ обнаруживаетъ силу, соответствующую своему возрасту.

Вы видите, что походка его правильная, лишь скоро появляется замѣтная усталость. Очень скоро у ребенка подгибаются ноги, одинаково съ обѣихъ сторонъ. Вообще, въ нижнихъ конечностяхъ далеко еще не возвратилась ихъ нормальная сила. Разгибатели представляются пораженными въ большей степени. Но въ ногахъ теперь больше силы, чѣмъ это было нѣсколько времени назадъ,—какъ намъ это сообщили,—ноги теперь не волочатся и не разбрасываются при ходьбѣ въ стороны.

Вы можете также констатировать и то, что движенія, для которыхъ необходимо сокращеніе грудныхъ мышцъ, мышцъ шеи и головы, выполняются совершенно правильно. То же самое можно сказать о кожныхъ и сухожильныхъ рефлексахъ.

Что касается электрической реакціи, то теперь имѣются весьма точные признаки частичной реакціи перерожденія въ общемъ разгибатель пальцевъ, а также, хотя и въ болѣе слабой степени, и въ собственномъ разгибатель большого пальца. Въ другихъ мышцахъ внутренне-наружной области голени электрическая возбудимость не представляетъ никакихъ качественныхъ измѣненій; нѣтъ также измѣненій и количественныхъ. Въ мышцахъ икры (наружная и внутренняя икроножная мышца) электрическая количественная реакція нормальна; качественная—нѣсколько измѣнена: сокращенія нѣсколько вялы, КЗС почти равно АЗС., это значитъ, что въ этихъ мышцахъ есть слѣды реакціи перерожденія. На бедрѣ электрическая возбудимость замѣтно ослаблена на внутренней толстой мышцѣ бедра, но она не представляетъ качественныхъ измѣненій. Въ верхнихъ конечностяхъ электрическая реакція нормальна.

Посмотримъ теперь, какова чувствительность.

Прежде всего позвольте мнѣ вамъ сказать, что у этой дѣвочки никогда не было, нѣтъ и въ данное время самопроизвольныхъ болей.

Замѣтите, что она не жалуется больше на боль, когда надавливаютъ ей на мышцы вообще и въ особенности на мышцы нижнихъ конечностей. Нажатіе на нервные стволы, на точки, гдѣ они идутъ поверхностно, напримѣръ въ области малаго берца и внутреннего мыщелка, также безболѣзненно, Наоборотъ, признакъ Лазега выступаетъ довольно опредѣленно. Вы знаете, что понимается подъ этими словами: вы знаете, что имъ обозначаютъ боль, вызываемую при поднятіи нижней конечности, которую предварительно фиксировали въ разгибательномъ положеніи; я имѣлъ уже случай говорить вамъ, что этотъ приемъ равнозначущъ вытяженію сѣдалищнаго нерва; кстати я замѣчу, что у нашей больной признакъ Лазега слѣва рѣзче выраженъ, чѣмъ справа.

Разстройства субъективной чувствительности въ этомъ только и заключаются. Самое тщательное объективное изслѣдованіе общей чувствительности, во всѣхъ ея различныхъ видахъ, а также и изслѣдованіе спеціальной чувствительности не открыло никакихъ уклоненій. Мнѣ остается указать вамъ на явленіе, которое относится къ разряду трофическихъ разстройствъ, и этимъ будетъ все исчерпано. У этой дѣвочки, когда она была парализована, былъ на ягодицѣ пролежень. Теперь вы можете убѣдиться, что онъ совершенно зарубцевался.

Причина паралича, имѣвшагося у этого ребенка, надѣюсь, не можетъ быть предметомъ сомнѣнія. Это есть случай мышьяковаго паралича, и именно—случай послѣдовательнаго паралича вслѣдствіе отравленія лекарствомъ. Въ данное время намъ извѣстно достаточно большое число фактовъ подобнаго рода,—перечислимъ же теперь главные изъ нихъ.

Что касается анатомической локализациі этого паралича, то этотъ вопросъ не такъ легко разрѣшить; тутъ снова выступаютъ на сцену такія положенія: обусловливается-ли параличъ полиневритомъ? не есть-ли онъ послѣдствіе спинно-мозгового паралича? Этого вопроса, какъ я вамъ напому сейчасъ, я имѣлъ уже случай касаться въ двухъ лекціяхъ, въ которыхъ я говорилъ о патологической анатоміи и о патогенезѣ множественныхъ невритовъ. Я вамъ указалъ, что по этому вопросу имѣется два мнѣнія: одно,—что мышьяковый параличъ относится къ группѣ спинно-мозговыхъ параличей,—послѣднее мнѣніе поддерживается многими научными авторитетами. Я смѣло поддерживаю мнѣніе Дана ¹⁾, который утверждаетъ, что такіе яды, какъ мышьякъ, могутъ безразлично поражать и спинной мозгъ и периферическіе нервы. По моему мнѣнію, здѣсь все зависитъ отъ индивидуальныхъ особенностей и предрасположенія.

¹⁾ Dana.—American neurological Association, 12-th Annual Meeting, Іюль 1886. (Journal of nervous and mental diseases, 1886, № 9 и 10).

Съ прогностической точки зрѣнія, конечно, интересно въ каждомъ данномъ случаѣ мышьяковаго паралича знать, имѣется-ли дѣло съ явленіями спинно-мозгового или полиневритического происхожденія. Что касается нашего частнаго случая, находящейся предъ вами юной больной, то Комби въ своемъ сообщеніи въ *Société médicale des hôpitaux* ¹⁾, основываясь на томъ, что у этой дѣвочки въ продолженіи 12 дней наблюдалось недержаніе мочи и фекальныхъ массъ, высказался за наличность у нея міэлиты. Рандю присоединился къ этому выводу. Мои оба товарища могли-бы прибавить, что и пролежень на ягодицахъ, наблюдаемый у больной, говорилъ за то же самое мнѣніе. Но помимо этого имѣются другія стороны, подлежащія обсужденію; съ одной стороны—отсутствіе мышечной атрофіи, а съ другой—быстрое развитіе и быстрота, съ какой наступило выздоровленіе—все это плохо согласуется съ гипотезой о міэлитѣ въ собственномъ смыслѣ слова. Если явленія, представляемые этимъ ребенкомъ, дѣйствительно центрального происхожденія, то измѣненія спинного мозга должны заключаться не въ пораженіяхъ, свойственныхъ обычному міэлиту, но въ такихъ измѣненіяхъ клѣточныхъ элементовъ спинного мозга, которые называются динамическими, такъ какъ они ускользаютъ отъ изысканій, производимыхъ нашими обычными методами изслѣдованія; измѣненія эти въ высокой степени легко возста-навливаются, когда они длятся не долго. Я, впрочемъ, не утверждаю, чтобы не было понятно, какимъ образомъ периферическій невритъ вызываетъ недержаніе мочи и фекальныхъ массъ, какъ это говоритъ Рандю. Уже *a priori* ясно, что все то, что производитъ пораженіе двигательныхъ спинно-мозговыхъ центровъ, можетъ быть вызвано также и пораженіемъ нервовъ, выходящихъ изъ этихъ центровъ. Дѣйствительно, какъ мнѣ думается, я доказалъ, что такимъ образомъ дѣло происходитъ при пораженіи конскаго хвоста и нижняго отдѣла спинного мозга ²⁾. Различія будутъ лишь зависѣть отъ тяжести и продолжительности заболѣванія. Въ тѣхъ только случаяхъ, когда недержаніе мочи и фекальныхъ массъ плохо выражено и продолжается недолго, когда оно осложняется поверхностнымъ изъязвленіемъ, быстро и самопроизвольно зарубцевавшимся, можно быть склоннымъ заподозрить полиневритическое происхожденіе всѣхъ явленій.

Рандю держится такого же взгляда, что нельзя утверждать, что всѣ мышьяковые параличи обязательно центрального происхожденія; бываютъ случаи, гдѣ соучастіе спинного мозга очевидно,—наблюдаются и другіе, гдѣ захвачены нервы, если не исключительно, то по крайней мѣрѣ преобладающимъ образомъ. Въ моихъ недавнихъ лекціяхъ о патологической анатоміи множественныхъ нев-

¹⁾ Comby. Un cas de paralysie arsenicale chez une fillette de sept ans. Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1896, № 24, p. 567 et № 26, p. 593.

²⁾ F. R a y m o n d. Clinique des maladies du système nerveux. Première série. Paris. 1896, p. 269.

ритовъ я долго останавливался на этомъ вопросѣ. Послѣ того, какъ я изложилъ факты и доводы, на которыхъ я основываюсь, я высказалъ свое мнѣніе. По моему мнѣнію явленія, входящія въ картину мышьяковаго паралича, чаще всего составляютъ выраженіе множественнаго неврита; но они могутъ зависѣть и отъ поліомієлита: наблюденіе Эрлицкаго и Рыбалкина, къ которому я еще возвращусь, даетъ неопровержимое доказательство того, что я утверждаю.

Сейчасъ я перехожу къ болѣе подробному изложенію исторіи мышьяковыхъ параличей, или, выражаясь точнѣе, чувствительно-двигательныхъ расстройствъ, развивающихся вслѣдствіе отравленія мышьякомъ.

Посмотримъ сначала, при какихъ обстоятельствахъ вы встрѣчаетесь съ этого рода параличами. Эти обстоятельства можно подвести подъ три разряда:

1) Наблюдаются параличи, наступающіе вслѣдствіе остраго мышьяковаго отравленія (сильный разовой приѣмъ),—добровольное отравленіе съ цѣлью лишить себя жизни; здѣсь врачъ имѣетъ возможность собрать свѣдѣнія о причинѣ паралича отъ самой жертвы,—былъ-ли этотъ ядъ принятъ по ошибкѣ, или тутъ была попытка къ отравленію съ преступной цѣлью, безъ вѣдома жертвы. Не упускайте впрочемъ изъ виду и того, что параличъ можетъ проявиться спустя долгое время послѣ первыхъ признаковъ отравленія и что связь этихъ послѣдствій съ той же самой причиной при поверхностномъ разпросѣ можетъ ускользнуть отъ васъ. Дѣло тутъ заключается въ медленности, съ которой мышьякъ удаляется изъ организма; послѣ приѣма даже одной дозы этого яда, удаленіе его совершается лишь черезъ нѣсколько недѣль.

2) Параличъ можетъ быть послѣдствіемъ подостраго отравленія, лекарственнаго происхожденія, какъ это имѣло мѣсто въ случаѣ юной больной, которую я вамъ показывалъ, или пищевого происхожденія, когда жертва принимала пищу, въ которой былъ или случайно примѣшанъ мышьякъ, или эта примѣсь была дѣломъ преступной руки.

3) Наконецъ параличъ можетъ развиваться вслѣдствіе хроническаго отравленія. Это отравленіе можетъ обуславливаться профессіей жертвы, оно можетъ быть лекарственнаго или пищевого происхожденія, оно можетъ появиться у лицъ, которые проводятъ время, особенно ночь, въ помѣщеніи, обои котораго пропитаны мышьякомъ.

Вы уже понимаете, что этиологическій діагнозъ, легкій въ извѣстныхъ случаяхъ, можетъ при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ, которыя я вамъ сейчасъ перечислилъ, подвергнуть прозорливость врача очень тонкому искусу; вамъ легко убѣдиться въ этомъ, прочтя замѣчательный отчетъ П. Бруарделя и Л. Пушэ ¹⁾ о такъ называемомъ Руанскомъ дѣлѣ. Я постараюсь вооружить васъ наилучшимъ образомъ, дабы вы могли сами, если представится случай, выйти съ честью изъ

¹⁾ P. Brouardel et L. Pouchet, loc. cit.

подобнаго испытанія. Съ этой цѣлью я сейчасъ разсмотрю послѣдовательно, какъ происходитъ дѣло при только что перечисленныхъ мной различныхъ категоріяхъ обстоятельствъ; затѣмъ я вамъ дамъ общее описаніе мышьяковыхъ параличей.

А. Параличи.—а) Параличъ вслѣдствіе остраго отравленія. Какое-бы ни было время проявленія паралича, какія бы ни были обстоятельства, при которыхъ онъ произошелъ—имѣли-ли мы дѣло съ самоубійствомъ, съ преступленіемъ, или съ ошибкой—отравленіе всегда выразится желудочно-кишечнымъ разстройствомъ, съ которымъ вы должны считаться, когда имѣется сомнѣніе въ этиологическомъ діагнозѣ. Эти желудочно-кишечныя разстройства выражаются желчной или кровянистой рвотой, болѣе или менѣе обильными поносообразными испражненіями съ судорогами въ икрахъ или безъ оныхъ,—все это можетъ симулировать припадокъ холеры. Рвота и испражненія иногда издають чесночный запахъ.

Продолжительность этихъ проявленій остраго желудочно-кишечнаго катарра различна. Въ случаяхъ пріема единичной дозы яда они могутъ успокоиться на второй или на третій день. Съ этого момента больные испытываютъ весьма большую слабость во всѣхъ членахъ; боли, мурашки, покалываніе, онѣмѣніе въ конечностяхъ составляютъ обычное явленіе.

Затѣмъ, въ то время, когда обычныя явленія мышьяковаго отравленія вообще исчезли, слабость переходитъ въ параличъ. Этотъ послѣдній почти одновременно охватываетъ всѣ четыре конечности, или же онъ начинается съ нижнихъ конечностей; позднѣе можетъ распространиться на туловище, на органы, иннервируемые головнымъ мозгомъ. Въ конечностяхъ онъ распространяется отъ периферіи къ центру; вообще, его интензивность идетъ, уменьшаясь отъ периферіи къ центру. Обыкновенно мышцы-разгибатели бываютъ болѣе сильно поражены, чѣмъ сгибатели, мышцы передней поверхности бедра больше, чѣмъ мышцы задней поверхности.

Параличъ достигаетъ своего наибольшаго развитія въ теченіи четырехъ-пяти недѣль; развитіе и распространеніе его имѣетъ прогрессивно-усиливающийся характеръ. Въ этомъ своемъ періодѣ онъ сопровождается отсутствіемъ сухожильныхъ рефлексовъ, признаками реакціи перерожденія, общей атрофіей, усиливающейся при дальнѣйшемъ своемъ распространеніи, наконецъ разстройствомъ чувствительности, которое также имѣетъ свое значеніе. Упорная и весьма сильная головная боль почти всегда бываетъ въ это время; мышцы, особенно же нервные стволы, болѣзненны при надавливаніи, но это наблюдается не постоянно. Больные жалуются на покалываніе, на ощущеніе мурашекъ въ ножныхъ пальцахъ, въ икрахъ, въ пальцахъ рукъ, въ предплечьяхъ, въ стопѣ. Иногда также больные испытываютъ самопроизвольныя боли, которыя имѣютъ особенный характеръ; имъ кажется, что ихъ члены разрываются на куски, что имъ раздавливаютъ кости стопы и голени, что ихъ колятъ, что разрѣзаютъ на части ножомъ мягкія ихъ части, подошву ногъ, что мясо ихъ грызутъ. Больные обыкновенно представляютъ

и расстройства объективной чувствительности, въ формѣ ограниченныхъ анестезій, распространяющихся на всѣ виды чувствительности. Позднѣе анестезія можетъ замѣниться гиперэстезіей; больные жалуются на то, что прикосновеніе постельнаго одеяла къ стопамъ и къ голенимъ невыносимо для нихъ. Точно также наблюдаемое въ этомъ періодѣ отсутствіе кожныхъ рефлексовъ можетъ смѣниться усиленіемъ тѣхъ же самыхъ рефлексовъ. Наконецъ, въ извѣстный моментъ можетъ наступить полная бессонница, какъ послѣдствіе болѣзненныхъ явленій.

Параличъ и сопровождающая его атрофія излечимы; въ счастливыхъ случаяхъ черезъ пять или шесть недѣль послѣ перваго своего появленія параличъ начи-

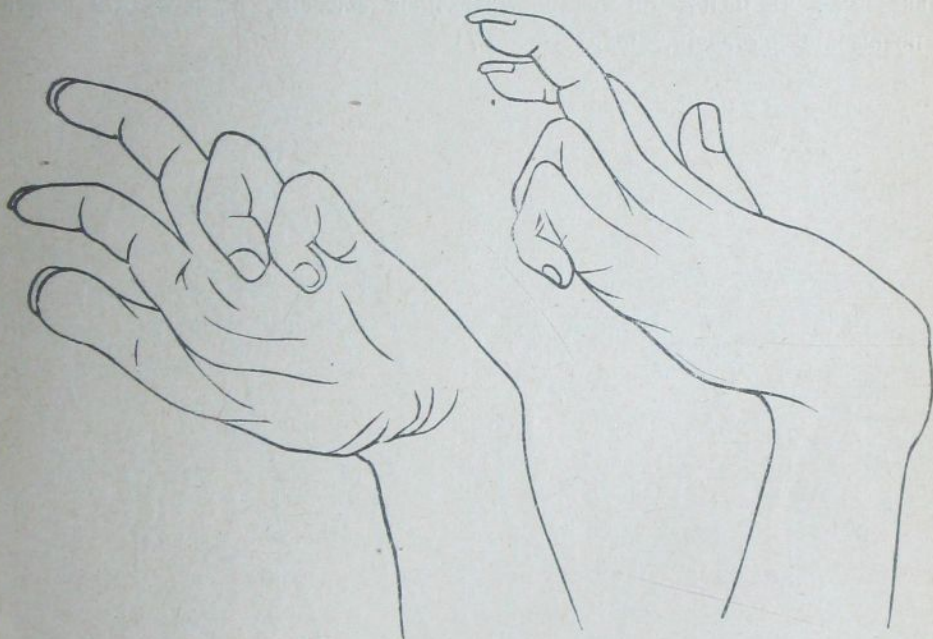


Рис. 14.

Рис. 15.

наетъ проходить и выздоровленіе затѣмъ идетъ болѣе или менѣе быстро. Но далеко не всегда бываетъ такъ: можетъ случиться, что параличъ и атрофія, продолжая все отступать въ обратномъ порядкѣ своего проявленія, т. е., отъ центра конечностей къ периферіи, оставляютъ неизлечимые слѣды. Имѣя въ виду частоту преобладанія паралича и атрофіи со стороны разгибающихъ мышцъ, будетъ понятно, что при этихъ условіяхъ появятся сухожильныя контрактуры, которыя вызовутъ продолжительныя изуродованія.

Въ работѣ Эрлицкаго и Рыбалкина¹⁾, на которую я уже имѣлъ случай сослаться, особенно хорошо описаны изуродованія кистей рукъ и стопъ,

¹⁾ Erlicki et Rybalkin.—Ueber Arsenlähmungen. (Archiv für Psychiatri und Nervenkr., 1892, XIII, Heft. 3, p. 861.

которые обыкновенно происходят въ подобныхъ случаяхъ. Эти изуродованія состоятъ главнымъ образомъ въ сведеніяхъ оконечностей членовъ,—ножныхъ и ручныхъ пальцевъ. У одного [изъ двухъ больныхъ, наблюденія надъ которыми находятся въ статьѣ Эрлицкаго и Рыбалкина, второй и третій фаланги двухъ послѣднихъ пальцевъ на рукѣ были сильно согнуты; первые фаланги среднего и указательнаго пальца находились въ состояніи слабой экстензіи, два послѣднихъ фаланга были умеренно согнуты (фиг. 14—15). У другого больного второй фалангъ трехъ послѣднихъ пальцевъ былъ въ положеніи сильной флексіи, а третій фалангъ въ положеніи слабой флексіи; второй фалангъ указательнаго пальца былъ въ положеніи менѣе выраженной флексіи, а послѣдній фалангъ— въ положеніи экстензіи. (Фиг. 16—17).

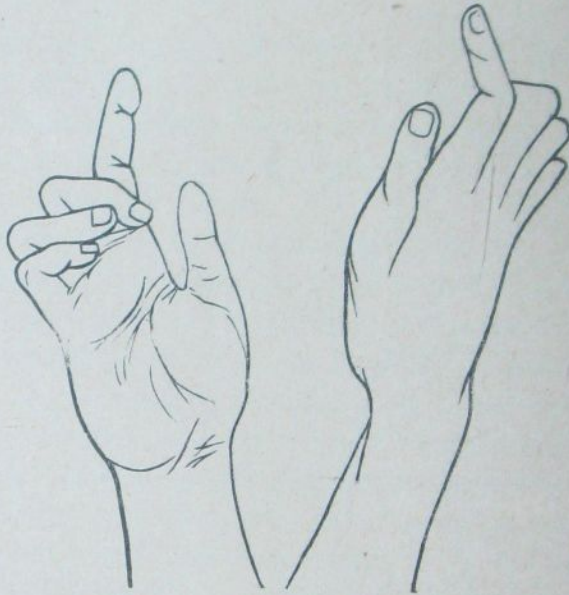


Рис. 16.

Рис. 17.

Подошва стопъ изображала вогнутость. Ножные пальцы были согнуты, особенно большой палецъ, который кромѣ того былъ повернутъ вокругъ своей оси, такъ что его подошвенная поверхность была обращена къ второму пальцу (Фиг. 18—19). Всѣ усилія, направленныя къ тому, чтобы привести ножные и ручные пальцы въ нормальное положеніе, оказались почти безплодными. Я добавлю, что описаніе тѣхъ же самыхъ уродливостей, данное Ф. Мюллеромъ, согласуется съ описаніемъ двухъ русскихъ врачей.

Надо еще замѣтить, что эти уродливости, по примѣру паралича и атрофіи, вообще бываютъ болѣе выражены въ правой половинѣ тѣла. Мы недавно указывали на эту особенность по поводу паралича у маленькой дѣвочки, которую я вамъ представлялъ.

Если я прибавлю, что мышьяковые параличи, наступающіе вслѣдствіе остраго отравленія, сопровождаются довольно часто трофическими кожными разстройствами въ формѣ сыпи (изъязвленій, мокнущей экземы), въ видѣ выпаденія волосъ и пушка, въ формѣ того блескъ дающаго состоянія, которое извѣстно подъ име-



Рис. 18.

немъ *glossy skin*, и вазомоторными разстройствами (сосудисто-паралитическая эритема), иногда также амнезіей, бредовыми явленіями, гораздо рѣже мозговыми явленіями, какъ-то: слѣпота, отсутствіе зрачковой реакціи, затрудненіе глотанія, то я этимъ исчерпалъ бы все, или почти все, что касается симптомо-
тологіи параличей.



Рис. 19.

Вы видите уже, насколько нужно быть осторожнымъ при рѣшеніи вопроса о предсказаніи, имѣя дѣло съ мышьяковымъ параличемъ первой группы. Одинъ изъ больныхъ, исторія болѣзни котораго приведена въ статьѣ Эрлицкаго и Рыбалкина, поправился, но у него послѣ 22-мѣсячнаго пребыванія въ госпиталѣ остались упорныя сухожильныя сведенія кистей рукъ и стопъ. У другого больного боли и паралитическія контрактуры кистей рукъ и стопъ продолжались до

самой смерти, наступившей болѣе, чѣмъ черезъ два года пребыванія въ госпиталѣ (экссудативный плевритъ и хроническая пневмонія).

Б. Параличъ вслѣдствіе подостраго отравленія.—Рѣдко наблюдается, чтобы эти параличи происходили вслѣдствіе отравленія при приѣмѣ пищи — отравленія, совершеннаго съ преступной пѣлю, или происшедшаго случайно. По поводу этой простой случайности я вамъ припомню странный фактъ, на который я вамъ уже ссылался въ одной изъ предыдущихъ лекцій. Дѣло касается той молодой 26-ти лѣтней женщины, у которой болѣзнь началась сильной рвотой и упорнымъ поносомъ и у которой потомъ появилась на кистяхъ рукъ и на стопахъ ногъ сыпь въ формѣ красныхъ пятенъ, сопровождавшаяся сильнымъ зудомъ и закончившаяся шелушеніемъ кожи. Позднѣе показалась пузырчатая сыпь, сопровождавшаяся зудомъ и ощущеніемъ жженія; съ десятого дня отъ начала своей болѣзни эта молодая женщина стала испытывать странныя ощущенія въ конечностяхъ: онѣмѣніе, мурашки, уколы, чувство жженія въ ногахъ, сильныя на подобіе ревматическихъ боли въ плечахъ. Скоро эти ненормальныя ощущенія распространились по всему тѣлу, причиняя больной невыносимыя мученія. Объективная чувствительность на конечностяхъ была сильно притуплена. Постоянная сильная жажда мучила больную; аппетита она почти не имѣла; моча издавала чесночный запахъ, что имѣетъ важное спеціальное значеніе. Больная потеряла много волосъ; оставшіеся волосы стали сѣдѣть.

Здѣсь имѣется цѣль симптомовъ, заставляющихъ подозрѣвать медленное отравленіе и направить подозрѣніе на мышьякъ. Затѣмъ постепенно у больной развились параличъ и атрофія конечностей; въ то же самое время потеря чувствительности усилилась. Параличемъ были охвачены вначалѣ нижнія конечности, а затѣмъ уже и верхнія. За судорогами въ икрахъ послѣдовали контрактуры ножныхъ пальцевъ. Былъ моментъ, когда вмѣстѣ съ двигательными расстройствами были налицо парезъ и инкоординація движеній. Затѣмъ наступилъ полный параличъ конечностей; этотъ параличъ распространился на мышцы туловища, на жевательныя мышцы и на мышцы вѣкъ. Парализованныя мышцы были сильно атрофированы. Сухожильные рефлексы отсутствовали. Зрачки, расширенные ad maximum, не реагировали. Больная не въ состояніи была закрыть вѣки, не могла двинуть ни рукой, ни ногой; у ней были судороги въ икроножныхъ мышцахъ. Общая чувствительность на всей поверхности тѣла или отсутствовала, или была сильно притуплена, тепловыя ощущенія она не воспринимала; прикосновеніе къ тѣлу чѣмъ-либо холоднымъ воспринималось больной, какъ тепловое ощущеніе. Мышцы и нервные стволы были мало чувствительны къ давленію. Наконецъ, помимо сильной желтухи, замѣтно было постепенно возрастающее ослабленіе интеллектуальныхъ способностей.

Одна особа, жившая въ одномъ домѣ съ этой больной и иногда столовавшаяся у нея, представляла тѣ же явленія, но только въ болѣе слабой формѣ. А

знаете ли вы, что удалось открыть при тщательномъ разслѣдованіи, предпринятомъ по поводу этихъ двухъ случаевъ? Больная употребляла въ пищу сухія яблоки и груши, которыя она хранила на днѣ шкафа. Среди этихъ фруктовъ лежало чучело зайца, пропитанное мышьяковистыми препаратами. При изслѣдованіи обнаружилось, что пыль, покрывавшая фрукты, содержала мышьякъ. И вотъ—мораль этой исторіи: разъ сдѣлалась извѣстной причина явленій, имѣвшихся у этой женщины, она, само собою разумѣется, отказалась отъ употребленія своихъ отравленныхъ яблокъ и грушъ. Къ этой больной было примѣнено обычное леченіе въ случаяхъ множественнаго неврита, а именно: возстановляющее питаніе, тоническія средства, гальванизация, фарадизация. По прошествіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ она вполне поправилась ¹⁾. Хорошенько запомните факты подобного рода. Было бы весьма удивительно, если бы кто-либо изъ васъ при случаѣ не воспользовался кстати сообщенными свѣдѣніями.

Болѣе часто вы увидите подострое отравленіе мышьякомъ пищевого происхожденія при слѣдующихъ обстоятельствахъ: булочникъ при топкѣ своей печи употребляетъ дрова, пропитанныя краской съ примѣсью мышьяка. Хлѣбъ и печенія, приготовленные при такихъ условіяхъ, содержатъ въ себѣ извѣстное количество этого яда и могутъ быть источникомъ токсическихъ явленій съ подострымъ развитіемъ; между этими явленіями можетъ имѣть мѣсто и мышьяковый параличъ.

Наконецъ, въ замѣчательномъ сообщеніи П. Бруарделя и Л. Пушэ, на которое я вамъ уже ссылался, вы найдете примѣры мышьяковаго паралича, вѣроятно, пищевого происхожденія, относящіеся къ отравленіямъ съ преступной цѣлью и симулирующіе какъ бы родъ домовой эпидеміи (дѣло *Pastré-Beaussier*).

Чаще всего причиной подостраго отравленія, послѣдствіемъ котораго является мышьяковый параличъ, бываетъ лекарство. Этого рода отравленія, прекрасный примѣръ котораго представляетъ наша юная больная, совсѣмъ не рѣдки.

Въ этомъ году, одинъ врачъ изъ Дублина, Пэрсонсъ ²⁾ опубликовалъ работу подъ заглавіемъ: «Множественные невриты, развившіеся вслѣдствіе леченія рака мышьякомъ».

Потомъ я вамъ приведу рядъ фактовъ, опубликованныхъ раньше англійскими врачами. Вотъ, напримѣръ, наблюденіе доктора Рюильтона ³⁾, которое имѣетъ много сходнаго со случаемъ нашей юной больной. Здѣсь дѣло касалось также 10-ти лѣтней дѣвочки, страдающей хореей, которую лечили мышьякомъ въ формѣ Фовлерова раствора. Въ теченіи 21 дня ребенокъ принялъ около 7 гранъ, т. е., болѣе сорока сантиграммъ мышьяковой кислоты. Во время этого

¹⁾ S. Marik. Ueber Arsenlähmungen (Wiener klinische Wochenschrift, 1891, № 31).

²⁾ K. P a r s o n s. Dublin Journal of medic. Sciences, 2 Сент. 1895, p. 199.

³⁾ R u i l t o n. Peripheral Neuritis from Arsenic. (British medical Journal, 4 Ноября 1893, p. 996).

лечения у ребенка появились проходящіе расстройства со стороны органовъ пищеваренія. Спустя два дня было констатировано обильное шелушеніе кожи на всей поверхности тѣла. Затѣмъ у дѣвочки наступила слабость въ ногахъ; по истеченіи 10 дней она не въ состояніи была уже ходить. Она жаловалась на боли въ рукахъ и въ нижнихъ конечностяхъ. Давленіе на мышцы и на нервы страшно усиливало эти боли. Параличъ распространился на верхнія конечности. Рюильтонъ не говоритъ о томъ, что въ этомъ случаѣ парализованныя мышцы были атрофированы, наоборотъ, въ данный моментъ у ребенка наблюдалась двигательная инкоординація. На эту подробность обращаю ваше вниманіе, я къ ней сейчасъ возвращусь. Кромѣ всего этого были констатированы расстройства чувствительности, отсутствіе коленныхъ рефлексовъ, признаки реакціи перерожденія.

Приблизительно въ то же самое время Баррсъ ¹⁾ въ англійскомъ обществѣ врачей показалъ 12-ти лѣтняго мальчика, страдавшаго хореей; этого мальчика въ продолженіи двухъ мѣсяцевъ лечили большими дозами мышьяка. Лечение переносилось имъ прекрасно. Прошелъ уже мѣсяць, какъ ребенокъ выздоровѣлъ отъ своей хореи, когда его снова помѣстили въ госпиталь. У него были парализованы всѣ четыре конечности, а также и мышцы туловища. Затѣмъ парализованныя мышцы подверглись атрофіи. Сухожильные рефлексы были уничтожены. Нервные стволы при давленіи были болѣзненны; мѣстами констатировалась анестезія. Все это совершенно согласуется съ тѣмъ, что мы наблюдали у нашего больного.

Другой случай касается субъекта, страдающаго болѣзнью Ходжета—аденопатіей, который вслѣдствіе леченія большими дозами мышьяка (Solut. Fowleri) представлялъ аналогичныя явленія. Это наблюденіе было опубликовано Озлеромъ. ²⁾ Мышьяковое отравленіе вначалѣ выразилось симптомами желудочно-кишечнаго катарра и болѣе темной окраской кожи. Затѣмъ наступила кожная анестезія и двигательная слабость, которая (т. е. слабость) перешла въ параличъ. Этотъ параличъ ограничился конечностями и сопровождался мышечной атрофіей, потерей рефлексовъ, признаками реакціи перерожденія. Я полагаю, что излишне перечислять всѣ факты подобнаго рода: я вамъ только что далъ примѣры мышьяковаго паралича, развившагося при леченіи хорей, рака, аденопатіи и лимфосаркомы мышьякомъ, назначаемымъ внутрь въ большихъ дозахъ съ лечебной цѣлью. Безъ сомнѣнія, есть другія болѣзни, какъ хлорозъ, малярія, въ которыхъ леченіе мышьякомъ вполнѣ показано, но въ этихъ болѣзняхъ приѣмъ мышьяка долженъ ограничиваться такими дозами, которыя исключаютъ возможность отравленія. Наконецъ употребленіе мышьяковыхъ препаратовъ при леченіи нѣ-

¹⁾ Barrs.—Arsenical neuritis. (British medical Journal, 4 Февр. 1893, p. 239).

²⁾ Osler.—Arsenical neuritis following the use of Fowler's solution. Reports of the John Hopkins Hospital, Апрель 1893, № 30.

которыхъ болѣзней кожи, какъ то psoriasis, можетъ повести скорѣе къ хроническому, чѣмъ къ подострому отравленію.

Исключеніе, однако, должно быть сдѣлано для случаевъ, когда отравленіе является послѣдствіемъ наружнаго примѣненія мышьяковаго препарата. Леруа ¹⁾ и Краусъ ²⁾ опубликовали примѣры мышьяковыхъ параличей, происшедшихъ при этихъ именно условіяхъ.

Изъ совокупности фактовъ этой второй группы, которую я только что рассмотрѣлъ, вы должны были уже вывести то заключеніе, что мышьяковый параличъ, происшедшій вслѣдствіе подостраго отравленія, представляетъ въ своемъ цѣломъ развитіе, совершенно сходное съ развитіемъ паралича вслѣдствіе остраго отравленія, вызываемаго единичной сильной дозой яда. Впрочемъ, тутъ есть и нѣкоторое различіе. Въ первомъ случаѣ (подострое отравленіе) явленія желудочно-кишечнаго катарра вначалѣ менѣе бурны; они могутъ затягиваться на болѣе продолжительное время и, кромѣ того, могутъ сопровождаться лихорадочнымъ повышеніемъ температуры. При такихъ условіяхъ токсическій гастро-энтеритъ случалось принимать за катарральную лихорадку; такую ошибку дѣлали много разъ ³⁾. Далѣе болѣзненные явленія при продолжительномъ теченіи могутъ быть менѣе интенсивны. Съ другой стороны, если двигательныя разстройства, развивающіяся вслѣдствіе отравленій мышьякомъ съ преступной цѣлью подходятъ подъ описаніе таковыхъ, данное Бруарделемъ и Мари ⁴⁾, то параличъ локализируется въ нижнихъ конечностяхъ, поражая лишь извѣстныя группы мышцъ. Въ этомъ случаѣ сначала бываетъ парализованъ *m. extensor digitorum communis*, гдѣ параличъ дольше всего и держится. Отсюда онъ распространяется на мышцы наружно-передней области голени, на переднюю больше-берцовую мышцу, на длинную разгибающую большой палецъ мышцу, на боковыя малоберцовыя мышцы, а также на мышцы сгибающія пальцы и на внутреннюю толстую мышцу бедра; онъ имѣетъ склонность падать икроножныя мышцы, пяточную мышцу и прямую переднюю мышцу бедра. Вначалѣ этотъ параличъ выражается только большой слабостью и той быстротой, съ какой проявляется эта слабость; затѣмъ больной при ходьбѣ спотыкается (*sterrage*); въ концѣ концовъ больной не можетъ совсѣмъ больше ходить, или еще въ состояніи передвигать ноги, волоча ими по землѣ и опи-

¹⁾ L e r o u (d'Etiolles).—Sur la paralysie causée par l'arsenic (Gasette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1857).

²⁾ Des paralysies sans lésions matérielles appréciables. Liège, 1852.

³⁾ Въ то время, какъ эта лекція печаталась, Лансеро въ очень интересномъ сообщеніи въ Медицинской Академіи (21-го Іюня 1896 г.) «О токсическихъ параличахъ вообще и о мышьяковомъ параличѣ въ частности» какъ разъ старался предостеречь врачей отъ ошибокъ этого рода.

⁴⁾ B r o u a r d e l e t L. P o u c h e t.—Loc. cit., p. 462.

раясь на мебель. Когда больной сидитъ, его стопы болтаются; иногда онѣ, какъ ноги полишинеля, разбрасываются въ разные стороны.

Не теряйте изъ виду того, что мышьяковый параличъ далеко не всегда представляетъ всѣ эти описанные признаки. Онъ можетъ распространиться на всѣ четыре конечности и на извѣстное число мышцъ туловища; я сейчасъ вамъ приводилъ примѣры, да и наша больная представляетъ ясное доказательство этого. Наиболее обобщающимъ для этой группы параличей является предсказаніе, которое здѣсь болѣе благопріятное, чѣмъ въ случаяхъ предшествующей группы, въ томъ смыслѣ, что параличъ, гдѣ лечение предпринято своевременно, излечивается совершенно, не оставляя послѣ себя слѣдовъ въ видѣ тѣхъ мышечныхъ и непоправимыхъ сухожильныхъ сведеній, какія мы видѣли въ случаяхъ первой группы.

в). Параличи вслѣдствіе хроническаго отравленія. Они могутъ развиваться при тѣхъ же условіяхъ, какъ двѣ предшествующія разновидности; другими словами, они могутъ быть послѣдствіемъ отравленія, происшедшаго при приѣмѣ пищи, или при употребленіи лекарствъ, или совершеннаго съ преступной цѣлью. Помимо того, развитіе этихъ параличей наблюдается при двухъ условіяхъ другой категоріи, которыя важно знать, а именно: при профессиональныхъ занятіяхъ, гдѣ имѣется дѣло съ мышьякомъ, и подъ вліяніемъ пребыванія въ помѣщеніяхъ, оклеенныхъ обоями, или обитыхъ матеріями, пропитанными мышьякомъ. Нѣкоторые примѣры, которые я вамъ сейчасъ приведу, лучше всего помогутъ вамъ запечатлѣть эти условія въ памяти.

Имберъ - Гурбейръ въ своей работѣ, уже цитированной, сообщаетъ на основаніи англійской замѣтки, появившейся въ 1787 году, исторію двухъ мальчиковъ 9-ти и 13-ти лѣтъ, которые въ теченіе трехъ недѣль ѣли хлѣбъ, отравленный мышьякомъ. Периодически у нихъ появлялись обычныя, свойственныя мышьяковому отравленію, желудочно-кишечныя расстройства. По прошествіи трехъ недѣль старшій сталъ испытывать онѣмѣніе и слабость въ пальцахъ и въ оконечностяхъ ногъ. Эти явленія распространились отъ оконечностей вверхъ до начала нижнихъ конечностей и скоро нижнія конечности оказались совершенно парализованными. Онѣмѣвшія части были помимо того очень болѣзненны. Младшій изъ этихъ мальчиковъ заболѣлъ такимъ же совершенно образомъ; это весьма убѣдительный примѣръ мышьяковаго паралича, происшедшаго вполнѣдствіе хроническаго отравленія путемъ приѣма пищи.

Нѣсколько лѣтъ тому назалъ Э. Видалъ ¹⁾ въ Медицинской Академіи сообщилъ отчетъ объ эпидеміи хроническаго отравленія мышьякомъ, развившейся въ городѣ Нуёрес у лицъ, употреблявшихъ вино съ прибавкой мышьяковой кислоты. Та же самая эпидемія послужила предметомъ интереснаго сообщенія Ку жи

¹⁾ E. Vidal. Acrodynie et intoxication arsenicales. (Académie de médecine. 17 juillet 1888, et Annales d'hygiène, t. XX, 1888).

и Самбю ¹⁾. Жертвы этого отравленія мышьякомъ представляли явленія, напоминавшія явленія акродиніи, т. е., что разстройства чувствительности преобладали надъ двигательными разстройствами. Въ началѣ этой эпидеміи упорство своеобразнаго, коклюшевиднаго кашля заставляло думать объ эпидеміи спазмодическаго гриппа.

Я вамъ напомню затѣмъ, что въ нѣкоторыхъ странахъ, именно въ Штиріи, встрѣчаются арсеникофаги—мышьякофды. Чаще всего мышьякъ употребляется арсеникофагами съ цѣлью пріобрѣсти мышечную силу. Иногда употребленіе мышьяка вызывается кокетствомъ: отъ умѣренныхъ дозъ мышьяка полнѣютъ, является хорошій цвѣтъ лица, по крайней мѣрѣ. въ теченіи нѣкотораго времени. Рано или поздно злоупотребленіе мышьякомъ ведетъ къ кахексін.

Довольно часто наблюдаются случаи, гдѣ примѣшиваніе умѣренныхъ дозъ мышьяка къ пищѣ дѣлается съ преступной цѣлью. Имѣйте постоянно въ виду, что этотъ ядъ отравителями предпочитается, безъ сомнѣнія, потому, что его весьма легко достать, а также и по той причинѣ, что присутствіе его въ пищѣ въ небольшомъ количествѣ нельзя распознать ни по запаху, ни по вкусу. Одинъ изъ наиболѣе замѣчательныхъ случаевъ мышьяковаго паралича, происшедшаго при подобныхъ условіяхъ, былъ опубликованъ, болѣе 50-ти лѣтъ тому назадъ, однимъ нѣмецкимъ судебнымъ врачомъ, Ш а п п е р о мъ ²⁾. Этотъ случай приведенъ въ работѣ Имберъ-Гурбейра; дѣло касается 25-ти лѣтняго мужчины, котораго, по происшествіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ брачной жизни, молодая его жена пыталась отравить: она примѣшивала мышьякъ къ пищѣ своего мужа. Помимо рвоты и коликъ жертва представляла такія первоначальныя явленія, которыя лечащаго врача заставляли думать, что онъ имѣлъ дѣло съ припадками суставнаго ревматизма. Эти явленія заключались въ острыхъ боляхъ и въ чувствѣ онѣмѣнія въ стопахъ и въ голеняхъ. Но скоро наступилъ парезъ конечностей; больной не въ состояніи былъ совершенно пользоваться своими руками и ногами, такое состояніе продолжалось больше года. По справкамъ, наведеннымъ въ сборникахъ судебной медицины и токсикологін, оказывается, что аналогичныхъ примѣровъ имѣется много. Такъ въ Руанскомъ дѣлѣ ³⁾ ядъ, по всему вѣроятію, былъ примѣшиваемъ къ пищѣ преступной рукой.

Я теперь перехожу къ мышьяковымъ параличамъ, развившимся вслѣдствіе хроническаго отравленія путемъ лекарствъ. Этотъ параличъ наблюдается преимущественно у лицъ, которыя лечатся мышьякомъ отъ хроническихъ кожныхъ болѣзней какъ-то: отъ экземы, отъ чешуйчатаго лишая. Вотъ краткое извлеченіе

¹⁾ C o u g i t.—Affaire des vins empoisonnés d'Hyères (Annales d'hygiène, octobre 1888, p. 248).

²⁾ S c h a p p e r.—Beiträge zu der Lehre von der Arsenik-Vergiftung, Berlin, 1846

³⁾ P. Brouardel et Pouchet, loc. cit.

изъ описанія случая, сообщеннаго болѣе 20 лѣтъ тому назадъ Гальяромъ ¹⁾ въ Судебно-Медицинскомъ Обществѣ. Молодой дѣвицѣ, 22 лѣтъ, страдавшей экземой, было назначено леченіе Фовлеровымъ растворомъ въ постепенно увеличивающихся дозахъ: XXX капель ежедневно въ теченіи первыхъ 15-ти дней, XXXV капель ежедневно въ теченіи вторыхъ 15-ти дней и XL капель ежедневно въ теченіи третьихъ 15-ти дней. Уже въ теченіи вторыхъ 15-ти дней появились явленія интолерантности (рвота и боли желудка). Ежедневную дозу въ XL капель она не могла переносить долгое время, — пришлось возвратиться къ меньшей дозѣ. Въ концѣ концовъ — въ ожиданіи терапевтическаго результата, — леченіе мышьякомъ было приостановлено. Уже въ это время молодая дѣвица испытывала боли въ конечностяхъ; позже ея ноги и руки были парализованы; въ голеняхъ появились судороги и боли, распространяющіяся вверхъ до тазовой области. Въ голеняхъ была констатирована гиперестезія. Исслѣдованіе мочи обнаружило присутствіе мышьяка. Вслѣдствіе леченія стрихниномъ, скипидарными втираніями и фарадизаціей молодая дѣвица совершенно поправилась.

Въ статьѣ Имберъ-Гурбейра можно найти другіе подобнаго же рода примѣры.

Рядомъ съ этими фактами имѣются и такіе, гдѣ мышьяковый параличъ наступаетъ вслѣдствіе добровольнаго хроническаго отравленія, совершаемаго съ преступной цѣлью. Таковъ случай съ женщиной, приведенный у Имберъ-Гурбейромъ: эта женщина, будучи беременной, въ надеждѣ вызвать выкидышъ, принимала 2 раза въ день, въ теченіи 3 мѣсяцевъ извѣстное количество мышьяка. Она родила мертваго ребенка. Но вслѣдъ за родами у нея появился чувствительный и двигательный параличъ нижнихъ конечностей безъ предварительныхъ симптомовъ мышьяковаго отравленія со стороны желудочно-кишечнаго канала. По истеченіи 15-ти дней она въ состояніи была ходить, но слѣды паралича оставались еще долгое время послѣ этого.

Теперь перехожу къ случаямъ мышьяковаго паралича вслѣдствіе профессиональнаго отравленія. Напомню вамъ, что такого рода отравленія наблюдаются эндемически въ странахъ, гдѣ мышьякъ добывается, напр. въ Гарцѣ; мышьяковыя отравленія наблюдаются также у работниковъ извѣстныхъ профессій, имѣющихъ дѣло съ мышьяковыми красками, а именно со Швейнфуртской зеленью, какъ-то: у работниковъ и у работницъ, приготовляющихъ краски, выдѣлывающихъ обои, нѣкоторые сорта глиняной посуды, у цвѣточниковъ, занимающихся изготовленіемъ искусственныхъ цвѣтовъ, травъ и листьевъ. Всѣ эти занятія извѣстны тѣмъ, что они доставляютъ жертвы мышьяковаго паралича.

Наконецъ, съ давнихъ уже поръ принято и доказано, что постоянное пребываніе въ комнатѣ, стѣны которой оклеены мышьякъ содержащими обоями, мо-

¹⁾ Gaillard. — Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1874, t. XLII, p. 406.

жеть быть причиной хронического мышьяковаго отравленія. Уже въ 1846 году тотъ самый Базедовъ, имя котораго связано съ болѣзною, извѣстной тогда еще подъ именемъ экзофтальмическаго зоба, обратилъ вниманіе докторовъ и авторитетныхъ ученыхъ на параличи, развивающіеся вслѣдствіе отравленія подобнымъ путемъ. Два года спустя онъ добился въ Пруссіи того, что тамъ было запрещено употреблять мышьякъ содержащіе обои. Между другими любопытными фактами Базедовъ сообщилъ о двухъ дѣтяхъ изъ одной и той же семьи, у которыхъ развилась диплопія вслѣдствіе паралича глазныхъ мышцъ. Причиной этого болѣзненнаго состоянія было то, что они спали въ комнатѣ, сырыя стѣны которой были оклеены зеленой бумагой, пропитанной мышьякъ содержащей краской.

Я приведу еще наблюденіе въ такомъ же родѣ, опубликованное докторомъ Броуномъ изъ Бостона ¹⁾. Оно касается дамы 56 лѣтъ, спавшей нѣсколько лѣтъ въ комнатѣ, оклеенной зелеными обоями. Долгое время она страдала различными болѣзненными явленіями; наконецъ, когда она была вынуждена лечь въ постель, рѣшили посоветываться со врачомъ. Нижнія ея конечности были парализованы и атрофированы; кожа конечностей была суха, жестка и холодна. Анализъ обоевъ, которыми была оклеена комната, указалъ на присутствіе въ нихъ мышьяка.

Не буду болѣе утомлять вашего вниманія перечисленіемъ фактовъ этого рода, которые въ достаточномъ числѣ встрѣчаются въ медицинскихъ журналахъ. Въ доказательство этого мнѣ достаточно сослаться на работу д-ра Путнэма изъ Бостона ²⁾, основанную на двадцати пяти случаяхъ хроническаго отравленія, происшедшаго главнымъ образомъ вслѣдствіе пребыванія въ помѣщеніи, оклеенномъ мышьякъ содержащими обоями. Въ большинствѣ этихъ случаевъ были отмѣчены симптомы множественнаго неврита съ перемежающимся теченіемъ и въ концѣ концовъ было доказано токсическое происхожденіе неврита.

Б. Мышьяковая атаксія.

Мм. Гг. До сего времени я вамъ говорилъ лишь о мышьяковыхъ параличахъ, но они не являются единственнымъ разстройствомъ, наблюдаемымъ въ теченіе мышьяковаго отравленія. Иногда параличъ, въ началѣ своего развитія и когда онъ еще не полный, сопровождается извѣстной степенью двигательной инкоординаціи. Болѣе того, двигательная инкоординація можетъ преобладать надъ парезомъ и оставаться до конца. Однимъ словомъ, наряду съ мышьяковымъ параличемъ есть и мышьяковая атаксія. Атаксія такого происхожденія можетъ сопровождаться другими явленіями табеса, какъ-то: отсутствіемъ коленныхъ рефлексовъ, признакомъ Ромберга, стрѣляющими

¹⁾ Brown. The sanitary Record, 1876.

²⁾ I. Putnam. On chronic arsenic poisoning, especially from wall-paper, based on the analysis of twenty-five cases in which arsenic was found in the urine. (The Boston medical and surgical journal, 7 Marts 1889).

болями, анестезіей, и даже зрительными расстройствами, диплопией, отсутствием зрачковых рефлексов, слѣпотой.

Короче, можетъ наблюдаться синдромъ, представляющій извѣстное сходство съ *tabes dorsalis*. Одинъ врачъ изъ Нью-Йорка, д-ръ Дана ¹⁾, опубликовалъ работу, посвященную изученію этой разновидности *pseudo-tabes'a*. Въ этой работѣ онъ приводитъ два примѣра мышьяковаго *pseudo-tabes'a*, развившіеся, одинъ—вслѣдствіе хроническаго отравленія, другой—вслѣдствіе остраго отравленія. Въ концѣ-концовъ Дана пришелъ къ заключенію, что независимо отъ обычной формы мышьяковаго паралича, гдѣ инкоординація можетъ сопровождаться парезомъ, существуетъ чистая атактическая форма, которая представляетъ сходство съ *tabes'омъ*; та и другая форма имѣютъ исходной точкой множественный невритъ, но не мізлитъ. Кстати скажемъ здѣсь, что Дана признаетъ, что такой ядъ, какъ мышьякъ, безразлично можетъ вызывать множественный невритъ, спинно-мозговья пораженія и то и другое сразу.

Смѣшать эту атактическую форму мышьяковаго отравленія съ *tabes dorsalis* для образованнаго врача, мнѣ кажется, непростительно. Острое развитіе и быстрота, съ какой устанавливается выдающійся симптомъ,—атактическій періодъ, вполне достаточны, чтобы заставить внимательнаго наблюдателя заподозрить и навести на мысль объ одномъ изъ тѣхъ отравленій, которыя вызываютъ явленія *pseudo-tabes'a*. Въ случаѣ мышьяковаго отравленія, въ началѣ болѣзни, вѣдь, всегда имѣются налицо желудочно-кишечныя расстройства. Кожныя сыпи наблюдаются часто; эти сыпи кончаются шелушеніемъ эпидермиса, что обращаетъ вниманіе врача. Существованіе этихъ двоякаго рода явленій заставляеть уже подозрѣвать мышьяковое отравленіе. Какъ послѣднее средство, въ вашихъ рукахъ имѣется всегда анализъ мочи, который дастъ объективное указаніе на токсическое происхожденіе этихъ явленій *pseudo-tabes'a*.

Мышьяковое дрожаніе.—Существуетъ также мышьяковое дрожаніе, которое можетъ наблюдаться одно, или въ сочетаніи съ параличемъ, съ двигательной инкоординаціей. Дрожаніе здѣсь бываетъ общимъ, распространяющимся даже на губы; въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно ограничивается верхними конечностями. Продолжительность этого дрожанія различна. Старинные авторы особенно много занимались этимъ проявленіемъ мышьяковаго отравленія.

Г. Мышьяковая эпилепсія и интеллектуальныя расстройства.—Я считаю нужнымъ заявить вамъ еще, что мышьякъ относится къ числу ядовъ, вызывающихъ судороги. Дѣйствительно, опубликованы были случаи, гдѣ въ остромъ періодѣ мышьяковаго отравленія у больного были судорожныя явленія и даже эпилептиформныя припадки; таковыя припадки, по мнѣ-

¹⁾ D a n a. Ou pseudo-tabes from arsenical poisoning. (Brain, january, 1887).

нію Имберъ - Гурбейра¹⁾, Путнэма²⁾), наблюдаются также и во время теченія хроническаго мышьяковаго отравленія. Имберъ - Гурбейръ прямо указываетъ на существованіе мышьяковой эпилепсїи, которая, правда, наблюдается очень рѣдко.

Наконецъ, какъ я вамъ уже говорилъ, мышьяковое отравленіе можетъ вызывать интеллектуальныя разстройства, во главѣ которыхъ стоитъ амнезія. Это явленіе именно было отмѣчено у двухъ больныхъ, наблюденія надъ которыми были опубликованы д-рами Эрлицкимъ и Рыбалкинымъ.

Общая картина чувствительно-двигательныхъ разстройствъ, вызываемыхъ мышьяковымъ отравленіемъ.—Вспомнимъ теперь всѣ только что перечисленные мной вамъ явленія, которыя наблюдаются, какъ ближайшія или отдаленныя послѣдствія отравленія мышьякомъ, при чемъ между этими разстройствами преобладающее значеніе имѣетъ обыкновенно двигательный параличъ; вспомнимъ, повторяю, все это для того, чтобы составить общую картину этихъ нервныхъ разстройствъ.

Одна особа чуть не погибла вслѣдствіе отравленія сильной разовой дозой мышьяка. У нея вначалѣ появилась тошнота, сопровождаемая рвотой, болями подъ ложечкой и внизу живота, болѣе или менѣе обильными, частыми испражненіями. Эти первичныя явленія отравленія нерѣдко сопровождаются приступомъ лихорадки.

Однако эта фаза гастро-энтерита, которая, я вамъ повторяю, можетъ симулировать приступъ холеры и продолжительность которой не превышаетъ нѣсколькихъ дней, проходить. Въ этотъ именно моментъ, какъ общее правило, и появляется параличъ: *desinit in paralysim*, какъ это отмѣтили уже древніе авторы. Въ другой разъ, прежде чѣмъ появятся первыя чувствительно-двигательныя разстройства, протекаетъ болѣе или менѣе значительный промежутокъ времени. Во время этого періода можно наблюдать ларинго-бронхіальный катарръ, кожныя сыпи, эритему, шелушеніе эпидермиса, опуханіе вѣкъ и мошонки.

Прежде чѣмъ ясно установится параличъ, разстройства чувствительности проявляются разнообразно: въ видѣ онѣмѣнія, ползанія мурашекъ, покалыванія въ пальцахъ, острыхъ болей, препятствующихъ больнымъ спать, болѣзненной анестезіи, т. е., въ сочетаніи съ гиперэстезіей, мучительной головной боли—всѣ эти признаки составляютъ предвѣстники паралича.

Затѣмъ наступаетъ болѣе или менѣе быстрое полное невладѣніе въ кистяхъ рукъ и стопахъ ногъ. Такой способъ пораженія почти постоянный. Параличъ при своемъ началѣ почти всегда бываетъ кистестопнымъ (хироподальнымъ),

¹⁾ Imbert - Gourbeyre.—Loc. cit., p. 75.

²⁾ Putnam.—Loc. cit.

при этомъ разстройства чувствительности остаются. Мышцы, а также иногда и нервные стволы бываютъ болѣзненны при давленіи.

Параличъ можетъ ограничиваться конечностями членовъ, самое большое, что онъ распространится на голени и на предплечья ¹⁾, и тогда онъ можетъ осложниться атаксией и дрожаніемъ, но это не составляетъ обычнаго явленія. Чаще всего параличъ продолжаетъ свое поступательное движеніе; онъ съ конечностей членовъ распространяется къ ихъ основанію, затѣмъ на мышцы туловища, иногда на мышцы, иннервируемыя черепными нервами, вызывая такимъ образомъ разстройства акта жеванія, зрительныя и дыхательныя разстройства и тахикардію. Скоро къ параличу присоединяется мышечная атрофія. Атрофія имѣетъ диффузный характеръ и необыкновенно рѣзко бываетъ выражена въ мелкихъ мышцахъ кистей рукъ и стопъ ногъ, а равно и въ другихъ участкахъ конечностей и въ области груди. Разъ все это наступило, то такое положеніе можетъ безъ перемѣны оставаться въ теченіи цѣлыхъ мѣсяцевъ. Въ мышцахъ, которыя менѣе атрофированы и парализованы, чѣмъ ихъ антагонисты, наступаютъ сухожильныя сведенія, главнымъ же образомъ въ сгибателяхъ пальцевъ рукъ и ногъ. Кожа въ области парализованныхъ членовъ лупится и покрывается пятнами. Въ конечностяхъ, главнымъ образомъ въ окружности лодыжекъ и на тыльной поверхности подъема стопы, появляется отечная припухлость. Больные жалуются на боль въ тѣлѣ, подобную той, которая бываетъ при пораженіи какимъ-либо острымъ инструментомъ, или при укусѣ. Наконецъ въ этомъ періодѣ можно наблюдать амнезію, иногда даже бредовыя явленія—словомъ, все, за исключеніемъ амауроза.

По прошествіи весьма разнообразнаго срока и при условіи хорошихъ гигиеническихъ условій и соответственнаго леченія атрофированныя мышцы начинаютъ восстанавливаться; вслѣдъ за этимъ скоро возобновляется и ихъ функція. Параличъ отступаетъ въ порядкѣ, обратномъ тому, который наблюдался во время его появленія. Случается, что разстройства чувствительности исчезаютъ еще позже; напослѣдокъ уже появляются и сухожильные рефлексъ. Возвратъ къ нормѣ можетъ быть полный. Иногда, въ тяжелыхъ случаяхъ, острое мышьяковое отравленіе можетъ оставить неисправимый слѣдъ въ формѣ сухожильныхъ контрактуръ, но я не знаю ни одного случая, гдѣ бы мышьяковый параличъ былъ единственной и непосредственной причиной роковой развязки.

Въ случаяхъ подостраго и хроническаго мышьяковаго отравленія явленія, разсматриваемыя въ ихъ совокупности, протекаютъ обыкновенно такимъ же образомъ, за исключеніемъ того лишь, что желудочно-кишечныя разстройства вначалѣ проявляются менѣе остро, что параличъ имѣетъ меньшую склонность обобщаться, что онъ можетъ ограничиваться нижними конечностями, гдѣ, какъ и въ случаяхъ первой группы, параличъ можетъ локализоваться въ извѣстныхъ

¹⁾ Goldflam m. (Zeitschrift für klin. Medicin, 1888, t. XIV, Heft 4, p. 399).

мышечныхъ группахъ, что мышечная атрофія вообще менѣе выражена (случай нашего больного доказываетъ, что она можетъ отсутствовать), что, наконецъ, болѣзненные явленія обладаютъ меньшей продолжительностью и оканчиваются полнымъ выздоровленіемъ.

Хотя три жертвы отравленія въ Руанѣ и погибли при явленіяхъ двигательнаго паралича, но мнѣ кажется, что въ этихъ трехъ случаяхъ смерть произошла отъ паралича сердца ¹⁾. Во всякомъ случаѣ, въ двухъ изъ этихъ трехъ случаевъ былъ діагностицированъ инфекціонный эндокардитъ; во всѣхъ трехъ вскрытіе не обнаружило пораженія сердечныхъ клапановъ.

Когда параличъ не полный, можно наблюдать, что къ параличу присоединяется двигательная инкоординація (мышьяковая атаксія). При такихъ именно условіяхъ можно видѣть, что въ картинѣ болѣзни преобладаетъ атаксія въ сочетаніи съ табетическими проявленіями, а именно: съ отсутствіемъ сухожильныхъ рефлексовъ, съ явленіемъ Ромберга, съ анестезіей, съ болями стрѣляющаго характера. Такого рода мышьяковая атаксія, послужившая субстратомъ *pseudo-tabes'a*, излечима на томъ же основаніи, какъ и параличъ мышьяковаго происхожденія.

Мимоходомъ я обращаю ваше вниманіе на описаніе мышьяковой параплегии, данное Туано ²⁾, которое относится къ неполной и ограниченной формѣ мышьяковаго паралича, который обнимаетъ случаи этой второй группы. Матеріалы для упомянутаго описанія заимствованы изъ работъ Бруарделя и П. Марн. Итакъ, въ большинствѣ случаевъ мышьяковаго паралича, развивается ли послѣдній вслѣдствіе остраго или подостраго отравленія, наблюдается не паралегія, а тетралегія. Какія бы ни были обстоятельства, предшествующія развитію паралича, онъ имѣетъ склонность обобщаться и захватывать всѣ мышцы; когда же онъ ограничивается извѣстными мышечными группами, то довольно часто осложняется нѣкоторой степенью двигательной инкоординаціи.

Наконецъ, между чувствительно-двигательными разстройствами, развивающимися вслѣдствіе мышьяковаго отравленія, дрожаніе можетъ занимать преобладающее мѣсто. Наблюдались также больные, жертвы мышьяковаго отравленія, страдающіе эпилептиформными припадками; до отравленія у этихъ больныхъ подобнаго рода болѣзненныхъ явленій не было. Такіе случаи, впрочемъ, являются исключительными.

Параллель между чувствительно-двигательными разстройствами при мышьяковомъ отравленіи и между такими же при алкоголизмѣ. Вотъ, въ сжатомъ видѣ, насколько воз-

¹⁾ Brouadel et Pouchet, loc. cit., p. 483.

²⁾ Thoinot. Paraplégie arsenicale. Manuel de médecine de Debove-Achard. 4. IV., p. 593.

можно вѣрная картина чувствительно-двигательныхъ разстройствъ, которую можно оставить послѣ себя острое, подострое, или хроническое мышьяковое отравленіе; при разсматриваніи этой картины бросается въ глаза сходство ея съ картиной при алкоголизмѣ.

Въ теченіи этого учебнаго года я долго бесѣдовалъ съ вами о различныхъ клиническихъ разновидностяхъ алкогольнаго множественнаго неврита. Я вамъ показалъ, что эта этиологическая разновидность множественнаго неврита заключается въ себѣ въ отношеніи проявленія симптомовъ всѣ другія разновидности. Но не смотря на это, двѣ разновидности вслѣдствіе ихъ частоты берутъ верхъ надъ другими; это именно тѣ, которыя я вамъ описалъ подъ именемъ полиневрита въ формѣ паретической и атрофической и въ формѣ *pseudo-tabes'a*; первая изъ этихъ формъ встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ вторая. Что же наблюдаемъ мы въ случаяхъ мышьяковаго отравленія, когда ядъ поразили нервную систему? Послѣдовательный рядъ явленій, который почти всегда напоминаетъ картину острого, или подострого *poliomyelitis anterior*, гораздо рѣже—картину *pseudo-tabes'a*.

И если мы поближе всмотримся въ суть дѣла, то будемъ поражены большимъ количествомъ сходныхъ чертъ между алкоголемъ и мышьякомъ въ проявленіи ихъ дѣйствія на нервную систему.

Въ томъ и другомъ случаѣ, какъ я говорилъ, наблюдается амиотрофическій параличъ, который преобладаетъ надъ другими болѣзненными проявленіями. Въ томъ и другомъ случаѣ этотъ параличъ выражается и сопровождается явленіями парестезіи, онѣмѣнія, ощущеніемъ ползанія мурашекъ и пр., болями, которыя могутъ быть очень сильными. Въ двухъ случаяхъ параличъ начинался съ конечностей членовъ. Въ двухъ случаяхъ параличъ локализовался главнымъ образомъ въ конечностяхъ или даже ограничивался кистями рукъ и стопами ногъ (*хироподальный типъ*). Въ двухъ случаяхъ параличемъ были охвачены цѣликомъ всѣ конечности и тогда онъ имѣлъ ходъ центростремительный; онъ захватывалъ мышцы туловища, мышцы, иннервируемыя черепными нервами. Въ двухъ случаяхъ наблюдалось, какъ исключительное явленіе, отсутствіе зрачковъ рефлексовъ; въ двухъ случаяхъ расстройства чувствительности, особенно же произвольныя боли, поверхностная и глубокая гиперестезія (боли при давленіи на мышцы и нервы) занимали преобладающее мѣсто въ картинѣ болѣзни. Въ двухъ случаяхъ имѣлось отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ.

Каковы-бы ни были степень и распространеніе паралича и мышечной атрофіи, возвратъ къ вполне нормальному возможенъ; это, вообще, обыкновенный, исходъ болѣзни, было-ли тутъ причиной алкогольное или мышьяковое отравленіе. Въ двухъ случаяхъ амиотрофическій параличъ оставилъ непоправимые слѣды въ видѣ сухожильныхъ контрактуръ. Въ двухъ случаяхъ атаксія сопровождалась параличемъ; понятно, неполнымъ параличемъ; въ двухъ случаяхъ двигательный

параличъ ступевывался предъ двигательной инкоординаціей и сопровождался другими симптомами табеса, такъ что получался синдромъ pseudo-tabes'a. За-висятъ-ли болѣзненные явленія отъ мышьяка, или отъ алкоголя, но въ картинѣ болѣзни могутъ проявиться и интеллектуальныя разстройства, между которыми на первое мѣсто выступаетъ амнезія. Какъ есть алкогольный амаврозъ, такъ существуетъ и алкогольный амаврозъ; и тотъ и другой излечимы. Какъ есть алкогольное дрожаніе, такъ бываетъ и мышьяковое дрожаніе. Наконецъ, мышьяковое отравленіе, подобно тому, какъ и алкогольное, оказывается въ состояніи вызывать эпилептиформныя припадки.

Отличительныя признаки.—Вы видите, что можно провести очень далеко параллель между чувствительно-двигательными явленіями при мышьяковомъ и при алкогольномъ отравленіяхъ. Развѣ изъ этого вытекаетъ, что при томъ и другомъ имѣются только сходныя точки? Развѣ изъ этого слѣдуетъ, что отличительныя признаки отсутствуютъ? Нисколько. Прежде всего я долженъ вамъ замѣтить, что алкогольный параличъ рѣдко появляется вслѣдствіе остраго алкогольнаго отравленія. Если это и случается, то всегда у тѣхъ лицъ, которые болѣе или менѣе продолжительное время злоупотребляли уже спиртными напитками. Одна или нѣсколько выпивокъ вызываютъ у нихъ явленія остраго алкоголизма—припадокъ бѣлой горячки. Болѣзнь въ этомъ случаѣ начинается бредовыми явленіями. Бредъ въ этомъ случаѣ играетъ ту же роль, что и желудочно-кишечныя разстройства въ началѣ болѣзни въ случаяхъ остраго мышьяковаго отравленія.

Никогда, вообще, вы не будете наблюдать этихъ желудочно-кишечныхъ явленій, этихъ холероподобныхъ явленій, въ продромальной фазѣ алкогольнаго множественнаго неврита. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ пищеварительныя разстройства составляютъ обычное явленіе, но они носятъ совсѣмъ иной характеръ, тутъ причиной ихъ бываетъ хроническій катарръ желудка съ утренними тошнотами, съ изжогой и съ ощущеніемъ жженія въ желудкѣ и пр. Нѣтъ полной бессонницы, какъ это бываетъ въ случаяхъ остраго мышьяковаго отравленія, но сонъ тревожный, сопровождаемый кошмарами, страшными сновидѣніями, видѣніями животныхъ. Рѣдко также наблюдается, чтобы въ случаяхъ алкогольнаго паралича чувствительныя разстройства, явленія парѣстезіи, произвольныя боли, анестезія были столь рѣзко выражены, какъ въ случаяхъ мышьяковаго паралича. Никогда алкогольный параличъ не сопровождается такимъ шелушеніемъ кожи въ видѣ обширныхъ кусковъ эпидермиса, какъ при мышьяковомъ параличѣ. Никогда, насколько мнѣ извѣстно, въ случаѣ мышьяковаго паралича амнезія и другія интеллектуальныя разстройства не преобладаютъ въ картинѣ болѣзни, какъ это наблюдается при алкогольномъ множественномъ невритѣ. Наконецъ, когда амиотрофія достигаетъ своего высшаго развитія, когда выступаютъ на сцену сухожильныя сведенія, то обезображенія въ кистяхъ рукъ и въ стопахъ ногъ, какъ

послѣдствіе упомянутыхъ сухожильныхъ сведеній, въ каждомъ изъ этихъ двухъ параличей бываютъ различны: въ случаяхъ мышьяковаго паралича первыми поражаются мелкія мышцы кисти руки и стопы: межкостныя мышцы, мышцы возвышенія большого пальца, длинная разгибающая мышца пальцевъ ноги; вслѣдствіе этого наблюдается, что больные не могутъ больше приближать другъ къ другу и растопыривать пальцы рукъ и ногъ (рис. 20). Эти движенія бываютъ затруднены

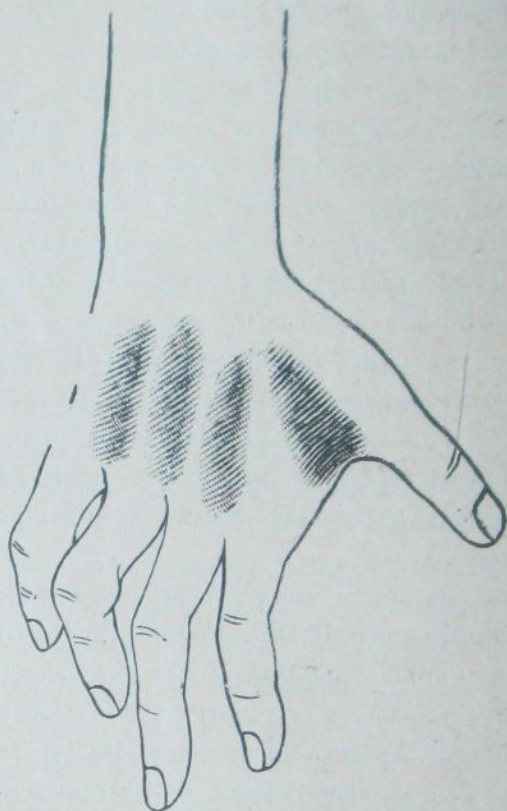


Рис. 20.

еще въ то время, когда движенія въ запястьѣ совершаются безъ всякаго затрудненія. Въ случаяхъ алкогольнаго паралича первыми поражаются какъ разъ тѣ движенія, которые совершаются въ запястьѣ и въ плюснѣ стопы, параличъ прежде всего распространяется на мышцы выпрямляющія и сгибающія кисти рукъ и стопы ногъ. Кисти рукъ и стопы ногъ болтаются (Рис. 21—22). Когда затѣмъ наступаютъ сухожильныя сведенія, то они преобладаютъ въ тѣхъ же частяхъ. Въ случаяхъ мышьяковаго паралича, при первомъ взглядѣ, обезображенія болѣе всего всего выражены въ пальцахъ рукъ и ногъ. Различныя фаланги становятся неподвижными при сгибаніи и при выпрямленіи ихъ (Рис. 23 и 24), послѣдствіемъ чего получается то положеніе кистей рукъ и стопъ, которое, не бу-

лучи всегда идентичнымъ само по себѣ, тѣмъ не менѣ имѣеть нѣчто характерное (Рис. 25 и 26) ¹⁾.

При алкогольномъ параличѣ сухожильныя сведенія касаются главнымъ образомъ мышцъ предплечья и мышцъ голени; они вызываютъ обезображенія, выражающіяся неподвижностью кистей рукъ и стопъ ногъ при сгибаніи и при прямленіи.

Я полагаю, что все сказанное лучше всего резюмировать въ слѣдующихъ нѣсколькихъ словахъ: въ случаяхъ мышьяковаго паралича обезображенія происхо-



Рис. 21.

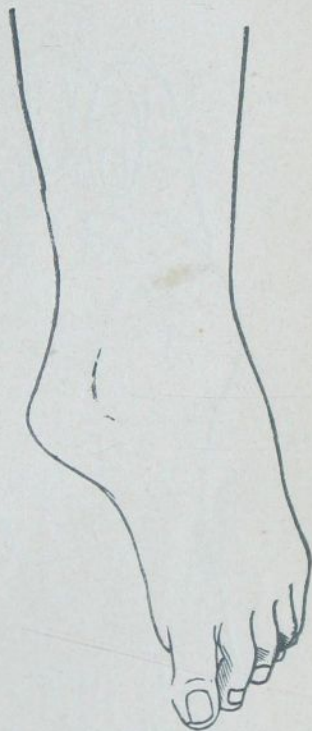


Рис. 22.

дять главнымъ образомъ въ связкахъ пальцевъ рукъ и ногъ; въ случаяхъ алкогольнаго паралича эти измѣненія происходятъ главнымъ образомъ въ связкахъ запястья и плюсны.

Діагнозъ.—Вотъ каковы сходныя черты и отличительныя признаки, которые существуютъ между чувствительно-двигательными разстройствами одного и того же порядка, являющимися симптомами арсенизма и алкоголизма. У васъ теперь имѣются данныя для дифференціального діагноза мышьяковаго пареза и алкогольнаго паралича. Тѣ же самыя данныя вамъ помогутъ отличать мышьяковый параличъ отъ другихъ разновидностей множественнаго неврита въ формѣ

¹⁾ Эти рисунки заимствованы изъ работы П. Мюллера.

реинтерпретация мимикой. И если уже говорить, насколько она будет отличаться минимальной расщепленности от истинного лица Готшалка, когда исключение минимального отклонения атласа минимизует преобладающее место между чувствительно-двигательными расстройствами. (Единственный автор, Александров¹⁾, подумал, что дифференциальный диагноз между мышечным параличом и спринтомизмом в виду того, что в случае мышечного паралича, описанного Гергардтом, при эсприми была обнаружена спринтомизация.



Рис. 23.



Рис. 24.

рингомизии. И не забуду быть сказано. Возможность одновременного наличия этих двух болезней (всегда легко себе представить, но ошибаться как-то совсем было можно).

Вспомните только, что симптоматология спринтомизии имеет в некотором роде как основу, как общий фон, складывание при кардинальных признаках профическим и сосудисто-двигательными расстройствами: кривизна, томию мышечной атрофии (Уранов-Домениковский тип), отвисание фактеноидные симптомы, нистагмы, артралгии, отеки и пр.; чувствительными расстройствами, которые резюмируются собой то, что называют спринтомизмической

¹⁾ Александров. Клиническое и экспериментальное Beiträge zur Kenntnis der Erkrankungen nach Arsenikvergiftung (Habilitationsschrift, Breslau, 1899).

диссоціаціей чувствительности; искривленіе позвоночника (сколіозъ). Вспомните эти три кардинальных признака и вы никогда не затруднитесь отличить сирингоміэлію отъ мышьяковаго паралича.

Наконецъ, важно, чтобы вы мысленно представили себѣ различныя болѣзни, какъ-то: холеру, брюшной тифъ, желудочное расстройство, гриппъ, острый сочленовный ревматизмъ, инфекціонный эндокардитъ, съ которыми вы можете смѣшивать мышьяковое отравленіе до появленія при послѣднемъ паралича и другихъ чувствительно-двигательныхъ расстройствъ.



Рис. 25.



Рис. 26.

Итакъ, мышьяковый параличъ, или, выражаясь болѣе точно, чувствительно-двигательныя расстройства, развивающіяся вслѣдствіе мышьяковаго отравленія, имѣютъ собственный спеціальнѣйшій оттѣнокъ, который отводитъ имъ особое мѣсто въ группѣ токсическихъ параличей, если только рассматриваютъ одновременно симптоматическія явленія, при которыхъ эти расстройства происходятъ, ихъ развитіе и ихъ существенные признаки. Я далекъ отъ того, чтобы по примѣру П. Мюллера ¹⁾ сказать, что въ наличіи случая мышьяковаго паралича діагнозъ

¹⁾ P. Müller. Loc. cit.

устанавливается *de visu* немедленно и неопровержимо; но я готовъ заявить, что послѣ того, какъ мы ознакомились съ этой разновидностью паралича, мы имѣемъ много данныхъ напасть на слѣдъ его происхожденія даже и въ томъ случаѣ, когда нѣтъ указаній на предшествующее или настоящее отравленіе.

Предсказаніе.—Прогнозъ при мышьяковыхъ параличахъ заслуживаетъ того, чтобы на немъ нѣсколько остановиться. Я надѣюсь, что въ вашемъ умѣ составилось уже понятіе, что мышьяковый параличъ, какъ таковой, въ смыслѣ предсказанія *quoad vitam* не имѣетъ серьезнаго характера, что онъ чаще всего и кореннымъ образомъ излечивается. Тѣмъ не менѣе онъ можетъ оставить послѣ себя непоправимые слѣды въ формѣ сухожильныхъ сведеній, а впоследствии привести больного въ состояніе безпомощности. Вы знаете, что такая случайность особенно часто можетъ произойти въ случаѣ мышьяковаго паралича вслѣдствіе остраго отравленія, но она также возможна и при подостромъ и хроническомъ мышьяковомъ отравленіи. Такъ, у одной изъ жертвъ Нюères'овской эпидеміи, у польскаго ксендза, были парализованы всѣ 4 конечности спустя дѣльный годъ послѣ отравленія¹⁾. Вотъ это-то, господа, и представляетъ съ судебно-медицинской точки зрѣнія важный интересъ. Поясню это.

Предположимъ, что кто-либо дѣлается жертвой преступной попытки отравленія мышьякомъ, или что это лицо является жертвой ошибки, происшедшей въ аптекѣ—ему, напр., вручили мышьяковистую кислоту вмѣсто безвреднаго лекарства. Это лицо избѣгло непосредственныхъ послѣдствій сильнаго, весьма остраго отравленія; его жизнь больше не въ опасности. Но вотъ обнаруживается параличъ, коварный по своимъ начальнымъ проявленіямъ. Необходимо вамъ прежде всего знать, что этотъ параличъ, проявленіе котораго, не забывайте этого, можетъ быть запоздалымъ, обязательно есть послѣдствіе отравленія. Вамъ надо выжидать, пока параличъ не достигнетъ извѣстной степени и значительнаго распространенія, пока не закончится пораженіемъ мышцъ четырехъ конечностей и части туловища, чтобы сказать, что больной избѣжалъ новой опасности смерти. Вамъ слѣдуетъ также быть осторожными въ отношеніи предсказанія конечнаго исхода этого паралича. Вамъ надо предвидѣть, что неизлечимое увѣчье можетъ выпасть на долю этого больного, который является жертвой, имѣющей законныя права на вознагражденіе. Нѣкоторые факты, которые я вамъ привелъ во время этой лекціи, запечатлѣютъ въ вашей памяти эти наставленія лучше, чѣмъ громкія фразы.

Леченіе.—Я не буду долго останавливаться на томъ, что касается леченія мышьяковыхъ параличей. Вамъ необходимо знать лишь то, что я вамъ говорилъ относительно общаго леченія множественныхъ невритовъ. Есть лишь частности, на которыя я считаю нужнымъ обратить ваше вниманіе. Прежде всего я вамъ упомяну о той пользѣ, которую можетъ принести назначеніе молочнаго режима,

¹⁾ P. Brouardel et Pouchet. Loc. cit., p. 471.

когда дѣло идетъ о леченіи послѣдствій отравленія, которое вызвало сильное пораженіе пищеварительныхъ органовъ, а также, вѣроятно, и почекъ. Болѣе того, молоко, вслѣдствіе своего мочегоннаго дѣйствія, можетъ содѣйствовать удаленію яда.

Между авторами, занимавшимися леченіемъ мышьяковаго паралича, нѣкоторые съ пользой примѣняли горячій песокъ съ цѣлью уменьшенія болей. Разъ періодъ острыхъ болей прошелъ, слѣдуетъ назначать горячія ванны съ цѣлью возбудить возобновительную, такъ сказать, дѣятельность атрофированныхъ мышцъ. Эту обновительную работу поддерживаютъ электричествомъ, а позже, массажемъ. Въ этотъ періодъ показано все то, что нужно для возстановленія общаго состоянія, и на первомъ планѣ должно стоять укрѣпляющее питаніе.

Лекція XI.

Параличи и тифозные невриты ¹⁾.

Содержаніе.—Клиническій примѣръ. Параличъ и разлитая атрофія въ нижнихъ конечностяхъ со времени возврата брюшнаго тифа.—Явленія парестезіи. — Отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ. — Сосудисто-двигательныя разстройства.—Развитіе болѣзненныхъ явленій. А н а т о м и ч е с к і й д і а г н о з ъ.—Пржнее мнѣніе о натурѣ тифозныхъ и послѣ-тифозныхъ параличей. Появленіе тифознаго полиневрита. Исслѣдованія Питра и Валльера. Доводы въ пользу существованія множественнаго периферическаго неврита у представленной больной. Клиническіе признаки тифозныхъ параличей.—Эти параличи крайне болѣзненны; они крайне ограничены; они могутъ имѣть гемиплегическое расположеніе и тогда они мозгового происхожденія; они могутъ принимать параплегическую форму. Чаше всего они ограничиваются областью локтя. Другія разновидности ограниченныхъ параличей.—Послѣ-тифозные параличи могутъ захватывать двигательные черепные нервы.—Заключеніе.—Тифозные или послѣ-тифозные параличи суть выраженіе или полиневрита, или міэлита. П р е д с к а з а н і е.—Чаше всего эти параличи излечимы. Болѣзненные проявленія могутъ продолжаться неопредѣленное время. Л е ч е н і е.—Оно не требуетъ специальныхъ указаній.

Мм. Гг.! Больная, которая предъ вами, представляетъ собой примѣръ неврита, развившагося со времени возврата брюшнаго тифа. Этотъ случай даетъ мнѣ возможность сказать вамъ нѣсколько словъ о тифозныхъ невритахъ.

Этой женщинѣ 29 лѣтъ. По профессіи она продавщица фруктовъ. Въ ея семьѣ нервно-больныхъ не было. Изъ болѣзней она въ раннемъ дѣтствѣ перенесла корь. Она произвела на свѣтъ четырехъ дѣтей, изъ которыхъ одинъ умеръ, трое остальныхъ вполне здоровы. Больная никогда не представляла признаковъ

¹⁾ Лекція 23 Іюня 1896 г.

неврозизма. Она отрицаетъ, чтобы когда-нибудь злоупотребляла спиртными напитками. Слѣдуетъ всетаки замѣтить, что во время тифа, въ августѣ прошедшаго 1895 года, она поглотила большое количество питья Годда. Въ Парижѣ она уже 7 лѣтъ, и очень устала отъ своихъ занятій.

Я только что вамъ сказалъ, что въ Августѣ прошедшаго года у нея былъ тифъ. Лихорадочное состояніе тянулось цѣлый мѣсяцъ, затѣмъ больная стала поправляться. Ей былъ назначенъ укрѣпляющій режимъ, ее заставляли ѣсть много мяса съ кровью. Возвратъ тифа заставилъ ее снова лечь въ Октябрь мѣсяцѣ въ госпиталь. Съ этого времени ей было трудно удержать выдѣленіе мочи. Болѣе того, она не могла стоять на ногахъ. Она пробыла 6 недѣль въ госпиталѣ «Тенонъ», гдѣ ее лечили отъ паралича нижнихъ конечностей, осложненнаго атрофіей. Она не испытывала болей въ нижнихъ конечностяхъ, а лишь только ощущеніе мурашекъ. Въ извѣстный моментъ были поражены крестцово-поясничныя мышцы, вслѣдствіе чего она была не въ состояніи сидѣть на постели. Верхнія конечности и лицо остались не затронутыми, начиная съ начала болѣзни и по сегодня.

Больная поступила въ Сальпетріеръ 11-го Февраля 1896 года. Общее ея состояніе было весьма удовлетворительно. Исслѣдованіе органовъ грудной полости не обнаружило ничего ненормальнаго. Пищевареніе у больной хорошее; сонъ былъ хорошій, страдала немного запорами; отравленіе мочевого пузыря вполне правильное.

Положенная на спину, она не могла поднять пятки выше уровня постели. Стопы ея падали, причемъ подошвенная поверхность была обращена внутрь и внизъ. Это положеніе стопы въ аддукціи было одинаковое, какъ на одной, такъ и на другой ногѣ. Вслѣдствіе этого поворота стопы внутрь, таранная кость образовывала замѣтную выпуклость. На подошвенномъ сводѣ обрисовывалась рѣзко увеличенная вогнутость. Большой палецъ на каждой ногѣ былъ слегка согнутъ.

Больная вообще не въ состояніи была поднять стопъ путемъ активнаго сокращенія мышцъ. Когда производили пассивное выпрямленіе стопы къ голени, то вызывалась боль вслѣдствіе сокращенія мышцъ на задней поверхности голени. Боковыя движенія стопы были почти совершенно уничтожены.

Больная въ состояніи была производить сгибаніе и разгибаніе голени по направленію къ бедру лишь въ очень ограниченной степени, по причинѣ пареза соотвѣствующихъ мышцъ. Приводящія мышцы бедра, равно какъ сгибатели и мышцы разгибающія бедро также утратили часть своей силы. Больная не въ состояніи была солизить свои стопы, когда ей раздвигали голени. Она испытывала ощущеніе жара и мурашекъ въ стопахъ; стопы были мѣстомъ очень обильнаго потоотдѣленія. Сухожильные рефлексy отсутствовали. Этимъ исчерпываются чувствительно-двигательныя разстройства, наблюдаемыя у этой женщины.

Верхнія конечности, туловище, лице, я вамъ повторяю, не были затронуты; прибавлю къ этому, что параличъ въ нижнихъ конечностяхъ осложнялся весьма

выраженной атрофіей безъ преувеличеннаго развитія подкожной жировой ткани. На 15 снт. выше верхняго края колѣнной чашки окружность праваго бедра = 32 снтм., окружность лѣваго бедра = 30 снтм. На 15 снтм. ниже нижняго края колѣнной чашки окружность правой голени = 24 снтм., окружность лѣвой голени = 23 снтм. Трофическихъ разстройствъ со стороны ногтей, а равно какъ и усиленнаго роста волосъ не наблюдалось. Измѣненіе электрической реакціи выразилось въ слѣдующемъ: въ мышцахъ бедра электрическая возбудимость была чрезвычайно понижена; качественныя измѣненія гальванической возбудимости были незначительныя; вообще получаемыя мышечныя сокращенія были довольно живыя, безъ извращенія реакціи. На голени электрическая возбудимость п. peronei была очень ослаблена, но въ нервныхъ вѣточкахъ, иннервирующихъ переднюю большеберцовую мышцу электрическая возбудимость была во всякомъ случаѣ болѣе ослаблена, чѣмъ въ нервныхъ вѣточкахъ, иннервирующихъ другія мышцы. Непосредственная фарадическая и гальваническая возбудимость передней большеберцовой мышцы уменьшена до такой степени, что сокращенія ея получаютъ только при довольно сильномъ токѣ. Въ другихъ мышцахъ на передней и наружной поверхности голени, а именно: въ длинной разгибающей пальцы, въ длинной разгибающей большой палецъ, а особенно въ малоберцовыхъ мышцахъ электрическая возбудимость была крайне ослаблена. Непосредственную реакцію перерожденія было трудно уловить, но реакцію перерожденія съ нерва легко было констатировать.

Въ икроножныхъ мышцахъ электрическая возбудимость лучше сохранена; довольно ясныхъ качественныхъ измѣненій въ нихъ не было констатировано.

Около 1-го Мая въ состояніи здоровья этой женщины было замѣчено нѣкоторое улучшеніе: Х. была въ состояніи поднимать нѣсколько надъ уровнемъ постели не только стопы, но даже обѣ нижнія конечности цѣликомъ. Сгибаніе и разгибаніе, особенно движенія разгибанія, производились справа хорошо, слѣва нѣсколько хуже. Движенія приведенія стопъ выполнялись безъ затрудненія. Движенія сгибанія и разгибанія лѣвой стопы возобновились и производились съ довольно большой силой; справа тѣ же самыя движенія были затруднены вслѣдствіе сокращенія Ахиллова сухожилія. Это сухожильное сокращеніе мѣшало также больной и ходить; не смотря однако на это, Х. дошла до того, что могла ходить по залѣ, придерживаясь за кровати.

Мышечная атрофія была менѣе выражена (на разстояніи 15 снтм. выше надколѣнной чашки окружность бедеръ = 37 и 35 снтм.).

Въ отношеніи разстройствъ чувствительности Х. продолжала всегда испытывать ощущеніе мурашекъ; анестезіи не было никакой, если не считать легкой степени гиперестезіи на стопахъ. Потоотдѣленіе на стопахъ стало еще обильнѣе и достигало такой степени, что одѣяло дѣлалось влажнымъ отъ одного соприкосновенія съ ними. Колѣнные рефлексы, какъ и раньше, отсутствовали. Больная была подвергнута леченію электричествомъ, которое продолжается еще.

Сегодня, 23-го числа, X. въ состояніи пройти, ни на что не опираясь; вы видите, что она подвигается впередъ медленно, но не ковляя и не влача стопъ по землѣ. Въ ея походкѣ нѣтъ увѣренности; каждую минуту кажется, что она потеряетъ равновѣсіе. Она можетъ безъ посторонней помощи взобраться на постель; наоборотъ, когда она сядетъ на стулъ, ей трудно подняться главнымъ образомъ вслѣдствіе слабости мышцъ бедра.

При изслѣдованіи ея въ лежачемъ положеніи на спинѣ наблюдается, что лѣвая стопа больше не отвисаетъ, правая же представляется немного болтающейся, висящей, при чемъ подошва ея обращена внутрь.

Различныя движенія стопы выполняются безъ затрудненія, кромѣ движеній приведенія, которыя еще очень слабы.

Большая легко приподнимаетъ свою правую нижнюю конечность надъ уровнемъ постели, лѣвой ногой эти движенія выполняются съ большимъ трудомъ. Она разгибаетъ и сгибаетъ голени по направленію къ бедру хорошо, но движенія сгибанія болѣе слабы, чѣмъ выпрямленіе. То же самое можно сказать про движенія выпрямленія бедеръ.

На бедрѣ электрическая возбудимость различныхъ мышцъ значительно лучше. Въ внутренней толстой мышцѣ бедрѣ, гдѣ эта возбудимость была понижена настолько, что почти совершенно не вызывалось сокращеній, начинаютъ получаться нѣкоторыя сокращенія, но послѣднія еще очень слабы.

И голени мышечная возбудимость также лучше, чѣмъ она была раньше; остается еще слабость въ длинной мышцѣ разгибающей пальцы, въ длинной мышцѣ разгибающей большой палецъ и особенно въ малоберцовыхъ мышцахъ; въ этихъ мышцахъ наблюдаются еще явленія реакціи перерожденія. Вообще, наблюдается извѣстная степень нареза въ разгибателяхъ голени и бедра и въ группѣ мышцъ на передней наружной поверхности правой голени.

Мышечная атрофія выражена еще менѣе, чѣмъ при предыдущемъ изслѣдованіи. Такъ, на разстояніи 15 см. отъ верхняго края надколѣнной чашки окружность бедра = 41 см., окружность лѣваго бедра = 38 см.

Со стороны чувствительности, кромѣ исчезновенія ощущенія мурашекъ, измѣненій не констатировано. Пото-отдѣленіе на стопахъ уменьшилось.

Общее состояніе весьма удовлетворительно. Больная жалуется, что послѣ электризаціи она по временамъ испытываетъ какія-то подергиванія въ голеняхъ.

Съ чѣмъ же мы, въ концѣ концовъ, имѣемъ дѣло у этой женщины? Симптомы болѣзни таковы: паралегія, сопровождаемая распространенной атрофіей нижнихъ конечностей, отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ, нѣкоторыя слабыя сосудо-двигательныя разстройства (усиленное потоотдѣленіе на стопахъ) и неясныя явленія парѣстезіи (ощущеніе мурашекъ). Всѣ эти симптомы, постепенно нарастая, появились до извѣстной степени неожиданно и внезапно во время возврата брюш-

ного тифа. Каковъ же характеръ и происхождение этой аміотрофической параличи? Здѣсь не можетъ быть и вопроса о міэлитѣ.

Неожиданное начало двигательныхъ расстройствъ, прогрессивно захватывающій ходъ паралича, его неравномѣрное распредѣленіе между различными группами мышцъ на нижнихъ конечностяхъ, его преобладаніе на оконечностяхъ этихъ членовъ, диффузный характеръ мышечной атрофіи, отсутствіе расстройствъ со стороны сфинктеровъ, отсутствіе кожныхъ трофическихъ расстройствъ и именно пролежней на ягодицахъ, относительно быстрое возстановленіе функціи парализованныхъ членовъ,—все это, вмѣстѣ взятое, указываетъ на то, что тутъ имѣется дѣло не съ міэлитомъ въ обычномъ значеніи этого слова.

Двадцать лѣтъ тому назадъ этотъ параличъ охотно отнесли-бы на счетъ первичнаго пораженія мышцъ вслѣдствіе ихъ жирового, или восковиднаго перерожденія. Нужно вамъ знать, что давно занимались изученіемъ этихъ параличей, развивающихся во время и особенно тотчасъ послѣ брюшнаго тифа. Такъ въ сокращенномъ руководствѣ практической медицины Моннерэ и Флери ¹⁾ этотъ параличъ разсматривается какъ осложненіе, а не какъ симптомъ брюшнаго тифа. Немного позже Гюблеръ ²⁾ изученію этого вопроса посвятилъ двѣ статьи, гдѣ онъ разсматривалъ параличи въ связи ихъ съ острыми болѣзнями вообще. По мнѣнію Гюблера, эти параличи не зависятъ отъ какихъ-либо измѣненій въ нервной системѣ, а обусловливаются или общей слабостью организма (астеническіе параличи), или, если они сопровождаются мышечной атрофіей, расстройствомъ питанія мышцъ.

Спустя нѣсколько времени, одинъ нѣмецкій авторъ, Ценкеръ, ³⁾ доказалъ, что во время теченія брюшнаго тифа мышцы, главнымъ образомъ мышцы нижнихъ конечностей, подвергаются спеціальному перерожденію, которое придаетъ мышечнымъ волокнамъ восковидный видъ. Это знаменитое восковидное перерожденіе, я полагаю, вы всѣ знаете.

Въ то время, о которомъ я говорю, въ брюшномъ тифѣ и вообще въ лихорадочныхъ состояніяхъ видѣли только лихорадочный элементъ, элементъ повышенной температуры. Подъ вліяніемъ работъ Либермейстера, органическія перерожденія, которыя наблюдаются въ такихъ лихорадочныхъ состояніяхъ, какъ брюшной тифъ, разсматривались, какъ простое послѣдствіе повышенной температуры. Что касается собственно патологіи послѣ-тифозныхъ параличей,

¹⁾ Monneret et Fleury. Compendium de médecine pratique, 1846, t. VIII, p. 213.

²⁾ Gubler. Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës (Archives générales de médecine, 1860); Des paralysies amyotrophiques consécutives aux maladies aiguës (Société de biologie, 1861).

³⁾ Zenker.—Ueber Veränderungen d. willkür. Muskeln im Typhus abdominalis, 1864.

то Арди и Вейэ ¹⁾, въ своемъ руководствѣ внутренней патологiи, представляли эти параличи, какъ послѣдствіе восковиднаго перерожденія. По мнѣнію Жакку ²⁾, эти параличи были выраженіемъ воспаленія мышцъ (миозита), которымъ объяснились сразу двигательныя и чувствительныя разстройства, а въ особенности болевыя ощущенія.

Я, слѣдовательно, былъ правъ, когда сказалъ, что какихъ нибудь 20 лѣтъ тому назадъ параличъ, представляемый этой женщиной, былъ-бы отнесенъ на счетъ измѣненій въ мышцахъ, развившихся послѣ тифа, и что эти мышечныя измѣненія приписали-бы тогда повышенной температурѣ, такъ какъ о бактеріяхъ и о токсинахъ въ то время не могло быть и рѣчи.

Въ настоящее время трудно допустить, чтобы мысль приписать миопатіи, не зависящей отъ какого либо измѣненія со стороны нервной системы, параличу, наблюдаемому у нашей больной, заслужила одобреніе въ глазахъ образованнаго врача. Въ наличіи паралича, развившагося при извѣстныхъ вамъ условіяхъ, снова возникаетъ вопросъ: имѣемъ-ли мы тутъ дѣло съ міэлитомъ, или съ периферическимъ невритомъ? И я вамъ сейчасъ могу отвѣтить, что чаще всего причиной тутъ бываетъ невритъ. Короче, въ отношеніи тифозныхъ и послѣ-тифозныхъ параличей произошло то, что случилось съ другими токсическими или инфекціонными параличами, которыми мы много занимались въ этомъ году, а именно, что при ихъ изученіи большая часть времени была посвящена изученію полиневритовъ, множественныхъ периферическихъ невритовъ.

По правдѣ сказать, мысль приписать послѣ-тифозные параличи пораженію периферическихъ нервовъ относится къ періоду времени, 20 лѣтъ тому назадъ. Насколько мнѣ извѣстно, мысль эта въ первый разъ была высказана Лейденомъ ³⁾ въ его руководствѣ къ болѣзнямъ спинного мозга: это было по поводу одного больного, у котораго вслѣдъ за тифомъ появились сильныя боли въ правой верхней конечности. Затѣмъ у этого больного развилась атрофія всего парализованнаго члена, включая и плечо, съ пониженіемъ фарадической возбудимости въ атрофированныхъ мышцахъ. Въ концѣ концовъ, послѣ двухмѣсячнаго леченія постояннымъ токомъ больной выздоровѣлъ. Лейденъ былъ такого мнѣнія, что ограниченные тифозные параличи съ подобными отличительными признаками, составляютъ, весьма вѣроятно, проявленіе периферическаго неврита.

Уже въ то время Бернгардъ ⁴⁾ въ одномъ случаѣ лучевого паралича, развившагося вслѣдъ за сыпнымъ тифомъ, могъ констатировать невритъ и пе-

¹⁾ Hardy et Behier.—Traité de pathologie interne, 1889, t. IV, p. 110.

²⁾ Jaccoud.—Traité de pathologie interne, 1-re édition. Paris, 1871, t. II, p. 771.

³⁾ Leyden.—Klinik der Rückenmarkskrankheiten. Berlin, 1874—1876.

⁴⁾ Bernhard.—Zur Pathologie der Radialisparalysen. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., 1874, IV, Heft 3, p. 608).

риневритъ лучевого нерва. Надо сказать правду, что съ этиологической точки зрѣнія сыпной тифъ не имѣетъ ничего общаго съ брюшнымъ тифомъ.

Нѣсколько позднѣе Эйзенлоръ ¹⁾ опубликовалъ случай послѣ-тифознаго паралича, ограничившагося нѣкоторыми вѣточками сѣдалищнаго нерва съ преобладающимъ участіемъ малоберцовога нерва. При вскрытіи больного найдены одновременно съ серознымъ выпотомъ въ нѣкоторыхъ суставныхъ полостяхъ слѣды аналогичнаго процесса въ неврилеммѣ нѣкоторыхъ вѣточекъ сѣдалищнаго нерва. Эйзенлоръ не могъ сдѣлать иного предположенія, какъ допустить, что этотъ именно воспалительный процессъ въ неврилеммѣ и обуславливалъ параличъ, наблюдаемый при жизни больного.

Ландузи ²⁾ въ своей диссертациі, говоря о тифозныхъ параличахъ, различалъ такіе, которые, развиваясь во время теченія брюшнаго тифа, составляютъ лишь усиленіе обычныхъ симптомовъ болѣзни, далѣе—такіе, которые будучи болѣе запоздалыми, зависятъ отъ осложненія болѣзни параличемъ спинно-мозгового происхожденія, бульбарнымъ или церебральнымъ, наконецъ такіе, которые появляются во время выздоровленія отъ брюшнаго тифа и которые могутъ быть крайне ограниченными. «Всѣ эти разстройства, писалъ Ландузи, зависятъ отъ мало еще извѣстныхъ измѣненій нервной системы, составляющихъ прямое послѣдствіе брюшнаго тифа». Далѣе онъ прибавляетъ, что судя по симптоматологіи можно предвидѣть, сколь множественны вызывающія параличъ измѣненія при брюшномъ тифѣ, такъ какъ акинезы вызываются не только спинно-мозговыми и церебральными разстройствами, но и измѣненіями въ нервахъ: кажется, одного наличія неврита достаточно, чтобы объяснить очень ограниченный параличъ.

Позднѣе, Вюльпіанъ ³⁾ защищалъ мізлитическое происхожденіе параличей, развивающихся во время теченія и тотчасъ вслѣдъ за брюшнымъ тифомъ. Я буду имѣть случай возвратиться къ этому вопросу.

Наконецъ, въ 1885 году Питръ и Валльяръ ⁴⁾ окончательно установили присутствіе периферическаго неврита, развивающагося во время теченія или въ періодъ выздоровленія отъ брюшнаго тифа. Ихъ мнѣніе, что изъ числа весьма разнообразныхъ проявленій, которыя могутъ развиваться при брюшномъ тифѣ, нѣкоторыя, кажется, должны быть отнесены къ периферическимъ неври-

¹⁾ Eisenlohr.—Zur Pathologie der Typhuslähmungen. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., 1876, VI, Heft 2, p. 543).

²⁾ Landouzy.—Des paralysies dans les maladies aiguës. Paris, 1890.

³⁾ Vulpian.—Note sur deux cas d'accidents survenus pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. (Revue de médecine, 1883, p. 517).

⁴⁾ Pitres et Vaillard.—Contribution à l'étude des névrites périphériques, survenant dans le cours de la convalescence de la fièvre typhoïde. (Revue de médecine, 1885, 285.).

тамъ, одержало верхъ. Къ этому они прибавили: къ этому числу принадлежать послѣ-тифозные параличи, ограничивающіеся одной или нѣсколькими мышечными группами, сопровождаемые болями или анестезіей, быстрымъ уменьшеніемъ электрической возбудимости и атрофіей пораженныхъ мышцъ.

Возвращаясь къ случаю нашей больной, я полагаю, что аміотрофическій параличъ, слѣды котораго имѣются еще у нея, долженъ быть отнесенъ на счетъ периферическихъ невритовъ, обусловливаемыхъ тифозной инфекціей. Эта гипотеза согласуется съ внезапнымъ и быстрымъ наступленіемъ и ходомъ паралича и съ его способомъ распредѣленія. Дѣйствительно, именно при множественныхъ невритахъ мы наблюдаемъ, что параличъ преобладаетъ на оконечностяхъ членовъ и, когда онъ поражаетъ различные участки, локализируется въ группахъ мышцъ, иннервируемыхъ одной и той же нервной вѣточкой. Короче,—въ случаѣ множественныхъ невритовъ группы мышцъ, иннервируемые различными вѣточками того же нерва, какъ напр., сѣдалищнаго, бедреннаго, будутъ поражены параличемъ неравномѣрно, какъ это ясно видно у нашей больной, чего не наблюдается въ случаѣ міэлита. Я не буду говорить объ отрицательныхъ признакахъ—отсутствіе разстройствъ со стороны прямой кишки и мочевого пузыря, отсутствіе трофическихъ разстройствъ и проч., у этой женщины, которые говорятъ противъ гипотезы міэлита. Я считаю излишнимъ настаивать на томъ, что параличамъ, развивающимся во время теченія и вслѣдъ за брюшнымъ тифомъ, обыкновенно предшествуютъ и сопутствуютъ болѣе или менѣе острые болевые явленія. Этого признака нѣтъ у нашей больной, у которой была лишь незначительная гиперестезія въ слабости стопъ. Констатированіе этой гиперестезіи даетъ еще одинъ лишній аргументъ въ доказательство существованія тутъ периферическаго неврита. Теперь уже время изложить вамъ вѣрнѣе клиническіе признаки тифозныхъ параличей.

Клиническіе признаки тифозныхъ параличей.—Между этими признаками есть главнымъ образомъ два, которыя я хочу запечатлѣть въ вашей памяти, а именно:

1) Параличамъ, которые развиваются во время теченія и вслѣдъ за брюшнымъ тифомъ, почти всегда предшествуютъ и сопутствуютъ острые боли въ парализованныхъ членахъ.

2) Параличи имѣютъ незначительную склонность къ распространенію; чаще всего они ограничиваются областью иннерваціи одного и того же нерва или нѣкоторыхъ изъ его вѣточекъ.

Что касается перваго признака, то, повторяю, онъ не постоянный; случай нашей больной служитъ доказательствомъ этого. Въ большинствѣ же случаевъ появленію паралича предшествуютъ постоянныя боли. Эти боли чаще всего бываютъ колющія, онѣ ожесточаются припадками. Онѣ бываютъ настолько острыми, что заставляютъ больного кричать; онѣ упорны: разъ параличъ вполне развился,

онѣ могутъ пережить параличъ. Это значить, что онѣ могутъ затянуться на весьма продолжительное время, могутъ длиться цѣлыми мѣсяцами. Вы понимаете, что элементъ боли можетъ въ нѣкоторомъ родѣ преобладать въ картинѣ болѣзни, особенно когда параличъ самъ по себѣ очень ограниченъ.

Другой разъ расстройства субъективной чувствительности выражаются въ ощущеніяхъ одеревенѣнія и ползанія мурашекъ; обыкновенно эти явленія парѣстезіи локализируются въ оконечностяхъ членовъ, пораженныхъ параличемъ.

Такъ въ случаѣ локтевого паралича явленія парѣстезіи локализируются въ мизинцѣ, въ безымянномъ пальцѣ и въ соотвѣтственномъ краѣ ручной кисти.

Довольно часто наблюдается по пути парализованнаго нерва анестезія, располагающаяся островками, бляшками. Эта анестезія можетъ быть сопровождаема гипералгезіей (болѣзненная анестезія).

Теперь я перехожу къ вопросу, касающемуся распредѣленія тифозныхъ и послѣ-тифозныхъ параличей. Я сказалъ выше, что эти параличи имѣютъ небольшую склонность къ распространенію. Исключеніе составляютъ: случай острого восходящаго паралича, развившагося въ періодѣ выздоровленія отъ брюшного тифа, опубликованный Леуде ¹⁾, два аналогичныхъ случая, опубликованныхъ мной подъ заглавіемъ восходящаго міэлиты ²⁾ и одно наблюденіе, опубликованное раньше Нотнагелемъ ³⁾—помимо этого, другого примѣра послѣ-тифознаго паралича, охватившаго всѣ четыре конечности, я не знаю. Возможно, что имѣются и другіе факты подобнаго рода, но они, должно быть, встрѣчаются очень рѣдко.

Сейчасъ я вамъ цитировалъ работу Нотнагеля Эта замѣчательная работа посвящена изученію нервныхъ заболѣваній, послѣдовательно развивающихся вслѣдъ за брюшнымъ тифомъ. Тутъ встрѣчаются примѣры параличей, представляющихъ собой самые разнообразные виды распредѣленія между ними послѣ-тифозныхъ гемиплегій. Обыкновенно эти гемиплегіи, число которыхъ, какъ извѣстно, не велико, сопровождались мозговыми расстройствами, а именно афазіей, указывающей на ихъ энцефалическое происхожденіе. Нельзя не сказать о фактѣ, приводимомъ Карминомъ ⁴⁾—настолько онъ мнѣ кажется исключительнымъ, и я не могу удержаться, чтобы не передать его вамъ въ сжатомъ видѣ: вслѣдъ за тяжелой формой брюшного тифа, выздоровленіе отъ котораго продолжалось болѣе 8 мѣсяцевъ, у больного развился параличъ, прогрессивно захватывая лѣвую верхнюю конечность; къ этому параличу присоединилась мышечная атрофія, осо-

¹⁾ Leudet.—Gazette médicale de Paris, 11 mai 1861.

²⁾ Raymond.—Deux cas de myélite ascendante observés pendant la convalescence de la dothiéntérie. (Revue de médecine, p. 648).

³⁾ Nottnagel.—Die nervösen Nachkrankheiten des Abdominaltyphus. (Archiv für klin. Medicin, 1871, IX, p. 480).

⁴⁾ Nottnagel.—Die nervösen Nachkrankheiten des Abdominaltyphus. (Archiv für klin. Medic., 1871, IX, p. 480).

бенно замѣтная въ мелкихъ мышцахъ ручной кисти. Черезъ годъ парезъ охватилъ и лѣвую ногу. Помимо этого не было констатировано ни разстройствъ со стороны чувствительности (кромѣ незначительной анестезіи на ладонной поверхности лѣвой ручной кисти), ни мозговыхъ разстройствъ, ни чего либо ненормального въ сферахъ черепныхъ нервовъ. Съ другой стороны Нотнагель приводитъ случай перекрестнаго паралича, развившагося во время выздоровленія отъ брюшного тифа: у солдата 21 года параличемъ были охвачены правая верхняя конечность, особенно ручная кисть, а также и лѣвая голень. Было время, когда у больного наблюдался также парезъ и лѣвой верхней конечности. Здѣсь рѣчь идетъ о фактахъ необычныхъ; то же самое можно сказать послѣ-тифозныхъ гемиплегіяхъ, два случая которыхъ сравнительно недавно опубликовалъ одинъ Бельгійскій врачъ, Функъ ¹⁾.

Параплегическая форма встрѣчается уже болѣе часто. Эта-то форма и имѣется у нашего больного. Не очень давно подобный же случай описанъ Бабэсомъ ²⁾. Здѣсь шло дѣло о 12-ти лѣтней дѣвчкѣ, у которой послѣ брюшного тифа появилось нагноеніе вокругъ суставовъ, а также наблюдались гнойные очаги въ голеняхъ и на шеѣ. По истеченіи четырехъ мѣсяцевъ болѣзни дѣвочки сдѣлала-было попытку встать, но атрофированныя ноги отказались ее поддерживать. При изслѣдованіи констатировано: анестезія въ области нижнихъ конечностей, отсутствіе коленныхъ рефлексовъ и электрической реакціи. Скажемъ мимоходомъ, что Бабэсъ высказался за наличіе въ данномъ случаѣ полиневрита въ виду поздняго появленія паралича, исключаящаго гипотезу о протопатической міопатіи и въ виду отсутствія разстройствъ со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, бывающихъ при міелитѣ.

По мнѣнію Нотнагеля параличи, которые развиваются во время теченія или послѣ брюшного тифа весьма часто принимаютъ по наружному виду форму параплегіи. Я совсѣмъ иного мнѣнія. Познакомившись съ главными работами, опубликованными по этому вопросу, я склоненъ думать, что весьма часто послѣ-тифозные параличи ограничиваются областью иннерваціи одного нерва; почти всегда бываетъ пораженъ локтевой нервъ. Доказательство моего такого мнѣнія мнѣ вамъ легко дать.

Уже Нотнагель ³⁾ сообщилъ 4 наблюденія паралича локтеваго нерва, развившагося у больныхъ, которые поправлялись отъ брюшного тифа. Кромѣ того

¹⁾ F u n c k.—Deux cas de névrite dans la fièvre typhoïde. (Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles, 1893, № 20).

²⁾ B a b è s.—Sur un cas de paralysie avec anesthésie des jambes par polynévrite et atrophie musculaire développée pendant la convalescence de la dothiéntérie. (Roumanie médicale, 1893, № 1).

³⁾ N o t h n a g e l.—Loc. cit., p. 485.

онъ упоминаетъ о подобномъ же случаѣ, опубликованномъ Мейеромъ¹⁾; въ дѣйствительности же тутъ имѣлось дѣло съ гораздо болѣе сложнымъ случаемъ. Наоборотъ Питръ и Валльяръ, въ цитированной уже нами статьѣ, опубликовали два весьма ясныхъ примѣра паралича локтевого нерва, развившагося въ концѣ теченія брюшного тифа²⁾. Другой аналогичный случай изъ клиника Вюльпіана приведенъ въ диссертациі Пиліотиса³⁾. Хэндфордъ⁴⁾ опубликовалъ три случая послѣ-тифозныхъ параличей праваго локтевого нерва и одинъ—паралича лѣваго локтевого нерва.

Наконецъ Бернгардъ⁵⁾ опубликовалъ случай двусторонняго паралича локтевого нерва, развившагося во время выздоровленія отъ брюшного тифа.

Итакъ, примѣровъ параличей локтевого нерва, наблюдаемыхъ у больныхъ въ періодѣ выздоровленія отъ брюшного тифа, достаточно. Я, конечно, далекъ отъ того, чтобы перечислять всѣ факты, когда либо опубликованные. Я хотѣлъ лишь указать крайне частое повтореніе этой локализациі послѣ-тифозныхъ параличей.

Насколько относительно часто наблюдаются другія локализациі этихъ параличей, я перечислю тѣ изъ нихъ, которые занимаютъ область иннервациі вѣтвей сѣдалищнаго нерва.

Болѣе 30 лѣтъ прошло, какъ Сюрмэ⁶⁾ опубликовалъ два случая послѣ-тифознаго паралича берцового нерва. Нотнагель⁷⁾ опубликовалъ послѣ-тифозный параличъ съ такой же самой локализацией.

Вуртцъ⁸⁾ наблюдалъ случай, гдѣ невритъ, развившійся во время теченія тифа, ограничивался областью развѣтвленія *n. tibialis antici*.

Въ случаѣ, опубликованномъ Эйзенлоромъ⁹⁾, параличъ сразу захватилъ мышцы, иннервируемыя *n. tibialis anticus* и *peroneus*.

Вюльпіанъ съ своихъ работъ, о которыхъ я уже упоминалъ, также опубликовалъ нѣсколько случаевъ, гдѣ параличъ захватилъ вѣточки сѣдалищнаго нерва.

¹⁾ Meyer.—Die Elekricität in ihrer Anwendung auf practische Medicin. Berli 1868, p. 992.

²⁾ Pitres et Vaillard. Loc. cit., p. 992.

³⁾ Piliotis.—De la névrite périphérique du cubital consécutive à la fièvre typhoïde. (These de Paris. 1885, p. 19).

⁴⁾ Handford. Peripheral neuritis in enteric fever. (Brain, Июль 1888).

⁵⁾ Bernhardt.—Neuropathologische Beobachtungen. (Deutsches Archiv für klin. Medecin, 1878, t. XXII, p. 362).

⁶⁾ Surmay.—Archives générales de médecine, 1868, t. I, p. 678.

⁷⁾ Nothnagel.—Loc. cit., p. 487.

⁸⁾ Wurtz.—Note sur un cas de névrite du tibial antérieur survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde. (l'Encephale, 1866, t. I).

⁹⁾ Eisenlohr.—Zur Pathologie der Typhaslähmungen. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., 1876, t. IV, p. 543).

Я могу вамъ привести и другіе факты, подтверждающіе эту склонность послѣ-тифозныхъ параличей къ ограниченной локализациі. Такъ, въ одномъ случаѣ Эйленбурга ¹⁾ параличъ ограничивался областью лѣваго п. medianus.

Въ случаѣ Крафтъ - Эбинга ²⁾ парезъ приводящихъ мышцъ лѣваго бедра сопровождался болями по пути п. saphenus. У одного больного, наблюдаемаго одновременно О. Бергеромъ ³⁾ и Нотнагелемъ ⁴⁾, была поражена послѣ-тифознымъ параличемъ исключительно только большая зубчатая мышца.

Только черепные двигательные нервы не могутъ быть поражаемы этими послѣ-тифозными параличами. Но все-таки извѣстны случаи паралича аккомодациі, развившагося въ періодѣ выздоровленія отъ брюшного тифа: такъ, Гюблеръ еще въ 1860 году въ своей статьѣ опубликовалъ одинъ случай такого паралича; Нотнагель упоминаетъ о двухъ другихъ подобныхъ случаяхъ. Наблюденіе изолированного паралича нѣсколькихъ черепныхъ нервовъ, развившагося у одного тифознаго больного, опубликованное Гюблеромъ ⁵⁾, не можетъ быть включено въ эту же категорію случаевъ, такъ какъ у этого больного было осложненіе брюшного тифа гнойнымъ воспаленіемъ среднего уха. Очевидно, параличъ черепныхъ нервовъ былъ послѣдствіемъ этого воспаленія среднего уха, а не тифозной инфекціи.

Итакъ, милостивые государи, вы убѣдились, что эти параличи развиваются во время теченія брюшного тифа, а еще гораздо чаще въ періодъ выздоровленія отъ этой инфекціонной болѣзни. Я думаю также, что мнѣ удалось вѣдрить въ васъ и то двоякое понятіе, что послѣ-тифозные параличи преимущественно болѣзненные и ограниченные. Но всякое правило допускаетъ исключенія; случай нашей больной показываетъ вамъ, что послѣ-тифозный параличъ можетъ быть безболѣзненнымъ и можетъ появиться подѣ видомъ параплегіи, или подѣ видомъ остраго восходящаго паралича.

Разбирая установленный у нашей больной діагнозъ, я уже затрогивалъ вопросъ о натурѣ этихъ тифозныхъ и послѣ-тифозныхъ параличей. Останавливаться на этомъ я долго не буду. Принято, что на эти параличи смотрятъ, какъ на выраженіе протопатической міопатіи. Понятно, что анатомическимъ субстратомъ ихъ можетъ быть только или невритъ, или міэлитъ. Въ такомъ видѣ этотъ вопросъ изложенъ Питромъ и Валльяромъ въ ихъ статьѣ, появившейся въ 1885 году. Кромѣ того они опубликовали гистологическія изслѣдованія, показывающія, что у субъектовъ, умершихъ во время теченія брюшного тифа, въ пе-

¹⁾ E u l e n b u r g.—Lehrbuch der functionellen Nervenkrankheiten, 1871, p. 433.

²⁾ K r a f t - E b i n g.—Beobachtungen und Erfahrungen über Typhus abdominalis, 1871.

³⁾ O. B e r g e r.—Berlin. klin. Wöchenschrift, 1871. № 30.

⁴⁾ N o t h n a g e l.—Loc. cit., p. 484.

⁵⁾ G ü b l e r.—Archives générales de médecine, 1860, t. I (obs. IV).

риферической нервной системѣ очень часто находятъ болѣе или менѣе тяжелыя и распространенныя измѣненія (паренхиматозный невритъ). Мое мнѣніе таково, что въ этихъ случаяхъ тифозныхъ и послѣ-тифозныхъ параличей весьма часто причиной служитъ периферическій невритъ. Такъ и должно быть, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ параличъ ограничивается областью иннервации одного или нѣсколькихъ нервовъ, въ случаяхъ, гдѣ расстройства чувствительности выражены въ такой же степени, какъ и двигательныя, гдѣ трофическія кожныя расстройства отсутствуютъ.

Наоборотъ, когда расстройства чувствительности выражены лишь слабо, когда двигательный параличъ поражаетъ сразу одну или двѣ нижнія конечности, когда атрофія появляется рано, быстро достигаетъ большой интенсивности и кажется непоправимой, когда къ этому присоединяются расстройства со стороны акта мочеотдѣленія и испражненія, трофическія кожныя расстройства, а именно: пролежни съ изъязвленіями—тогда имѣется много данныхъ за міэлитъ; это-то наличіе пареза жома прямой кишки и паретическихъ явленій у одного изъ больныхъ, наблюденіе надъ которымъ мной когда-то опубликовано, существованіе изъязвленія въ области сѣдалища и ограниченный характеръ мышечной атрофіи у другого больного,—все это говорило въ пользу поставленнаго диагноза восходящаго міэлита.

Я прибавлю ко всему сказанному, что въ случаяхъ, гдѣ болѣзненные явленія достигаютъ значительной силы и затягиваются на-долго, умѣстно задаться вопросомъ, не имѣется-ли тутъ какого либо давленія на чувствительные корешки пораженныхъ нервовъ, какъ это полагалъ Нотнагель. По мнѣнію Нотнагеля, это давленіе можетъ быть обусловлено кровоизліяніемъ, которое происходитъ въ области мозговыхъ оболочекъ.

Ясно, милостивые государи, что, если послѣ-тифозные параличи могутъ быть выраженіемъ міэлита, то при предсказаніи нужно быть осторожнымъ. Въ дѣйствительности же, эти параличи весьма часто излечимы, совершенно излечимы.

Я исключаю случаи, гдѣ проявилась во время теченія брюшного тифа или послѣ брюшного тифа гемиплегія со всѣми характерными признаками церебральной гемиплегіи. Съ другой стороны извѣстны случаи, гдѣ какъ аміотрофическій параличъ, такъ и сопутствующія боли, появившіяся при извѣстныхъ вамъ обстоятельствахъ, продолжались безконечно.

Леченіе тифозныхъ и послѣ-тифозныхъ параличей то же самое, какое я вамъ указалъ относительно множественныхъ невритовъ, а потому я ссылаюсь на то, что мной было сказано раньше по этому случаю.

Л е к ц і я X I.

Полиневриты вообще; патологическая анатомія и патогенезъ ¹⁾.

Содержаніе.—Результаты вскрытія умершаго въ больницѣ больного, который представлялъ симптомы множественнаго неврита. Эти результаты вполне подтвердили установленный при жизни діагнозъ. Этотъ больной былъ одновременно туберкулезный и алкоголикъ. Тѣ же самые результаты были констатированы при изслѣдованіи нервовъ въ случаѣ чистаго алкогольнаго полиневрита. Въ двухъ случаяхъ измѣненія въ периферическихъ нервахъ, исключительно паренхиматозныя, распространялись, постепенно уменьшаясь, отъ периферіи къ центру; въ спинномъ мозгу не было найдено такихъ измѣненій. Экспериментальное изученіе измѣненій въ нервахъ, встрѣчающихся въ случаяхъ неврита. Нормальное строеніе нервнаго волокна. Паренхиматозныя измѣненія. Работы Ранъве.—Изслѣдованіе Бюнгнера.—Что нужно понимать подъ Валльреневскимъ перерожденіемъ. Изслѣдованія Гомбо относительно экспериментальнаго свинцоваго неврита. Что нужно понимать подъ названіемъ перисевого сегментнаго неврита. Интерстиціальныя измѣненія. Изысканіе Абундо, Хольмена. Эти изслѣдованія намъ доказываютъ, что инъэкціи бактерій, производимыя вблизи нерва, вызываютъ мѣстный периневритъ и интерстиціальный эндоневритъ. Сосудистыя измѣненія. Экспериментальныя изслѣдованія по этому вопросу ничего не дали намъ.

Мм. Гг. Въ двухъ предшествующихъ лекціяхъ я вамъ сообщилъ клиническую исторію алкогольнаго множественнаго неврита. Я вамъ указалъ, что отголосокъ хроническаго алкоголизма на периферической нервной системѣ можетъ выразиться въ различныхъ клиническихъ разновидностяхъ извѣстныхъ намъ множественныхъ невритовъ. Я вамъ говорилъ, что эта этиологическая разновидность полиневрита, какъ впрочемъ и другія, можетъ имѣть серьезное и даже роковое предсказаніе. Она можетъ быть прямой причиной смерти, если распространяется на нѣкоторые бульбарные нервы и если вызываетъ дыхательный или сердечный параличъ. Эта разновидность можетъ способствовать тому, что у больного вслѣдствіе сильныхъ упорныхъ болей, которыя иногда вызываются ею, вслѣдствіе пагубнаго вліянія этихъ послѣднихъ въ соединеніи съ расстройствами пищева-ренія и безсонницы и другими обычными послѣдствіями хроническаго алкоголизма развивается прогрессивная кахексія. Наконецъ, эта интоксикація, уменьшая способность сопротивленія организма, дѣлаетъ изъ своихъ жертвъ легкую добычу случайныхъ заболѣваній дыхательныхъ путей.

Случай одного изъ больныхъ, послужившій темой двухъ предшествующихъ лекцій подтверждаетъ то, что я вамъ сейчасъ сказалъ. Этотъ больной умеръ. Я такимъ образомъ воспользуюсь представившимся мнѣ случаемъ и изложу на-

¹⁾ Лекція 5-го Іюня 1896 г.

и болѣе существенные пункты патологической анатоміи и патогенеза полиневритовъ.

Сначала позвольте мнѣ сообщить вамъ результаты изслѣдованія нервовъ и спинного мозга разбираемаго нами субъекта, которое произвелъ Маринеско; я не стану надѣдать вамъ сухимъ перечисленіемъ данныхъ вскрытія, а ограничусь тѣми лишь пунктами, которые заслуживаютъ особеннаго вашего вниманія.

Что болѣе всего поразило Маринеско при произведенномъ имъ сравнительномъ изслѣдованіи мышцъ, периферическихъ нервовъ и спинного мозга у нашего больного—это относительно большая интензивность измѣненій въ периферическихъ нервахъ. Дѣйствительно, маленькія внутри-мышечныя нервныя вѣточки были вполнѣ перерождены, въ нихъ наблюдалось простое перерожденіе—безъ воспалительной реакціи, безъ интерстиціальныхъ измѣненій. Восходя отъ периферіи къ центру, можно было прослѣдить это перерожденіе въ относительно крупныхъ нервныхъ стволахъ, какъ-то: въ подколенномъ, въ малоберцовомъ нервахъ, но по мѣрѣ приближенія къ спинному мозгу это перерожденіе постепенно уменьшается въ своей интензивности и окончательно исчезаетъ по ту сторону нервной оси. Видимыхъ слѣдовъ этого перерожденія больше не наблюдается ни въ переднихъ, ни въ заднихъ корешкахъ спинного мозга.

Первый изъ трехъ находящихся передъ вами рисунковъ (рис. 27) даетъ вамъ понятіе объ интензивности процесса въ нервахъ среднего калибра. Этотъ рисунокъ представляетъ поперечный разрѣзъ подколенного нерва сѣдалищнаго сплетенія. На рисунокѣ ясно видно, что число нормальныхъ волоконъ (n, n) значительно уменьшено; остальная часть нервного пучка состоитъ изъ волоконъ, сохранившихъ свою миелиновую оболочку, но эти волокна сильно атрофированы; имѣется также извѣстное число нервныхъ волоконъ, строеніе которыхъ рѣзко измѣнено. Здѣсь лишь по остаткамъ этихъ волоконъ въ центрѣ сръза можно распознать точку, представляющую разрѣзъ осевого цилиндра, лишеннаго миелина. На продольныхъ сръзахъ и на препаратахъ, полученныхъ путемъ расщепленія, осевой цилиндръ представляетъ перерывы. Сейчасъ я опишу подробно особенности гистологическаго процесса, о которомъ идетъ рѣчь.

Со стороны мышцъ Маринеско нашелъ въ передней большеберцовой, въ малоберцовой и въ икроножной мышцахъ слѣдующія измѣненія: извѣстное число мышечныхъ волоконъ было атрофировано. Эта атрофія характеризовалась уменьшеніемъ объема сократительнаго вещества мышцъ; она сочеталась съ гиперплазіей ядеръ и сосѣдней интерстиціальной ткани,—иногда лишь, здѣсь или тамъ, наблюдалось то или другое гипертрофированное волокно. Вообще, по своей совокупности, эти измѣненія были очень слабы, но это не повсюду. Такъ, рис. 28 представляетъ вамъ мышечное волокно, подвергнувшееся слѣдующимъ измѣненіямъ:

Въ нижней его половинѣ вы видите, что атрофированное волокно подверглось вилкообразному раздвоенію. Въ (n, n) вы замѣчаете островки, образованные поли-

ферированными ядрами сарколеммы. Въ *N* имѣется образованіе настоящаго мышечнаго секвестра волокна, подвергшагося омертвѣнію и отдѣлившася въ послѣдствіи въ формѣ янцевидной массы, которая въ своей толщѣ заключаетъ ядра, окрашенная осмиевой кислотой въ черный цвѣтъ. По мнѣнію *Маринеско*, не подлежитъ сомнѣнію, что этотъ некрозъ и распадъ произведены ядрами пролиферирующей

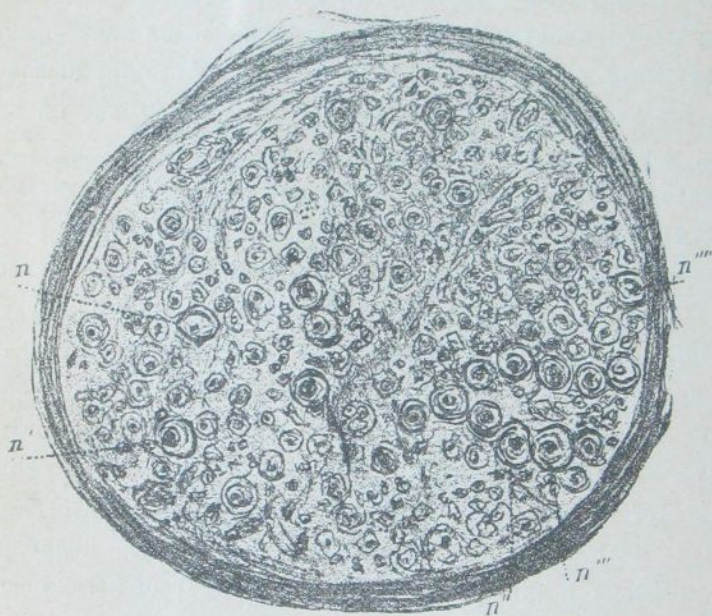


Рис. 27.



Рис. 28.

сарколеммы. Другими словами, цѣлью гиперплазіи этихъ ядеръ было разрушить и уничтожить измѣненное мышечное волокно. На этомъ основаніи *Маринеско* этимъ пролиферирующимъ ядрамъ и далъ названіе міофаговъ.

Сосудистыя измѣненія выражались слабой воспалительной реакціей (накопленіе лейкоцитовъ въ стѣнкахъ) со стороны извѣстнаго числа мелкихъ сосудовъ и расширеніемъ и гипереміей артерій и венъ средняго калибра; мѣстами эта гиперемія заканчивалась кровоизліяніями въ интерстиціальную ткань.

Вмѣстѣ съ этимъ *Маринеско* констатировалъ въ спинномъ мозгу

довольно ясныя измѣненія, ограничивавшіяся клѣтками задне-наружной группы переднихъ роговъ, исключительно только въ поясничномъ утолщеніи, при чемъ эти измѣненія могли быть обнаружены только при помощи гистологическаго метода Ниссля. Эти измѣненія состояли въ разрушеніи элементовъ, называемыхъ хроматофильными потому, что ихъ можно окрасить основными красками, которыя употребляются ежедневно въ гистологіи. Независимо отъ разрушенія этихъ хроматофильныхъ элементовъ, находящихся въ перинуклеарномъ

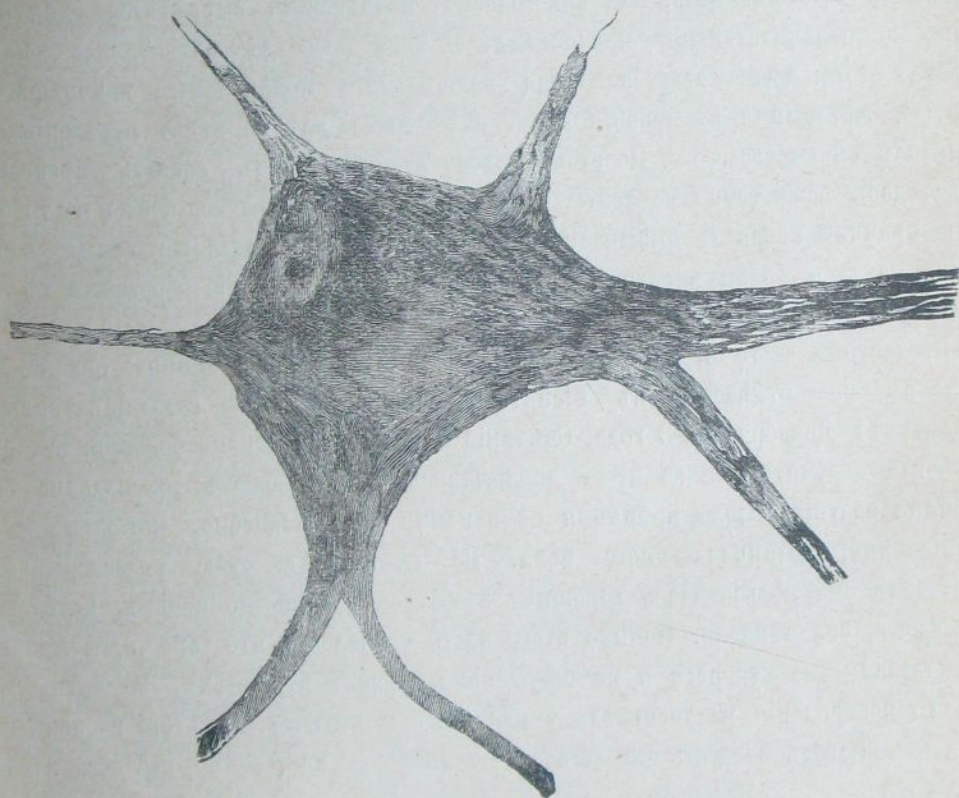


Рис. 29.

пространствѣ нервной клѣтки, Маринеско констатировалъ перемѣщеніе ядра къ периферіи (рис. 29),—особенность, которой онъ приписываетъ патологическое значеніе, къ чему я сейчасъ возвращусь. Протоплазматическіе отростки не представляютъ никакого уклоненія, кромѣ разрѣженія хроматофильныхъ элементовъ. Осево-цилиндрическіе отростки представляются нормальными.

Если я, согласно взгляду Маринеско, прибавлю, что эти клѣточные измѣненія, которыя невозможно было открыть прежними методами изслѣдованія, суть измѣненія вторичнаго порядка, происшедшія вслѣдствіе измѣненій периферическихъ нервныхъ вѣточекъ, то я буду имѣть право заключить, что въ на-

стоящемъ случаѣ гистологія освѣтила, такъ сказать, діагнозъ, поставленный при жизни больного, а именно діагнозъ периферическаго множественнаго неврита.

Названіе алкогольнаго полиневрита можетъ быть оспариваемо. Дѣйствительно, у разбираемаго нами больного туберкулезная инфекція можетъ быть такъ же тутъ привлечена къ отвѣтственности, какъ и алкоголизмъ. Надѣюсь, я вамъ это доказалъ въ одной изъ предшествующихъ лекцій ¹⁾. Но это ничего не стоитъ въ сравненіи съ анатомо-патологической стороною вопроса: въ томъ и другомъ случаѣ, туберкулезная-ли это инфекція, или алкоголизмъ, полиневритъ выражается одними и тѣми же отличительными признаками. Я могу даже дать объективное доказательство этого: дѣло касается случая алкогольнаго полиневрита, кончившагося смертію, который я въ теченіи двухъ лѣтъ наблюдалъ въ моемъ отдѣленіи, въ госпиталѣ «Ларибуазьеръ». По этому поводу я желаю вамъ сказать нѣсколько словъ, дабы вамъ точно показать, что алкоголизмъ, составляющій единственную причину неврита, вызываетъ со стороны нервовъ такія же самыя измѣненія, какъ и въ томъ случаѣ, когда его патогенное вліяніе сочетается съ таковымъ же туберкулеза.

Предметомъ этого второго наблюденія была 33-лѣтняя женщина; она поступила въ мое отдѣленіе, въ госпиталь «Ларибуазьеръ» съ галлюцинаторнымъ бредомъ, 11 Декабря 1893 года. Свѣдѣнія о прошедшей жизни больной, которыя мы могли получить отъ ея мужа, заключались въ слѣдующемъ: уже издавна эта женщина злоупотребляла крѣпкими напитками; она ежедневно, натошакъ и въ теченіе дня, выпивала много рома. Не смотря на свою невольность, въ общемъ она пользовалась хорошимъ здоровьемъ, лишь по ночамъ, вслѣдствіе кошмаровъ, спала плохо. Помимо этого часто случалось, что она пробуждалась съ жалобами на судороги и на ощущеніе мурашекъ въ ногахъ. За четыре мѣсяца до поступленія въ госпиталь у нея былъ выкидышъ. Съ этого времени она стала испытывать слабость въ ногахъ; эта слабость постепенно перешла въ параличъ ногъ.

Дѣйствительно, во время поступленія въ госпиталь у этой женщины были парализованы всѣ четыре конечности. Стопы, особенно правая, висѣли, при чемъ носки ихъ были повернуты внутрь. Ножные пальцы были согнуты въ видѣ когтей. На нижнихъ конечностяхъ имѣлась весьма выраженная диффузная атрофія, эта атрофія распространялась и на подкожную клетчатку. Въ лежачемъ положеніи больная была въ состояніи выполнять нѣкоторыя активныя движенія нижними конечностями: такъ, она могла приподнять свои ноги на нѣсколько сантиметровъ надъ горизонтальной плоскостью, при чемъ эти движенія производились съ большимъ затрудненіемъ и были ясно инкоординированы. Активныя движенія нож-

¹⁾ См. Лекцію VII.

ныхъ пальцевъ и стопъ были совершенно утрачены. Въ другихъ участкахъ параличъ былъ болѣе выраженъ въ разгибателяхъ, чѣмъ въ сгибателяхъ. Вообще, параличъ на правой сторонѣ былъ болѣе выраженъ, чѣмъ слѣва. Поддерживаемая въ стоячемъ положеніи больная ходить не могла.

Съ другой стороны, въ лежачемъ положеніи она не могла оказать никакого сопротивленія пассивнымъ движеніямъ сгибанія, разгибанія, вращенія, отведенія, придаваемымъ ея нижнимъ конечностямъ. Эти пассивныя движенія сопровождались болями, а также и контрактурами; кромѣ того, контрактуры появлялись и произвольно. Надо замѣтить, что дотрогиваніе до атрофированныхъ мышечныхъ массъ, но не давленіе на нервные стволы, было болѣзненно. Колѣнные рефлексy отсутствовали; подошвенный рефлексъ былъ слабъ и вызывался съ замѣтнымъ замедленіемъ. Электрическое изслѣдованіе обнаружило въ атрофированныхъ мышцахъ полную или частичную реакцію перерожденія.

На туловищѣ парезомъ были поражены различныя мышечныя группы съ разнообразной интенсивностью. Больная не въ состояніи была ни приподняться на своей постели, ни повернуться на бокъ.

Въ верхнихъ конечностяхъ двигательный парезъ ограничивался мышцами предплечья и кистями рукъ, главнымъ образомъ въ области иннерваціи лучевыхъ нервовъ. Кисти рукъ, повернутыя внутрь и согнутыя, висѣли. Конечныя фаланги были въ положеніи гиперэкстензіи. Въ пальцахъ наблюдались хореобразныя движенія. Движенія кистями рукъ выполнялись въ нормальныхъ предѣлахъ, но были весьма слабы; въ такомъ же состояніи были движенія предплечья и плеча. Всѣ активныя движенія, выполняемыя верхними конечностями, носили слѣды большой инкоординаціи. Кромѣ того, какъ въ верхнихъ, такъ и въ нижнихъ конечностяхъ была диффузная атрофія, болѣе выраженная въ передней области плечъ и въ задней области предплечій, въ дорзальныхъ межкостныхъ мышцахъ и въ возвышеніяхъ большого пальца и мизинца.

При изслѣдованіи лица констатировано: параличъ отводящаго нерва съ обѣихъ сторонъ, недостаточность зрачковыхъ реакцій и нистагмъ.

Вмѣстѣ съ этимъ сухожильные рефлексy отсутствовали; кожные рефлексy въ нѣкоторыхъ областяхъ были усилены. Воспріятіе болевыхъ ощущеній, тепла и холода было всюду замедлено, кромѣ того оно было замѣтно притуплено. Осязательная чувствительность отсутствовала на подошвѣ стопъ; на остальномъ тѣлѣ она была болѣе или менѣе притуплена. Наконецъ, произвольное отдѣленіе мочи указывало на недостаточность сфинктера мочевого пузыря.

Таковы симптоматическія подробности, которыя я счелъ нужнымъ извлечь изъ наблюденія надъ этой больной. Вы видите, что онѣ подтверждаютъ поставленный діагнозъ полиневрита, въ данномъ случаѣ вызваннаго исключительно только алкоголизмомъ. Я, впрочемъ, вамъ говорилъ, что во время поступленія этой женщины въ госпиталь у нея былъ галлюцинаторный бредъ. Этотъ бредъ до самаго

своего конца былъ въ связи съ галлюцинаціями зрѣнія, слуха, осязанія. Онъ носилъ ясный отпечатокъ бредовыхъ алкогольныхъ явленій. Такъ больная воображала, что она видитъ животныхъ, бѣгающихъ по ея постели. Ей казалось, что она слышитъ, какъ спрашиваютъ ее пришедшіе за ней люди. Часто она протягивала руку, чтобы освободиться отъ предмета, который, какъ ей казалось, она держитъ въ рукѣ. Впрочемъ, когда съ ней говорили громкимъ голосомъ, то удавалось на нѣсколько минутъ отрѣшиться отъ бреда.

Черезъ нѣсколько дней по поступленіи въ госпиталь эта женщина умерла отъ лѣво-сторонней бронхо-пневмоніи. Изъ протокола вскрытія, переданнаго мнѣ докторомъ На ж о т т ѣ, я считаю нужнымъ привести слѣдующія подробности, касающіяся гистологическаго изслѣдованія нервной системы.

Подвергнуты были гистологическому изслѣдованію спинно-мозговые корешки, двигательные нервы глаза, *n. n. pneumogastricus et phrenicus*, срединный, лучевой, бедренный, сѣдалищный нервы, нѣкоторые вѣтви межмышечныхъ нервовъ голени, кожные нервы кисти руки и стопы. Во всѣхъ этихъ нервахъ, за исключеніемъ глазныхъ и спинно-мозговыхъ корешковъ, были ясно выраженные дегенеративныя измѣненія, хотя и на продольныхъ разрѣзахъ нѣкоторыхъ крестцовыхъ спинно-мозговыхъ гангліи это перерожденіе можно было усматривать въ меньшемъ числѣ волоконъ соотвѣствующихъ корешковъ.

Изъ всѣхъ перечисленныхъ выше нервовъ *n. phrenicus* былъ пораженъ въ меньшей степени, онъ содержалъ почти въ два раза больше здоровыхъ волоконъ, чѣмъ больныхъ. *N. pneumogastricus* былъ уже болѣе сильно затронутъ, по меньшей мѣрѣ половина его волоконъ подверглась полному перерожденію; это перерожденіе еще болѣе ушло впередъ въ *n. recurrens*.

N. n. medianus, radialis, cubitalis, cruralis и *ischadicus* были поражены вполне, или, по крайней мѣрѣ, въ той же степени, въ нихъ съ трудомъ можно было найти одно здоровое нервное волокно на три или четыре измѣненныхъ нервныхъ волокна. Сверхъ того важно отмѣтить при этомъ и то обстоятельство, что изслѣдованіе срѣзовъ, произведенныхъ на различныхъ высотахъ одного и того же нерва, показали, что это перерожденіе, будучи рѣзко выраженнымъ на периферіи нерва, постепенно уменьшалось по мѣрѣ приближенія къ центральной части его. Межмышечныя нервныя вѣточки, изслѣдованныя какъ путемъ расщепленія, такъ и на срѣзахъ мышцъ, окрашенныхъ по методу д'Азулея, были въ высшей степени перерождены; иногда, впрочемъ, на ряду съ вполне перерожденными нервными волокнами попадались и почти вполне здоровыя. Наоборотъ, въ крупныхъ нервныхъ стволахъ перерожденіе представляло болѣе однообразное расположеніе; здоровыя и больныя волокна перемѣшивались, сохраняя болѣе или менѣе постоянное соотношеніе.

Въ чувствительныхъ кожныхъ нервахъ кисти руки и стопы измѣненія были

еще болѣе выражены. Эти измѣненія носили болѣе давній характеръ, чѣмъ въ межмышечныхъ нервныхъ волокнахъ того же самаго калибра.

Я кратко перечисляю нѣкоторыя гистологическія особенности этихъ измѣненій въ нервахъ, замѣчательныхъ по своей интензивности и по своему распространенію, надѣясь вернуться къ этому позже. Теперь же, чтобы покончить съ тѣмъ, что я хотѣлъ вамъ сказать о найденныхъ у нашей больной при вскрытіи измѣненіяхъ, мнѣ остается еще указать вамъ на слѣдующій фактъ: измѣненія въ мышцахъ, сравниваемые съ таковыми же въ межмышечныхъ нервныхъ вѣточкахъ, представлялись крайне незначительными, даже и тамъ, гдѣ атрофія при жизни больного, казалось бы, должна была бы произвести самыя большія опустошенія. Эти мышечныя измѣненія выражались весьма правильной и незначительно выраженной пролифераціей ядеръ сарколеммы, безъ уменьшенія объема, безъ потери полосатости мышечныхъ волоконъ. Соединительно-тканные элементы, какъ оказалось, не потерпѣли никакого измѣненія. Нервные элементы спинного и среднего мозга, насколько о томъ позволяютъ судить употребляемые методы изслѣдованія, не исключая и метода Ниссля, оказались совершенно не затронутыми. То же самое можно сказать и про сосуды невроглии. Наоборотъ, мягкая мозговая оболочка представляла слѣды воспалительнаго раздраженія; этотъ начальный менингитъ былъ болѣе выраженъ въ области среднего мозга. Онъ состоялъ въ инфильтраціи эмбриональными элементами мягкой мозговой оболочки и оболочки нервныхъ корешковъ; все это, въ общемъ, до извѣстной степени напоминало то, что наблюдается въ случаяхъ сифилиса. Въ головномъ мозгу констатировали довольно замѣтное разрѣженіе тангенціальныхъ волоконъ мозговой коры; это разрѣженіе было диффузное, т. е., безъ замѣтнаго преобладанія въ какой-либо определенной области. Кромѣ того капилляры были мѣстомъ нахожденія весьма выраженного жирового перерожденія и пролифераціи эмбриональных клѣтокъ; все это до извѣстной степени напоминало то, что наблюдается при общемъ параличѣ. Другая особенность, которая заслуживаетъ быть отмѣченной, заключается въ томъ, что этотъ процессъ, въ общемъ слабо-выраженный, преобладалъ именно въ двигательной области, особенно въ верхней части этой области. Нервные клѣтки, разсматриваемыя на срѣзахъ, окрашенныхъ карминомъ, не представляли никакихъ слѣдовъ замѣтнаго измѣненія.

Въ итогѣ, въ разсматриваемомъ случаѣ нашли огромныя дегенеративныя измѣненія въ периферическихъ нервахъ, безъ распространенія на соединительно-тканевые элементы; интензивность этихъ измѣненій постепенно уменьшалась по направленію отъ периферіи къ центру. Въ спинномъ мозгу паренхиматозныя измѣненія вполнѣ отсутствовали; въ незначительной степени эти измѣненія встречались въ корѣ головного мозга (тангенціальныя волокна); наконецъ, въ нервныхъ центрахъ, особенно же въ области продолговатаго мозга и на выпуклой части мозга (convexitas), нашли слѣды соединительно-тканной пролифераціи, очень

сходной съ той, что встрѣчаютъ въ случаяхъ сифилиса; такая же пролиферація, скажемъ кстати, находилась также въ аортѣ и въ печени. Весьма вѣроятно, что она была лишь послѣдствіемъ алкогольной интоксикаціи.

Теперь, когда я васъ познакомилъ съ измѣненіями, найденными въ этихъ двухъ случаяхъ полиневрита, я постараюсь вамъ дать, насколько возможно, точное представленіе о современномъ положеніи нашихъ знаній, касающихся патологической анатоміи и патогенеза этого рода заболеванийъ. Чтобы быть вполне поня-

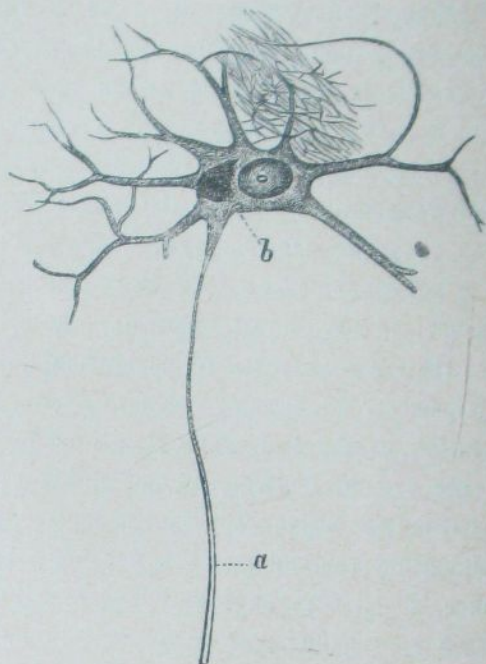


Рис. 30.
(Анатомія Тестю).

тымъ, я считаю необходимымъ одновременно обратиться къ клиническимъ даннымъ, къ даннымъ эксперимента и нормальной анатоміи.

1. Экспериментальное изученіе измѣненій въ нервахъ, встрѣчаемыхъ въ случаяхъ неврита. — Экспериментъ позволилъ *in anima vili* извѣстнымъ образомъ разобщить различные простые процессы, которые мы встрѣчаемъ, отдѣльно или вмѣстѣ, въ случаяхъ самородныхъ полиневритовъ, наблюдаемыхъ нами въ клиникѣ. Путемъ эксперимента мы можемъ по желанію реализовать одно изъ слѣдующихъ условій:

Отдѣлить часть нервнаго волокна отъ его трофическаго центра, т. е., отъ тѣла клѣтки, откуда отходитъ осево-цилиндрическій отростокъ этого волокна;

Подвергнуть нервное волокно мѣстному раздраженію, которое дѣйствуетъ лишь на ограниченномъ участкѣ этого волокна;

Наконецъ, экспериментально подвергнуть нервное волокно дѣйствію какой-либо нитоксикаціи или инфекціи.

Посмотримъ, какія же происходятъ при этихъ различныхъ условіяхъ измѣненія въ строеніи нервного волокна. Чтобы понять характеръ этихъ измѣненій, я считаю нужнымъ напомнить вамъ вкратцѣ строеніе нервныхъ волоконъ.

Вы помните, что различаютъ два вида нервныхъ волоконъ: волокна Лёвенхёка и волокна Ремака. Эти два вида волоконъ распределены въ различныхъ нервахъ организма неравномѣрно: Ремаковскія волокна численно преобладаютъ надъ первыми во внутреннихъ органахъ, между тѣмъ какъ въ нервахъ скелета наблюдается обратное отношеніе.

Разсмотримъ сначала строеніе нервныхъ волоконъ Лёвенхёка. Каждое изъ этихъ волоконъ состоитъ:

- а) изъ центрального волокнца, осевого цилиндра;
- б) изъ миелиновой оболочки;
- в) изъ наружной оболочки, такъ называемой Шванновской оболочки.

Осевой цилиндръ составляетъ продолженіе тѣла клѣтки, — въ настоящее время онъ называется осево-цилиндрическимъ отросткомъ нейрона. Этотъ отростокъ (а) можетъ достигать значительной длины (Рис. 30); его противопоставляютъ протоплазматическимъ отросткамъ, которые весьма коротки.

Напрасно думали, что миелиновая и Шванновская оболочка образуютъ вокругъ осевого цилиндра какъ бы сплошной чехолъ. Со времени прекрасныхъ работъ Ранвье установились прочные взгляды на отношенія осевого цилиндра къ защищающимъ органамъ, которые его окружаютъ. На извѣстномъ разстояніи, а именно черезъ промежутки около 2 миллиметровъ, нервныя волокна представляютъ перемычки, называемыя кольцевидными (Рис. 31 и 32); эти перемычки сходны съ тѣмъ, какъ будто въ этихъ мѣстахъ на нервѣ наложены лигатуры. Въ области этихъ перемычекъ Шванновская оболочка прерывается, пропитываніе азотно-кислымъ серебромъ обнаруживаетъ здѣсь присутствіе спайки. Такимъ образомъ, по пути нервного волокна удастся различать сегменты, одинаковые по длинѣ, межкольцевидные сегменты. На пограничной чертѣ двухъ послѣдовательныхъ сегментовъ миелиновая оболочка прерывается кольцевидной перемычкой. Одно лишь центральное волокно, осевой цилиндръ, тянется непрерывно черезъ всю длину нервного волокна. Но это не все: на равномъ разстояніи отъ двухъ кольцевидныхъ перемычекъ, подъ Шванновской оболочкой, въ толщу миелина вдавлено ядро (Рис. 32, 3). Это ядро въ свою очередь окружено слоемъ протоплазмы, который продолжается до внутренней поверхности Шванновской оболочки черезъ всю длину межкольцевиднаго сегмента, какъ это вы видите на находящемся предъ вами схематическомъ рисункѣ (Рис. 33).

Достигши до концовъ этого сегмента, слой протоплазмы отлагается на осевой цилиндръ; этотъ слой протоплазмы образуетъ такимъ образомъ закрытый чехоль, подобный серозному. Паріетальнымъ листкомъ этого двойного чехла является внутренняя поверхность Шванновской оболочки, а висцеральный листокъ облегаетъ осевой цилиндръ. Мієлиновая оболочка находится заложеной въ этомъ чехлѣ,

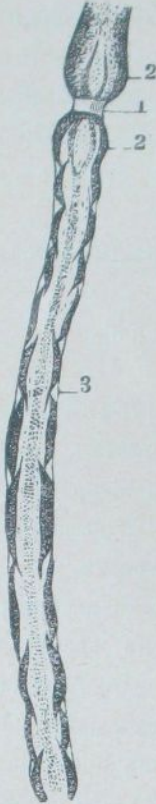


Рис. 31.

(По Ранвье).

1) Кольцевидныя перемычки. 2) Мієлиновыя утолщенія. 3) Вдавленія Лангермана.



Рис. 32.

(По Ранвье).

1) Кольцевидная перемычка. 2) Шванновская оболочка. 3) Ядро. 4) Протоплазма.

внутренность котораго косыми тонкими перегородками подраздѣлена на сегменты, которыя образуютъ углубленія (инцизуры Лантермана). Въ общемъ разсматриваемый чехоль образованъ проплазматической перепонкой, въ которой заложено одновременно и ядро и скопленіе мієлина (Рис. 33); ее сравнивали съ жировой клѣткой. Жировыя клѣтки, расположенныя такимъ образомъ вдоль осевого цилиндра, могли бы соперничать со Шванновской оболочкой въ единственной роли, въ роли защиты центрального нервнаго волокна.

Въ Ремаковскихъ волокнахъ (Рис. 34) этимъ защитительнымъ аппаратомъ

является Шванновская оболочка вмѣстѣ съ протоплазмой, содержащей ядро *n*; мѣ-
линь отсутствуетъ. Кромѣ того эти волокна имѣютъ продольную полосатость и
анастомозируютъ между собой (Рис. 34).

Паренхиматозныя измѣненія.—Предположите теперь случай, гдѣ
путемъ экспериментальной перерѣзки нарушена непрерывность нервнаго волокна,

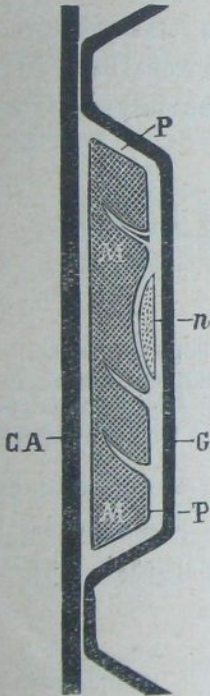


Рис. 33.

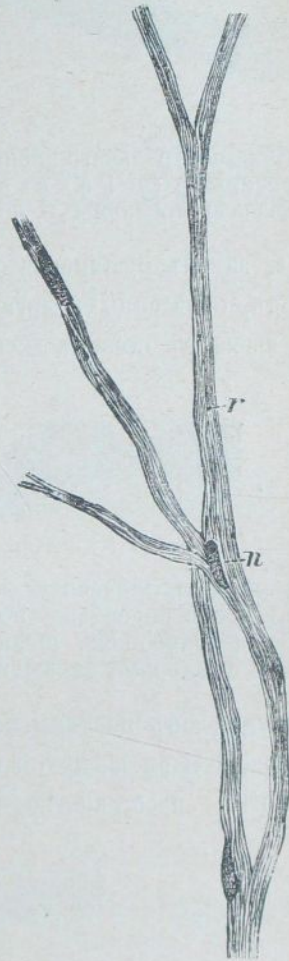


Рис. 34.

n. Ядро. *r.* Продольныя полосы, соответствующія волокнамъ (по Ранвье).

въ томъ числѣ и осевого цилиндра; въ периферическомъ концѣ перерѣзаннаго
волокна, начиная съ конечной точки этого периферическаго
конца, т. е., съ части, наиболѣе удаленной отъ перерѣзки, произойдутъ слѣ-
дующія измѣненія:

Периферическій конецъ.—Ядра, заключающіяся въ различныхъ межколь-

цевахъ сегментахъ, сначала гипертрофируются, потомъ онѣ начинаютъ пролиферировать (Рис. 35).

Протоплазма увеличивается въ объемѣ и проникаетъ въ углубленія Лан-

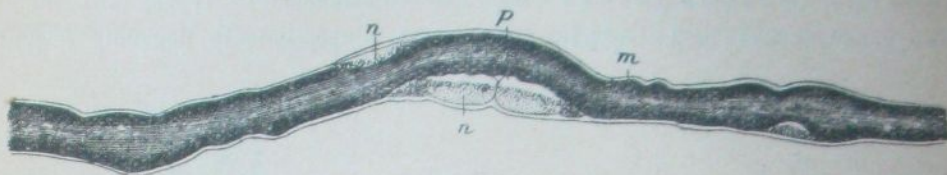


Рис. 35.

Нервная трубка центрального конца сѣдалищаго нерва кролика, черезъ четыре дня послѣ перерѣзки (по Р а н в ѣ е) *m* — миелиновая оболочка, отодвинутая въ нѣкоторыхъ точкахъ протоплазмой *p*, но не перерѣзанная, — *n, n* пролиферирующія ядра.

терманна, затѣмъ миелиновая оболочка раздробляется, образуются скопленія въ формѣ шаровъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга протоплазмой (Рис. 36 и 37).

Въ это время въ осевомъ цилиндрѣ происходитъ видоизмѣненіе его химиче-

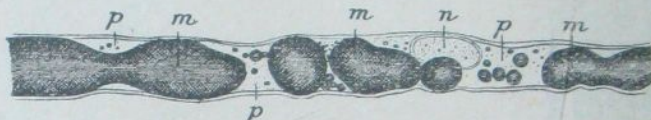


Рис. 36.

Нервная трубка периферического сегмента сѣдалищаго нерва кролика черезъ пятьдесятъ часовъ послѣ перерѣзки (по Р а н в ѣ е); *n*, ядро межкольевого сегмента, набухшее и отдѣленное отъ шванновской оболочки; *p*, протоплазма, въ которой наблюдаются жировыя зернышки и миелиновыя капли, *m*, обрывки миелина.

ской конституціи, онѣ не такъ хорошо окрашивается осмиевой кислотой. Затѣмъ пролиферирующія ядра и протоплазма, такъ сказать, разрастаются и болѣе и болѣе заполняютъ пространство между миелиновыми шариками, онѣ достигаютъ

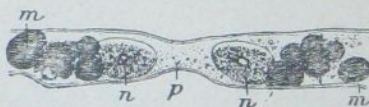


Рис. 37.

Нервная трубка периферического сегмента сѣдалищаго нерва голубя на третій день послѣ перерѣзки (по Р а н в ѣ е). Рисунокъ представляетъ центральную часть межкольевого сегмента съ двумя ядрами *n, n*, погруженными въ общую протоплазматическую массу. Между двумя ядрами нервная трубка представляетъ незначительное суженіе.

до осевого цилиндра, пронизываютъ его массу и въ концѣ концовъ раздробляютъ его на отдѣльные куски. (Рис. 38).

По мнѣнію Ранвье всѣ эти измѣненія указываютъ на активный процессъ, какъ-бы на возвращеніе къ эмбриональному состоянію

нервного волокна, и достигают своего апогея по истечении приблизительно 12 дней. Потомъ начинается фаза регресса: ядра перестаютъ пролиферировать, мѣлиновые шарики и протоплазма, которые ихъ окружаютъ, подвергаются жировому распаду; мѣстами остается только утолщеніе шванновской оболочки, такъ



Рис. 38.

Двѣ нервныхъ трубки периферическаго сегмента сѣдалищнаго нерва кролика черезъ пять дней послѣ перерѣзки (по Р а н в ѣ е). *с.а.* Особые цилиндры, окрашенные карминомъ въ насыщенный цвѣтъ, раздѣленные на неправильные и неодинаковой величины куски.

что на ней образуются веретенообразныя вздутія (Рис. 39). Затѣмъ мѣлинь по большей части всасывается; ядра и протоплазма атрофируются. Шванновская оболочка мѣстами сморщивается. Въ концѣ концовъ нервное волокно превра-



Рис. 39.

Нервное волокно периферическаго сегмента сѣдалищнаго нерва кролика черезъ четыре дня послѣ перерѣзки. *п, п* пролиферирующія ядра межкольцевого сегмента; *т.* куски мѣлина; *р.* разбухшая и увеличившаяся въ объемъ протоплазма.

щается въ одну изъ тѣхъ пустыхъ четкообразныхъ трубокъ (Рис. 40), мѣстами заполненныхъ ядрами и скопленіемъ мѣлина, о которыхъ было упомянуто при описаніи препаратовъ перерожденныхъ нервовъ.

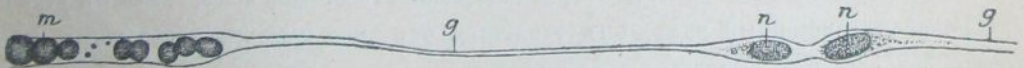


Рис. 40.

Нервная трубка съ мѣлиномъ периферическаго сегмента *n. pneumogastrici* кролика, черезъ шесть дней послѣ перерѣзки (по Р а н в ѣ е). *п, п* пролиферирующія ядра; *т.* мѣлиновые шарики; *г, г* участки шванновской оболочки, не содержащія ни ядеръ, ни капель мѣлина, а состоящія только изъ Шванновской оболочки.

Кстати скажемъ,—вы теперь понимаете, какъ важно отличать эти пустыя трубки, Ремаковскія волокна и мѣлиновые волокна другъ отъ друга, и какое важное значеніе имѣетъ не принять этихъ послѣднихъ за перерожденные волокна Лёвенхёка.

Центральный конецъ.—Я прибавлю, что тѣ же самыя измѣненія въ

строении происходят и в межкольцевом сегменте центрального конца, расположенного непосредственно выше места перерывки нерва. Только эти изменения не распространяются в центрипетальном направлении за границы межкольцевого сегмента.

Я вам только-что рассказал о паренхиматозных изменениях, происходящих в периферическом конце перерыванного нерва, согласно описанию, данному намъ Ранвье ¹⁾, двадцать летъ тому назадъ, в его прекрасных лекціяхъ по гистологіи нервной системы. В настоящее время немного можно прибавить къ этому описанию, которое остается классическимъ. Чтобы васъ убѣдить въ этомъ, мнѣ достаточно будетъ изложить вкратцѣ описаніе, одно изъ новѣйшихъ, которое нѣмецкій гистологъ О. фонъ-Бюнгнеръ ²⁾ сдѣлалъ о томъ же самомъ дегенеративномъ процессѣ на основаніи результатовъ своихъ личныхъ изслѣдованій. Кстати упомяну, что замѣчательная работа Бюнгнера содержитъ очень полный историческій очеркъ работъ, относящихся къ нормальной и патологической анатоміи нервовъ.

Бюнгнеръ вызывалъ перерожденіе нервныхъ волоконъ, производя частичный надрѣзъ въ нервѣ, или накладывая на немъ лигатуру (шелковой ниткой, конскимъ волосомъ). Главныя фазы дегенеративнаго процесса, который при этихъ условіяхъ происходилъ въ периферическомъ концѣ пораженнаго нервного волокна, слѣдующія:

Начиная съ перваго же дня міэлинъ какъ бы надламывается; онъ утрачиваетъ свою правильную форму; его свободный край, вмѣсто того, чтобы обрисовывать прямую линію, представляется выпуклымъ, волнообразнымъ; вслѣдствіе этого цилиндръ міэлина отъ одной до другой точки представляетъ различныя размѣры. Эти различія въ діаметрѣ постепенно все болѣе увеличиваются. Скоро міэлинъ раздробляется на болѣе или менѣе толстые, болѣе или менѣе объемистые куски, на концахъ эти куски закруглены. Въ промежуткахъ между этими обломками Шванновская оболочка стремится сблизиться. Наконецъ, міэлинъ утрачиваетъ свой гомогенный видъ, онъ удаляется отъ кольцевыхъ перемычекъ, какъ будто его вещество сжалось.

Съ этого времени, т. е., съ перваго дня, осевые цилиндры изменены: они мѣстами утолщены, на остальномъ же протяженіи утончены. Разъ міэлинъ раздробился, осевой цилиндръ также утрачиваетъ непрерывность. Обломки, получающіеся вслѣдствіе этого распадѣнія осевого цилиндра, образуютъ веретенообразныя нити по срединѣ или по краямъ міэлиновыхъ скопленій (Рис. 41).

¹⁾ Ranvier.—Leçons sur l'hystologie du système nerveux. Paris, 1878.

²⁾ Otto von Büngner. Ueber die Degenerations und Regenerationsorgane am Nerven nach Verletzungen.—(Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, 1891, X, Heft 4, p. 321).

На второй день измѣненія представляются въ томъ же видѣ. До сихъ поръ ядра Шванновской оболочки и протоплазма, ихъ окружающая, не подвергались измѣненіямъ. Начиная съ 3-го дня, какъ это въ большинствѣ наблюдается, вмѣшивается въ дѣло новый элементъ, который указываетъ на первый шагъ по пути къ регенерации. Ядра увеличиваются въ объемъ; ихъ видъ претерпѣваетъ измѣненія (mitosis), которыя какъ извѣстно, служатъ предвѣстникомъ ядернаго и клѣточного размноженія.

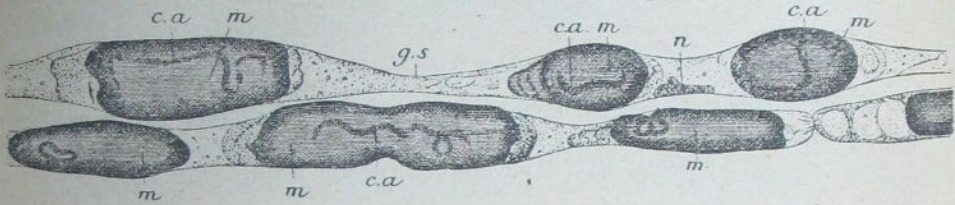


Рис. 41.

Два нервныхъ волокна, изолированныхъ путемъ расщепленія, черезъ два дня послѣ наложенія лигатуры въ периферическомъ концѣ (по О. Бюнгнеру). *с. а.* осевой цилиндръ, — *g. s.* Шванновская оболочка. — *т.* куски мѣлина. — *п.* ядро.

Вскорѣ это размноженіе является совершившимся фактомъ. Изъ одного ядра образуется два (Рис. 42); въ то же время протоплазма увеличивается въ объемъ вслѣдствіе пролифераціи и выдвигается между Шванновской оболочкой и скопленіями мѣлина (Рис. 42). Вмѣстѣ съ пролиферирующими ядрами протоплазма принимаетъ дѣятельное участіе въ раздробленіи на куски мѣлина, ко-

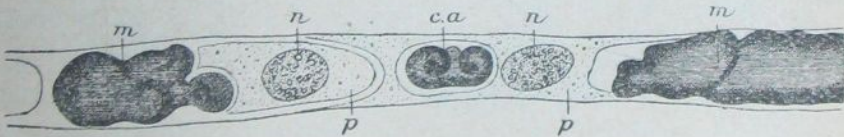


Рис. 42.

Нервное волокно периферического конца, на девятый день послѣ наложенія шелковой лигатуры (по О. Бюнгнеру). *п.*, *п.* набухшія ядра вслѣдствіе пролифераціи первичнаго одиночнаго ядра, *р.* гипертрофированная протоплазма, окружающая со всѣхъ сторонъ скопленія мѣлина, *с. а.* обломки разрушеннаго и сжавшагося осевого цилиндра; *т.*, *т.* обломки мѣлина.

торое постепенно усиливается. Протоплазма и ядра стремятся перемѣститься къ центру нервной трубки. Вслѣдствіе этого протоплазма постепенно со всѣхъ сторонъ покрывается обломками мѣлина.

Вообще, за періодомъ пассивнаго раздробленія мѣлина и осевыхъ цилиндровъ на куски непосредственно слѣдуетъ второй періодъ—активная пролиферація ядеръ и протоплазмы. Этотъ второй періодъ продолжается до десятаго дня, въ промежуткѣ раздробленіе мѣлина на куски постепенно подвигается впередъ.

Начиная съ восьмого, девятого или десятого дня, видъ перерожденныхъ волоконъ измѣняется: явственно замѣтно чередованіе набухшихъ частей со спавшимися частями. (Рис. 43). Вздутія обусловливаются тѣмъ, что распадъ міэлина, ядра и протоплазма скопляются въ соответствующихъ частяхъ нервной трубки. Изъ того обстоятельства, что протоплазма и ядро скопляются тамъ, гдѣ больше всего рас-

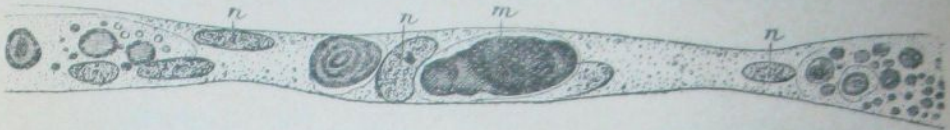


Рис. 43.

Нервное волокно периферическаго конца нерва черезъ девять дней послѣ наложенія шелковой лигатуры (по О. Бю н г н е р у) *м.м.* міэлиновые шарики, *н.н.* гипертрофированныя и пролиферирующія ядра.

пада міэлина, можно заключить что первыя (ядро и протоплазма) принимаютъ дѣятельное участіе въ прогрессивномъ раздробленіи міэлина.

Что же касается осевого цилиндра, то раздробленіе его идетъ параллельно съ распадомъ міэлина.

Въ этотъ періодъ ядра до того размножаются, что ихъ находятъ рядомъ другъ около друга по 4—5, расположенныхъ по направленію оси нервной трубки. Въ

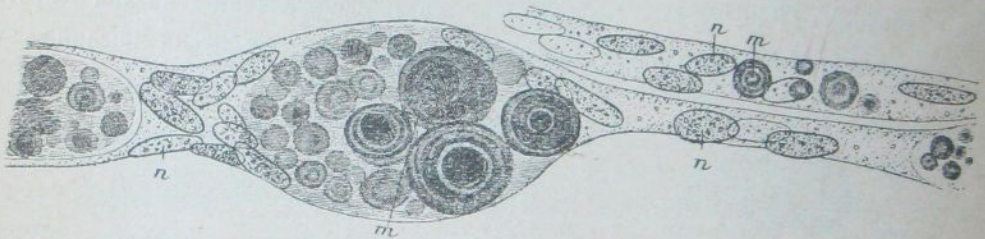


Рис. 44.

Два нервныхъ волокна периферическаго конца одного и того же нерва чрезъ 12 дней послѣ наложенія лигатуры (по Б ю н г н е р у). Рисунокъ верхняго волокна представляетъ весьма ясно пролиферацію ядеръ. Рисунокъ нижняго волокна хорошо показываетъ образованіе вздутій, вслѣдствіе чего получается четкообразный видъ.

то же самое время протоплазма принимаетъ слегка фибриллярное строеніе, которое въслѣдствіи постепенно увеличивается. По мнѣнію Б ю н г н е р а эта фибриллярная полосатость представляетъ первый намекъ на новый осевой цилиндръ, образующійся путемъ регенераціи. Такъ продолжается почти до 15-го дня. Въ этотъ періодъ находятъ нервныя волокна, которыя на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи превратились въ спавшіяся трубки, содержащія въ себѣ лишь протоплазму и ядра, но никакихъ слѣдовъ міэлина (Рис. 44). Эти спавшіеся отдѣлы чередуются съ веретенообразными вздутіями, на уровнѣ которыхъ Шванновская оболочка растя-

нута ядрами и мѣлиновыми шариками. Посрединѣ этихъ послѣднихъ часто разлѣчаютъ обломки осевого цилиндра, свернувшіеся вокругъ самихъ себя.

Пролиферація ядеръ продолжается своимъ чередомъ; фибриллярная полосатость протоплазмы вырисовывается все яснѣе и яснѣе на значительномъ протяженіи. На счетъ этихъ волоконъ образуются осевые цилиндры, и вотъ такимъ образомъ, начиная съ конца второй недѣли, встрѣчаются новообразованныя нервныя волокна, волокна безъ мѣлина, которыя тянутся въ старой Шванновской оболочкѣ.

Въ это время Шванновская оболочка, которая до сихъ поръ противостоитъ, утрачиваетъ непрерывную связь своихъ частей, и дѣло кончается тѣмъ, что она въ свою очередь исчезаетъ. Отъ прежняго волокна не остается больше ничего; процессъ регенераціи идетъ полнымъ ходомъ.

Вы видите, что это описаніе согласуется даже въ нѣкоторыхъ деталяхъ съ описаніемъ Ранье, за исключеніемъ того, что Бюнгнеръ ставитъ, въ хронологическомъ порядкѣ, на второй планъ пролиферацію ядеръ и протоплазмы.

Такимъ образомъ, вы теперь ознакомились съ измѣненіями, происходящими въ обоихъ концахъ пера вслѣдствіе экспериментальной его перерѣзки. Эти измѣненія называютъ, какъ вы услышите, кратко Валлеріенновскимъ перерожденіемъ. Изслѣдованія, произведенныя 15 лѣтъ тому назадъ А. Гомбо ¹⁾, дали намъ не менѣе точныя свѣдѣнія объ измѣненіяхъ, которымъ подвергаются нервныя волокна въ случаяхъ экспериментальнаго отравленія свинцомъ. Эти измѣненія, которыя мнѣ описывать нѣтъ возможности, разбросаны и ограничиваются извѣстнымъ числомъ межкольцевыхъ сегментовъ, которые отдѣляютъ другіе здоровые сегменты, почему Гомбо и далъ этому процессу названіе сегментнаго. Эти измѣненія состоятъ въ зернисто-жировомъ перерожденіи мѣлина, которое начинается съ крайнихъ точекъ межкольцевого сегмента, и въ поглощеніи этого мѣлина клѣтками, довольно сходными съ лейкоцитами. Наконецъ,—важное обстоятельство,—осевой цилиндръ не подвергается нарушенію въ своей непрерывности; самое большое, что онъ мѣстами гипертрофируется, что придаетъ ему четкообразный видъ, о которомъ я только что говорилъ. Процессъ разыгрывается въ общемъ, главнымъ образомъ, вокругъ осевого цилиндра. Вы понимаете теперь обстоятельства, которыя понудили Гомбо дать этому процессу названіе перисевого сегментнаго неврита.

Не подумайте, однако, что непременно такимъ же образомъ происходитъ дѣло въ случаяхъ свинцоваго отравленія у человѣка, какъ это бываетъ въ случаяхъ экспериментальнаго свинцоваго отравленія. Дѣйствительно, надо замѣтить, что у животныхъ, подвергнутыхъ Гомбо этого рода опытамъ, сегментный невритъ

¹⁾ A. G o m b a u l t. — Contribution à l'étude anatomique de la névrite parenchymateuse subaiguë et chronique. «Archives de neurologie», 1880 1881, t. I, p. II.

могъ быть обнаруженъ лишь въ половинѣ всѣхъ случаевъ; кромѣ того, тамъ, гдѣ таковой былъ, при жизни животнаго не имѣлось никакихъ очевидныхъ функциональных разстройствъ. Вотъ два обстоятельства, говорящія противъ неосторожнаго отождествленія этого экспериментальнаго свинцоваго неврита съ свинцовымъ невритомъ у человѣка.

По мнѣнію Гомбо сегментный пери-осевой невритъ будетъ лишь первой стадіей Валлеріенновскаго неврита.

Интерстиціальныя измѣненія.—До сихъ поръ я говорилъ лишь о паренхиматозныхъ измѣненіяхъ, т.-е. измѣненіяхъ, касающихся блгороднаго элемента, нервнаго волокна. Но въ нервѣ, кромѣ нервныхъ волоконъ, есть связывающая ихъ ткань,—соединительная ткань, есть сосуды.

Начнемъ съ соединительной интерстиціальной ткани; элементы, составляющіе ее, соединяють нервныя трубки въ пучки (межпучковая соединительная ткань), нервные пучки въ болѣе объемистыя стволы (околупучковая соединительная ткань). Наконецъ, общая оболочка—*perinevrium*, покрываетъ пучки одного и того же нерва, также какъ отдѣльная болѣе тонкая безструктурная оболочка обволакиваетъ волокна одного и того же пучка.

Элементы, составляющіе соединительную ткань нерва, могутъ участвовать въ болѣзненномъ процессѣ, который со стороны нервныхъ волоконъ выражается тѣми измѣненіями, о которыхъ я вамъ только что говорилъ. Интерстиціальныя измѣненія, которыя происходятъ при этихъ условіяхъ, могутъ быть послѣдовательными за паренхиматозными измѣненіями; они могутъ развиваться параллельно этимъ послѣднимъ; они могутъ предшествовать имъ и въ нѣкоторомъ родѣ господствовать надъ ними.

Этотъ послѣдній случай можетъ быть точно воспроизведенъ экспериментальнымъ путемъ; такъ, если примѣнить, какъ флоготенный агентъ, извѣстныя культуры бактерій, то развивается невритъ, который и будетъ первично интерстиціальнымъ невритомъ. Такъ, по крайней мѣрѣ, это видно изъ изслѣдованій, о которыхъ я вамъ сейчасъ скажу нѣсколько словъ.

Итальянскому автору Г. д'Абундо¹⁾, инъэцировавшему культуры пневмококка Фридлэндера, а также тифозныхъ и туберкулезныхъ бациллъ по сосѣдству сѣдалищнаго нерва у кроликовъ, у морскихъ свинокъ и у собакъ, удалось вызвать мѣстный периневритъ и смежный интерстиціальнй эндоневритъ. Въ случаяхъ, гдѣ экспериментальное раздраженіе достигало большой интенсивности, периневритъ и эндоневритъ распространялись на нѣкоторомъ разстояніи къ периферіи нерва, но никогда не къ центру, даже у тѣхъ животныхъ, у которыхъ головной или спинной мозгъ были подвергнуты предварительному травматизму.

¹⁾ G. d'A b u n d o. — Neuriti periferiche infettive e nevriti ascendenti. «La Psichiatria», T. VIII, fasc 3 et 4.

Нѣсколько дней назадъ, профессоръ изъ Гельсингфорса, А. Хольменъ ¹⁾ сдѣлалъ въ биологическомъ обществѣ сообщеніе объ аналогичныхъ опытахъ. А. Хольменъ изучалъ дѣйствіе стрептококка на нервы, на спинные гангліозные узлы и на спинной мозгъ. Результаты, полученные имъ, въ общемъ, слѣдующіе: когда при помощи правацевскаго шприца вводили непосредственно въ сѣдалищный нервъ кролика культуру стрептококка, то нервъ, по крайней мѣрѣ, въ продолженіи первой недѣли, былъ инъэцированъ на всемъ своемъ протяженіи, представлялся сѣроватымъ, отечнымъ и очень набухшимъ, утолщеннымъ въ два, а иногда въ 3 раза противъ нормы. Когда вводили просто токсинъ стрептококка, раздраженіе вызывалось рѣдко, во всякомъ случаѣ оно было слабое; нервъ представлялся сѣроватымъ. Вообще онъ не былъ инъэцированъ; онъ былъ менѣе набухшимъ, чѣмъ при инъэкціи микробовъ.

Нервъ представлялъ одинаково рѣзкія гистологическія измѣненія какъ выше, такъ и ниже мѣста прививки; по мѣрѣ удаленія отъ этого мѣста ихъ интенсивность и ихъ распредѣленіе измѣнялись. Такъ, въ первые дни, на поверхности разрывовъ находили инфильтрацію лейкоцитовъ и небольшія кровоизліянія, занимавшія всю толщу нерва. Выше, эти измѣненія находились главнымъ образомъ въ периферической части срѣза нервного пучка. Въ этихъ мѣстахъ міэлиновыя оболочки относились иначе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, къ обыкновеннымъ красящимъ веществамъ. Осевоі цилиндръ, который часто представлялся мало набухшимъ, хорошо не дифференцировался отъ міэлиновой оболочки. Этотъ периферическій поясъ, инфильтрированный лейкоцитами и усѣянный маленькими кровоизліяніями, ясно отличался отъ болѣе или менѣе незатронутыхъ внутреннихъ частей нервного пучка.

Позднѣе, эти измѣненія распространялись по направленію къ центру пучка, между тѣмъ, какъ въ периферическомъ поясѣ интенсивность ихъ ослабѣвала. Еще позднѣе, начиная съ 8-го или 10-го дня, процессъ, на 3 или 4 см. выше мѣста прививки, занималъ еще всю толщу нервного пучка, но повсюду, въ центрѣ и на периферіи, онъ утрачивалъ свою интенсивность.

По мнѣнію А. Хольмена, распространеніе этихъ измѣненій вплоть до спинного мозга объясняется «проникновеніемъ стрептококковъ въ тканевыя промежутки и распространеніемъ ихъ вдоль лимфатическихъ сосудовъ». Хольменъ въ результатахъ своихъ изслѣдованій видитъ анатомическое подтвержденіе теоріи восходящаго неврита; я вамъ сейчасъ скажу, что думаетъ Маринеско объ этой теоріи, которая теперь сильно поколеблена.

Скажемъ кстати, что впрыскиванія ядовитыхъ веществъ не бактерійнаго происхождения — такихъ, какъ алкоголь, эфиръ, произведенныя по сосѣдству нерва,

¹⁾ Holmen. — De l'action du streptocoque et de ses toxines sur les nerfs, les ganglions spinaux et la moëlle épinière. Société de biologie, 24 mai 1894, p. 518.

вызываютъ въ этомъ послѣднемъ исключительно паренхиматозныя пораженія. Къ такому, по крайней мѣрѣ, заключенію можно придти на основаніи результатовъ опытовъ, произведенныхъ когда-то Питромъ и Вальярромъ ¹⁾).

Измѣненія сосудовъ.—Что касается невритическихъ измѣненій сосудистаго происхожденія, то мы знаемъ о нихъ по нѣкоторымъ лишь фактамъ, занимаемымъ изъ патологіи человѣка. Сейчасъ я буду вамъ говорить о нихъ.

Изложивши вамъ анатомо-патологическія особенности экспериментальныхъ невритовъ, мнѣ остается сказать о томъ, какъ и какими отличительными свойствами выражаются при вскрытіи невриты.

Лекція XIII.

Полиневриты вообще. Патологическая анатомія и патогенезъ.

(Продолженіе).

Содержаніе.—Клиническое изученіе измѣненій нервовъ, которыя встрѣчаются въ случаяхъ полиневрита. а) Паренхиматозный, дегенеративный невритъ. Измѣненія тѣ же самыя, что въ случаяхъ Валлерьеновскаго экспериментально вызваннаго перерожденія. Въ двухъ случаяхъ интензивность ихъ нарастала по направленію отъ периферіи къ центру. На первой ступени этотъ невритъ выражается тѣми же самыми отличительными чертами, какъ пери-осевой невритъ Гомбо.—б) Интерстиціальный невритъ; периневритъ. Онъ интересуется, главнымъ образомъ, хирурга. Его гистологическія особенности. Узловатый невритъ. Проліферирующий интерстиціальный невритъ.—в) Паренхиматозный и интерстиціальный невритъ. Мы еще не знаемъ ничего опредѣленнаго объ отношеніяхъ этихъ двухъ процессовъ.—г) Невритъ сосудистаго происхожденія. Въ первично интерстиціальныхъ невритахъ сосуды всегда принимаютъ дѣятельное участіе въ процессѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти сосудистыя пораженія могутъ повлечь за собой дегенеративный невритъ. Клиническіе факты, указывающіе на существованіе полиневрита сосудистаго происхожденія. Эта разновидность полиневрита очень рѣдка. Въ большинствѣ случаевъ полиневритъ представляетъ собою по существу паренхиматозный процессъ.—Отношеніе полиневритовъ къ поліоміелитамъ.

Мм. Гг. Я только что изложилъ вамъ факты, которые могутъ освѣтить патологическую анатомію и патогенезъ невритовъ, вызванныхъ экспериментальнымъ путемъ. Мнѣ остается теперь сопоставить эти данныя съ данными, которыя намъ даетъ патологія человѣка. Мнѣ остается указать вамъ, какъ представляются намъ невриты при вскрытіяхъ, произведенныхъ у субъектовъ, страдавшихъ невритами.

¹⁾ Pitres et Vaillard.—Société de biologie, 14 mai 1887 et 16 juin 1888.

а) Паренхиматозный, дегенеративный невритъ. — Обыкновенными являются случаи, гдѣ при изслѣдованіи *post mortem* периферическіе нервы оказываются перерожденными. Что подѣ этимъ понимается? Хотятъ ли сказать, что въ волокнахъ этихъ нервахъ констатированы паренхиматозныя измѣненія, сходныя съ перерожденіемъ, которое развивается въ периферическомъ концѣ перерѣзаннаго нерва. Въ однихъ случаяхъ, эти измѣненія достигаютъ наивысшей интензивности въ самыхъ отдаленныхъ отъ центра частяхъ; въ другихъ, интензивность ихъ нарастаетъ въ направленіи отъ периферіи къ центру. Эти измѣненія, однако, не достигаютъ до переднихъ корешковъ спинного мозга.

На первой ступени развитія, онѣ выражаются тѣми же отличительными чертами, какъ пери-осевые невриты Гомбо: ядра размножены, міелинъ раздробленъ въ шарики, послѣдніе мѣстами вѣдряются въ Шванновскую оболочку, что придаетъ нервному волокну четкообразный видъ, о которомъ я вамъ уже нѣсколько разъ говорилъ.

Въ послѣдующей ступени міелинъ резорбировался; осевой цилиндръ въ свою очередь раздробился на куски, мѣстами исчезъ. Въ этихъ мѣстахъ нервное волокно превратилось въ пустую трубку.

Позже, если нервное волокно начинаетъ возрождаться, оно снова представляется со всѣми составными частями нормальнаго нервного волокна; только оно будетъ меньшей толщины, оно будетъ походить на нервное волокно, подвергшееся атрофіи *en masse* — атрофіи, распространяющейся на всѣ его различные составные элементы. Имѣйте, однако, въ виду, что на одномъ и томъ же разрѣзѣ нерва встрѣчаются обыкновенно и, въ очень разнообразномъ соотношеніи, здоровыя волокна, въ самыхъ различныхъ стадіяхъ Валлерьева перерожденія и наконецъ волокна, находящіяся на пути къ возрожденію. Я вамъ уже говорилъ, насколько важно не принять за обыкновенныя перерожденные волокна простыя Ремаковскія волокна, находящіяся на значительномъ, сравнительно, количествѣ въ висцеральныхъ нервахъ.

б) Интерстиціальныи невритъ; периневритъ. — Крайнюю противоположность этому дегенеративному паренхиматозному невриту составляетъ то, что авторами описано подѣ именемъ остраго периневрита. Обѣ этой разновидности вамъ рѣдко придется слышать въ настоящее время; она интересуетъ хирурга столько же, если не больше, какъ и врача — не хирурга. Этотъ видъ заболѣванія нервовъ развивается подѣ сложнымъ вліяніемъ травмы и инфекціи путемъ распространенія воспаления или нагноенія съ сосѣднихъ частей. Многія изъ предполагаемыхъ невралгій происходятъ, вѣроятно, вслѣдствіе неврита этого рода; этотъ невритъ, впрочемъ, не имѣетъ ничего общаго съ полиневритами, которые я специально имѣю въ виду въ этой лекціи. Я перечислю лишь вкратцѣ макро-и микроскопическія особенности этого остраго периневрита.

Нервы, въ которыхъ гнѣздится этотъ болѣзненный процессъ, одновременно гиперемированы и набухши, отечны и размягчены, мутны. Набуханіе и отечность обуславливаются не только чрезмѣрнымъ наполненіемъ сосудовъ, которые пронизываютъ нервъ, кровью, но еще серознымъ и кровянымъ экссудатомъ, иногда даже и гнойной инфильтраціей. Эти экссудаты могутъ всосаться и полиневритъ разрѣшается. Или же экссудатъ превращается въ новообразованную соединительную ткань, вслѣдствіе чего получаютъ ограниченныя утолщенія по ходу измененнаго нерва (узловатый невритъ).

Эта разновидность неврита можетъ перейти въ хроническое состояніе или сразу принять медленное теченіе. Исслѣдованія К о р н и л я, произведенныя больше 30-и лѣтъ тому назадъ въ «Сальпетриерѣ», показали намъ, что въ случаѣ гемиплегіи органическаго происхожденія, нервы на парализованной сторонѣ, особенно локтевой нервъ, могутъ быть охвачены хроническимъ интерстиціальнымъ невритомъ и достигать значительной толщины. Когда имѣется дѣло съ невритомъ, развившимся вслѣдствіе распространенія сосѣдняго воспаления, измененія могутъ выражаться утолщеніемъ и сращеніями неврилеммы. Другой разъ наблюдаютъ, что развивается настоящій интерстиціальныи склерозъ нерва, интерстиціальныи пролиферирующій невритъ (В и р х о в ъ). Точкой отправленія этого интерстиціального неврита является здѣсь гиперемія сосудовъ и инфильтрація круглыхъ клѣтокъ въ межпучковую соединительную ткань. Эмигрировавшія клѣтки, соединяясь между собой, даютъ начало новообразованной соединительной ткани. Вполнѣ понятно, что это соединительно-тканное новообразованіе можетъ путемъ сдавленія вызвать мѣстную атрофію нервныхъ волоконъ; послѣдняя, въ свою очередь, повлечетъ за собой Валлереновское перерожденіе волоконъ ниже первичнаго очага.

в) П а р е н х и м а т о з н ы й и и н т е р с т и ц і а л ь н ы й н е в р и т ъ (лепрозный невритъ). — Я вамъ говорилъ, что экспериментально можно вызвать интерстиціальную разновидность остраго полиневрита путемъ инъекцій культуръ бактерій по близости нервнаго ствола. Съ нѣкотораго времени принято, что лепрозный полиневритъ, отличительное свойство котораго составляетъ присутствіе бациллъ проказы внутри измененныхъ нервовъ, есть по существу интерстиціальныи невритъ. Бацилла проказы, проникши въ нервъ, призвана, такъ сказать, возбудить въ нервѣ клѣточную инфильтрацію, которая закончится новообразованіемъ интерстиціальной соединительной ткани. Это соединительно-тканное новообразованіе представляется простому глазу въ видѣ веретенообразныхъ утолщеній нерва. Съ другой стороны, пролиферирующая соединительная ткань сдавливаетъ сосѣднія нервныя волокна и производитъ атрофію ихъ со всѣми ея послѣдствіями. Этого троякаго факта: присутствія бациллъ проказы въ нервахъ, въ которыхъ локализуется лепрозный невритъ, сочетанія пролиферирующаго интерстиціального процесса и атрофіи нервныхъ волоконъ, отрицать нельзя. По мнѣнію Л е л у а р а, отношенія между интерстиціальными и паренхиматоз-

ными измѣненіями обратны тому, что предполагалось: первыя представляют собой послѣдствія вторыхъ, т. е., паренхиматозныхъ измѣненій ¹⁾. Результаты новѣйшихъ изслѣдованій Комбемаля и Марестана ²⁾ говорятъ въ пользу этого взгляда. При своемъ началѣ лепрозный невритъ будетъ заключаться въ перерожденіи нервныхъ волоконъ, вызванномъ, по всему вѣроятію, проникновениемъ лепрозныхъ бациллъ въ толщу нервнаго волокна, такъ какъ во влагалищахъ перерожденныхъ волоконъ находятъ большое количество этихъ бациллъ. Интерстиціальныя измѣненія появляются лишь во второмъ періодѣ; ими заканчиваются ограниченныя склерозныя преобразованія, соотвѣтствующія послѣдней фазѣ процесса лепрознаго неврита. Какъ бы то ни было, но эта разновидность неврита представляетъ намъ весьма ясный примѣръ сочетанія интерстиціальнаго пораженія съ таковыми же паренхиматознаго неврита.

г) Невритъ сосудистаго происхожденія.—Несомнѣнно, что при невритахъ первично интерстиціальныя сосуды принимаютъ дѣятельное участіе въ процессѣ. Часть клѣтокъ, инфильтрующихъ соединительную ткань и служащихъ матеріаломъ для соединительно-тканнаго новообразованія, проникаетъ изъ сосудовъ, которые, какъ я вамъ говорилъ, переполнены кровью. Но сосудистые элементы могутъ принимать участіе въ развитіи неврита и другимъ образомъ; они могутъ быть очагомъ мѣстныхъ длительныхъ измѣненій, которыя отразятся на питаніи нервовъ и вызовутъ настоящій дегенеративный невритъ. Куссмауль и Майеръ ³⁾, насколько я знаю, первые указали на этотъ способъ происхожденія невритовъ. Въ работѣ, появившейся болѣе 30 лѣтъ тому назадъ и озаглавленной «Объ особомъ, неописанномъ еще заболѣваніи (*periarteritis nodosa*), которое сопровождается болѣзью Брайта и быстро-прогрессирующимъ общимъ параличемъ», они описали два наблюденія, которыя съ клинической точки зрѣнія ясно относятся къ полиневриту. Гистологическое изслѣдованіе свѣжихъ нервныхъ отрѣзковъ показало, что въ первомъ случаѣ нѣкоторое число нервныхъ трубочекъ подверглось жировому перерожденію. Это перерожденіе достигало своего наибольшаго напряженія вблизи артеріальныхъ узловатостей, которыя были характерны для даннаго періартерита. Вѣроятно, что если бы гистологическое изслѣдованіе было произведено на уплотненныхъ препаратахъ, то оно обнаружило бы болѣе точно дегенеративныя измѣненія нервныхъ волоконъ въ парализованныхъ мышцахъ. Какъ бы то ни было, но

¹⁾ Leloir. Traité théorique et pratique de la lèpre, p. 249.

²⁾ Combemale et Marestan. — Lèpre anesthésique et dégénérescence crétacée des nerfs. (Société de Biologie, 2 juin 1891). Marestan. — Contribution à l'étude du diagnostic différentiel de la lèpre anesthésique et de la syringomyélie. (Revue de médecine, septembre, 1891 p. 781).

³⁾ Kussmaul und Maier. — Ueber eine bisher nicht beschriebene eigenenthümliche Arterienerkrankung. (Deutsches Archiv für klin. Medicin, 1866, t. I, p. 484).

Куссмауль и Майеръ возбуждали вопросъ, не слѣдуетъ ли перерожденіе нервныхъ волоконъ разсматривать какъ механическое послѣдствіе артеріальнаго пораженія, дѣйствующаго путемъ сдавленія.

Недавно Минковскій ¹⁾ опубликовалъ два случая полиневритовъ, окончившихся смертію. Эти случаи имѣютъ прямое отношеніе къ разбираемому нами вопросу. При гистологическомъ изслѣдованіи нервовъ, помимо общей атрофіи нервныхъ волоконъ, констатирована гиперплазія периневрія. Въ сосудахъ периневрія были измѣненія, аналогичныя измѣненіямъ облитерирующаго артерита сифилитическаго происхожденія. Мѣстами эти сосуды были совершенно облитерированы. По мнѣнію Минковскаго пораженіе сосудовъ благопріятствовало развитію нервныхъ измѣненій.

По правдѣ сказать, существованіе неврита сосудистаго происхожденія въ первый разъ категорично было установлено Жоффруа и Ашаромъ ²⁾. Въ работѣ, появившейся лишь нѣсколько лѣтъ тому назадъ, мои два знаменитыхъ товарища сообщили наблюденіе надъ одной 63-хъ-лѣтней женщиной, которая умерла отъ пневмоніи послѣ того, какъ у ней въ теченіи 9 мѣсяцевъ наблюдались симптомы полиневрита неизвѣстнаго происхожденія. Помимо очень выраженнаго перерожденія периферическихъ нервовъ они констатировали измѣненіе сосудовъ этихъ органовъ, характеризующееся утолщеніемъ сосудистыхъ стѣнокъ со суженіемъ ихъ просвѣта, доходящимъ мѣстами до полной облитерации. Въ различныхъ мѣстахъ дегенеративная атрофія нервныхъ волоконъ была пропорціональна степени сосудистыхъ измѣненій; отсюда Жоффруа и Ашаръ заключили, что дегенеративная атрофія нервныхъ волоконъ зависитъ отъ сосудистыхъ измѣненій. У данной женщины въ послѣднее время ея жизни былъ апоплектический приступъ съ правосторонней гемиплегіей. Въ лѣвомъ полушаріи былъ найденъ очагъ размягченія, который занималъ заднюю четверть чечевицеобразнаго ядра и прилежащую часть внутренней капсулы. Наконецъ, какъ это можно было предвидѣть, артеріи на основаніи мозга были атероматозны. По мнѣнію Жоффруа и Ашара сосудистыя измѣненія, которыя повлекли за собой дегенеративныя измѣненія периферическихъ нервовъ, были сходны съ атероматозными пораженіями мозговыхъ сосудовъ, которыя предшествовали мозговому размягченію. Допускалось, впрочемъ, что достаточно и одного облитерирующаго артерита для оказанія дистрофическаго вліянія на часть нерва, расположеннаго далеко отъ периферіи, дабы развилась дегенеративная атрофія въ конечныхъ развѣтвленіяхъ этого нерва, — въ мѣстахъ, гдѣ можетъ и не быть сосудистаго пораженія. Допускалось также,

¹⁾ Minkowski. Beiträge zur Pathologie der Neuritis. (Mittheilungen aus der medic. Klinik zu Königsberg, Leipzig, 1888).

²⁾ Joffroy et Achard. Névrite périphérique d'origine vasculaire. (Archives de médecine expérimentale, 1889, № 2).

согласно мнѣнію Жоффруа и Ашара, что при тѣхъ измѣненіяхъ, которыя были найдены у этой женщины, могла развиться старческая гангрена, и что такимъ образомъ эту гангрену можно было бы отнести на счетъ полиневрита,—въ такомъ случаѣ, какъ старческая гангрена, такъ и полиневритъ являются лишь обычнымъ послѣдствіемъ облитерирующаго артерита.

Другіе подобные факты были опубликованы Лоренцомъ¹⁾, Оппенгеймомъ²⁾, Дютилемъ и Ламъ³⁾, Шлезингеромъ⁴⁾, Берветсомъ⁵⁾. Я не могу входить въ подробное разсмотрѣніе этихъ фактовъ. Я долженъ только вамъ сказать, что два послѣднихъ изъ только что упомянутыхъ мной авторовъ поддерживали положеніе, противоположное тому, съ которымъ я васъ познакомилъ. По ихъ мнѣнію, не сосудистое пораженіе вызываетъ невритъ, а наоборотъ, отъ неврита зависитъ сосудистое пораженіе.

Итакъ, на основаніи нѣкоторыхъ фактовъ, которые я только что бѣгло перечислилъ, явствуетъ, что такое пораженіе сосудовъ, какъ облитерирующий эндартеритъ, узловатый періартеритъ, можетъ быть исходной точкой полиневрита; но при этомъ нужно думать, что этотъ полиневритъ сосудистаго происхожденія встрѣчается очень рѣдко.

Не менѣе рѣдко, кажется, наблюдается и интерстиціальныи полиневритъ. Я вамъ говорилъ, что мнѣніе, будто лепрозный полиневритъ есть первично интерстиціальныи, опровергнуто въ послѣднее время Лелуаромъ и Марестаномъ на основаніи гистологическихъ данныхъ. Полиневритъ почти всегда бываетъ инфекціоннаго или токсическаго происхожденія и представляетъ собою по существу паренхиматозныи процессъ. Это есть дегенеративныи невритъ, подобныи тому, который наблюдается въ случаяхъ Валлеріевова перерожденія.

При этихъ условіяхъ у гистологовъ, естественно, должна возникнуть мысль поизслѣдовать, не является ли этотъ дегенеративныи полиневритъ вторичнымъ процессомъ, не развивается ли онъ вслѣдствіе первичныхъ измѣненій спинно-мозговыхъ гангліозныхъ клѣтокъ, менѣе рѣзко выраженныхъ, чѣмъ измѣненія, наблюдаемыя въ случаяхъ поліомієлита, но болѣе трудныхъ для обнаруженія.

Отношеніе полиневритовъ къ поліомієлитамъ. — Тутъ,

1) Lorenz. Beiträge zur Kenntniss der multiplen degenerativen Neuritis. (Zeitschrift für klin. Medizin, 1891, T. XVIII, Heft 3 und 6, S. 493.)

2) Oppenheim. Ueber die senile Form der multiplen Neuritis (Berlin. klin. Wochenschrift, 1893, № 25).

3) Dutil et Lamy. Contribution à l'étude de l'artérite oblitérante progressive et des névrites d'origine vasculaire. (Archives de médecine expériment. et d'anatomie pathologique, 1893, p. 102).

4) Schlesinger. Ueber eine durch Gefässerkrankungen bedingte Form der Neuritis. («Neurologisches Centralblatt», 1895, № 13—14).

5) H. Bervoets. Over spontaan gangreen etc., Nijke. 1896.

однимъ словомъ, дѣло идетъ о связи полиневритовъ съ поліомієлитами. То, что я хочу сказать вамъ по этому поводу, сводится къ слѣдующему:

а) При помощи тѣхъ техническихъ приѣмовъ, которымъ гистологи располагали до послѣдняго времени, имъ удавалось въ нѣкоторыхъ случаяхъ полиневрита находить измѣненія гангліозныхъ клѣтокъ спинного мозга.

б) Въ большинствѣ случаевъ эти поліомієлитическія измѣненія не могутъ быть обнаружены при помощи обычныхъ приѣмовъ. Именно въ виду этого обстоятельства тѣ, которые склонны были разсматривать невритическія измѣненія какъ вторичный процессъ, происходящій вслѣдствіе патологическаго состоянія гангліозныхъ спинно-мозговыхъ клѣтокъ, были вынуждены отнести это патологическое состояніе къ измѣненіямъ чисто динамическимъ.

в) Въ послѣдніе года гистологія обогатилась новымъ методомъ, методомъ Ниссля, который даетъ намъ возможность обнаружить неувидимыя при прежнихъ приѣмахъ изслѣдованія клѣточные измѣненія. Мнѣ остается подѣлиться съ вами тѣми новыми открытіями, которыя уже сдѣланы, благодаря примѣненію этого метода. Помимо того, я сейчасъ приступаю къ весьма важному вопросу о патогенезѣ — вопросу объ отношеніяхъ между полиневритами и поліомієлитами.

Лекція XIV.

Полиневриты вообще. Патологическая анатомія и патогенезъ.

(Продолженіе).

Содержаніе.—Гистологическій очеркъ центральныхъ измѣненій, сопровождающихъ полиневриты, сдѣланный на основаніи результатовъ, полученныхъ при примѣненіи метода Ниссля.—Историческій обзоръ.—Исторія возникновенія метода Ниссля.—Понятія о внутреннемъ строеніи нервной клѣтки, полученные нами благодаря этому методу.—Измѣненія, которымъ подвергается это строеніе вслѣдствіе экспериментальной перерѣзки нерва; изслѣдованія Г. Маринеско. — Отличительные признаки первичныхъ измѣненій нервныхъ клѣтокъ.—Какимъ образомъ можно представить себѣ эти же самыя центральныя измѣненія въ случаяхъ полиневритовъ.—Для клинициста необходимо отличать полиневритъ отъ поліомієлита.—Какъ однѣ и тѣ же причины могутъ различно дѣйствовать на всю систему и на различныя части двигательнаго нерона.—Съ точки зрѣнія прогноза является капитальной важностью отличать первичное заболѣваніе периферическихъ нервовъ отъ первичнаго заболѣванія клѣточныхъ тѣлъ нервовъ.

Мм. Гг. Мнѣ остается изложить вамъ результаты, которымъ мы обязаны примѣненію метода Ниссля въ ученіи объ измѣненіяхъ клѣтокъ спинного мозга, могущихъ произойти во время теченія полиневритовъ. Это меня приведетъ къ разсмотрѣнію отношеній между периферическими и центральными пораженіями

въ случаяхъ полиневритовъ; что касается центральныхъ измѣненій, то наблюдались тѣ же измѣненія, какія можно было обнаружить и при помощи прежнихъ гистологическихъ методовъ. Предварительно я хочу вамъ вкратцѣ перечислить главные, относящіяся сюда, факты; это позволитъ мнѣ болѣе ярко представить вамъ значеніе измѣненій клѣточныхъ элементовъ въ случаяхъ полиневритовъ.

Сказать по правдѣ, дѣло касается главнымъ образомъ измѣненій двигательныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ спинного мозга. Я упомяну сначала о наблюдѣнн Дюмениля ¹⁾; оно относится къ 30-тымъ годамъ и его обыкновенно приводятъ, какъ одинъ изъ первыхъ достовѣрныхъ примѣровъ полиневрита со вскрытіемъ. Въ протоколѣ вскрытія этого случая отмѣчены разсѣянные пораженія сѣраго вещества спинного мозга и разрѣженіе гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ.

Черезъ 12 лѣтъ послѣ этого мой учитель, Вюльпіанъ въ своихъ лекціяхъ по болѣзнямъ нервной системы (1879, т. I, стр. 158) упоминаетъ о случаѣ свинцоваго паралича, гдѣ, независимо отъ нѣкоторыхъ измѣненій периферическихъ нервовъ и мышцъ, при гистологическомъ изслѣдованіи были констатированы въ извѣстномъ числѣ нервныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ дегенеративныя измѣненія.

Другіе примѣры свинцоваго паралича со вскрытіемъ, гдѣ были констатированы слѣды полиомієлита одновременно съ измѣненіями периферическихъ нервовъ были опубликованы Монаковымъ ²⁾, Цункеромъ ³⁾, Эллеромъ ⁴⁾, Оппенгеймомъ ⁵⁾, Кронталемъ ⁶⁾, Э. Фишеромъ ⁷⁾, Гольдфламмомъ ⁸⁾.

Въ общемъ, этихъ случаевъ относительно немного и чаще всего въ нихъ дѣло

¹⁾ D u m é n i l. Contribution pour servir à l'histoire des paralysies périphériques et spécialement de la névrite. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1866, p. 51).— См. также—Paralysie périphérique du mouvement et du sentiment portant sur les quatre membres. — Atrophie des rameaux nerveux des parties périphériques (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1864, p. 203).

²⁾ Von Monakow. Zur pathologischen Anatomie der Bleilähmung. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. 1880, T. X, fasc. 2. S. 203).

³⁾ Zunker. Zur Pathologie der Bleilähmung. (Zeitschrift für klin. Medizin, T. I, Heft 3, S. 496).

⁴⁾ Oeller. Zur pathologischen Anatomie der Bleilähmung. Inaugural Dissertation. München, 1883.

⁵⁾ Oppenheim. Zur pathologischen Anatomie der Bleilähmung. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. 1885, T. XVI, Heft 2, p. S. 476).

⁶⁾ P. Kronthal. Ueber Heterotopie grauer Substanz im Rückenmark. (Neurologisches Centralblatt, 1888, № 4. S. 96).

⁷⁾ E. Fischer. Lead-poisoning with special reference to the spinal cord and peripheral nerve lesions. (American Journal of medical Sciences. July 1892).

⁸⁾ Goldflamm. Ein Fall von Bleilähmung. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1893, Heft. 4—5. S. 343).

идеть о спинномозговыхъ измѣненіяхъ сомнительнаго значенія. Въ болѣе значительномъ числѣ случаевъ свинцоваго паралича, закончившагося смертью, можно было констатировать существованіе невритическихъ пораженій безъ сопровождающихъ спинно-мозговыхъ измѣненій. То же самое можно сказать про мышьяковый и алкогольный параличи.

Вообще, трудно представить себѣ что-либо болѣе непостоянное, какъ эти полиоміэлитическія измѣненія въ сочетаніи съ признаками периферическаго полиневрита въ то время, когда не располагали еще методомъ изслѣдованія, которымъ мы обязаны Нисслю. Итакъ, я вамъ повторяю, что поклонники центральнаго происхожденія вынуждены были вслѣдствіе этого защищать ту гипотезу, что въ случаяхъ полиневрита измѣненія периферическихъ нервовъ подчинены динамическимъ измѣненіямъ гангліозныхъ клѣтокъ спинного мозга. Эрбъ съ большимъ талантомъ защищалъ это положеніе. Въ своихъ лекціяхъ о мышечныхъ атрофіяхъ я изложилъ доводы, на которыхъ опирался гейдельбергскій профессоръ.

Такъ стояло дѣло до того времени, когда, болѣе 15-ти лѣтъ тому назадъ, Нисслъ ¹⁾ познакомилъ насъ со своимъ методомъ окрашиванія нервныхъ клѣтокъ. Этотъ методъ позволяетъ до нѣкоторой степени разсмотрѣть внутреннее строеніе нервной клѣтки. Результаты, которымъ мы обязаны методу Ниссля и которые касаются строенія нервной клѣтки и ея протоплазматическихъ отростковъ, строенія нейрона, можно резюмировать такъ: кромѣ ядра тѣла клѣтки въ составъ нейрона видятъ два различныхъ вещества: основное вещество, ахроматическое, т. е. не поддающееся пропитыванію основными красящими веществами, обычно прѣбняемыми въ гистологін; это вещество называютъ еще трофоплазмой, хроматофильное вещество, которое пропитывается этими красящими веществами.

Хроматофильное вещество или кинетоплазма; встрѣчается одновременно и въ клѣточномъ тѣлѣ нейрона и въ протоплазматическихъ отросткахъ (Табл. 1, рис. А); его нѣтъ въ осево-цилиндрическомъ отросткѣ. Словомъ, лишь осевой цилиндръ составляетъ продолженіе ахроматическаго вещества тѣла клѣтки. Въ этомъ послѣднемъ хроматофильное вещество составляютъ грануляціи, соединяющія между собой аморфное вещество; оно располагается ясно концентрически вокругъ ядра, занимающаго болѣе или менѣе центральное положеніе. Всѣ эти подробности вы отчетливо видите на находящихся предъ вами прекрасныхъ рисункахъ, любезно предоставленныхъ въ мое распоряженіе Г. Маринеско.

Предположимъ теперь, что перерѣзываютъ двигательный нервъ. Эта перерѣзка равносильна травматическому поврежденію осево-цилиндрическихъ отростковъ клѣ-

¹⁾ Nissl. Die Strassburger Methode. (Tageblatt der Naturforscherversammlung zu Strassburg, 1885, S. 68 C.).—Die Karlsruher Methode. (Zeitschrift für Psychiatrie, T. 48, S. 197).

токъ переднихъ роговъ спинного мозга; она отразится на этихъ клѣткахъ и вызоветъ въ нихъ двоякаго рода ясныя видоизмѣненія, а именно:

- а) частичное раствореніе хроматофильныхъ элементовъ;
- б) отодвиганіе ядра къ периферіи клѣтки.

Раствореніе хроматофильнаго вещества является первымъ по времени видоизмѣненіемъ (Табл. I, рис. В); оно начинается совсѣмъ близко отъ мѣста начала осевого цилиндра. Это раствореніе приписывали водянкѣ разсматриваемаго вещества; оно можетъ распространиться на все тѣло клѣтки. Разъ большая часть клѣтки растворится, центръ ея представится въ видѣ питомника грануляцій. Эти первыя видоизмѣненія соотвѣтствуютъ реактивной фазѣ.

Что касается перемѣщенія ядра къ периферіи (Табл. 1, рис. В), то оно является нѣсколько позже и относится также, по мнѣнію Маринеско, къ реактивной фазѣ. Не установлено еще, есть ли это результатъ активного переселенія, или простого пассивнаго отодвиганія.

Во второй фазѣ перерожденія струйчатость клѣточного тѣла и протоплазматическихъ отростковъ исчезаетъ; въ то же самое время хроматофильные элементы превращаются какъ бы въ тонкую пыль ¹⁾.

Измѣненія клѣточного тѣла, которыя я только что вамъ описалъ, носятъ регрессивный характеръ; онѣ появляются тогда, когда центральный конецъ перерѣзаннаго нервнаго волокна не представляетъ ничего необычнаго. Онѣ не поправимы и могутъ закончиться полной атрофіей клѣтки.

Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, по прошествіи приблизительно четырехъ недѣль, основное ахроматическое вещество въ свою очередь перерождается; оно какъ въ клѣточномъ тѣлѣ неврона, такъ и въ осево-цилиндрическомъ отросткѣ подвергается настоящему разрушенію, которое предшествуетъ его атрофіи. Эта дезинтеграція происходитъ относительно поздно, она наступаетъ въ томъ случаѣ, если оба перерѣзанные конца не соединены. О ней мы знали и тогда, когда не располагали еще методомъ Ниссля. На нее смотрѣли, какъ на выраженіе восходящаго неврита, потому что она начинается съ осево-цилиндрическаго отростка, откуда это дезинтеграція распространяется на клѣточное тѣло. Въ дѣйствительности же, дѣло шло о простомъ атрофическомъ перерожденіи, распространяющемся целлюлитально, потому что трофическая функція неврона была нарушена въ ахроматическомъ веществѣ, а разъ эта функція нарушена, то дистрофическія послѣдствія, являющіяся результатомъ этого, будутъ отражаться прежде всего на частяхъ неврона, наиболѣе отъ него отдаленныхъ. Вотъ тѣ объясненія, которыя существуютъ въ данное время по этому вопросу; за точность ихъ я не ручаюсь.

¹⁾ Люгаро, повторившій недавно изслѣдованія Ниссля, допускаетъ вмѣсто съ Маринеско только что описанныя мной фазы; на исчезновеніе струйчатости клѣточного тѣла и протоплазматическихъ отростковъ Люгаро смотритъ, какъ на основной отличительный признакъ второй фазы.

Такъ какъ эти клѣточные измѣненія временныя, такъ какъ процессъ долженъ закончиться фазою возстановленія, то вотъ тогда и совершится *restitutio ad integrum*: клѣтки начинаютъ увеличиваться въ объемѣ; въ то же время онѣ гипертрофируются и принимаютъ болѣе темную окраску. Этотъ послѣдній признакъ зависитъ отъ умноженія и отъ увеличенія хроматофильныхъ элементовъ. Новообразование хроматофильныхъ элементовъ происходитъ не одинаковымъ путемъ во всей массѣ клѣточного тѣла: то оно представляется въ формѣ перинуклеарнаго кольца, другой разъ—въ формѣ двухъ колецъ,—периферическаго и центрального, которыя раздѣляютъ свѣтлый поясъ, иной еще разъ—въ формѣ чередующихся темныхъ и свѣтлыхъ секторовъ. Въ общемъ, возстановительная фаза длится довольно долго.

Подводя итогъ, нужно отмѣтить одинъ пунктъ изъ рассмотрѣнныхъ гистологическихъ данныхъ. Этотъ пунктъ касается характера дегенеративныхъ измѣненій клѣточного тѣла неврона въ случаяхъ, гдѣ эти измѣненія вторичныя, происшедшія вслѣдствіе травматической перерѣзки осево-цилиндрическаго отростка, а именно: раствореніе хроматофильныхъ элементовъ, перемѣщеніе ядра въ экцентрическое положеніе,—все это составляетъ отличительные признаки вторичныхъ измѣненій. Дезинтеграція протоплазмы, основного ахроматического вещества можетъ отсутствовать; если же она появляется, то всегда бываетъ поздною.

Въ случаѣ же первичнаго перерожденія клѣточныхъ тѣлъ двигательныхъ невроновъ бываетъ наоборотъ, это первичное перерожденіе можетъ быть вызвано экспериментальнымъ путемъ. Такъ, его можно наблюдать вслѣдствіе временной лигатуры брюшной аорты. Въ этомъ случаѣ, двигательный невронъ поражается прежде всего въ своей главной части, въ своемъ клѣточномъ тѣлѣ, что до сего времени называлось двигательной клѣткой. Что же тогда происходитъ? Какъ начальное видоизмѣненіе наблюдается также *chromatolysis*, который весьма часто начинается съ периферіи клѣтокъ. По мѣрѣ того какъ хроматолитическій процессъ подвигается впередъ, поясъ хроматофильныхъ элементовъ уменьшается въ толщинѣ. Клѣтка такимъ образомъ разбивается на двѣ концентрическія части (Табл. II, C); на периферическій поясъ, заключающій въ себѣ болѣе или менѣе безцвѣтныя грануляціи и на центральный поясъ, образованный хроматофильными элементами, въ центрѣ котораго находится ядро. Помимо того, трофоплазма, основное ахроматическое вещество подверглось преждевременной дезинтеграціи. Вслѣдъ за этой дезинтеграціей наступаетъ частичное исчезновеніе основного вещества, которое скоро бываетъ усѣяно блестящими просвѣтами (лакунами). Эта преждевременная дезинтеграція трофоплазмы, въ глазахъ Мари-неско, является драгоцѣннымъ критеріумомъ для отличія первичныхъ измѣненій клѣтокъ спинного мозга отъ вторичныхъ; но по мнѣнію моего достойнаго сотрудника этотъ критеріумъ не имѣетъ ничего положительнаго.

Вотъ тѣ новыя данныя, которыми мы обязаны ученію о пораженіи двига-

тельныхъ невроновъ, полученному экспериментальнымъ путемъ,—ученію, принятому при помощи новѣйшихъ гистологическихъ методовъ. *Маринеско* ¹⁾, проводя аналогію, не переставалъ думать, что на почвѣ человѣческой патологіи дѣло происходитъ такъ же, какъ въ области эксперимента. По его мнѣнію, вторичныя пораженія, встрѣчаемыя въ центрахъ происхожденія периферическихъ нервовъ, при теченіи полиневритовъ сходны съ таковыми же, какія вызываетъ экспериментальная перерѣзка нервнаго волокна въ центрѣ происхожденія послѣдняго; только они менѣе остры, менѣе интенсивны при ихъ началѣ, потому что дезорганизація нервнаго волокна наступаетъ очень медленно и разрушеніе осевого цилиндра бываетъ не полное. Въ первичныхъ полиневритахъ, какъ въ случаяхъ экспериментальной перерѣзки двигательнаго нерва, послѣдовательныя измѣненія, которымъ подвергаются нервные центры (кѣлочныя тѣла невроновъ), проходятъ черезъ двѣ фазы:

Первая, гдѣ хроматофильные элементы кѣлокъ подвергаются болѣе или менѣе полному растворенію,—это измѣненіе представляется по существу поправимымъ,—и гдѣ ядро перемѣщается въ эксцентрическое положеніе (Табл. II, рис. D.).

Вторая фаза, гдѣ основное ахроматическое вещество кѣлочнаго тѣла,—трофоплазма—также затронута, поражена, наступаетъ дезинтеграція его, которая можетъ быть вполне непоправима.

Съ другой стороны, преждевременная дезинтеграція трофоплазмы составляетъ отличительный признакъ первичныхъ полиоміэлитовъ.

Все это — очень остроумныя взгляды, и я признаю за *Маринеско* ту заслугу, что онъ первый высказалъ ихъ; но въ концѣ концовъ гипотезѣ отведено тутъ широкое поле. Мнѣ остается обратить вниманіе на то, что въ случаяхъ, которые мы въ человѣческой патологіи склонны относить къ полиневритамъ, въ случаяхъ, которые по теченію развиваются такъ же, какъ мы представляемъ себѣ развитіе первичныхъ периферическихъ невритовъ, измѣненія кѣлокъ, которыя мы только что описали и которыя одновременно сопровождаются измѣненіями периферическихъ нервовъ, всегда и неизбѣжно наступаютъ вслѣдъ за этими послѣдними. Если это доказано, то дѣло можно представить такъ:

Въ строеніе нейрона входятъ два вещества, различныхъ не только въ отношеніи ихъ внутренняго строенія и сродства съ красящими веществами, но и въ отношеніи ихъ патологическихъ свойствъ, а именно основное ахроматическое и хроматическое вещество. Измѣненія этихъ двухъ веществъ имѣютъ весьма различное значеніе. Измѣненія хроматическаго вещества вполне поправимы.

¹⁾ *Marinesco*.—Des polynévrites en rapport avec les lésions secondaires et les lésions primitives des cellules nerveuses. (Revue neurologique, 15 mars 1896 p. 129).

Въ отношеніи измѣненій ахроматическаго вещества наблюдается обратное, въ зависимости отъ того, насколько имѣется дѣло съ дезинтеграціей и атрофіей этого вещества.

Клѣточные измѣненія, заключающіяся въ раствореніи хроматофильнаго перинуклеарнаго вещества и въ перемѣщеніи ядра къ периферіи, имѣютъ по существу вторичное значеніе; онѣ выражаютъ собой отраженіе на тѣлѣ нейрона болѣзненнаго состоянія первично пораженнаго осево-цилиндрическаго отростка; другими словами, эти измѣненія всегда наблюдаются въ случаяхъ полиневритовъ.

Наоборотъ, дезинтеграція основного вещества и вещества, играющаго трофическую роль въ отношеніи всего нейрона, и будетъ составлять принадлежность поліоміэлитическихъ процессовъ—процессовъ, которые первично поражаютъ нервныя клѣтки. Когда эта дезинтеграція появляется во время теченія полиневрита, то это доказываетъ, что настоящій поліоміэлитъ присоединяется къ поражению, первично находившемуся въ осево-цилиндрическомъ отросткѣ нейрона и въ частяхъ его окружающихъ. Въ этотъ моментъ тѣло нейрона,—клѣтка,—потерпѣла непоправимое поврежденіе; но и это поврежденіе можетъ быть только послѣдствіемъ полиневрита, такъ какъ указаніемъ на первичный поліоміэлитъ является единственно лишь преждевременная дезинтеграція основного вещества нервной клѣтки.

Если этотъ взглядъ на отношеніе между полиневритами и поліоміэлитами долженъ привести къ заключенію о подчиненіи, въ случаѣ полиневрита, всякаго поврежденія центральной клѣтки периферическому поврежденію, то я возстану противъ его односторонности ¹⁾. Это ученіе противорѣчитъ тому, которое периферическія измѣненія, наблюдаемыя постоянно въ случаяхъ полиневритовъ, ставятъ въ зависимость отъ центральнаго органическаго или динамическаго поврежденія. Я думаю, что руководясь желаніемъ слишкомъ все упростить и прилагать одно и то же объясненіе къ случаямъ и обстоятельствамъ весьма различнымъ, увлекаются до того, что все перепутываютъ,—обстоятельство, весьма нежелательное въ клиникѣ. Я не хочу заканчивать лекціи, не объяснившись по этому поводу.

Въ одной изъ предшествующихъ лекцій я вамъ говорилъ, что надо разъ навсегда отказаться противопоставлять двѣ части одного и того же цѣлаго одну—другой, какъ два различные органа—нервное волокно и нервную клѣтку. Я вамъ говорилъ, что надо отказаться противопоставлять патологию периферическихъ нервовъ и патологию клѣтки, откуда берутъ начало тѣ же самые нервы, одну—другой. Но вы вѣрно поймете мою мысль и не предположите, что я хочу слить все, что лишь соприкасается.

¹⁾ Говоря правду, Маринеско первый заявилъ, что онъ не сомнѣвается, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ «вредоносный агентъ не можетъ одновременно дѣйствовать на оконечности нервовъ и на ихъ центры».

Если для гистолога двигательный полиневритъ и *poliomyelitis anterior* суть процессы, которые поражаютъ одни и тѣ же органы,—периферическіе двигательные нейроны, то для клинициста является необходимымъ отличать синдромъ периферическаго полиневрита и синдромъ *poliomyelitis anterior*. Несомнѣнно, въ обоихъ случаяхъ анатомическій субстратъ одинъ и тотъ же и этиологія одинакова; но клиническое проявленіе, развитіе, предсказаніе, какъ въ одномъ такъ и въ другомъ случаѣ, всегда различны. Въ лекціи, на которую я только что сослался, кажется, я далъ весьма справедливое объясненіе этимъ различіямъ. Я указалъ на то, что полиоміелиты и полиневриты вызываются одними и тѣми же этиологическими вліяніями, т. е., на первомъ планѣ стоятъ инфекція и интоксикація; я отмѣтилъ также, что какъ въ одномъ, такъ и въ другомъ случаѣ агенты инфекціи или интоксикаціи различаются какъ по натурѣ, такъ и по своей продолжительности, по своей интенсивности и по своему способу дѣйствія. Инфекція или интоксикація, производящая грубыя измѣненія въ периферическомъ двигательномъ нейронѣ, можетъ вызывать быстрое уничтоженіе функціи этого органа, т. е., двигательный параличъ. Нейронъ можетъ быть разрушенъ весь цѣликомъ,—тѣло и осево-цилиндрическій отростокъ. При этихъ условіяхъ дегенеративныя измѣненія клѣточного тѣла нейрона представляются преждевременными и по меньшей мѣрѣ одинаковы по своей интенсивности съ измѣненіями осевого цилиндра и его оболочекъ; такимъ образомъ, на основаніи анатомическаго діагноза не замедлятъ поставить діагнозъ *poliomyelitis anterior acuta*.

Предположимъ теперь, что инфекція или интоксикація дѣйствовала-бы съ меньшей остротой; при этомъ могутъ произойти различныя случайности, а именно:

а) Или первыя явленія вредоносной причины отразятся только на периферическомъ нервѣ въ силу того обстоятельства, что осевой цилиндръ, составляющій главный элементъ нервного волокна, представляетъ наиболѣе хрупкую часть нейрона, особенно въ участкахъ, наиболѣе удаленныхъ отъ центра; въ этомъ случаѣ будутъ говорить о периферическомъ невритѣ. Сверхъ того, этотъ невритъ, характеризующійся измѣненіями, интенсивность которыхъ нарастаетъ въ направленіи отъ периферіи къ центру, отразится на внутреннемъ строеніи клѣточныхъ тѣлъ, вызывая, какъ вы знаете, вторичныя и поправимыя измѣненія.

б) Или же вредоносный агентъ произведетъ измѣненія сразу во всемъ нейронѣ; только измѣненія, которыя затѣмъ произойдутъ въ клѣточномъ тѣлѣ, будутъ вполнѣ скоротечны, насколько о томъ позволяютъ судить обычные методы изслѣдованія. Въ периферическихъ нервахъ эти измѣненія будутъ держаться гораздо дольше и интенсивность ихъ будетъ тѣмъ болѣе выражена, чѣмъ этотъ отдѣлъ нерва будетъ болѣе удаленъ отъ центра, т. е., онъ будетъ менѣе сопротивляться. По этому поводу я считаю нужнымъ провести вамъ нѣкоторыя экспериментальныя данныя, въ достовѣрности которыхъ я самъ могъ лично убѣдиться.

Если у животного вызвать легкій міэлитъ, то послѣдній по истеченіи различнаго времени имѣетъ склонность вполнѣ разрѣшиться. Если затѣмъ убить животное, то можно найти глубокія измѣненія въ нервахъ, происходящихъ изъ того сегмента спинного мозга, который былъ очагомъ предшествующаго міэлита. Я говорю, правда, объ опытахъ, которые были произведены въ то время, когда мы еще не располагали методомъ Ниссля.

в) Возможна и третья случайность: въ периферическихъ нервахъ и ганглиозныхъ клѣткахъ спинного мозга могутъ одновременно находиться поврежденія, обнаруживаемыя обыкновенными гистологическими методами, при условіи, когда патогенная причина, инфекція или интоксикація, обыкновенно вызываетъ лишь первичныя измѣненія въ периферическихъ нервахъ. Въ этомъ случаѣ является вопросъ, не способствовало ли развитію спинно-мозгового пораженія то, что патогенное вліяніе дѣйствовало на предрасположенную почву, на спинной мозгъ, находящійся въ состояніи болѣзненнаго предрасположенія. По этому поводу я вамъ замѣчу, что въ нѣкоторыхъ извѣстныхъ примѣрахъ свинцоваго паралича—главные изъ нихъ я вамъ цитировалъ—отмѣчено существованіе измѣненій периферическихъ нервовъ и спинно-мозговыхъ измѣненій; въ случаяхъ Кронтала и Гольдфламма сѣрое вещество спинного мозга было очагомъ этихъ измѣненій, которыя рассматривались какъ проявленіе аномальной слабости нервныхъ центровъ. Сколько разъ я самъ могъ вамъ показать, что предрасположеніемъ такого рода обуславливается до нѣкоторой степени локалізація дѣйствія инфекціи или интоксикаціи, или какой-либо другой патогенной причины на ту или другую часть нервной системы.

Тѣ же самыя причины, тѣ же самыя патогенныя вліянія могли бы безразлично произвести первичныя и продолжительныя измѣненія или въ периферическихъ нервахъ, или въ нервныхъ клѣткахъ, или же одновременно и въ периферическихъ нервахъ и въ нервныхъ клѣткахъ. Съ точки зрѣнія гистолога эта различная локалізація указываетъ на страданіе одного и того же органа, неврона. Синдромы, которыми выражаются эти измѣненія неврона, различаются по ихъ проявленію, особенно же по ихъ развитію; эти различія, которыя едва уловимы, имѣютъ перворазрядную прогностическую важность. Когда клиническія явленія и развитіе таковы, что мы полагаемъ возможнымъ съ извѣстной якобы увѣренностью діагностицировать первичное заболѣваніе периферическихъ нервовъ, мы должны сдѣлать и соотвѣтственное предсказаніе, а именно: предсказаніе не только благопріятное *quoad vitam*, сдѣлавъ, конечно, оговорку относительно опасности, нераздѣльной съ возможнымъ пораженіемъ нѣкоторыхъ бульбарныхъ нервовъ,—но и *quoad restitutionem ad integrum*. Вы можете даже предсказать возстановленіе полного здоровья въ случаяхъ по внѣшнему виду очень тяжелыхъ, какъ это было въ случаѣ, бывшемъ предметомъ двухъ предшествующихъ лекцій, и гдѣ, какъ вы знаете, мои предсказанія въ настоящее время

вполнѣ оправдались ¹⁾). Если же, наоборотъ, быстрота развитія и характеръ явлений вынуждаютъ васъ поставить діагнозъ поліомієліта, что означаетъ, что нервныя кліткі спинного мозга въ извѣстномъ мѣстѣ подверглись тяжкимъ и непоправимымъ поврежденіямъ; тогда не только существованію больного грозитъ болѣе серьезная опасность, но кромѣ того, часть тѣхъ мышцъ, пораженныхъ параличемъ, которыя съ первыхъ же дней утратили свою фарадическую возбудимость, обречена на непоправимую атрофію.

Вотъ всѣ тѣ свѣдѣнія, правда, не обильныя, которыя можно извлечь изъ этой моей послѣдней лекціи. Для насъ—клиницистовъ—анатомопатологическая сторона этого вопроса о связи между собой полиневритовъ и поліомієлитовъ имѣетъ мало значенія, для насъ главное составляетъ прогностическая сторона вопроса. Конечно, прогнозъ можетъ быть основанъ лишь на основательномъ знакомствѣ съ клиническими разновидностями процесса, имѣющаго своимъ субстратомъ одинъ и тотъ же органъ,—периферическій двигательный нейронъ, причемъ эти разновидности часто отличаются другъ отъ друга лишь оттѣнками. Всѣ ваши усилія должны быть направлены на то, чтобы хорошо освоиться съ этими оттѣнками, чтобы ясно уловить признаки, которыя дадутъ вамъ право въ присутствіи больного сказать: весьма много данныхъ въ пользу полиневрита, а потому нужно надѣяться на радикальное излеченіе, или наоборотъ: причиной всего—*poliomyelitis anterior*, и тогда у больного, если не будетъ бульбарныхъ осложнений, могущихъ угрожать его жизни, останется въ извѣстной степени непоправимая мышечная атрофія.

Лекція XV.

Общая этиологія полиневритовъ. Роль интоксикацій въ развитіи периферическихъ невритовъ ²⁾).

Содержаніе.—Ретроспективный обзоръ.—Программа этой и слѣдующей лекцій; она заключаетъ изученіе роли интоксикацій и инфекцій въ развитіи невритовъ. А. Экзогенныя интоксикаціи. Дѣйствіе большинства ядовъ на извѣстныя ткани по выбору; примѣры.—Главные извѣстные яды, вызывающіе полиневриты. Токсическіе полиневриты проявляются двумя главными разрядами припадковъ.—Вліяніе предрасположенія на развитіе этихъ полиневритовъ; клиническій примѣръ.—Локалізація токсическихъ параличей; вліяніе наслѣдственности.—Вліяніе возраста, вліяніе въ зависимости отъ вида.—Патогенезъ токсическихъ полиневритовъ; положеніе вопроса. а) Токсическіе параличи. Наблюденіе токсическихъ параличей съ пораженіемъ спинного мозга.—Чаще всего эти пораженія выражаются сомнительнаго значенія измѣненіями клітокъ. Относительная ихъ

¹⁾ Смотря лекціи I и II.

²⁾ Лекція 12 Іюня 1896 г.

рѣдкость въ сравненіи съ постоянствомъ измѣненій периферическихъ нервовъ. Ученіе о зависимости вторичныхъ измѣненій отъ первичныхъ встрѣтило мало поборниковъ. Теорія динамической природы первичныхъ измѣненій, поражающихъ клѣтки въ случаяхъ токсическихъ полиневритовъ. У этой теоріи нѣтъ объективнаго основанія.—Данныя, заимствованныя изъ эксперимента; опыты Вюльпіана.—Исслѣдованія Штиглица; полученные результаты противорѣчивы и сомнительнаго значенія.—Исслѣдованія Попова, Чижа, Шеффера, Панди.—Отсутствіе связи въ полученныхъ результатахъ.—Самые разнообразныя яды производятъ одни и тѣ же измѣненія въ клѣткахъ, вызывая въ то же время очень различныя симптомы. Патогенезъ алкогольныхъ параличей, также какъ и патогенезъ свинцоваго и мышьяковаго параличей и пр., не вполне выясненъ.—Современное положеніе вопроса. 6) Токсическія атаксіи.—Изученіе токсическаго pseudo-tabes'a сдѣлано было равнѣе. Вообще принято смотрѣть на pseudo-tabes этого рода, какъ на выраженіе множественнаго неврита.—Исключеніе должно быть сдѣлано относительно pseudo-tabes отъ отравленія спорыньей.

Мм. Гг. Въ теченіи предшествующаго семестра случайный подборъ больныхъ нашихъ палатъ позволилъ мнѣ изучить извѣстное число этиологическихъ разновидностей полиневрита. Тѣ изъ слушателей, которые слѣдили за моими лекціями, имѣли такимъ образомъ возможность познакомиться съ послѣдифтеритическимъ полиневритомъ, съ полиневритомъ сѣроуглероднаго происхожденія, съ малярійнымъ полиневритомъ, съ туберкулезнымъ полиневритомъ, съ многочисленными клиническими проявленіями алкогольнаго полиневрита. Отдавая должное значеніе важности изученія полиневритовъ, я поспѣшу воспользоваться представившимися мнѣ случаями,—изучить другія изъ этихъ этиологическихъ разновидностей ¹⁾ и пополнить, если возможно, циклъ периферическихъ полиневритовъ. Вы знаете, какъ важно для практическаго врача уметь отличать ихъ отъ заболѣваній нервныхъ центровъ, съ которыми они представляютъ болѣе или менѣе большое сходство.

Послѣ того, какъ я вамъ набросалъ клиническое описаніе нѣсколькихъ разновидностей полиневритовъ, только что мною перечисленныхъ, и посвятилъ предъидущія лекціи ознакомленію васъ, насколько это можетъ интересоватъ васъ, какъ будущихъ практическихъ врачей, съ патологической анатоміей полиневритовъ, разсматриваемыхъ вообще, въ настоящее время я буду продолжать этотъ синтезъ. Я сейчасъ вамъ изложу общую этиологію полиневритовъ.

Сказать по правдѣ, моимъ первымъ намѣреніемъ было расширить въ нѣкоторыхъ частяхъ рамки этой программы, а въ нѣкоторыхъ частяхъ сѣзнуть—я сейчасъ объясню это. Тѣ изъ васъ, которые слѣдили за моими лекціями въ прошедшемъ году, должны вспомнить, что я посвятилъ двѣ лекціи выясненію преобладающей роли болѣзненной наслѣдственности въ нервной патологіи. Защищая это положеніе, я полагаю, что построилъ его на солидныхъ доказательствахъ, а

¹⁾ Лекціи о тифозномъ и мышьяковомъ полиневритѣ были прочитаны позже.

именно: что случайныя причины, выставляемыя, какъ причина развитія заболѣваній нервной системы, чаще всего дѣйствительны лишь постольку, поскольку онѣ дѣйствуютъ на предрасположенной почвѣ. Предрасположеніе это можетъ быть приобрѣтенное, но чаще, почти всегда, оно бываетъ плодомъ наслѣдственности. Такимъ образомъ я вамъ доказывалъ, что болѣзненная наслѣдственность до известной степени преобладаетъ въ этиологіи нервныхъ заболѣваній.

На ряду съ болѣзненной наслѣдственностью стоятъ случайныя причины, роль которыхъ имѣетъ второстепенное значеніе, но внимательство ихъ необходимо, чтобы пробудить къ жизни зародышъ нервной болѣзни, дремлющій въ нѣкоторомъ родѣ на почвѣ предрасположеннаго организма. И вотъ, милостивые государи, моимъ первымъ намѣреніемъ было рассмотреть съ общей точки зрѣнія роль этихъ смѣшанныхъ причинъ и особенно показать важное значеніе интоксикацій и инфекцій въ этиологіи заболѣваній нервной системы.

Эта программа, примѣненная къ общей картинѣ нервной патологіи, была-бы слишкомъ обширна, чтобы осуществить ее, даже въ сокращенномъ видѣ, въ теченіи одной или двухъ лекцій. Вотъ почему я рѣшился ограничиться изученіемъ роли интоксикацій и инфекцій въ развитіи множественныхъ периферическихъ невритовъ, полиневритовъ, и развитіи это ученіе соотвѣтственно тому времени, какое мнѣ опредѣлено для моихъ лекцій. Сегодняшняя и послѣдующая моя лекція будетъ такимъ образомъ имѣть связь съ предъидущими лекціями о полиневритахъ; онѣ будутъ содѣйствовать болѣе полному ознакомленію васъ съ исторіей этой группы заболѣваній.

Сегодня я займусь лишь интоксикаціями въ собственномъ смыслѣ этого слова, роль ауто-интоксикацій и инфекцій въ развитіи невритовъ будетъ предметомъ моей лекціи въ будущую пятницу.

Впрочемъ, я не ограничусь констатированіемъ внимательства нѣкоторыхъ токсическихъ или инфекціонныхъ агентовъ въ развитіи невритовъ: я рассмотрю кромѣ того механизмъ патогеннаго дѣйствія этихъ агентовъ.

А. Экзогенныя интоксикаціи.—Вредное дѣйствіе, оказываемое ядами на нервную систему и на другіе органы, имѣетъ своимъ послѣдствіемъ измѣненія, сообщаемыя токсическими веществами клѣточнымъ элементамъ нашихъ тканей и, ихъ производнымъ—волокамъ. Но основное понятіе, которымъ вамъ важно проникнуться, такъ какъ оно до нѣкоторой степени господствуетъ въ нашихъ знаніяхъ по токсикологіи, это избирательное дѣйствіе, которое яды обнаруживаютъ въ отношеніи различныхъ анатомическихъ и функціональных системъ. Несомнѣнно, существуетъ нѣкоторое таинственное сродство между опредѣленными ядами и нѣкоторыми категоріями анатомическихъ элементовъ. Мы знаемъ, напримѣръ, что фосфоръ дѣйствуетъ избирательно на железистыя клѣтки печени и почекъ, углекислота—на красныя кровяныя шарики, спорынья—на задніе

столбы спинного мозга, кураре на окончанія двигательныхъ нервовъ въ мышцахъ, вератринъ на мышечныя волокна и пр., пр. Здѣсь имѣется нѣкоторое сходство съ тѣмъ, что мы знаемъ о красящихъ веществахъ, примѣняемыхъ при гистологическихъ работахъ. Эти красящія вещества обнаруживаютъ избирательное сродство съ извѣстными анатомическими элементами ткани и даже съ извѣстными составными частями одного и того же анатомическаго элемента. Вамъ, я полагаю, не безъизвѣстно, что метиленовая синька окрашиваетъ исключительно осевой цилиндръ живого нервнаго волокна. Въ моихъ предшествующихъ лекціяхъ о патологической анатоміи полиневритовъ я вамъ привелъ другіе примѣры этого элективнаго сродства нѣкоторыхъ красящихъ веществъ съ извѣстными анатомическими элементами.

Возвратимся къ элективному дѣйствію ядовъ. Это дѣйствіе способно видоизмѣняться сообразно способу введенія яда, соотвѣтственно возрасту субъекта, въ зависимости отъ предрасположенія его различныхъ органовъ; на это дѣйствіе могутъ оказывать вліяніе и бывшія раньше болѣзни. Эти различные вопросы я сейчасъ выясню подробно.

Когда дѣйствіе яда въ преобладающей степени отражается на нервной системѣ, оно можетъ, по крайней мѣрѣ наружно, распространяться исключительно или на нервныя центры, или на периферическіе органы, на нервы или на мышцы. Оно можетъ поражать эти различныя части нервно-двигательнаго аппарата постепенно, какъ это часто и наблюдается при хроническихъ отравленіяхъ; оно можетъ поражать ихъ совокупно, но не въ одинаковой степени. Въ этомъ случаѣ интересно, можетъ быть, изслѣдовать, въ какой зависимости, по отношенію другъ къ другу, находятся центральныя и периферическія пораженія.

Изъ ядовъ, которые признаются за способные вызвать полиневриты, я укажу прежде всего на алкоголь; затѣмъ, и въ томъ же разрядѣ, идутъ свинецъ и мышьякъ; мѣдь, ртуть, серебро, цинкъ, сѣроуглеродъ, и окись углерода въ этой іерархической таблицѣ, установленной согласно тому, насколько часто наблюдаются полиневриты, приписываемые вредному дѣйствію этихъ ядовъ, занимаютъ уже гораздо низшія разряды.

Изъ органическихъ веществъ я укажу вамъ на скипидаръ и анилинъ, изъ веществъ растительнаго царства на табакъ и его алкалоидъ—никотинъ (*pseudotabes nicotinicæ*).

Полиневриты, вызываемые этими ядами, выражаются двумя главными рядами симптомовъ: явленіями двигательнаго или чувствительнаго паралича, явленіями двигательной инкоординаціи.

Господа, я вамъ только что сказалъ, что элективное дѣйствіе яда можетъ до извѣстной степени зависѣть отъ состоянія предрасположенія органовъ, и я вамъ общалъ пояснить это. Случай даетъ мнѣ возможность сдѣлать слѣдующее замѣчаніе, относящееся къ тому, что происходитъ въ томъ случаѣ, когда извѣ-

стное число индивидуумовъ подвергнется вліянію одной и той же причины хроническаго отравленія. Разсмотримъ, на примѣръ, случай профессиональнаго отравленія. Чѣмъ объяснить то, что изъ лицъ, подвергшихся одному и тому же профессиональному отравленію, мы наблюдаемъ, что у однихъ развиваются периферическіе параличи, а у другихъ нѣтъ? Не происходитъ ли это вслѣдствіе того, что у первыхъ имѣется предрасположеніе, которое и способствуетъ элективному дѣйствію яда на извѣстныя части периферической нервной системы? Такъ въ дѣйствительности и бываетъ; я безъ колебанія прибавлю, что предрасположеніе чаще всего бываетъ наслѣдственнымъ. Я давно уже доискиваюсь причины, почему у нѣкоторыхъ лицъ, подвергающихся хроническому отравленію свинцомъ, у нѣкоторыхъ алкоголиковъ развиваются периферическіе параличи, а у другихъ нѣтъ, хотя эти послѣдніе подвергались вліянію яда въ такой же степени и столько же времени, какъ и первые. И каждый разъ, когда мнѣ удавалось произвести серьезное разслѣдованіе, а это возможно лишь въ томъ случаѣ, когда имѣются непосредственныя свѣдѣнія о предшествующей жизни и о состояніи здоровья различныхъ членовъ одной и той же семьи, то каждый разъ я могъ обнаружить вмѣшательство нервнаго предрасположенія. Между другими примѣрами, которые я могъ-бы провести въ доказательство вышесказаннаго, мнѣ по своей убѣдительности представляется наиболѣе подходящимъ слѣдующій.

М-ме Х..., молодая женщина, 28 лѣтъ, происходитъ изъ семьи, принадлежащей, что называется, къ лучшему обществу,—истеричная особа; истерія у нея сопровождается относительно рѣдкими судорожными припадками. Вслѣдствіе почти ежедневныхъ алкогольныхъ излишествъ у нея развился алкогольный катарръ желудка (*gastritis potatorum*). Около двухъ лѣтъ, какъ у нея вслѣдствіе эксцессовъ *in Baccho*, болѣе продолжительныхъ, чѣмъ обыкновенно, весьма быстро наступилъ параличъ обѣихъ нижнихъ конечностей; этотъ параличъ имѣлъ классическіе признаки параличей вслѣдствіе невритовъ. Эта молодая женщина—дочь истерички съ большими припадками; ея отецъ—субъектъ неуравновѣшенный и предается всевозможнымъ чудачествамъ; одинъ изъ ея дѣдовъ, въ 50-лѣтнемъ возрастѣ, умеръ въ состояніи слабоумія; ея дядя типичный дегенерантъ; больная имѣетъ 9-ти лѣтняго сына, который по ночамъ испытываетъ страхъ, а днемъ бываютъ нервные припадки и т. п.

Факты такого рода извѣстны мнѣ и встрѣчаются далеко не рѣдко. Сколько разъ, во время моихъ лекцій по вторникамъ, я имѣлъ случай обращать ваше вниманіе на роль наслѣдственнаго предрасположенія въ случаяхъ алкогольнаго и свинцоваго полиневрита. Я полагаю, вы раздѣляете мое убѣжденіе, что при интоксикаціи одной и той же силы нервныя явленія и въ особенности невриты тѣмъ скорѣе наступаютъ, чѣмъ болѣе тяжелая наслѣдственность лежитъ на жертвахъ этой интоксикаціи.

Я считаю нужнымъ прибавить, что это обычное вмѣшательство наслѣдствен-

наго или приобрѣтеннаго предрасположенія въ развитіе токсическихъ периферическихъ параличей въ состояніи намъ объяснить ту чрезвычайную трудность, какую испытываютъ, вызывая экспериментальнымъ путемъ невритъ у животныхъ. Чтобы интоксикаціей можно было успѣшно вызвать у животныхъ измѣненія периферическихъ нервовъ, необходимо предварительно этихъ животныхъ довести до кахексін. У человѣка мы также наблюдаемъ, что кахектическое состояніе благопріятствуетъ развитію токсическихъ или инфекціонныхъ невритовъ.

Слѣдовательно, предшествующія болѣзни могутъ оказывать вліяніе на элективное дѣйствіе яда, направлять его, въ нѣкоторомъ родѣ, на нервную систему, на ту, или на другую часть этой системы. Кстати я вамъ напомнимъ, что элективное дѣйствіе нѣкоторыхъ ядовъ отражается не на всей органической системѣ периферическихъ нервовъ, а на извѣстныхъ частяхъ этой системы. Такъ, въ случаяхъ хроническаго свинцоваго отравленія, первично поражаются параличемъ экстензорныя мышцы предплечія и этотъ параличъ можетъ ограничиться этими лишь мышцами; какъ исключеніе наблюдаются, что онъ у взрослыхъ распространяется на мышцы плеча, а также и на нижнія конечности. Упомянемъ мимоходомъ, что въ случаяхъ мышьяковаго паралича наблюдается обратное.

Составляетъ также правило, что свинцовый параличъ не затрогиваетъ флексоровъ. Желательнаго объясненія этого элективнаго дѣйствія свинца на экстензоры еще не нашли. Разумѣется, я говорю про то, что происходитъ у взрослыхъ.

У дѣтей, какъ это видно изъ наблюденій, опубликованныхъ Китингомъ ¹⁾ Синклеромъ Уайтомъ ²⁾, Путнэмомъ ³⁾, нижнія конечности поражаются свинцовымъ параличемъ не менѣе часто, чѣмъ верхнія конечности. Вы имѣете здѣсь примѣры того, какое вліяніе оказываетъ возрастъ на элективное дѣйствіе яда. А вотъ вамъ примѣръ вліянія вида: Штиглицъ ⁴⁾, авторъ одной замѣчательной работы о свинцовомъ отравленіи, доказываетъ, что у животныхъ свинцовый параличъ въ отношеніи топографіи представляетъ совершенно такое же атипическое распредѣленіе, какъ и у дѣтей.

Я вамъ сейчасъ перечислю главные яды, которые, какъ извѣстно, вызываютъ периферическіе невриты,—полиневриты.

Во главѣ стоятъ алкоголь. Кстати я вамъ напомнимъ, что въ теченіе этого года я посвятилъ нѣсколько лекцій клинической исторіи полиневритовъ, вызванныхъ злоупотребленіемъ этимъ ядомъ.

Затѣмъ идутъ свинецъ, мышьякъ и другіе неорганическіе яды, какъ-то:

¹⁾ Keating.—Encyclopedia of the diseases of children.

²⁾ Sinclair-White.—British medical Journal, 1890, vol. I., p. 8.

³⁾ Putnam.—Boston medical and surgical Journal, 23 febr. 1893.

⁴⁾ Stieglitz.—Eine experimentelle Untersuchung über Bleivergiftung, etc. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., 1892, T. XXIV, Heft, I., p. 50).

ртуть, мѣдь, серебро, цинкъ, сѣроуглеродъ, окись углерода, далѣе—органическія вещества: бензинъ, скипидарная эссенція.

Вы не ожидайте, чтобы я въ теченіе одной лекціи изложилъ вамъ симптоματοлогію полиневритовъ, приходящихъ отъ интоксикаціи однимъ изъ вышеперечисленныхъ веществъ. Въ отношеніи нѣкоторыхъ изъ этихъ этиологическихъ разновидностей полиневрита это уже сдѣлано. Въ отношеніи другихъ я воспользуюсь всякимъ представившимся мнѣ подходящимъ случаемъ, дабы пополнить эту часть исторіи полиневрита. Въ настоящее время у меня другая задача: послѣ того, что я вамъ только что сказалъ отъ общей этиологіи полиневритовъ, мнѣ остается разсмотрѣть вопросъ о патогенезѣ со всѣми подробностями, что необходимо въ виду важности предмета.

Патогенезъ токсическихъ полиневритовъ.—Этотъ вопросъ представляетъ капитальную важность; онъ касается патогенеза токсическихъ полиневритовъ и отношенія его къ сопровождающимъ случайнымъ измѣненіямъ нервныхъ центровъ. Онъ можетъ быть формулированъ въ слѣдующихъ словахъ:

Не являются ли токсическіе невриты послѣдствіемъ прямого дѣйствія на нервныя волокна яда, элективное свойство котораго подобно свойству метиленовой синьки по отношенію къ осевымъ цилиндрамъ? Не есть ли они послѣдствіе непрямого дѣйствія интоксикаціи, переносящей свое прямое дѣйствіе на трофическіе центры периферическихъ нервовъ, которые перерождаются послѣдовательно?

Этотъ вопросъ тѣсно связанъ съ вопросомъ объ отношеніи полиневритовъ къ органическимъ измѣненіямъ нервныхъ центровъ, — вопросомъ, которымъ я занимался уже въ лекціи, посвященной патологической анатоміи полиневритовъ.

Тогда я разсматривалъ только пораженія спинно-мозговыхъ центровъ, какъ микрохимическія измѣненія спинно-мозговыхъ клѣтокъ, обнаруживаемыя при примѣненіи метода Ниссля. Теперь я пополню этотъ очеркъ, принявъ во вниманіе всѣ разновидности спинно-мозговыхъ пораженій, встрѣчаемыя въ случаяхъ токсическихъ полиневритовъ.

а) Токсическіе параличи.—Я сначала разсмотрю лишь параличи, особенно двигательные параличи, осложненные, или нѣтъ, атрофіей, которые наблюдаются при хроническомъ отравленіи экзогенными ядами.

По мнѣнію большинства французскихъ авторовъ, занимавшихся этимъ вопросомъ, токсическіе параличи первично локализируются въ окончаніяхъ нервовъ парализованной области. Отсюда параличи распространяются въ центрипетальномъ направленіи; но въ большинствѣ случаевъ раньше, чѣмъ достигнуть центровъ, откуда происходятъ нервы, они исчезаютъ. Короче, при обыкновенныхъ отравленіяхъ, центральные параличи составляютъ рѣдкое явленіе.

По правдѣ сказать, уже около десяти лѣтъ, какъ были опубликованы случаи токсическихъ параличей, именно свинцовыхъ параличей, гдѣ при вскрытіи находили центральныя пораженія, очаги болѣе или менѣе распространеннаго міелита.

Главные изъ нихъ я вамъ цитировалъ. Уже до опубликованія этихъ фактовъ Ремакъ и Эрбъ,—въ Германіи,—указали на распределение и на теченіе двигательнаго паралича въ случаяхъ хроническаго свинцоваго отравленія, говорящее въ пользу вѣроятнаго спинно-мозгового происхожденія подобнаго рода параличей. Кажется, что теперь это предположеніе должно найти объективное подтвержденіе въ опубликованныхъ случаяхъ, о которыхъ я сейчасъ скажу.

Между этими фактами первый по времени былъ опубликованъ моимъ учителемъ Вюльпіаномъ ¹⁾. «Нѣкоторыя нервныя клѣтки, говоритъ онъ по поводу состоянія переднихъ роговъ спинного мозга, содержали стекловидныя, коллоидныя массы; другія же клѣтки были на пути къ атрофіи; было, быть можетъ, и незначительное размноженіе ядеръ». Я долженъ прибавить, что въ томъ случаѣ, который нѣсколько лѣтъ тому назадъ мной подробно разобранъ ²⁾, какъ корешки, такъ периферическіе нервы и мышцы были одинаково измѣнены. Обстоятельствомъ, подтолкнувшимъ Вюльпіана на выясненіе этого факта, было то, что ему удалось вызвать у собаки, которую онъ подвергнулъ экспериментальной свинцовой интоксикаціи, весьма выраженный острый міэлитъ.

Случаи измѣненій сѣраго вещества спинного мозга при свинцовомъ параличѣ впослѣдствіи были опубликованы Монаковымъ ³⁾, Ценкеромъ ⁴⁾, Эллеромъ ⁵⁾, Оппенгеймомъ ⁶⁾, Жолли ⁷⁾, Гольдфламмомъ ⁸⁾, не считая экспериментальныхъ случаевъ, къ которымъ я сейчасъ возвращусь и которымъ мы обязаны изслѣдованіямъ Ваза и Штиглица.

Позвольте мнѣ прежде всего сказать вамъ, что въ случаяхъ мышьяковаго паралича также были констатированы спинно-мозговья поврежденія. Я приведу лишь уже давнишнее наблюденіе Гергардта ⁹⁾, относящееся къ субъекту, у котораго во время его жизни наблюдался мышьяковый параличъ; при вскрытіи его нашли «гліоматозную полость», другими словами, сирингоміэлію. По всей вѣроят-

¹⁾ Vulpian.—Maladies du système nerveux. Paris, 1879, p. 158.

²⁾ См. Renauld.—De l'intoxication saturnine chronique. Thèse d'agrégation. Paris, 1875.

³⁾ Von-Monakow.—Zur pathologischen Anatomie der Bleilähmung. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., 1889, T. I., Heft. 2, p. 425).

⁴⁾ Zenker.—Zur patholog. Anatomie der Bleilähmung. (Zeitschrift für klin. Medicin, 1880, T. I. Heft 3, p. 496).

⁵⁾ Oeller.—Zur patholog. Anatomie der Bleilähmung. München 1883.

⁶⁾ Oppenheim.—Zur pathologischen Anatomie der Bleilähmung. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., 1883, T. VI., Heft. 2, p. 476).

⁷⁾ Jolly.—Ueber Blei und Arsenlähmung. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1893, № 5, p. 97).

⁸⁾ Goldflam.—Ein Fall von Bleilähmung. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1893, T. III, p. 343).

⁹⁾ Gerhardt. Sitzungsberichte der phys.-medizin. Gesellschaft zu Würzburg, 1882.

ности, это полостное поражение не имѣло никакой связи съ мышьяковымъ отравленіемъ. Наоборотъ, въ случаяхъ мышьяковаго паралича, опубликованныхъ Геншеномъ ¹⁾, Эрлицкимъ и Рыбалкинымъ ²⁾, Фишеромъ ³⁾, констатированныя при вскрытіи спинно-мозговыя пораженія нужно отнести на счетъ предшествующаго отравленія.

За недостаткомъ времени я не могу подробно разсматривать эти факты. Впрочемъ, для насъ важно знать лишь заключенія, вытекающія изъ ихъ совокупности. Первое, что меня поразило, когда я просмотрѣлъ протоколы вскрытія, относящіяся къ этимъ случаямъ, это второстепенное значеніе спинно-мозговыхъ пораженій въ сравненіи съ распространенностью и интенсивностью измѣненій периферическихъ нервовъ и въ сравненіи съ экстенсивностью паралича, констатированнаго при жизни больныхъ.

Въ этомъ отношеніи составляютъ исключеніе лишь наблюденія Оппенгейма и Гольдфламма. Въ наблюденіи, опубликованномъ Оппенгеймомъ, сѣрое вещество переднихъ роговъ было измѣнено по всей высотѣ нервной оси (*polio-myelitis*), но главнымъ образомъ въ области шейнаго и поясничнаго утолщеній. Что же касается наблюденія Гольдфламма, — я на него обращаю особенное вниманіе, — то оно относится къ случаю общаго свинцоваго паралича; при изслѣдованіи спинного мозга были найдены одновременно измѣненія и сѣраго и бѣлаго вещества, не считая асимметріи нервной оси и гетеротопіи сѣраго вещества. Я много разъ уже указывалъ вамъ на эти врожденные уродства, которые служатъ признакомъ какъ бы болѣзненнаго предрасположенія спинного мозга, дѣлающаго этотъ органъ мѣстомъ наименьшаго сопротивленія.

Выводъ изъ этихъ двухъ случаевъ тотъ, что спинно-мозговыя измѣненія почти постоянно выражаются спорнаго значенія измѣненіями въ строеніи нервныхъ клѣтокъ. Вспомните, что въ случаѣ, опубликованномъ Вюльпіаномъ и мной, эти измѣненія состояли въ присутствіи коллоидныхъ массъ въ срединѣ нѣкоторыхъ клѣтокъ и въ начинающійся атрофіи другихъ; они не были болѣе рѣзкими и въ большинствѣ другихъ случаевъ, на которые я вамъ указывалъ.

На ряду съ этими фактами выдвигаются другіе, имѣющіе діаметрально противоположное значеніе. Въ настоящее время извѣстно довольно большое число примѣровъ свинцоваго паралича, гдѣ по вскрытіи спинной мозгъ, изслѣдованный весьма опытными гистологами, былъ найденъ здоровымъ. Въ такомъ случаѣ вопросъ, о которомъ я бесѣдую съ вами, разсматривался такъ:

Въ случаяхъ свинцоваго, мышьяковаго и другихъ параличей измѣненія периферическихъ параличей постоянны, спинно-мозговыя же измѣненія могутъ отсут-

¹⁾ Henschel.—Royal Society of sciences of Upsala, sept. 1893.

²⁾ Эрлицкій и Рыбалкинъ.—Ueber Arseniklähmung (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank, 1892, T. XXIII, Hoft. 3, p. 861.

³⁾ Fischer.—American Journal of medic. sciences, July 1892.

ствовать. Когда послѣднія имѣются налицо, то они по своей интенсивности и по силѣ проявленія чаще всего имѣютъ второстепенное значеніе.

Что же удивительнаго, что при этихъ условіяхъ ученіе о подчиненіи измѣненій периферическихъ нервовъ спинно-мозговымъ измѣненіямъ встрѣтило плохой пріемъ даже и между тѣми, которые въ случаяхъ свинцоваго и мышьяковаго паралича находили измѣненія въ спинномъ мозгу?

Такъ Вюльпіанъ уже замѣтилъ, что всѣ трудности истолкованія не могли быть сглажены и гипотезой, по которой свинцовые параличи зависѣли бы отъ прямого дѣйствія свинца на нервные центры. «Ибо, добавляетъ онъ, какъ объяснить себѣ, что центры нервовъ, предназначенныхъ для разгибательныхъ мышцъ, затронуты, а нервы управляющіе сгибателями пощажены, или почему *m. supinator longus*, иннервируемый лучевымъ нервомъ, не подвергается параличу, который поражаетъ другія мышцы, иннервируемые этимъ нервомъ» и проч. ¹⁾.

Ценкеръ ²⁾ въ только что приведенной мною работѣ доказываетъ, что типическій свинцовый параличъ есть первичное периферическое заболѣваніе и что спинной мозгъ выступаетъ на сцену во второмъ періодѣ, именно въ то время, когда свинцовая интоксикація обобщается.

По мнѣнію Берлинскаго профессора Жолли соучастіе спинного мозга въ измѣненіяхъ, развивающихся при свинцовомъ отравленіи — фактъ несомнѣнный. Онъ самъ наблюдалъ и опубликовалъ случай, гдѣ измѣненія такого происхожденія, но въ весьма зачаточной формѣ, имѣлись налицо въ спинномъ мозгу. Въ итогѣ, самыя характерныя проявленія свинцоваго паралича зависятъ исключительно отъ периферическаго перерожденія нервовъ. Пораженіе периферическихъ нервовъ—явленіе постоянное; соучастіе спинного мозга наблюдается лишь какъ исключеніе. Геншенъ высказалъ аналогичное мнѣніе относительно того, что касается патогенеза мышьяковыхъ параличей. Это мнѣніе можетъ быть резюмировано въ слѣдующихъ нѣсколькихъ словахъ: у человѣка мышьякъ можетъ вызывать измѣненія совершенно одинаково какъ въ спинномъ мозгу, такъ и въ периферическихъ нервахъ, только эти центральныя и периферическія измѣненія сопутствуютъ другъ другу, но не подчиняются одни другимъ.

Въ итогѣ, кромѣ Ремака и Эрба, которые индуктивнымъ путемъ дошли до того, что заподозрили спинно-мозговое происхожденіе токсическихъ параличей, вызываемыхъ свинцомъ, мышьякомъ, я сошлюсь лишь на Эллера, на Монакова и на Оппенгейма, которые категорично высказались въ пользу этого патогенетическаго взгляда. Упомянутые авторы основываются на результатахъ некроскопическихъ изслѣдованій, которыя они сами могли произвести въ случаяхъ токсическаго паралича.

¹⁾ Vulpian.—Loc. cit, p. 159

²⁾ Zenker.—Loc. cit.

Въ двухъ случаяхъ, изъ которыхъ одинъ опубликованъ Монаковымъ, другой—Оппенгеймомъ, наличие спинно-мозговыхъ поражений было констатировано при вскрытіи субъэктовъ, организмъ которыхъ уже съ давнихъ поръ подвергался вредному дѣйствию свинца. По этому поводу Оппенгеймъ замѣтилъ, что если для свинцовой интоксикаціи требуются годы, чтобы вызвать въ спинномъ мозгу относительно грубыя матеріальныя измѣненія, то естественно допустить, что часто функціональнымъ разстройствамъ клѣтокъ задолго предшествуютъ неувимыя при современныхъ нашихъ методахъ изслѣдованія измѣненія.

Тутъ въ результатѣ виденъ поворотъ къ теоріи, о которой я уже имѣлъ случай говорить вамъ и къ которой сегодня я снова вынужденъ возвратиться. Согласно этой теоріи, когда какой-нибудь тлетворный агентъ проявляетъ свое дѣйствіе на нервную систему, то первые его эффекты могутъ проявляться чисто динамическими измѣненіями въ центрахъ—измѣненіями, которыя ускользаютъ отъ нашихъ обыкновенныхъ методовъ изслѣдованія. Когда измѣненія достигнутъ трофическихъ центровъ, напимѣръ, гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ,—онѣ могутъ повлечь за собой стойкія измѣненія периферическихъ нервныхъ волоконъ, питаніемъ которыхъ эти клѣтки управляютъ. Съ теченіемъ времени, вслѣдъ за чисто динамическими измѣненіями клѣтокъ, могутъ наступить матеріальныя измѣненія, доступныя нашимъ обыкновеннымъ приѣмамъ изслѣдованія, допуская, конечно, что организмъ продолжаетъ подвергаться дѣйствию патогеннаго агента.

Такъ дѣйствіе свинца на переднюю систему сѣраго вещества спинного мозга совершается элективнымъ способомъ. Но первый эффектъ свинцовой интоксикаціи выражается чисто динамическими измѣненіями этого сѣраго вещества. Результатомъ этого, непосредственно тотчасъ, или въ ближайшемъ будущемъ, будетъ съ одной стороны—атрофическій параличъ извѣстныхъ группъ мышцъ, съ другой—перерожденіе нервныхъ волоконъ, имѣющихъ свою трофическую иннервацию въ области переднихъ роговъ, на которые и совершается первый натискъ яда.

Если интоксикація продолжается, то чисто динамическія измѣненія сѣраго вещества переднихъ роговъ уступаютъ мѣсто обыкновенному, легко распознаваемому, міэлизу.

Эта теорія,—я охотно соглашаюсь, представляется весьма соблазнительной; у нея нѣтъ лишь опоры объективнаго основанія. Я вамъ доказывалъ, что данныя, заимствованныя изъ человѣческой патологии, не въ состояніи дать ей это основаніе, по крайней мѣрѣ, въ настоящее время.

Это настолько вѣрно, что считали полезнымъ ограничиться экспериментальными данными: подвергали экспериментальнымъ отравленіямъ животныхъ, которыхъ убивали въ то время, когда находили это необходимымъ. Такимъ образомъ

пытались прослѣдить, съ самаго начала, воспалительный или дегенеративный процессъ, вызываемый въ стромѣ веществъ спинного мозга заподозриваемымъ токсиномъ.

Однако данныя, полученные изъ этихъ опытовъ, всё такъ же противорѣчивы, такъ же мало доказательны, какъ и тѣ, которые мы извели изъ человѣческой патологии. Сейчасъ я вамъ это докажу.

Только что я вамъ сказалъ, что Вюльпіану, которому я имѣлъ честь помогать при опытахъ, экспериментально удалось вызвать у собаки, которую онъ подвергалъ свинцовому отравленію, рѣзко выраженный міэлитъ. Вотъ краткій отчетъ, который онъ далъ объ этомъ опытѣ: «Вслѣдствіе ежедневнаго введенія въ желудокъ значительнаго количества свинцовой углекислой соли у этой собаки наступилъ параличъ; прежде всего были поражены заднія конечности, за нимъ въ свою очередь ослабѣли переднія конечности и животное не въ состояніи было держаться на ногахъ,—въ концѣ концовъ оно околѣло. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило неоспоримыя и очень значительныя міэлитическія пораженія во многихъ областяхъ спинного мозга. Нервные клѣтки были на пути къ разрушенію; нервныя волокна были измѣнены, атрофированы; замѣтно было большое число зернистыхъ тѣлецъ». Вюльпіанъ добавляетъ, что, можетъ быть, это и не былъ острый разлитый міэлитъ, но все же тутъ имѣлся подострый міэлитъ.

Спервоначалу упрекали этотъ опытъ въ томъ, что онъ реализуетъ условія, совершенно отличныя отъ тѣхъ, при которыхъ, какъ это мы наблюдаемъ, происходитъ свинцовый параличъ у человѣка. Съ одной стороны мы имѣемъ грубую, массовую интоксикацію, съ проникновениемъ яда черезъ пищеварительныя пути; съ другой,—предъ нами—медленная, прогрессивная интоксикація съ поглощеніемъ яда черезъ кожу и особенно черезъ дыхательныя пути. Я вамъ говорилъ, что путь введенія яда можетъ имѣть вліяніе на выборъ органовъ, поражаемыхъ на первомъ планѣ. Въ этомъ отношеніи опыты нѣмецкаго автора Штиглица ¹⁾ заслуживаютъ серьезнаго вниманія, ибо они осуществляютъ условія, болѣе приближающіяся къ условіямъ, имѣющимъ мѣсто при развитіи свинцоваго паралича у человѣка.

Штиглицъ производилъ опыты надъ морскими свинками и собаками. При помощи пульверизатора онъ насыщалъ атмосферу, въ которой находились животныя, парами раствора свинцоваго сахара (нейтральная уксуснокислая соль свинца); продолжительность пребыванія въ этой ядовитой атмосферѣ колебалась между 6—15 днями. Животныя затѣмъ умерщвлялись; ихъ периферическіе нервы и спинной мозгъ подвергались крайне тщательному изслѣдованію. Чтобы васъ

¹⁾ Stieglitz. — Eine experimentelle Untersuchung über Bleivergiftung, etc. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. 1892, XXIV, Heft 1, p. 1).

убѣдить въ этомъ, достаточно сказать, что Штиглицъ изслѣдовалъ не менѣе 20.000 срѣзовъ спинного мозга, взятыхъ отъ 22-хъ морскихъ свинокъ! Къ чему же привели эти трудолюбивыя изысканія?

Къ констатированію въ переднихъ рогахъ спинного мозга измѣненій значенія весьма сомнительнаго и весьма спорнаго, а именно: лагунообразнаго состоянія нервныхъ клѣтокъ, извѣстнаго подъ именемъ вакуолизаціи, а также къ констатированію въ спинно-мозговыхъ корешкахъ и въ периферическихъ нервахъ паренхиматознаго перерожденія во всевозможныхъ степеняхъ. Одинъ только случай составлялъ исключеніе въ этомъ отношеніи: онъ относится къ животному, у котораго при жизни былъ парализованъ задъ. Что же найдено при изслѣдованіи спинного мозга? Весьма ясные очаги мѣлита въ переднемъ рогѣ поясничнаго утолщенія съ одной стороны, а также очень выраженная вакуолизація гангліозныхъ клѣтокъ по всей высотѣ нервной оси. Эти пораженія, очевидно, не отвѣчаютъ распредѣленію паралича, констатированнаго при жизни животного. Не считая того, что передніе и задніе корешки были слегка перерождены, периферическіе нервы были совершенно не затронуты. При вскрытіи другого животного, у котораго подъ вліяніемъ свинцоваго отравленія наступили эпилептиформныя судороги и параличъ всѣхъ четырехъ конечностей, было найдено: геморрагическіе различной величины очаги, разсѣянные въ головномъ мозгу; значительная атрофія одного изъ переднихъ роговъ, въ шейномъ утолщеніи, съ исчезновеніемъ гангліозныхъ клѣтокъ, ясно выраженная вакуолизація оставшихся клѣтокъ переднихъ роговъ съ обѣихъ сторонъ; перерожденіе переднихъ корешковъ, различное по интенсивности на различныхъ уровняхъ, периферическіе нервы были мѣстонахожденіемъ ясно выраженныхъ дегенеративныхъ измѣненій; наконецъ спинно-мозговые гангліозные узлы четырехъ послѣднихъ шейныхъ паръ также участвовали въ этихъ измѣненіяхъ.

Понятно, что при наличіи общей картины этихъ результатовъ, Штиглицъ не осмѣлился сдѣлать основательнаго точно формулированнаго заключенія. Дѣйствительно, онъ отказывается отъ эклектической теоріи, по которой ядъ въ случаяхъ свинцоваго отравленія оказываетъ свое губительное дѣйствіе или на гангліозныя клѣтки, или на периферическіе нервы, или совместно на тѣ и на другіе. Онъ заявляетъ, что онъ колеблется между двумя гипотезами,—о которыхъ вы знаете, — той, которая признаетъ периферическіе нервы за первичное мѣстонахожденіе свинцовыхъ параличей, и той, которая приписываетъ измѣненія периферическихъ нервовъ, наблюдаемыя при свинцовыхъ отравленіяхъ, предшествующимъ измѣненіямъ гангліозныхъ клѣтокъ спинного мозга, измѣненіямъ вначалѣ функціональнымъ, динамическимъ. Короче сказать, Штиглицъ, подъ вліяніемъ результатовъ своихъ опытовъ, склоняется въ пользу этой второй гипотезы.

Суть въ томъ, что какъ эти результаты, такъ и тѣ выводы, которыми мы

обязаны человѣческой патологіи, противорѣчивы и сомнительнаго значенія. Тутъ, какъ и тамъ, мы вынуждены придти къ слѣдующему двоякому заключенію: измѣненія периферическихъ нервовъ наблюдаются постоянно, или почти постоянно; спинно-мозговья измѣненія спорнаго, сомнительнаго достоинства, или же они — ясно дегенеративнаго и воспалительнаго характера, при чемъ локализациа ихъ не соотвѣтствуетъ распредѣленію параличей при жизни животныхъ.

Экспериментальныя изслѣдованія, имѣвшія предметомъ изученіе дѣйствія мышьяка на спинной мозгъ и на нервы, не пришли къ болѣе убѣдительнымъ результатамъ.

Вотъ, напримѣръ, краткій обзоръ опытовъ, произведенныхъ русскимъ врачомъ Н. М. Поповымъ ¹⁾. *Прогрессив. 21. 11. 91.*

При вскрытіи животныхъ, бывшихъ предметомъ этихъ опытовъ, Поповъ нашелъ отчетность и необыкновенную рыхлость спинного мозга, меньшую ясность линій, разграничивающихъ сѣрое и бѣлое вещество. При гистологическомъ изслѣдованіи найдено значительное утолщеніе сосудистыхъ стѣнокъ въ спинномъ мозгу и мало обильные кровяные экстравазаты; большинство гангліозныхъ клѣтокъ всезло; многія изъ оставшихся клѣтокъ были блѣдны и мутны. Кучки пигмента встрѣчались въ сѣромъ и въ бѣломъ веществѣ; въ этомъ послѣднемъ извѣстное число волоконъ было перерождено. Поповъ далъ слѣдующее объясненіе: процессъ начинается съ сосудовъ; отсюда онъ распространяется на нервные элементы, сначала на элементы сѣраго вещества (острый центральный міэлитъ), а позднѣе на элементы бѣлаго вещества (диффузный міэлитъ).

Чи жъ ²⁾ повторилъ опыты Попова, но ядами взялъ морфій, стрихнинъ, азотно-кислое серебро, бромистый калий. Удивительное дѣло, у Чижа получились тѣ же самые результаты, что и у Попова; у животныхъ, подвергнутыхъ дѣйствію различныхъ, только что мной перечисленныхъ ядовъ, онъ нашелъ тѣ же самыя спинно-мозговья измѣненія, которыя Поповъ считалъ возможнымъ приписать мышьяку (свинецъ и ртуть дали ему такіе же результаты), а именно: набуханіе гангліозныхъ клѣтокъ, преобразование нормальной протоплазмы въ мелко-зернистую массу, вакуолизациа клѣтокъ, появленіе блѣдныхъ, лишенныхъ отростковъ клѣтокъ.

По мнѣнію Чижа, ровно какъ и по мнѣнію Попова и Данилло все это указываетъ на слѣды ясно выраженаго перерожденія. Съ своей стороны я не могу раздѣлять этой точки зрѣнія. Разсматривая дѣло лишь съ анатомо-патологической точки зрѣнія, можетъ быть, будетъ болѣе справедливо сказать, что

¹⁾ P o p o f f.—Ueber die Veränderungen im Rückenmark nach Vergiftungen mit Arsen, Blei und Quecksilber. (Virchow's Archiv, 1883, XCIII, Heft 2, S. 351).

²⁾ V o n T s c h i s c h.—Ueber die Veränderungen des Rückenmarks bei Vergiftung mit Morphin etc. (Virchow's Archiv, 1885, C, Heft I, S. 147).

въ происхожденіи этихъ обычныхъ поражений трудно отдѣлить искусственно-произведенныя при приготовленіи препаратовъ отъ таковыхъ же вслѣдствіе отравленія.

То же самое можно сказать про результаты, сообщенныя другими экспериментаторами.

Вотъ, напр., венгерскій авторъ, Ш а ф ф е р ь ¹⁾, который подвергалъ кроликовъ и собакъ хроническому отравленію свинцомъ, мышьякомъ и сурьмой. Затѣмъ онъ изслѣдовалъ срѣзы спинного мозга, взятаго отъ этихъ животныхъ, по методу Ниссля. Въ числѣ измѣненій, представляемыхъ гангліозными клѣтками переднихъ роговъ, онъ нашелъ состояніе нѣжной зернистости, однородность хроматическаго и ахроматическаго вещества, которое сливалось въ одну общую массу; болѣе блѣдную окраску хроматина, замѣну безформенныхъ скопленій хроматина въ нормальномъ состояніи палочками, образовавшимися изъ этого вещества. Въ слѣдующей лекціи я вамъ выясню значеніе этихъ измѣненій.

Другой венгерскій врачъ, П а н д и ²⁾, констатировалъ аналогичныя измѣненія во внутреннемъ строеніи нервныхъ клѣтокъ и ихъ отростковъ въ случаяхъ экспериментальнаго отравленія бромомъ, никотиномъ, кокаиномъ, антипириномъ. То же самое было найдено и нѣмецкимъ авторомъ В а с о м ь ³⁾ въ случаѣ экспериментальнаго отравленія никотиномъ и алкоголемъ.

Если разсматривать этотъ вопросъ съ болѣе общей точки зрѣнія, то онъ подлежитъ обсужденію, которое уже и сдѣлано Гейдельбергскимъ профессоромъ Шульце ⁴⁾; онъ указалъ, что для клинициста удивительно то, что столь несходныя между собой вещества, какъ мышьякъ, фосфоръ, морфій, азотно-кислое серебро, бромистый калий, разрушительное дѣйствіе которыхъ на нервную систему выражается весьма различными симптомами, производятъ всегда одни и тѣ же измѣненія въ строеніи нервныхъ клѣтокъ. Мышьяковое отравленіе вызываетъ у человѣка атрофическіе параличи, которые безусловно могли-бы быть отнесены на счетъ перерожденія гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ. Если затѣмъ морфій и атропинъ производятъ въ гангліозныхъ клѣткахъ спинного мозга тѣ же самыя дегенеративныя измѣненія, какъ и мышьякъ, то какимъ образомъ случается, что никогда не наблюдается атрофическихъ параличей ни во время, ни послѣ медленнаго отравленія морфіемъ и атропиномъ? Естественно, что тѣ же самыя разсужденія примѣнимы въ отношеніи и другихъ, только что упомянутыхъ мной ядовъ.

То, что я вамъ сейчасъ скажу, касается главнымъ образомъ патогенеза свин-

1) K. S c h a f f e r.—Mag. orvosi Archivum, t. II, fasc. I, p. 36.

2) P a n d i.—Eodem loco, 1893.

3) V a s.—Zur Kenntniss der chronischen Nikotin—und Alcoholvergiftung. (Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, 1894, T. XXXIII, Heft 2—3, p. 141).

4) S c h u l t z e.—Zusätzliche Bemerkungen, etc. (Virchow's Archiv, 1885 T. CII, Heft 2, p. 299).

цовыхъ и мышьяковыхъ параличей. Думается, что я васъ убѣдилъ въ томъ, что при настоящемъ положеніи науки, мы не въ состояніи разрѣшить вопроса, есть-ли это параличи невритическаго, или спинно-мозгового происхожденія. Кажется, я убѣдилъ васъ, что экспериментъ *in anima vili* не представилъ намъ до сихъ поръ точныхъ данныхъ, дабы разрѣшить этотъ вопросъ; что касается меня, то, насколько я могу судить по анатомо-патологическимъ наблюденіямъ надъ человекомъ, я очень сильно склоняюсь въ пользу мнѣнія, которое приписываетъ этимъ двумъ равновидностямъ параличей периферическое происхожденіе.

Та же самая неувѣренность наблюдается и въ отношеніи патогенеза алкогольныхъ параличей. Тутъ ясно имѣются тѣ же самыя условія, на какія я указалъ вамъ, говоря о свинцовыхъ и мышьяковыхъ параличахъ. Случаевъ, гдѣ наличность полиневрита была констатирована при вскрытіи субъектовъ, умершихъ во время алкогольнаго паралича, относительно много; между тѣмъ очень рѣдко попадаются факты того же рода, гдѣ при вскрытіи находятъ спинно-мозговія пораженія, могущія объяснить двигательныя и предшествующія трофическія разстройства. Такъ, у клиницистовъ преобладающее мнѣніе то, что алкогольные параличи суть выраженіе полиневрита. Все-таки я долженъ вамъ признаться, что въ 1889 году, въ С.-Петербургѣ, д-ръ Эрлицкій мнѣ показывалъ гистологическіе препараты спинного мозга алкоголика; на этихъ препаратахъ можно констатировать весьма отчетливыя измѣненія гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ. Въ болѣе недавнее время Ашаръ и Супо ¹⁾ опубликовали наблюденіе алкогольнаго паралича съ весьма выраженными міелитическими пораженіями въ сѣромъ веществѣ спинного мозга.

Тутъ умѣстно напомнить вамъ о результатахъ изслѣдованія спинного мозга больного, наблюденіе надъ которымъ было опубликовано Вестфалемъ ²⁾—отцомъ, подъ заглавіемъ: «Случай заболѣванія нервной системы съ сомнительнымъ діагнозомъ».

Во время своей жизни больной, слабоумный, представлялъ колоссальное ожирѣніе, съ значительнымъ утолщеніемъ верхнихъ и нижнихъ конечностей, особенно кистей рукъ, съ частичной мышечной атрофіей, съ реакціей перерожденія, съ разстройствами чувствительности. Активныя движенія въ нижнихъ конечностяхъ были почти совершенно уничтожены, въ верхнихъ конечностяхъ они были значительно ограничены. По временамъ двигательныя и чувствительныя разстройства ослабѣвали; обезображеніе ручныхъ кистей оставалось безъ перемѣны. Больной по истеченіи двухъ лѣтъ пребыванія въ госпиталѣ умеръ. При вскрытіи, произведенномъ Вестфалемъ—сыномъ, было найдено частичное перерожденіе

¹⁾ Achard et Soupault.—Deux cas de paralysie alcoolique à forme aiguë et généralisée. (Archives de médecine expérimentelle, 1893, t. V, p. 359).

²⁾ Westphal.—Ueber einen diagnostisch unklaren Fall von Erkrankung des Nervensystems. (Charité-Annalen, 1889, T. XVI).

клетокъ переднихъ роговъ; не осталось болѣе и слѣдовъ извѣстнаго числа этихъ клетокъ, особенно въ шейномъ утолщеніи. Въ остальномъ сѣрое вещество, а равно какъ передніе и задніе корешки были не затронуты. Периферическіе нервы представляли всевозможныя степени интерстиціального и паренхиматознаго перерожденія; были также и весьма выраженные мышечныя измѣненія.

Вестфаль въ виду этихъ данныхъ выставилъ двѣ пришедшія ему на мысль гипотезы, не высказываясь ни за одну изъ нихъ, а именно: по одной алкоголь представляется ядомъ, губительное дѣйствіе котораго переносится на трофическіе центры переднихъ роговъ спинного мозга и только во второмъ періодѣ это дѣйствіе распространяется на мышцы, на периферическіе отдѣлы нервовъ, а затѣмъ на нервныя стволы. Другое предположеніе было таково: гангліозныя клетки спинного мозга, нервы, мышцы могутъ быть поражаемы одновременно или послѣдовательно и проч., но независимо одни отъ другихъ.

Вы видите, что по поводу патогенеза токсическихъ паралей всегда возбуждается одинъ и тотъ же вопросъ, а между тѣмъ ни клиническое наблюденіе, ни анатомо-патологическія, ни экспериментальныя изслѣдованія не представили до сихъ поръ достаточныхъ данныхъ для разрѣшенія его. Въ настоящее время положеніе вопроса таково:

Во многихъ случаяхъ, а именно въ случаяхъ свинцоваго паралича, чисто-клиническое наблюденіе говоритъ въ пользу спинно-мозгового происхожденія токсическихъ параличей. Гораздо чаще эти параличи представляютъ такіе клиническіе признаки, которые заставляютъ смотрѣть на нихъ, какъ на проявленіе полиневрита.

Случаи токсическихъ параличей, гдѣ изслѣдованіе *post mortem* обнаружило весьма ясныя спинно-мозговыя измѣненія, составляютъ до сего времени исключеніе. Еще болѣе исключительны тѣ случаи, гдѣ при вскрытіи невозможно было констатировать измѣненій периферическихъ нервовъ.

Результаты, полученные экспериментальнымъ путемъ *in anima vili* противорѣчатъ тѣмъ, которые были констатированы у человѣка; они говорятъ скорѣе въ пользу центрального происхожденія токсическихъ параличей.

б) Токсическія атаксіи.—До сихъ поръ я вамъ говорилъ только о параличахъ токсическаго происхожденія, но вліяніе интоксикацій на нервную систему можетъ выражаться, кромѣ параличей движенія и чувствительности, другими проявленіями: оно можетъ выразиться двигательной инкоординаціей въ сочетаніи съ другими симптомами, что все вмѣстѣ, болѣе или менѣе, напоминаетъ клиническую картину *tabes*. Въ теченіи этого учебнаго года, говоря о различныхъ клиническихъ разновидностяхъ алкогольнаго полиневрита, я долго на этомъ останавливался. Прежде, въ моихъ клиническихъ бесѣдахъ въ госпиталѣ Ларибуазьеръ ¹⁾, я долго изучалъ различныя формы *pseudo-tabes* и, въ частности,

¹⁾ F. R a y m o n d. Maladies du système nerveux. Scléroses systématiques de la moëlle. Paris, 1894, p. 284.

pseudo-tabes токсического происхожденія, который можно разсматривать, что онъ развивается подъ вліяніемъ хроническаго алкоголизма, свинцоваго отравленія, хроническаго отравленія препаратами мѣди, отравленія мышьякомъ, хроническаго отравленія никотиномъ, сѣро-углеродомъ, рожейю со спорыньей.

Вы видите, что между ядами, способными вызывать явленія pseudo-tabes мы встрѣчаемъ тѣ же, которые мы признаемъ за обычные факторы токсическихъ параличей. При этомъ нужно сказать, что патогенезъ этого pseudo-tabes менѣе спорный, чѣмъ патогенезъ токсическихъ параличей. Вообще все согласны въ томъ, что pseudo-tabes представляетъ собой выраженіе множественнаго неврита, полиневрита.

Однако есть форма pseudo-tabes'a, которая и въ отношеніи своего развитія, и по своимъ клиническимъ и анатомо-патологическимъ особенностямъ, находящимся въ связи съ спинно-мозговыми измѣненіями, болѣе всего приближается къ настоящему табесу; это—та форма, которая развивается при хроническомъ отравленіи спорыньей. Знакомствомъ съ этой формой, а особенно съ характеризующими ее спинно-мозговыми пораженіями мы обязаны нѣмецкому автору Тучеку¹⁾. Въ моихъ бесѣдахъ, о которыхъ я только-что говорилъ, я указывалъ на аналогію и на отличительныя черты, обнаруживаемыя топографіей спинно-мозговыхъ пораженій (задніе столбы), констатированныхъ Тучекомъ при вскрытіи четырехъ больныхъ, представлявшихъ симптомы эрготиннаго pseudo-tabes'a, и топографіей этихъ же пораженій, встрѣчаемыхъ въ случаяхъ tabes incipiens. Позвольте вамъ кстати замѣтить, что въ этихъ четырехъ случаяхъ, вскрытыхъ Тучекомъ, не было ни измѣненій спинно-мозговыхъ корешковъ, ни слѣдовъ периферическихъ невритовъ въ строгомъ смыслѣ слова.

Лекція XVI.

Роль самоотравленій и инфекцій въ развитіи периферическихъ невритовъ²⁾.

Содержаніе. Б. Самоотравленія.—Обстоятельства, при которыхъ происходятъ самоотравленія.—Токсическіе альбумины. Внутреннія явленія клѣточной дѣятельности, которыя заканчиваютъ собой выработку эндогенныхъ токсиновъ. Связь ихъ съ развитіемъ невритовъ еще не хорошо выяснена. Діабетическіе невриты. Экспериментальныя изслѣдованія.—Клиническая исторія діабетическихъ невритовъ; главныя разновидности. Клиническій примѣръ.—Нѣтъ никакой постоянной связи между развитіемъ діабетическихъ невритовъ и степенью сахарнаго моче-

¹⁾ T u c z e k.—Ueber die Veränderungen im Centralnervensystem. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., 1882, XII, Heft. 1, S. 99).

²⁾ Лекція 19 Іюня 1896 г.

извуревія. Невриты при остромъ суставномъ ревматизмѣ.—Примѣры, заимствованные у различныхъ авторовъ. Отношенія между суставнымъ ревматизмомъ и полиневритомъ, существующія въ этихъ случаяхъ, трудно опредѣлить. Невриты у больныхъ ракомъ. Клиническія доказательства, подтверждающія существованіе канцерозныхъ невритовъ. Допустимая роль кахексіи. Дегенеративныя измѣненія нервовъ въ старческомъ возрастѣ. Желудочно-кишечное самоотравленіе и отравленіе пищевого происхожденія; клиническій примѣръ.—Выводы. В. Инфекціи. Извѣстныя бактерійныя инфекции, вызывающія периферическіе невриты: туберкулезъ; болотная лихорадка; дифтеритъ; брюшной тифъ; проказа.—Сифилисъ. Столбнякъ.—Сыпной тифъ.—Родильная инфекция. Пневмонія и гнойный плевритъ; ангина; уретритъ; инфлюэнца.—Инфекція неопредѣленной причины. Участвіе предрасположенія. Трудность развитія бактерійныхъ полиневритовъ. Экспериментъ не далъ намъ еще ничего точнаго относительно патогенеза инфекціонныхъ полиневритовъ.

Б. Самоотравленія.—Я перехожу къ изученію полиневритовъ, могущихъ развиться подъ вліяніемъ самоотравленія.

Ученіе о самоотравленіяхъ и отравленіяхъ эндогенными ядами, вырабатываемыми въ нашемъ организмѣ и имъ же самимъ, находится въ полномъ ходу уже болѣе 10 лѣтъ. Однако это ученіе, представляющее въ моихъ глазахъ большую важность въ смыслѣ разъясненія, которое оно можетъ дать намъ по генезису нѣкоторыхъ болѣзней нервной системы—это ученіе, говорю я, еще очень мало подвинулось впередъ. Тѣмъ не менѣе намъ извѣстно, что самоотравленія развиваются при двоякаго рода весьма различныхъ условіяхъ. Одинъ разъ интоксикаціи въ нашемъ организмѣ связаны съ задержкою нормальныхъ продуктовъ расщепленія. Другой разъ онѣ составляютъ послѣдствіе разстройства обмѣна питанія, которое выражается производствомъ токсическихъ веществъ, которыхъ нашъ организмъ при нормальныхъ условіяхъ не вырабатываетъ. Я напому вамъ, что жизнь клѣтки заключается въ двоякой функціи ассимиляціи и дезассимиляціи. Клѣтка ассимилируетъ циркулирующія въ нашихъ сокахъ въ растворенномъ или суспендированномъ состояніи вещества, съ цѣлью вспомошествованія своей функціи, сводящейся къ непрерывному росту и возстановленію. Клѣтка возобновляется и размножается насчетъ части своего вещества; она поглощаетъ другую часть, выдѣляя, какъ отбросы, углекислоту, мочевины, мочевую кислоту и проч. Незбѣжно, что эти отбросы, эти продукты расщепленія выдѣляются черезъ наши отдѣлительныя органы. Присутствіе ихъ въ нашихъ органахъ сверхъ извѣстнаго количественнаго предѣла не уживается съ сохраненіемъ состоянія здоровья.

Болѣе того, всякое измѣненіе въ жизни клѣтки отзывается на дезассимиляціи, и такимъ образомъ, что продукты ея пріобрѣтаютъ ядовитость болѣе высокую, чѣмъ та, которую они имѣютъ при нормальныхъ условіяхъ. При этихъ условіяхъ и образуются алкалоиды или токсическіе альбумины, природа которыхъ еще не вполне выяснена. Это не мѣшаетъ намъ и теперь уже предвидѣть въ нихъ важное патогенетическое значеніе; я къ этому скоро возвращусь.

Вообще, элементы, выступающіе какъ факторы самоотравленій, многочисленны. Они зарождаются внутри нашихъ тканей во время процессовъ окисленія и распадѣнія, которые соотвѣтствуютъ, по послѣднимъ даннымъ, явленіямъ ассимиляціи и дезассимиляціи, о которыхъ я вамъ сейчасъ говорилъ. Механизмъ этихъ явленій былъ изученъ съ удивительной ясностью моимъ ученымъ товарищемъ А. Готье¹⁾ въ его новой работѣ о живой клѣткѣ. Изъ этой работы мной и заимствованы данныя по біологической химіи, которыя я вамъ и изложу.

Каждая клѣтка организованнаго существа работаетъ для общаго дѣла, сохраняя свою функціональную и образовательную автономію; она ассимилируетъ первичное вещество, чтобы ввести его въ форму своей собственной особой конституціи. Мы не знаемъ причинъ этой специфичности, которой отличается каждый видъ клѣтокъ, мы знаемъ только, что части, которыя управляютъ, направляютъ и специализируютъ функцію клѣтки, имѣютъ своими представителями ядро и протоплазму.

Въ протоплазмѣ во время функціонированія дезассимилируются главнымъ образомъ основныя протеиновыя вещества путемъ гидратаціи возстановляющей среды и безъ помощи какого-либо вмѣшательства кислорода. Такимъ образомъ образуются новыя азотистыя вещества, путемъ послѣдовательныхъ упрощеній, происходящихъ безъ доступа воздуха; эти азотистыя вещества въ концѣ концовъ превращаются въ мочевины, въ углекислоту и въ жировыя тѣла.

Рядъ азотистыхъ промежуточныхъ соединеній помѣщается между бѣлковидными веществами нашихъ тканей и мочевиной, послѣднимъ предѣломъ ихъ дезассимиляціи. Наиболѣе сложными являются ферменты, одаренные большою специфическою дѣятельностью. Затѣмъ идутъ крахмалы, сахара, все менѣе и менѣе сложные, различные лейкомаины, наконецъ уредины, которые по этой нисходящей лѣстницѣ непосредственно предшествуютъ мочевины.

Между всѣми этими продуктами дезассимиляціи, болѣе всего насъ интересующими съ точки зрѣнія исторіи самоотравленій являются токсическіе альбумины и лейкомаины. Эти послѣдніе представляютъ животныя основанія, происходящія при распаденіи альбуминоидныхъ веществъ. Къ сожалѣнію, условія, при которыхъ образуются эти эндогенныя яды, и ихъ связь съ нашими болѣзнями еще не достаточно хорошо извѣстны. Что касается именно участія этихъ эндогенныхъ ядовъ въ развитіи болѣзней нервной системы, то мы еще довольствуемся гипотезами. Я съ своей стороны убѣжденъ, что измѣненія периферическихъ нервовъ, столь часто наблюдаемыя во время теченія діабета, подагры, хроническаго суставнаго ревматизма, хлороза, рака, кахексій отъ различныхъ причинъ, обязаны, по крайней мѣрѣ отчасти, самоотравленіямъ, дѣйствующимъ на предрасположенной почвѣ.

Для занимающихся этими этиологическими вопросами цѣль будетъ заключаться

¹⁾ A. Gautier.—Chémie de la cellule vivante. Paris, 1895.

въ точномъ опредѣленіи случайныхъ отношеній, которыя мы заподозрѣваемъ между анатомическими измѣненіями нервовъ, сопровождающими вышеназванныя конституціональныя заболѣванія, и между химическими измѣненіями соковъ, которыя собственно свойственны этимъ же самымъ заболѣваніямъ. Легко понять практическій интересъ, связанный съ изученіемъ этого рода, съ двоякой точки зрѣнія: съ профилактической и терапевтической. До сихъ поръ очень немногое было сдѣлано въ этомъ направленіи.

Діабетическіе невриты.—Говоря правду, изъ невритовъ, которые можно приписать самоотравленіямъ, до сего времени занимались лишь ревматическими и діабетическими полиневритами и, притомъ, изученіе этихъ двухъ этиологическихъ разновидностей невритовъ ограничивалось почти исключительно областью клиники.

Изъ числа экспериментальныхъ изслѣдованій, имѣвшихъ цѣлью освѣтить патогенезъ діабетическихъ невритовъ, я укажу вамъ лишь на изслѣдованія Ошэ¹⁾, сдѣланныя имъ по указанію профессора Питра изъ Бордо. Эти опыты состояли изъ инъекцій сахарныхъ растворовъ непосредственно по сосѣдству сѣдалищнаго нерва. Насколько можно основываться на результатѣ этихъ изслѣдованій, сахаръ, на подобіе воды, дѣйствуетъ очень слабо на строеніе нервовъ. Другія, слѣдовательно, вліянія, должны принимать участіе въ разжиженіи діабетическихъ невритовъ, а именно: обезвоживаніе крови, окисленіе крови, измѣненія въ общемъ состояніи.

Какъ бы то ни было, но теперь мы знаемъ въ главныхъ чертахъ клиническую исторію діабетическихъ невритовъ. Мы знаемъ, что эти невриты могутъ быть ограниченными, но чаще всего они представляются намъ въ видѣ полиневритовъ.

Ограниченные невриты могутъ локализоваться въ самыхъ разнообразныхъ мѣстахъ.

Такъ Цимссенъ²⁾ первый указалъ на невритическое происхожденіе невралгій, наблюдаемыхъ во время теченія діабета, опубликовавъ случай атрофическаго паралича мышцъ, иннервируемыхъ локтевымъ нервомъ, въ связи съ діабетическимъ невритомъ.

Бернаръ и Фере³⁾ сообщили случай атрофическаго паралича, ограниченаго областью п. peronei, который, по всей вѣроятности, былъ выраженіемъ

¹⁾ B. Auché. Des altérations des nerfs périphériques chez les diabétiques. (Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique. 1890, № 5).

²⁾ Von Ziemssen. Neuralgie und Neuritis bei Diabetes mellitus. (Bayerisches ärztl. Intelligenzblatt, 1882, № 44).

³⁾ Bernard et Feré. Des troubles nerveux chez les diabétiques. (Archives de Neurologie, 1882, t. IV, № 12, p. 336).

диабетическаго неврита. А л ь т г а у с ь ¹⁾ опубликовалъ случаи воспаления п. circumflexus, развившійся внезапно у диабетика, моча котораго содержала 2⁰/₀ сахара. Невритъ начался сильными болями, смѣнившимися параличемъ, который ограничивался дельтовидной мышцей. При соответственномъ леченіи этотъ параличъ скоро прошелъ.

Уже раньше англійскій авторъ Т. Д. Прайсъ ²⁾ указалъ на связь множественныхъ невритовъ съ диабетомъ. Въ интересномъ сообщеніи въ медицинскомъ обществѣ въ Nottingham'ѣ онъ упоминалъ о множественныхъ формахъ: чувствительной, двигательной, трофической, псевдо-табетической, въ которыя можетъ облекаться полиневритъ, сопровождающій диабетъ.

Въ прошедшемъ году два англійскіе врача Фрэзеръ и Брюсъ ³⁾ опубликовали наблюденіе надъ однимъ диабетикомъ, умершимъ послѣ того, какъ у него обнаружили признаки полиневрита. При вскрытіи были найдены дегенеративныя измѣненія (паренхиматозный невритъ) въ спинно-мозговыхъ нервахъ и въ зрительномъ нервѣ.

Мнѣ было бы легко привести еще нѣсколько подобныхъ примѣровъ, но въ мои планы не входитъ изложеніе симптоматологіи диабетическихъ невритовъ; это заставило бы меня удалиться отъ моей программы. Позвольте мнѣ только добавить, что въ этой симптоматологіи преобладаютъ три элемента: болевая явленія, атрофическій параличъ и явленія двигательной инкоординаціи; эти послѣднія наблюдаются въ случаяхъ, гдѣ диабетическіе невриты принимаютъ множественный характеръ. Вы отсюда поймете, какимъ образомъ пришли къ тому, чтобы различать три разновидности или формы диабетическаго полиневрита, смотря по тому, какой изъ этихъ элементовъ преобладаетъ, а именно: болевую или гиперестезическую форму; паретически-атрофическую и атаксическую формы.

Рѣдко наблюдается, чтобы эти формы встрѣчались въ чистомъ видѣ. Обыкновенно бываетъ такъ: начало полиневрита проявляется болями, которыя обыкновенно достигаютъ весьма большой силы и появляются пароксизмами. Позже обнаруживается двигательный параличъ; затѣмъ возможны двѣ случайности: или ослабленіе движеній постепенно усиливается и сопровождается мышечной атрофіей; или параличъ бываетъ неполный и къ нему присоединяется двигательная инкоординація; послѣдняя можетъ преобладать надъ параличемъ.

Однако, вы встрѣтите случаи, гдѣ диабетическій невритъ выражаются

¹⁾ Althaus. Neuritis of the circumflex nerve in diabetes. (The Lancet, 1 Марта, 1890).

²⁾ T. D. Price. Peripheral neuritis. (The British medical Journal, 1888, p. 1285).

³⁾ Fraser et Bruce. A case of multiple diabetic neuritis. (British medical Journal, 25 Мая, 1895, p. 1149).

болями, появляющимися въ видѣ приступовъ и сосредоточивающимися по направлению одного или нѣсколькихъ нервовъ; этотъ болѣзненный невритъ часто является подъ видомъ двухсторонняго сѣдалищнаго неврита. Помните, что существованіе двухсторонняго сѣдалищнаго неврита всегда должно вызывать въ умѣ врача подозрѣніе, нѣтъ ли тутъ діабета. Сейчасъ я вамъ представлю больного, у котораго діабетическій полиневритъ выражался преимущественно болями, сочетанными съ объективными расстройствами чувствительности и съ довольно ясными паралитическими явленіями.

Другой разъ, проявленія діабетическаго неврита выражались атрофическимъ параличемъ, ограничивавшимся областью распредѣленія одного какого-либо нерва, какъ локтевой, чаще же всего распространявшимся на всю конечность, или принимающимъ параплегическое распредѣленіе.

Наконецъ, двигательныя расстройства въ связи съ діабетическимъ полиневритомъ могутъ выражаться двигательной инкоординаціей. Докторъ Прайсъ ¹⁾ въ работѣ, послѣдующей за только что цитированной мною, опубликовалъ три случая этой атактической формы діабетическаго полиневрита.

Съ двигательной инкоординаціей могутъ сочетаться и другіе табетическіе симптомы, а именно: отсутствіе колѣннаго рефлекса. Вы, слѣдовательно, понимаете, какимъ образомъ пришли къ тому, чтобы отличать діабетическую разновидность *pseudo-tabes*. Въ моихъ лекціяхъ въ больницѣ Ларибуазьеръ ²⁾ я долго занимался этимъ діабетическимъ *pseudo-tabes*омъ и его отношеніемъ къ настоящему *tabes*. Тамъ я подробно разобралъ отличительные признаки между этими двумя патологическими состояніями.

Больной, о которомъ я вамъ только что говорилъ, и который теперь передъ вами, представляетъ именно совокупность симптомовъ, которая можетъ ввести въ обманъ и заставить думать о развивающейся спинной сухоткѣ. Это—бывшій торговецъ бакалейными товарами, 57 лѣтъ. Его отецъ отличался тучностью; его мать была женщина раздражительная. Одинъ изъ братьевъ умеръ 26 лѣтъ; за годъ до этого онъ сошелъ съ ума вслѣдствіе любовныхъ огорченій.

Этотъ человекъ женился 25 лѣтъ. До этого времени онъ слегка злоупотреблялъ онанизмомъ; другимъ эксцессамъ не предавался. Онъ пользовался полнымъ здоровьемъ до 41 года, до 1888 года. Въ это время ему пришлось сдѣлать одну долгую поѣздку въ очень холодное время, и послѣ нея онъ долженъ былъ слечь въ постель, такъ какъ почувствовалъ чрезвычайно сильную боль въ колѣняхъ и большихъ пальцахъ рукъ и ногъ. Онъ пролежалъ въ постели цѣлый мѣсяцъ; по прошествіи этого времени отъ болей онъ избавился. По всей вѣ-

¹⁾ Davies Price. On diabetic neuritis with a clinical and pathological description of three cases of diabetic pseudo-tabes. (Brain, Aug., 1893).

²⁾ F. Raymond. Maladies du système nerveux. Sclérose systématique de la moëlle. Paris, 1894. p. 303.

роятности, въ то время, о которомъ я говорю, этотъ человекъ уже страдалъ діабетомъ, такъ какъ его постоянно мучила сильная жажда.

Въ 1883 году, вслѣдствіе легкаго порѣза на правомъ большемъ пальцѣ руки у больного сдѣлалась флегмонозная гангрена, которая развивалась очень медленно, послѣдствіемъ чего остался, какъ вы видите рубецъ. Вотъ, очевидно, другое доказательство діабетическаго заболѣванія, которымъ страдалъ больной. Въ то же самое время болѣзненные явленія вновь возвратились въ формѣ болей въ заднемъ проходѣ и въ половыхъ частяхъ; боли эти были упорныя, продолжительныя, но онѣ не оказывали вліянія на функціонированіе органовъ, въ которыхъ онѣ локализовались. Впослѣдствіи состояніе больного пошло на ухудшеніе: отъ сталъ страдать отъ неутолимой жажды и прожорливости. Онъ поглощалъ 15 литровъ питья въ теченіи 24 часовъ. Анализъ мочи показалъ, что онъ за одинъ разъ отдавалъ 84 грамма сахара. Не смотря на свой чудовищный аппетитъ, больной представлялся изнуреннымъ; его половая способность была значительно понижена. Все это очень характерно для діабета.

Позже наступило улучшеніе и въ 1893 году больной могъ еще ходить на охоту; онъ не испытывалъ никакихъ болей. Въ теченіи этого же года боли возобновились; на этотъ разъ онѣ локализовались въ позвоночникѣ. Эти боли, усиливаясь по ночамъ, были почти непрерывными и сопровождались головной болью, которая также усиливалась во время ночи.

Въ 1894 году, вслѣдствіе появленія карбункула больной долженъ былъ лечь въ постель. Затѣмъ снова наступила фаза улучшенія; боли снова почти совершенно исчезли.

Уже нѣсколько недѣль, какъ у больного появились стрѣляющія молніеносныя боли въ различныхъ частяхъ тѣла, возобновляющіяся по нѣсколько разъ на день; каждый разъ онѣ продолжались нѣсколько секундъ. Эти боли продолжаются и теперь.

При изслѣдованіи больного вы замѣчаете, что верхняя часть тѣла представляется такой, какъ это бываетъ у тучнаго человека и составляетъ полную противоположность съ видомъ исхудавшихъ нижнихъ конечностей. Мышечная сила въ области бедеръ и голеней не нарушена; въ ступняхъ она представляется нѣсколько уменьшенной. Во всякомъ случаѣ, правильному изслѣдованію этихъ частей мѣшаетъ значительный отекъ, который съ перваго взгляда васъ долженъ поразить. Вы видите, что амплитуда сгибательныхъ и разгибательныхъ движеній стопъ сведена почти на нѣтъ. Я затѣмъ прошу обратить ваше вниманіе, что въ нижнихъ конечностяхъ имѣется массовое исхуданіе; но мышечной атрофіи, собственно говоря, нѣтъ. Сухожильные рефлексы нормальны справа, слѣва нѣсколько ослаблены. Въ движеніяхъ, выполняемыхъ больнымъ, по приказанію, въ лежащемъ положеніи на спинѣ, не замѣчается ни малѣйшей степени двигательной инкоординаціи. Походка нѣсколько неувѣренна; болѣе того, больной не можетъ

стоять на одной ногѣ. Изслѣдованіе субъективной и объективной чувствительности дало крайне интересные результаты.

Вы видите, что у этого человѣка имѣется очень выраженная подошвенная гиперэстезія. Въ другихъ мѣстахъ мы констатируемъ гиперэстезію глубокихъ частей. Вы видите, что мышечныя массы, особенно лодыжекъ, очень болѣзненны при давленіи. Точно также болѣзненно всякое давленіе по направленію нервовъ въ нижнихъ конечностяхъ.

Далѣе замѣьте, что тылъ стопы C^1 , на передне-внутренней поверхности голени C , за исключеніемъ небольшого участка на верхней и внутренней поверхности (Рис. 45), болевая, тактильная и термическая чувствительность отсутствуетъ, или притуплена. Степень этой анестезіи постепенно уменьшается по направленію снизу вверхъ.

Я прибавлю, что мы найдемъ эту обобщенную анестезію, но въ гораздо болѣе слабой степени, по всей поверхности спины, затылка и задней части черепа A^1 (Рис. 46). Наконецъ на задней поверхности верхней конечности B и, но въ гораздо болѣе слабой степени, на передней поверхности этой конечности A мы констатируемъ анестезію съ небольшимъ измѣненіемъ чувствительности къ тепловымъ ощущеніямъ. Тактильная чувствительность и чувствительность къ холоду въ этихъ частяхъ нормальны.

Мышечное чувство повсюду сохранено. Чтобы покончить съ разстройствами чувствительности, я вамъ напомню, что этотъ человѣкъ страдалъ часто отъ стрѣляющихъ молніеносныхъ болей. Эти боли почти постоянны и локализируются между лопатками, въ области крестца, внизу живота, въ половыхъ частяхъ и въ прямой кишкѣ.

Что касается другихъ патологическихъ явленій, я укажу вамъ лишь на мышечную слабость въ верхнихъ конечностяхъ, небольшое опущеніе праваго вѣка и слабый парезъ прямой внутренней глазной мышцы съ той же стороны (перекрестная диплопія). Правый зрачекъ нѣсколько болѣе расширенъ, чѣмъ лѣвый. Ни разстройствъ аккомодациі, ни аномалій на днѣ глаза нѣтъ.

Поліурія, гликозурия и полидипсія продолжаются. Больной жалуется на весьма непріятную сухость во рту, которая свойственна діабету. Кромѣ того, онъ находитъ во всякой пищѣ непріятный, землистый вкусъ. У него имѣется *balanitis*; половое чувство совершенно утрачено. Память, а также и интеллектуальныя способности очень ослаблены. Наконецъ, больной жалуется, что онъ лишенъ всякой энергіи.

Вотъ—хорошій примѣръ діабета, сопровождаемаго извѣстнымъ числомъ табетическихъ явленій, указывающихъ на діабетическій полиневритъ. За недостаткомъ времени я не могу долго останавливаться на вопросѣ о діагнозѣ.

Словомъ, мы знаемъ, что есть діабетическіе невриты; мы знаемъ, что они встрѣчаются относительно часто; мы хорошо знаемъ ихъ симптоматилогію, но

ихъ патогенезъ отъ насъ ускользаетъ. Самое большое, что мы знаемъ—это то, что нѣтъ никакого постояннаго соотношенія между развитіемъ этихъ невритовъ

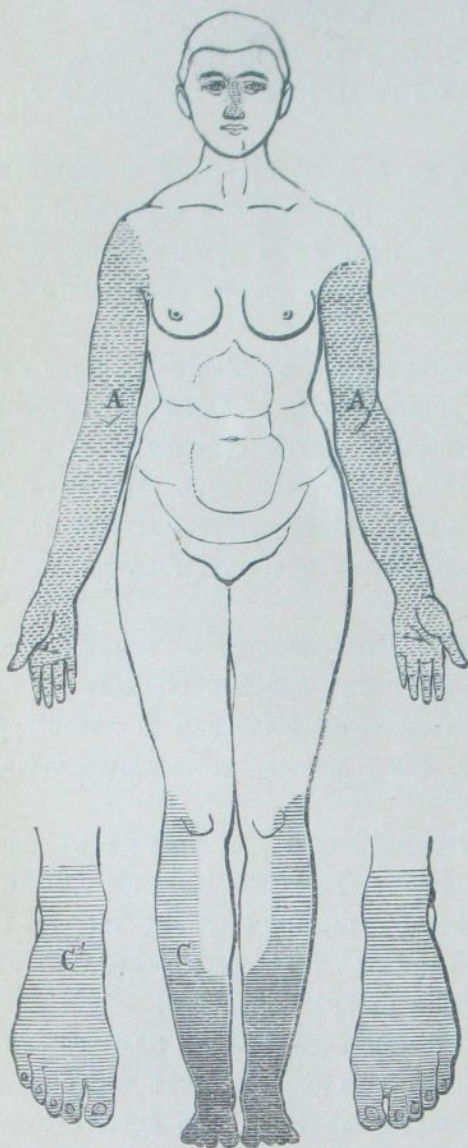


Рис. 45.

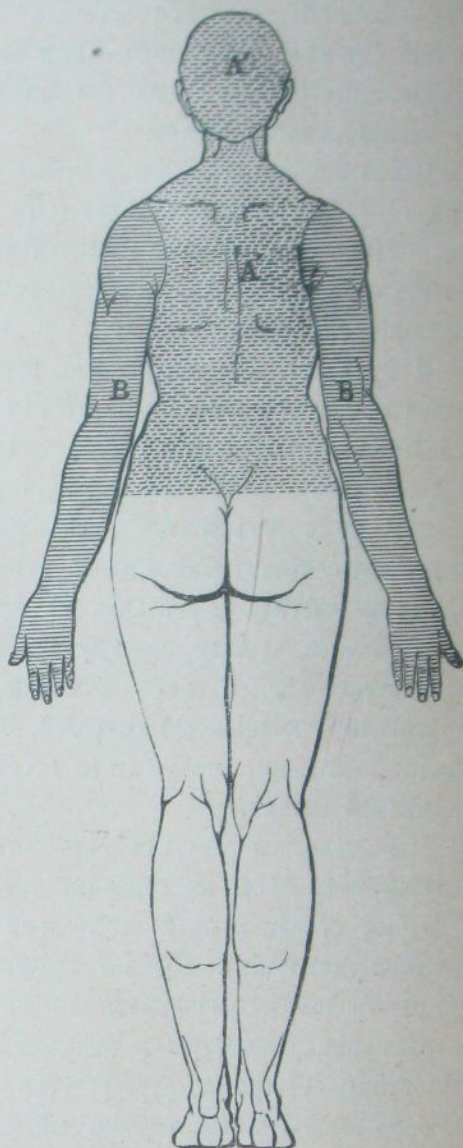


Рис. 46.

Шема состоянія болевой чувствительности. Поперечныя линіи обозначаютъ пояса аналгезіи; точечками обозначены пояса гипоалгезіи.

и степенью гликозурии и что эти невриты не поддаются противо-діабетическому леченію.

Невриты при сочленовномъ ревматизмѣ.—Во время теченія

сочленовнаго ревматизма особенно часто наблюдались периферическіе невриты. Такъ Питръ и Валльяръ ¹⁾ нашли дегенеративныя измѣненія въ нервныхъ окончаніяхъ при вскрытіи трехъ субъэктовъ, которые при своей жизни страдали хроническимъ множественнымъ сочленовнымъ ревматизмомъ въ тяжелой формѣ.

Отсюда эти два автора заключили, что подобнаго рода перерожденіе въ случаяхъ хроническаго сочленовнаго ревматизма составляетъ обычное явленіе и что оно должно находиться въ связи съ мышечной атрофіей, которая при такихъ обстоятельствахъ развивается по содѣйству съ больными суставами.

Видѣли также полиневриты, развивающіеся вслѣдъ за припадкомъ остраго или подостраго сочленовнаго ревматизма. Между другими примѣрами этого рода я приведу вамъ случаи, опубликованные Чарльзомъ Милльсомъ ²⁾, Шарко ³⁾, Э. Ремакомъ ⁴⁾. Въ случаѣ Милльса множественный невритъ появился одновременно съ острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ. Въ случаѣ, сообщенномъ Шарко, полиневритъ развился по окончаніи приступа остраго сочленовнаго ревматизма, но онъ, въ силу интеллектуальныхъ разстройствъ, наблюдаемыхъ у субъекта, и его злоупотребленія спиртными напитками, былъ приписанъ алкоголизму. Наконецъ, въ наблюденіи, опубликованномъ Ремакомъ, первыя проявленія тяжелаго полиневрита совпали съ припадкомъ подостраго сочленовнаго ревматизма, ограничившагося голеностопнымъ суставомъ. Полиневритъ затѣмъ обобщился и принялъ очень серьезное теченіе и осложнился слабоуміемъ. Въ концѣ-концовъ трудно точно опредѣлить въ случаяхъ подобнаго рода существующія соотношенія между острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ и полиневритомъ. Допуская, что полиневритъ былъ послѣдствіемъ ревматической болѣзни, мнѣ казалось бы рациональнымъ поставить его въ то же положеніе, какъ эндокардитъ ревматическаго происхожденія. Слѣдовательно, онъ относится къ группѣ инфекціонныхъ полиневритовъ, о которыхъ я вамъ сейчасъ буду говорить.

Невриты у больныхъ ракомъ.—Мы гораздо менѣе подвинулись въ знаніи другихъ разновидностей невритовъ, находящихся въ связи съ разсматриваемымъ самоотравленіемъ. Вамъ придется коротко прочесть, что у подагриковъ, у хлоротичныхъ, у канцерозныхъ, у субъектовъ кахектическихъ, въ случаяхъ злокачественной анеміи наблюдаются чувствительно-двигательныя разстройства, которыя, по всей вѣроятности, являются выраженіемъ периферическаго неврита. Вы найдете даже въ наукѣ объективныя доказательства существованія перифери-

¹⁾ Pitres et Vaillard. Neurites périphériques dans le rhumatisme chronique. (Revue de médecine, Іюнь 1887, p. 1456).

²⁾ Ch. K. Mills.—Multiple Neuritis and some of its complications. (International medical Magazine, Февр., 1892, p. 18).

³⁾ Charcot.—Sept cas de polynévrite. (Revue neurologique, 1895, № 1—2).

⁴⁾ E. Remak.—Ein Fall von generalisirter Neuritis, etc. (Neurologisches Centralblatt, 1885, № 14, p. 313).

ческаго неврита въ нѣкоторыхъ изъ только-что перечисленныхъ мной патологическихъ состояніяхъ. Такъ Ошэ¹⁾ въ клиникѣ профессора П и т р а произвелъ въ 10 случаяхъ рака изслѣдованіе периферическихъ нервовъ. Въ 9 случаяхъ изъ этихъ 10-ти ему удалось обнаружить дегенеративныя измѣненія, поражающія конечныя развѣтвленія нервовъ, тогда какъ болѣе толстые стволы и спинно-мозговые корешки были не затронуты. Этими дегенеративными измѣненіями въ нервныхъ окончаніяхъ и обуславливаются неопредѣленные боли въ конечностяхъ, ощущенія парестезіи, на которыя такъ часто жалуются больные ракомъ.

Въ дѣйствительности же чаще всего бываютъ случаи, гдѣ у кахектическаго субъекта встрѣчаются дегенеративныя измѣненія окончаній нервовъ, остающіяся при жизни больныхъ скрытыми, иначе говоря, не проявляющіяся никакими замѣтными симптомами. То же самое наблюдается въ старческомъ возрастѣ, т. е., въ состояніи дистрофіи и кахексіи. Изслѣдованія, произведенныя А. Гомбо²⁾ надъ 27 трупами стариковъ съ цѣлю изученія коллатеральныхъ нервовъ большого ножного пальца, дали слѣдующіе результаты: въ 10-ти случаяхъ нервныя волокна представляли нормальное строеніе, въ 5-ти — они были слабо измѣнены, въ 12-ти же — нервныя волокна представляли глубокія измѣненія. Въ 6-ти случаяхъ изъ 12-ти, гдѣ были констатированы эти глубокія измѣненія, при жизни больныхъ изслѣдовали чувствительность большого ножного пальца и находили ее нормальной. Короче, Гомбо пришелъ къ заключенію, что у стариковъ часто встрѣчается скрытый периферическій невритъ.

Я прибавлю, что эти скрытые невриты наблюдаются и при другихъ обстоятельствахъ, а именно у туберкулезныхъ.

Самоотравленіе, рассматриваемое, какъ причина полиневрита, можетъ имѣть свою исходную точку въ пищеварительномъ каналѣ. При этихъ условіяхъ въ пищеварительномъ каналѣ могутъ быть одинаковыя данныя въ пользу отравленія пищевого происхожденія и въ пользу желудочно-кишечнаго самоотравленія. Я вамъ сейчасъ представлю объективное доказательство.

Вотъ больной, который служить лакеемъ въ молочной; ему 27 лѣтъ. Въ Январѣ текущаго года онъ, судя по его разсказу, отравился пищей. У него и у четырехъ другихъ лицъ изъ семьи, въ которой онъ служилъ, появились серьезныя желудочно-кишечныя разстройства послѣ того, какъ они съѣли мясо подъ пикантнымъ соусомъ, которое въ теченіе нѣсколькихъ дней сохранялось въ мѣдной кастрюлѣ. Въ теченіе 3-хъ дней, не смотря на прописанную ему молочную діету, у него былъ поносъ и рвота.

Послѣ пятидневнаго промежутка у него снова возвратилась рвота, сопровож-

¹⁾ A u c h é. — Des névrites périphériques chez les cancéreux. (Revue de médecine, octobre 1890, p. 785).

²⁾ A. G o m b a u l t. — Note sur l'état du nerf collatéral externe du gros orteil chez vieillard. (Bulletin de la Société anatomique, juin-juillet 1890).

даемая коликами. Потомъ онъ сталъ испытывать ощущеніе мурашекъ въ ногахъ и замѣтилъ, что когда онъ стоитъ, то не чувствуетъ больше прикосновенія своихъ ногъ къ землѣ. Ходить ему стало трудно вслѣдствіе слабости въ ногахъ.

Въ такомъ состояніи онъ 11-го Февраля поступилъ въ госпиталь Тенонъ, гдѣ пробылъ до 1-го Апрѣля, а слѣдующіе 15 дней провелъ въ госпиталѣ Венсеннъ.

По выходѣ оттуда онъ могъ снова приняться за свои занятія, хотя и продолжалъ постоянно испытывать слабость въ ногахъ и съ трудомъ держалъ предметы въ рукахъ. Временами у него появлялось ощущеніе мурашекъ въ кистяхъ рукъ, въ голеняхъ и въ стопахъ.

Уже нѣсколько недѣль, какъ больной поступилъ въ нашу клинику Слабость въ нижнихъ конечностяхъ рѣзко выражена: вы видите, что его бедра и голень похудѣли, справа это исхуданіе больше, чѣмъ слѣва. Эта атрофія въ нѣкоторыхъ мышцахъ болѣе замѣтна, чѣмъ въ другихъ. Весьма выраженныхъ разстройствъ объективной чувствительности не имѣется. Колѣнные рефлексы отсутствуютъ.

Первое электрическое изслѣдованіе, произведенное 8-го Мая, обнаружило уменьшеніе фарадической и гальванической возбудимости въ мышцахъ бедра, болѣе выраженное справа. Качественная электрическая реакція была почти-что нормальна, развѣ только въ нѣкоторыхъ мышцахъ сокращенія происходили съ нѣкоторой медленностью. Въ верхнихъ конечностяхъ также было ясное уменьшеніе электрической возбудимости, но безъ малѣйшихъ слѣдовъ качественного ея измѣненія.

Этого больного лечили статическимъ электричествомъ. Сегодня, 6-го Іюня, его состояніе значительно улучшилось. Онъ не ощущаетъ больше мурашекъ, онъ чувствуетъ больше силы въ ногахъ; нижнія конечности увеличились въ объемъ; послѣднее электрическое изслѣдованіе, произведенное 8-го Іюня, дало почти тѣ же самые результаты, о которыхъ вы уже знаете.

Всѣ данныя говорятъ въ пользу полиневрита у этого больного. Трудность вопроса заключается въ томъ, приписать ли этотъ полиневритъ пищевому отравленію, или самоотравленію желудочно-кишечнаго происхожденія.

Въ концѣ концовъ то, что я вамъ только что говорилъ о роли самоотравленій въ развитіи периферическихъ невритовъ, можно резюмировать въ слѣдующихъ предложеніяхъ:

Имѣются серьезныя основанія допускать существованіе невритовъ вслѣдствіе самоотравленій.

Клиническая исторія этихъ невритовъ намъ извѣстна лишь по наброскамъ.

О патогенезѣ ихъ мы не знаемъ ничего точнаго или основательнаго.

В. Инфекціи.—Я перехожу къ изученію роли бактерійныхъ инфекцій въ развитіи периферическихъ невритовъ. Въ данное время намъ извѣстно большое число клиническихъ фактовъ, которые указываютъ намъ на болѣе или менѣе

классифицированныя заболѣванія нервной системы, развивающіяся во время теченія или вслѣдъ за болѣзнию, признаваемой инфекціонной. Между этими заболѣваніями периферическіе невриты занимаютъ довольно обширное мѣсто; ими одними, понятно, я и займусь теперь.

Въ теченіе этого года я имѣлъ уже случай познакомить васъ съ клинической исторіей нѣкоторыхъ инфекціонныхъ полиневритовъ, а именно: съ туберкулезнымъ полиневритомъ, съ малярійнымъ полиневритомъ, съ дифтерическимъ полиневритомъ и, совсѣмъ недавно, съ тифознымъ полиневритомъ.

Независимо отъ туберкулеза, маляріи, дифтерита, брюшного тифа, я вамъ укажу и на другія инфекціонныя болѣзни, которыя, какъ извѣстно, осложняются невритами.

Проказа.—Въ двухъ моихъ предшествующихъ лекціяхъ о патологической анатоміи полиневритовъ я вамъ довольно подробно говорилъ о гистологическомъ процессѣ лепрознаго полиневрита.

Сифилисъ.—Изъ числа примѣровъ полиневрита, вѣроятно, сифилитическаго происхожденія я вамъ сошлюсь на наблюденія, опубликованныя Цезаремъ Беккомъ ¹⁾, Ф. Шулцемъ ²⁾, О. Калеромъ ³⁾.

Въ итогѣ, насчитывается не мало извѣстныхъ примѣровъ сифилитическаго полиневрита. Эта разновидность полиневрита представляется относительно рѣдкой, если принять во вниманіе большую частоту заболѣванія нервныхъ центровъ вслѣдствіе прямого или косвеннаго вліянія яда (настоящія сифилитическія или парасифилитическія заболѣванія нервныхъ центровъ).

Тетанусъ.—Думали, что при столбнякѣ пораженія главнымъ образомъ заключаются въ периферическомъ множественномъ невритѣ. Объективныя доказательства точности этой теоріи нужно еще раздобыть. Дѣйствительно, въ случаяхъ тетануса у человѣка наблюдаются дегенеративныя измѣненія нервовъ, но эти измѣненія далеко не постоянны. Это именно и видно изъ изслѣдованій, произведенныхъ Питромъ и Валльаромъ ⁴⁾ Что касается опытовъ надъ животными, произведенныхъ съ цѣлю разяснить вопросъ, на какую часть нервныхъ центровъ первично отражается губительное дѣйствіе токсиновъ столбняка,—до сихъ поръ эти опыты дали противорѣчивые результаты

¹⁾ C. Beck. Ender et Tilfælde af akut Polineurit. (Tidss R. f. prakt. Medicin, 1885, V, 18).

²⁾ R. Schulz. Neuritis des Plexus brachialis sinistra syphilitica. (Deutsche Archiv für Klin. Medicin, 1884, XXXV, Heft 5, p. 458).

³⁾ O. Kahler. Die multiple syphilitische Wurzelneuritis. (Zeitschrift für Heilkunde, 1887, VIII).

⁴⁾ Pitres et Vaillard. Névrite périphérique dans les cas de tétanos traumatique. (Société de biologie, 10 mars, 1888).

Сыпная лихорадка, въ особенности корь (Монро)¹⁾; коклюшъ (Маккей)²⁾; рожа (Шарко³⁾, Лей⁴⁾; сыпной тифъ (Бернгардтъ⁵⁾, Рахманиновъ⁶⁾; холера.

Затѣмъ идутъ самыя разнообразныя септическія инфекціи, въ главѣ которыхъ я ставлю послѣ родовую инфекцію. Въ послѣдніе годы было опубликовано относительно значительное число примѣровъ полиневритовъ, стоящихъ въ связи съ родильной горячкой; я вамъ приведу между другими наблюденія: Мёбіуса⁷⁾, Десно⁸⁾, Штифеля⁹⁾, Сотта¹⁰⁾, Цунца¹¹⁾, Бернгардта¹²⁾, Милльса¹³⁾, Хэндфорда¹⁴⁾, Циммерманна, Хунерманна¹⁵⁾, Эйленбурга¹⁶⁾, Мадера¹⁷⁾, Стембо¹⁸⁾.

1) T. K. Monro. Peripheral neuritis after measles. (The Lancet, 14 Apr. 1884).

2) Maskey. Case of multiple Neuritis in a child. (British medical Journal, 25 Aug. 1894, p. 407).

3) Charlot. Sept cas de polynévrite (Obs. V). (Revue neurologique 1893. № 1—2).

4) Leu. Ein Fall von infectiöser multipler Neuritis nach Erysipelas faciei. (Charité-Annalen, t. XV, p. 274).

5) Bernhardt. Zur Pathologie der Radialisparalysen. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. 1874, T. IV, Heft 3, p. 608).

6) Рахманиновъ. Contribution à la névrite périphérique, etc. (Revue de médecine, avril 1892, p. 321).

7) P. J. Möbius. Neuritis puerperalis. (Münchener medicin. Wochenschrift, 1887, № 9 et Beitrag zur Lehre von der Neuritis puerperalis. Eodem loco, 1890, p. 247 et 1892, № 45).

8) Desnos, Joffroy et Pinard. Un cas de polynévrite puerpérale. (Bulletin de l'Académie de médecine, 1889, t. XXI, p. 44).

9) B. W. Stiefel. Peripheral Neuritis complicating pregnancy. (New-York Polyclinic, Мартъ 1893).

10) L. Sottas et J. Sottas. Note sur un cas de paralysie puerpérale généralisée (polynévrite puerpérale). (Gazette des hôpitaux, 27 Octobre 1892).

11) Zuntz. Ueber die Frage von der puerperalen Polyneuritis. (Neurologisches Centralblatt, 1895. № 3, p. 135; Deutsche medicin. Wochenschrift, 1894, № 47).

12) Bernhardt. Ueber Neuritis puerperalis. (Deutsche medicin. Wochenschrift, 1894, № 50).

13) Ch. K. Mills. Neuritis and Myelitis and the forms of paralysis and pseudo-paralysis following labour. (University medical Magazine, Маѣ 1893, et Medical News 15 Юня 1889).

14) Handford. The puerperium as a factor in the etiology of multiple neuritis and degenerations of nerve tissue. (British medical Journal 28 Ноябрь 1891).

15) Hunermann. Ueber Nervenlähmung im Gebiete des Nervus ischiadicus in Folge von Entbindung. (Archiv für Gynaekologie, 1892, T. 42, Heft 3).

16) Eulenburg. Ueber puerperale Neuritis und Polyneuritis. (Eodem loco, 1895, № 8—9).

17) J. Mader. Zur Polyneuritis peripherica puerperarum et gravidarum. (Wiener klin. Wochenschrift, 1895, № 30—31).

18) Stembö. Ein Fall von Schwangerschaftspolyneuritis, etc. (Deutsche medicin. Wochenschrift, 1895, № 29).

Въ предшествующей лекціи, посвященной изученію интеллектуальныхъ разстройствъ въ связи съ полиневритами, я ссылаюсь на подобнаго рода факты, опубликованные Корсаковымъ; я по этому поводу изложилъ вамъ теорію, которая была внушена русскому врачу слишкомъ одностороннимъ истолкованіемъ этихъ фактовъ. Тогда объ этой теоріи я высказалъ свое мнѣніе.

Къ полиневритамъ, развившимся вслѣдствіе септической инфекции, можно отнести полиневриты, развивающіеся вслѣдъ за пневмоніей или за гнойнымъ плевритомъ (Шарко ¹⁾), Фиссингеръ ²⁾), послѣ простой фолликулярной ангины (Кастъ ³⁾), послѣ бленноррагіи (Дурдуфи ⁴⁾), послѣ септического эндокардита (Ллойдъ и Риссманнъ ⁵⁾).

Инфлюенца также признается за причину полиневрита. Въ сообщеніяхъ за послѣдніе пять лѣтъ вы найдете многочисленные примѣры въ защиту того, что я утверждаю. Я удовольствуюсь тѣмъ, что приведу вамъ первыя по времени наблюденія, которыми мы обязаны Ремаку ⁶⁾), Эйзенлору ⁷⁾), Бидону ⁸⁾), Хомену ⁹⁾), Хольмеру ¹⁰⁾), Путнэму ¹¹⁾), Лейдену ¹²⁾). Наблюденіе, опубликованное Лейденомъ, представляетъ собой примѣръ множественнаго неврита, протекавшаго подъ видомъ остраго восходящаго паралича; я вамъ о немъ уже говорилъ. Дѣло идетъ о случаѣ, который былъ предметомъ сообщенія въ

¹⁾ Charcot. Sept cas de polinévrite (Obs. VI). (Revue neurologique, 1893 № 1 et 2).

²⁾ Fiessinger. Sur les polinévrites consécutives aux suppurations pulmonaires et pleurales. (Revue de médecine, octobre 1892, 819).

³⁾ A. Kast. Klinisches und Anatomisches ueber primäre degenerative Neuritis. (Deutsches Archiv für klin. Medecin, 1886, Heft 1, p. 41).

⁴⁾ Durdufi. Sur l'infection blennorrhagique comme cause d'affections du système nerveux. (Société des neurepathologistes et des psychiatres de Moscou, 9 février 1893).

⁵⁾ Lloyd de Riesmann. Докладъ въ American neurological Association 25—27 Іюля 1893 (2 случая со вскрытіемъ).

⁶⁾ Remak. Multiple degenerative Neuritis nach Influenza. (Berliner klinisch. Wochenschrift, 1890, № 2).

⁷⁾ Eisenlohr. Neuritis nach Influenza. (Münchener medicin. Wochenschrift, 1890, № 8).

⁸⁾ Bidon. Etude clinique de l'action exercée par la grippe de 1889—1890 sur la système nerveux. (Revue de Médecine, août et octobre 1890).

⁹⁾ Homen. Neurites efter influenza. (Finska läkärassällsk. handl., 1890, T. XXXII, fasc. 12, p. 768).

¹⁰⁾ O. Holmer. Ett Fall of neuritis multiplex degenerativa med dodlig utgang. (Ettva, 1890, T. XIV).

¹¹⁾ Putnam. On multiple neuritis, etc. (Boston medical and surgical Journal, 13 Окт. 1892). Another case of chronic neuritis, etc. (Eodem loco, 27 Окт. 1892).

¹²⁾ Leyden. Neuritis und acute Paralyse nach Influenza. (Neurologisches Centralblatt, 1893, № 11, p. 380).

Берлинскомъ психіатрическомъ обществѣ. По этому поводу Сенаторъ указалъ, что синдромъ полиневрита часто развивается вслѣдъ за приступами инфлюэнцы. Вообще, инфлюэнца представляется намъ въ видѣ инфекціонной болѣзни, причина которой не опредѣлена. Просматривая многочисленныя наблюденія полиневритовъ, опубликованныхъ въ теченіи послѣднихъ 15 лѣтъ, вы находите, что часто составляютъ, какъ этиологическій моментъ, такія обычныя вліянія, какъ-то: пребываніе на холоду и сырости, продолжительные походы, которые, собственно говоря, суть лишь предрасполагающія причины. Эти-то условія готовятъ лишь почву къ воздѣйствію инфекціи, характеръ и происхожденіе которой мы не можемъ опредѣлить. Во многихъ случаяхъ, впрочемъ, вмѣшательство неопредѣленной инфекціонной причины ясно вытекало изъ развитія болѣзни. Иной разъ занятіе больныхъ давало право подозрѣвать подобную этиологію. Припомните по этому поводу два случая острого экстензо-прогрессивнаго паралича, которые вы сами могли наблюдать въ теченіи этого года въ моемъ отдѣленіи, и о которыхъ я долго бесѣдовалъ съ вами; одинъ изъ этихъ больныхъ былъ кучерь, другой—конюхъ. Это совпаденіе заставило насъ заподозрить скрытую инфекцію черезъ лошадь—инфекцію, явившуюся побудительной причиной для возникновенія симптомовъ, которые развивались подъ видомъ острого паралича Ландріи.

Вспомните также примѣры эпидемическихъ полиневритовъ, которые я вамъ приводилъ въ одной изъ моихъ предшествующихъ лекцій. Тамъ также всѣ внѣшнія данныя говорили въ пользу инфекціоннаго происхожденія этихъ эпидемій, прежде чѣмъ возможно было точно опредѣлить происхожденіе и характеръ инфекціи.

Вспомните, что эпидемическія болѣзни въ нѣкоторыхъ странахъ крайняго востока, а именно «берибери» и «каке», представляютъ разновидность съ характерными особенностями полиневрита. Припомните, что существованіе этого полиневрита было доказано гистологическими изслѣдованіями. Въ настоящее время всѣ единогласно смотрятъ на эти болѣзни, какъ на заболѣванія инфекціоннаго происхожденія, спорятъ лишь о томъ, есть ли инфекціонный зародышъ пищевого или теллурического происхожденія.

Послѣ всего только что мной сказаннаго вы должны убѣдиться, что значеніе инфекцій въ этиологіи полиневритовъ по меньшей мѣрѣ такъ же велико, какъ и значеніе отравленій. Какъ по поводу первыхъ, такъ и по поводу послѣднихъ возникаетъ одинъ вопросъ, значеніе котораго вы очень скоро уловите и который въ обоихъ случаяхъ допускаетъ одинаковое рѣшеніе. Этотъ вопросъ, основывающійся на клиническихъ наблюденіяхъ, вытекаетъ въ свою очередь изъ слѣдующаго мнѣнія: полиневриты, развивающіеся во время теченія или послѣ острой или хронической инфекціонной болѣзни наблюдаются сравнительно рѣдко, если принять во вниманіе значительную частоту инфекціонныхъ болѣзней. Дѣйствительно, полиневриты, рассматриваемые какъ осложненіе или послѣдствіе инфек-

ціоннихъ болѣзней, составляютъ исключеніе. Какъ же объяснить эту относительную рѣдкость полиневритовъ во время теченія или послѣ инфекціонныхъ болѣзней? Объясненіе это вы знаете изъ того, что я вамъ говорилъ о роли предрасположенія въ развитіи заболѣваній нервной системы вообще и токсическихъ полиневритовъ въ частности. Въ настоящее время вполнѣ доказанъ клиническими наблюденіями тотъ фактъ, что серьезность инфекціонной болѣзни, ея продолжительность, ея симптоматическая разновидность имѣютъ лишь второстепенное вліяніе на дальнѣйшее развитіе нервной болѣзни. Доказательствомъ этого служить то, что скрытая инфекция, слабо выраженная влечетъ иногда за собой крайне тяжкія нервныя явленія. Я много разъ вамъ указывалъ, что это зависитъ отъ того, что свойство почвы, на которой развивается инфекціонный агентъ, имѣетъ важное, такъ сказать, преобладающее значеніе. Въ патогенезѣ инфекціонныхъ, или послѣ-инфекціонныхъ болѣзней нервной системы невропатическое наслѣдственное предрасположеніе играетъ роль существеннаго фактора; приобрѣтенное предрасположеніе стоитъ на второмъ планѣ. Этотъ вопросъ былъ предметомъ диссертациі моего знаменитаго предшественника. Это положеніе подтверждается обильнымъ клиническимъ матеріаломъ; много разъ и я съ своей стороны представлялъ вамъ доказательство этого.

Прежде чѣмъ кончить, позвольте мнѣ сдѣлать послѣднее замѣчаніе, а именно, что преобладающее значеніе, которое играетъ предрасположеніе въ развитіи нервныхъ заболѣваній, объясняетъ намъ ту трудность, которую испытываютъ при воспроизведеніи этихъ заболѣваній экспериментально, путемъ прививокъ бактерій; въ особенности это можно сказать про полиневриты.

Я вамъ уже указывалъ на трудность, правда, меньшую, которую мы испытывали при вызовѣ экспериментальнымъ путемъ токсическихъ полиневритовъ. При прививкахъ культуръ бактерій, токсиновъ, намъ особенно легко удавалось вызвать нервныя пораженія тогда, когда животныя, подвергаемыя эксперименту, предварительно были доведены до кахектическаго состоянія. Вопросъ еще, пораженія ли это нервныхъ центровъ, мієлиты ли—то, что развивается при этихъ условіяхъ. Когда-нибудь я предполагаю поговорить по поводу этого интереснаго вопроса о бактерійныхъ экспериментальныхъ мієлитахъ, такъ какъ онъ можетъ намъ дать ключъ къ уясненію многихъ клиническихъ проблемъ.

Тѣмъ не менѣе удавалось вызвать у животныхъ бактерійныя периферическіе невриты. Такъ, какъ я уже имѣлъ случай говорить вамъ, одинъ итальянскій врачъ, д'Абундо¹⁾, впрыскивалъ кроликамъ, морскимъ свинкамъ и собакамъ по сосѣдству сѣдалищнаго нерва культуры бактерій (пнеймококки Фридлендера, бациллы Эберта). Ему удалось такимъ образомъ вызывать различной интенсивности

¹⁾ G. d'A b u n d o.—Nevriti peripheriche infettive e nevriti ascendenti. (La Psichiatria, t. VIII, fasc. 3—4).

мѣстный периневритъ и интерстиціальный эндоневритъ. Когда процессъ достигалъ своей наибольшей интензивности, эти интерстиціальныя измѣненія распространялись на извѣстное разстояніе дальше по направленію периферическаго сегмента нерва. При инъекціи стерилизованныхъ культуръ тѣхъ же самыхъ бациллъ развивались лишь мѣстныя измѣненія. Наконецъ воспалительная реакція была болѣе интензивна у тѣхъ животныхъ, нервные центры которыхъ предварительно подвергались травмѣ.

Изъ подобныхъ результатовъ мы ничего не узнаемъ о томъ, какимъ образомъ токсины, циркулируя въ крови, производятъ въ опредѣленныхъ случаяхъ дегенеративныя измѣненія въ периферическихъ нервахъ, не затрагивая замѣтнымъ образомъ нервныхъ центровъ. Въ этомъ отношеніи мы ждемъ разъясненій, которыя въ состояніи намъ дать экспериментъ.

Вы видите, господа, какое обширное поле для изслѣдованій открывается предъ тѣми, кто въ будущемъ займется изученіемъ вопроса объ отношеніяхъ полиневритовъ къ бактерійнымъ инфекціямъ. Много еще предстоитъ дѣла въ этой области патологій. Изъ клиническихъ наблюденій мы знаемъ, что послѣ самыхъ различныхъ инфекціонныхъ болѣзней иногда развиваются полиневриты. Предположеніе, граничащее съ увѣренностью, даетъ намъ возможность подозрѣвать, что локалізація вреднаго дѣйствія инфекціоннаго агента на периферическую нервную систему обусловливается пріобрѣтеннымъ или наслѣдственнымъ предрасположеніемъ. Но до сихъ поръ опытъ не далъ намъ ничего опредѣленнаго, точнаго по отношенію къ развитію инфекціонныхъ невритовъ.

Лекція XVII.

Общее леченіе полиневритовъ ¹⁾).

С о д е р ж а н і е. Обзоръ лекцій, посвященныхъ изученію полиневритовъ. Изложенныя раньше понятія объ этиологій послужатъ руководствомъ въ установленіи профилактическаго и причиннаго леченія полиневритовъ. А. П р о ф и л а к т и ч е с к о е л е ч е н і е. Основанія, въ силу которыхъ часто невозможно установить дѣйствительной профилактики. Принципіально должно бы быть совершенно иначе. Значеніе гигиены въ борьбѣ противъ наслѣдственнаго и пріобрѣтеннаго предрасположенія. — Профилактическія показанія у лицъ, у которыхъ проявляется инфекціонная болѣзнь. Б. П р и ч и н н о е л е ч е н і е. Во многихъ случаяхъ оно не имѣетъ смысла. Примѣры обстоятельствъ, при которыхъ установленіе причиннаго леченія обязательно. Полиневриты, обнаруживающіе специфическую причину, не подлежатъ специфическому леченію. В. С и м п т о м а т и ч е с к о е л е ч е н і е. Оно въ большинствѣ случаевъ имѣетъ важное значеніе. — Троякая цѣль. — Перечисленіе главныхъ симптоматическихъ показаній. — Б о л е в ы я п р о я в л е

¹⁾ Лекція 26 Іюня 1896 г.

и и я. Они рѣдко отсутствуютъ и почти всегда требуютъ примѣненія болеутоляющихъ лекарствъ. Неудобство и опасность отъ этихъ лекарствъ. Впрыскиванія морфія и противопоказанія.— Антипиринъ.— Салициловокислый натръ; спеціальныя показанія. Другія анагезирующие средства.— Метиленовая синька, ея элективное свойство по отношенію осевыхъ цилиндровъ.— Карболовая кислота; ея примѣненіе, какъ противо-болевого средства; противопоказаніе. Гидротерапевтическіе приемы, употребляемые противъ болѣй во время остраго періода полиневритовъ.

Мм. Гг., въ теченіи настоящаго учебнаго года я посвятилъ значительное число лекцій изученію множественныхъ невритовъ—полиневритовъ. Я послѣдовательно разсмотрѣлъ:

Отношеніе полиневритовъ къ экстензивно-прогрессивному (восходящему или нисходящему) острому параличу Л а н д р и, нисологическій вопросъ, на высокое значеніе котораго я вамъ указалъ;

Сѣроуглеродный, малярійный, дифтеритическій, туберкулезный, алкогольный, тифозный и другіе невриты.

По поводу алкогольнаго полиневрита я много распространялся о различныхъ клиническихъ разновидностяхъ полиневритовъ, особенно о интеллектуальныхъ разстройствѣхъ, которыми эти полиневриты могутъ сопровождаться. Я вамъ на примѣрахъ показалъ, какую печальную ошибку въ діагнозѣ можетъ сдѣлать врачъ, не вполне ознакомленный съ этими клиническими разновидностями. Я вамъ указалъ, какія непріятныя послѣдствія могутъ повлечь за собой эти ошибки. Дѣйствительно, предсказаніе при полиневритахъ относительно благопріятное; смѣшивая же заболѣваніе, которое представляетъ значительную надежду на выздоровленіе и даже на полное излеченіе, съ болѣе или менѣе неизлечимой болѣзнью, какъ мѣзлить, *tabes dorsalis*, прогрессивный параличъ, требующій серьезныхъ мѣръ: заключенія въ заведеніе для душевно-больныхъ и отдачи подъ опеку, врачъ не только подвергается опасности повредить свей профессиональной репутаціи, но рискуетъ даже навлечь на себя серьезную отвѣтственность.

Затѣмъ я долго и подробно разсматривалъ вопросъ объ этиологіи и патологической анатоміи полиневритовъ. Словомъ, я изучилъ этотъ вопросъ наиболѣе разносторонне, не удаляясь ни на минуту отъ своей точки зрѣнія, къ которой меня обязываетъ роль клинициста. Мнѣ остается всему этому дать практическое примѣненіе, посвятивъ одну или двѣ лекціи терапіи полиневритовъ. Я не въ состояніи слишкомъ долго распространяться о представляющихся намъ средствахъ противъ одной группы заболѣваній, болѣе точное знакомство съ которыми, мнѣ кажется, должно когда-нибудь бросить болѣе ясный свѣтъ на предсказаніе при болѣзняхъ нервной системы, разсматриваемыхъ вообще.

Я, понятно, займусь лишь леченіемъ полиневритовъ, множественныхъ периферическихъ невритовъ; слѣдовательно, я исключаю изъ рамокъ этого очерка леченіе травматическихъ невритовъ, которые вообще относятся къ ограниченнымъ невритамъ.

Я только что напомнилъ вамъ о недавнихъ лекціяхъ, посвященныхъ общей этиологіи полиневритовъ. Мнѣ думается,—я убѣдилъ тѣхъ изъ васъ, кто былъ на этихъ лекціяхъ, въ томъ, что элементы, преобладающіе въ этиологіи полиневритовъ, могутъ быть сведены къ слѣдующему:

А. Отравленія и самоотравленія; инфекціи,—являющіяся какъ случайныя причины.

Б. Врожденное или приобрѣтенное предрасположеніе, ставящее периферическую нервную систему въ состояніе *locus minoris resistentiae*, при чемъ врожденное предрасположеніе представляетъ выраженіе наследственнаго невропатическаго недостатка, тогда какъ приобрѣтенное является результатомъ многочисленныхъ вліяній, вызывающихъ фізіологическую слабость. Я уже имѣлъ случай говорить вамъ объ опытахъ, показывающихъ, что кахектическія животныя болѣе чувствительны къ тѣмъ пагубнымъ вліяніямъ, которыя въ состояніи вызвать периферическіе невриты.

Если я вамъ напомнилъ объ этихъ этиологическихъ данныхъ, то потому только, что ими мы будемъ руководствоваться при установленіи профилактическаго и причиннаго леченія.

А. Профилактическое леченіе. — Это леченіе вытекаетъ изъ того, что я вамъ только что сказалъ, но на самомъ дѣлѣ установленіе основательной профилактики съ цѣлью предупрежденія развитія полиневритовъ наталкивается на затрудненія, всегда большія, а зачастую и непреодолимые.

Прежде всего, врача вообще приглашаютъ тогда, когда болѣзнь уже имѣется налицо, ему остается распознать полиневритъ и лечить его. Правда, даже и въ такихъ случаяхъ надо еще заняться вопросомъ о профилактикѣ. Дѣйствительно, я много разъ указывалъ вамъ на наклонность полиневритовъ къ обостреніямъ и возвратамъ. Необходимо предвидѣть это обостренія и возвраты; нужно предвидѣть ихъ, чтобы, если возможно, предупредить ихъ. Серьезную надежду на достиженіе этого вы будете имѣть въ томъ случаѣ, когда вы займетесь выполненіемъ слѣдующаго двоякаго условія, а именно: избавить больного отъ условій, признаваемыхъ за случайныя причины полиневрита; ослабить вліяніе наследственнаго или приобрѣтеннаго предрасположенія.

Допустимъ, что болѣзни налицо не имѣется еще, предположимъ, что у васъ является желаніе предупредить развитіе полиневрита у человѣка, имѣющаго только врожденное или приобрѣтенное предрасположеніе; но это предрасположеніе не относится къ числу явленій, которыя со дня на день измѣняются. Несмотря на это, вы сможете ослабить вредное вліяніе, оказываемое этимъ предрасположеніемъ на нервную систему, какъ я вамъ это сейчасъ совѣтовалъ. Вы поступите еще основательнѣе, если вамъ удастся устранить, защитить больного отъ нѣкоторыхъ опасныхъ и очень распространенныхъ случайныхъ причинъ,—алкоголизма, профессиональнаго отравленія, физическаго переутомленія, умствен-

наго напряженія, отъ заботъ, которыя, независимо отъ инфекцій, являются обыкновенными факторами, порождающими у предрасположенныхъ субъектовъ полиневриты.

Вообще рассматриваемый мною случай рѣдко вамъ встрѣтится въ обыкновенной практикѣ, а если и представится таковой, то онъ потребуетъ съ вашей стороны такой работы, которую собственно не легко выполнить. Слѣдовательно, я былъ правъ, сказавъ сейчасъ, что врачъ въ дѣлѣ профилактики полиневритовъ чаще всего бываетъ безсиленъ.

Мнѣ кажется, что тутъ положеніе дѣла должно быть совершенно иначе, если этотъ вопросъ рассматривать съ болѣе возвышенной точки зрѣнія, — съ точки зрѣнія философской и соціальной.

Сколько бы нервныхъ болѣзней, — и въ томъ числѣ полиневритовъ, было избѣгнуто, если бы тѣ, на которыхъ лежитъ ярмо нервной наслѣдственности, умѣли и могли подчиниться соответственной гігіенѣ, интеллектуальной, моральной, пищевой, половой гігіенѣ, — гігіенѣ во всемъ, что касается жизненныхъ актовъ, а особенно мышечныхъ упражненій. Такой образъ жизни вызоветъ не только ослабленіе послѣдствій невропатическаго наслѣдственнаго предрасположенія, но даже можетъ уничтожить совсѣмъ этотъ природный недостатокъ. Не забывайте, что на ряду съ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ имѣется пріобрѣтенное.

Какъ послѣднее пріобрѣтается всякимъ способомъ индивидуумами, предающимися алкогольнымъ эксцессамъ, ведущими распутную жизнь, подверженными нѣкоторымъ хроническимъ отравленіямъ, дѣйствію пагубныхъ страстей и умственного переутомленія и проч., проч., такъ и наслѣдственная порочность можетъ быть до нѣкоторой степени, современемъ, уничтожена путемъ строго урегулированнаго образа жизни, путемъ примѣрной воздержанности и умѣренности, путемъ психической и моральной гігіены. Это очень утѣшительно, — поэтому съ профилактической гігіеной вамъ надо хорошо познакомиться. Какъ можно вызвать вырожденіе индивидуума, расы, вида, точно также при нѣкоторыхъ благоприятныхъ условіяхъ можно достигнуть и ихъ возрожденія. Если, въ виду такого результата, примѣненіе на практикѣ выработанныхъ совѣтовъ достигнетъ лишь того, что опустошенія, производимыя алкоголемъ и сифилисомъ, сократятся, то и это уже будетъ громадное благо. Что же касается именно предмета этой лекціи, то мы наблюдали бы, конечно, менѣе значительное число этихъ тяжелыхъ полиневритовъ, примѣры которыхъ я вамъ показывалъ въ теченіе этого года.

Есть другія обстоятельства, при которыхъ ваше участіе съ цѣлью предупрежденія развитія полиневрита потребуетъ болѣе сораго способа дѣйствія. Я видѣлъ субъектовъ съ состояніи выздоровленія отъ инфекціонной болѣзни, которымъ еще болѣе или менѣе долго придется оправляться, въ то время, когда ихъ

нервно-мышечная система особенно слаба. Въ этомъ случаѣ придется вамъ заняться не только восстановленіемъ силъ при помощи соотвѣтственнаго режима, но вамъ нужно будетъ наблюдать и установить образъ жизни больного, чтобы избавить его отъ угнетающихъ волненій, отъ нервнаго утомленія и отъ всякаго мышечнаго переутомленія. Не пренебрегайте практическими приѣмами, способствующими поднятію питанія нервовъ и мышцъ (обтиранія, ванны, массажъ, электричество, систематическая гимнастика). Не упускайте изъ виду способствовать опорожненію желудочно-кишечнаго канала съ цѣлью скорѣйшаго выдѣленія токсиновъ, содержащихся въ сокахъ. Всѣ эти предписанія, разумѣется, приобрѣтаютъ особенно большое значеніе, когда предъ нами находится субъектъ, имѣющій наследственное или приобрѣтенное предрасположеніе.

Причинное леченіе.—При наличіи полиневрита, во время его развитія, установленіе причиннаго леченія во многихъ случаяхъ имѣетъ важное значеніе; это бываетъ тогда, когда полиневритъ вызванъ отравленіемъ или хронической инфекціей. Въ этомъ случаѣ удаленіе причины составляетъ первое условіе, подлежащее выполненію, чтобы имѣть надежду на поправленіе больного.

Затѣмъ нужно знать, съ какой интоксикаціей намъ приходится бороться, съ алкогольной, свинцовой, сѣроуглеродной, мышьяковой, малярійной и проч., или съ инфекціей, которую мы въ состояніи устранить, или дѣйствительно уничтожить (сифилисъ, септицемія). Очень часто полиневриты представляютъ собой лишь остатокъ отравленія, или предшествующей инфекціи; очень часто также свойство подозрѣваемаго нами токсическаго или инфекціоннаго агента, который былъ случайной причиной полиневрита, ускользаетъ отъ насъ. По этому поводу позвольте вамъ напомнить, что врачу не слѣдуетъ вкладывать слишкомъ много проникаемости въ изслѣдованіе этихъ причинъ; врачу не слѣдуетъ также допускать, чтобы на него вліяли предразсудки, зависящіе отъ воспитанія и отъ соціальной среды, въ которой онъ дѣйствуетъ. Не нужно, чтобы врачъ терялъ изъ виду то, что много людей изъ общества предаются пьянству, сами того не замѣчая, у себя дома, въ клубахъ; нѣтъ недостатка и въ женщинахъ, употребляющихъ и злоупотребляющихъ крѣпкими винами: портвейномъ, малагой, шампанскимъ, не считая ликеровъ, за обѣдомъ, во время визитовъ, на вечерахъ, въ кондитерскихъ; какъ много дѣловыхъ людей, привыкшихъ, какъ говорится, пить въ сухую, въ силу своихъ занятій, съ цѣлью якобы усилить выдѣленіе мокроты. Лица этихъ различныхъ категорій (и другихъ, о которыхъ я забылъ) находятъ это настолько естественнымъ, что остерегаются говорить объ этомъ съ врачомъ, къ которому обратились за совѣтомъ. Врачу надлежитъ сдѣлать учетъ этого алкоголизма въ хорошей компаніи, этого алкоголизма у людей, которые никогда не напиваются, что однако не мѣшаетъ имъ заболѣть полиневритомъ вызваннымъ бесспорно недостаткомъ воздержанности.

Я вамъ напомнимъ еще исторію той женщины, которая заболѣла мышьяковымъ

полиневритомъ отъ того, что въ число съѣстного входили груши, среди которыхъ лежало набитое чучело зайца, пропитанное мышьякомъ. Эта исторія поучительна и показываетъ вамъ, насколько врачу при иныхъ обстоятельствахъ слѣдуетъ имѣть опытности и даже, такъ сказать, чутья, чтобы уловить настоящую причину полиневрита. Естественно, что точное знаніе этиологіи полиневритовъ является необходимымъ руководителемъ въ поискахъ подобнаго рода.

Къ причинному леченію полиневритовъ относится и антисептика, которая, мнѣ кажется, показана въ случаяхъ, гдѣ у субъекта, страдающаго полиневритомъ, возможно подозрѣвать самоотравленіе, источникъ котораго находится въ пищеварительномъ каналѣ.

Остается узнать, даютъ ли эти антисептическія попытки прочные результаты. Что касается меня, то я болѣе довѣряю примѣненію агентовъ, способствующихъ уничтоженію токсиновъ и токсическихъ веществъ. Въ этомъ отношеніи, мнѣ кажется, наиболѣе полезными при леченіи токсическихъ и инфекціонныхъ полиневритовъ являются горячія ванны, мочегонныя,—и на первомъ планѣ молоко, выпиваемое въ небольшихъ, но часто повторяемыхъ количествахъ.

Нужно помнить и другое, а именно: изъ того, что полиневритъ развился подъ вліяніемъ специфической причины,—изъ того, что вамъ извѣстно сифилитическое, малярійное, діабетическое происхожденіе его, не слѣдуетъ еще думать, что вы достигнете всего, если примѣните противосифилитическое, противомаларійное, противодіабетическое леченіе.

Я говорилъ по поводу малярійнаго полиневрита, что подобное леченіе окончилось полной неудачей. Ошибочно было-бы также думать, что сифилитическій полиневритъ поддается одному только іодисто-ртутному леченію. Ни въ какомъ случаѣ одного причиннаго леченія не будетъ достаточно; къ нему всегда умѣстно присоединить извѣстное число терапевтическихъ средствъ, о которыхъ мнѣ остается побесѣдовать съ вами.

Леченіе симптоматическое и лекарствами.—Оно до извѣстной степени пріобрѣтаетъ важное значеніе. Дѣйствительно, въ практикѣ дѣло происходитъ такъ: у васъ спрашиваютъ совѣта по поводу уже существующаго полиневрита; установленіе профилактическаго леченія не имѣетъ больше смысла. Этотъ полиневритъ является довольно серьезнымъ и требуетъ со стороны больного полного спокойствія, если не осуждаетъ его на лежаніе въ постели. И вотъ, такимъ образомъ, онъ избавленъ отъ причинъ, породившихъ болѣзнь, кромѣ нѣкоторыхъ исключительныхъ обстоятельствъ, которыя не слѣдуетъ упускать изъ виду. Напримѣръ, можетъ случиться, что при алкогольномъ полиневритѣ больной въ силу своей слабости, благодаря компаніи, или вслѣдствіе невѣдѣнія окружающихъ его лицъ, продолжаетъ отравляться; то же самое можетъ быть и въ случаѣ мышьяковаго полиневрита лекарственнаго происхожденія, когда истинная причина болѣзненныхъ явленій не узнана; наконецъ то же самое наблюдается, когда дѣло

идеть о больномъ, страдающемъ малярійнымъ полиневритомъ, который живетъ въ лихорадочной странѣ.

Внѣ этихъ исключительныхъ обстоятельствъ нѣтъ мѣста ни профилактическому, ни причинному леченію. Ваше вмѣшательство имѣетъ въ виду двоякую цѣль; прежде всего слѣдуетъ лечить симптомы, изъ которыхъ одни могутъ непосредственно угрожать жизни больного, между тѣмъ какъ другіе причиняютъ ему невыносимыя страданія. Это и составляетъ предметъ симптоматическаго леченія.

Затѣмъ на второмъ планѣ стоитъ леченіе функціональных разстройствъ, параличей, двигательной инкоординаціи, которые по преимуществу представляютъ собой выраженіе неврита, главнымъ же образомъ мышечной атрофіи, которая въ подобныхъ случаяхъ почти всегда имѣется налицо. Въ этомъ и состоитъ задача лекарственнаго леченія.

Наконецъ, когда невритъ дошелъ уже до мышечныхъ непоправимыхъ атрофій и послѣдовательныхъ сухожильныхъ сокращеній, вмѣшательство хирурга можетъ явиться необходимымъ для исправленія изуродованій и для облегченія функціональных затрудненій, составляющихъ результатъ атрофій и сухожильныхъ сокращеній.

Посмотримъ теперь, какими мы располагаемъ средствами, чтобы удовлетворить этимъ различнымъ показаніямъ.

Показанія симптоматическія.—Сначала я займусь симптоматическимъ леченіемъ. Я начну съ перечисленія главныхъ симптоматическихъ показаній при назначеніи леченія въ случаяхъ полиневритовъ.

а) Первое показаніе относится къ физическимъ болямъ, испытываемымъ этими больными. Боли почти всегда имѣются; онѣ часто крайне интенсивны и чрезвычайно упорны; онѣ могутъ преобладать въ патологической картинѣ, по крайней мѣрѣ, въ теченіи извѣстной фазы болѣзни.

б) Затѣмъ мы должны бороться противъ безсонницы, которая почти постоянна въ извѣстной фазѣ полиневритовъ.

в) Разстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, наблюдаемые гораздо рѣже, могутъ все же потребовать помощи и вмѣшательства врача.

г) Наконецъ извѣстныя бульбарныя осложненія, и на первомъ планѣ между ними сердечный и дыхательный параличъ, могутъ потребовать немедленнаго и энергическаго вмѣшательства, вслѣдствіе серьезной опасности, которой они угрожаютъ больному.

Другія осложненія, зависящія также отъ паралича черепо-бульбарныхъ нервовъ, какъ-то: параличи глотки, мягкаго неба, языка, щекъ,—гораздо рѣже наблюдаемые за исключеніемъ случаевъ дифтеритическихъ параличей,—могутъ вынудить къ принятію мѣръ, имѣющихъ цѣлью облегчить, или сдѣлать возможнымъ

приѣмъ пищи больными, и предупредить проникновеніе пищевыхъ частицъ въ дыхательные пути вслѣдствіе вызваннаго этими параличами разстройства акта глотанія.

Каждое изъ этихъ показаній я рассмотрю отдѣльно и дамъ вамъ обстоятельныя свѣдѣнія о терапевтическихъ средствахъ, примѣняемыхъ въ этихъ случаяхъ.

а) Болевые ощущенія.—Я вамъ повторяю, что въ теченіи извѣстнаго времени болевые ощущенія могутъ преобладать въ картинѣ болѣзни; рѣдко бываетъ, чтобы боли совершенно отсутствовали, развѣ только тогда, когда полиневритъ слабо выраженъ. Впрочемъ объ этомъ вы и сами знаете, по тѣмъ многочисленнымъ примѣрамъ, которые я вамъ представилъ въ теченіи этого года. Вспомните именно того больного, которому я посвятилъ двѣ лекціи и который въ моментъ своего поступленія въ наши палаты представлялъ картину остраго восходящаго паралича Ландри. У этого человѣка простое прикосновеніе къ кожѣ, малѣйшее давленіе на мышцы и по направленію нервныхъ стволовъ, малѣйшее пассивное движеніе, производимое какой либо конечностью, вызывало до того сильныя боли, что больной неистово кричалъ. То же самое вы найдете и у другихъ больныхъ. Впрочемъ, даже и тогда, когда самопроизвольныя боли отсутствуютъ, рѣдко бываютъ, чтобы давленіе на пораженные нервы, выпрямленіе нижней конечности, удерживаемой въ экстензорномъ положеніи, при невритѣ сѣдалищнаго нерва, не вызывало болевыхъ ощущеній.

Когда дѣло обстоитъ такимъ образомъ, первое, что показано, это представить больному абсолютный покой въ томъ положеніи, которое ему доставляетъ наибольшее облегченіе. Но при этомъ имѣйте въ виду мѣры, предназначенныя къ предупрежденію вредныхъ послѣдствій продолжительной неподвижности,—къ этому я еще возвращусь. Среди достаточныхъ пациентовъ, когда позволяютъ средства, а также въ госпиталѣ, можно, слѣдуя совѣту, данному Беццардо мъ, прибѣгнуть къ употребленію водяного матраца въ случаяхъ тяжелаго, болѣе или менѣе обобщившагося полиневрита, сопровождаемаго сильными болями.

Я только что намекнулъ на опасность, которая можетъ имѣть мѣсто въ томъ случаѣ, если больного заставляютъ лежать слишкомъ долго неподвижно въ одномъ и томъ же положеніи. Чтобы избѣжать этой опасности, а также чтобы воспрепятствовать тому, чтобы необходимыя движенія не вызывали очень сильныхъ болей, чтобы заглушить самопроизвольныя боли, когда таковыя имѣются, надо непременно прибѣгнуть къ примѣненію болеутоляющихъ средствъ. Каждый разъ, какъ представится къ тому случай, я не премину напомнить вамъ, насколько примѣненіе этихъ средствъ представляется деликатнымъ дѣломъ. Число болеутоляющихъ лекарствъ съ каждымъ годомъ все болѣе и болѣе увеличивается. Всѣ эти лекарства далеко не удовлетворительны, такъ какъ продолжительное ихъ употребленіе сопряжено съ опасностью. Это слѣдуетъ сказать особенно объ одномъ

болеутоляющемъ лекарствѣ, которое въ то же время и наиболѣе дѣйствительно, и наиболѣе скоро вызываетъ желаемый эффектъ, и наболѣе удобно въ слыслѣ примѣненія,—я говорю о подкожныхъ инъекціяхъ морфія. Дѣйствительно, въ случаяхъ полиневрита, въ началѣ болѣзни, когда больной является жертвой мучительныхъ болей, вамъ трудно обойтись безъ морфія, но вы обязаны будете прибѣгать къ нему только при слѣдующихъ условіяхъ: во первыхъ, чтобы впрыскиванія морфія примѣнялись лишь временно; затѣмъ тогда только, когда полиневритъ не сопровождается никакими явленіями, находящимися въ связи съ сердечнымъ параличемъ, съ пораженіемъ блуждающаго нерва (ускореніе и слабость сердечныхъ сокращеній); вы знаете, что морфій содѣйствуетъ параличу сердца. Я прибавлю, что въ случаяхъ полиневрита, которые я отнесъ къ болѣзненной и кахектической формѣ, иначе говоря, въ случаяхъ, гдѣ въ картинѣ болѣзни преобладаютъ физическія страданія и состояніе сильнаго истощенія, тамъ примѣненіе морфія, мнѣ кажется, вслѣдствіе того же самаго состоянія истощенія противопоказано.

Непосредственно послѣ морфія въ ряду лекарствъ, могущихъ оказать хорошія услуги противъ болей при полиневритахъ, стоитъ антипиринъ и салицилово-кислый натрѣ. Употребленіе салицилатовъ рекомендуется спеціально въ случаяхъ, гдѣ полиневритъ носитъ ревматическій характеръ, потому что простуда въ его развитіи принимаетъ кажущееся, если не дѣйствительное, участіе или потому, что полиневритъ обнаруживается въ концѣ ревматическихъ приступовъ. По правдѣ сказать, случается, что салициловокислый натрѣ оказывается также вполне дѣйствительнымъ противъ болей въ случаяхъ полиневрита, не имѣющихъ ничего ревматическаго, напримѣръ, въ случаяхъ ясно инфекціоннаго или токсическаго полиневрита.

То, что я вамъ только что сказала о салицилово-кисломъ натрѣ, можетъ быть приложимо къ салюфену; это новое лекарственное средство съ успѣхомъ было примѣняемо въ тѣхъ же самыхъ обстоятельствахъ, какъ и салициловые препараты. Этотъ препаратъ является болеутоляющимъ средствомъ, имѣющимъ большую цѣнность.

Въ ряду другихъ болеутоляющихъ средствъ, на которыхъ можетъ остановиться вашъ выборъ, я укажу на экзальгинъ, фенацетинъ, анализипринъ, соединеніе двухъ эквивалентовъ антипирина и одного эквивалента ацетанилидина, не представляющее неудобства этого послѣдняго.

Вы, я полагаю, знаете, что въ послѣднее время рекомендована противъ болей въ связи съ патологическимъ состояніемъ нервовъ (невралгіи и невриты) метиленовая синька. Это средство въ принципѣ можетъ казаться наиболѣе рациональнымъ, въ виду элективнаго средства къ осевымъ цилиндрамъ нервныхъ волоконъ. Тѣмъ не менѣе я съ своей стороны не знаю фактовъ, доказывающихъ преимущество метиленовой синьки передъ другими средствами въ случаяхъ

болеутоляющаго неврита. Эрлихъ и Липпманъ въ работѣ о болеутоляющемъ дѣйствіи метиленовой синьки ограничились замѣчаніемъ, что это средство давало имъ хорошіе результаты въ случаяхъ неврита и что болеутоляющее дѣйствіе наступало черезъ два часа послѣ приѣма этого лекарства ¹⁾.

Наконецъ карболовая кислота—вы, вѣроятно, удивились встрѣтить ее среди болеутоляющихъ средствъ—была восхваляема извѣстнымъ числомъ врачей, какъ весьма надежное средство противъ полиневритическихъ болей. Каспари ²⁾, Веберъ ³⁾ и др. употребляли ее въ видѣ примочки; они обкладывали болящія части компрессами, намоченными въ 4%—5% растворѣ карболовой кислоты. Другіе же, по примѣру Эйленбурга ⁴⁾, употребляли карболовую кислоту въ видѣ подкожныхъ инъекцій (въ 2% растворѣ), одну, или въ соединеніи съ морфіемъ (карболовой кислоты 2 части, морфія 1 часть на 100 воды; 1 кубическій сантиметръ на инъекцію). Инъекція должна быть сдѣлана по близости поверхностныхъ нервовъ.

Въ общемъ, между медицинскими средствами, употребляемыхъ противъ болей при полиневритахъ, я отдаю предпочтеніе морфію, примѣняемому подкожно съ большою осмотрительностью и въ теченіи ограниченнаго времени. Я отдаю ему предпочтеніе не только по причинѣ быстроты и надежности, съ которою проявляется его болеутоляющее дѣйствіе, но и потому, что употребленіе этого средства удовлетворяетъ двоякому назначенію: морфій помимо того, что успокоиваетъ боли, въ то же время прекращаетъ безсонницу.

Разъ достигнуть этотъ результатъ, слѣдуетъ стараться поддерживать его, замѣняя морфій другими болеутоляющими, преимущественно антипириномъ, салицилово-кислымъ натромъ, салофеномъ. Наконецъ въ случаѣ полиневрита ясно инфекціоннаго происхожденія, мнѣ кажется, попытка леченія подкожными инъекціями карболовой кислоты вполне показана; при этомъ необходимо тщательно слѣдить за мочей больного и при малѣйшемъ указаніи на карбодурию—выпрыскиванія отмѣнить.

Независимо отъ болеутоляющихъ медикаментовъ терапія представляетъ намъ другія средства для борьбы съ болями въ случаяхъ полиневритовъ. По этому поводу позвольте мнѣ указать на сообщеніе, сдѣланное на послѣднемъ конгрессѣ бальнеологовъ, бывшемъ въ Берлинѣ, д-ромъ Поспѣшилъ ⁵⁾. Этотъ врачъ не

¹⁾ Erlich u. Lippmann.—Ueber schmerzstillende Wirkung des Methylenblaus. (Deutsche medicin. Wochenschrift, 1890, № 23).

²⁾ A. Caspari. — Zur Casuistik der Neuritiden. (Zeitschrift für klin. Medicin 1883, T. V, Heft. I. S. 537).

³⁾ S. G. Weber.—Multiple Neuritis. (Archiv of Medicine t. XII, p. 33).

⁴⁾ Eulenburg.—Ueber puerperale Neuritis und Polyneuritis. (Deutsche medicin. Wochenschrift, 1895, № 8—9).

⁵⁾ Pospischil.—Hydrotherapie der Polyneuritiden. (Deutsche Medicinal-Zeitung, 1896, № 46, S. 501).

побоялся прибѣгнуть къ поперебѣнному примѣненію холода и тепла во время разгара остраго періода тяжелаго полиневрита. Вотъ, впрочемъ, какъ онъ совѣтуетъ поступать въ этихъ случаяхъ: наложить компрессы, смоченные холодной водой; покрыть ихъ кругомъ сухой ватой и обернуть сверху непромокаемой тканью. Почти непосредственное дѣйствіе этихъ обертываній таково, что больные охотно соглашались на то, чтобы они примѣнялись въ теченіи сутокъ два, три раза. Предварительно слѣдуетъ компрессы прокипятить и смочить ихъ слабымъ антисептическимъ растворомъ (растворъ сулемы 1 : 10000), чтобы сдѣлать ихъ совершенно асептическими.

Когда полиневритъ поражаетъ исключительно, или главнымъ образомъ, нижнія конечности, то П о с п ѣ ш и л ъ совѣтуетъ подвергать продолжительному охлажденію спинно-поясничную область. Съ этой цѣлью вокругъ нижней части туловища обертываютъ каучуковую трубку, черезъ которую пропускаютъ струю холодной воды (16°). Можно прибѣгать къ приложенію охлаждающей трубки на околосоердечную область противъ сердечной адинаміи у больныхъ, страдающихъ тахикардіей, слабостью и неправильностью пульса.

При помощи этого метода П о с п ѣ ш и л ъ удавалось сокращать продолжительность остраго періода въ случаяхъ полиневритовъ.

Лекція XVIII.

Общее леченіе полиневритовъ.

(Продолженіе).

С о д е р ж а н і е. В. Симптоматическое леченіе (продолженіе). б) бессонница: сочетаніе бромистаго калия съ морфіемъ; противопоказаніе къ употребленію этого послѣдняго. Хлоралозъ, сульфоналъ, тріоналъ; неудобства этихъ снотворныхъ. Хлораль-гидратъ. Паральдегидъ; спеціальныя для него показанія. Пеллотинъ. в) Разстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. Эти разстройства по существу временныя. Уходъ, котораго они требуютъ. Средства, примѣняемые противъ недержанія мочи. Явленія, стоящія въ связи съ параличемъ черепно-бульбарныхъ нервовъ. Инъекціи эфира, кофеина противъ паралича сердца. Фарадизація блуждающаго нерва; способъ избѣгать явленій, приписываемыхъ этой фарадизаціи. Возможныя осложненія при инъекціяхъ эфира. Средства, примѣняемые противъ паралича дыханія. Леченіе стрихниномъ; оно особенно дѣйствительно въ случаяхъ паралича мягкаго неба и глотки. Какъ узнать, что наступилъ моментъ для установленія коренного леченія. Г. Коренное леченіе. Оно должно имѣть въ виду двоякую цѣль: анатомическое и функціональное возстановленіе измѣненныхъ мышцъ и нервовъ. Средства, примѣняемая, какъ укрѣпляющія и содѣйствующія возстановленію мышцъ и подвергшихся перерожденію нервовъ. Важность пищевого режима. Польза мѣстныхъ и общихъ возбуждающихъ. Польза

инъекцій стрихнина; по какимъ признакамъ узнать, что ихъ необходимо временно прекратить. Ихъ благотворное дѣйствіе особенно замѣтно въ случаяхъ дифтеритическихъ параличей; клиническія доказательства. Функциональное возстановленіе оно въ большинствѣ основано на приученіи мышцъ къ прежней ихъ дѣятельности. Роль врача. Характеръ упражненій. Гигіеническія предписанія. Полиневритъ иногда оставляетъ неизгладимые слѣды. Сухожильныя резекціи, цѣль и исходы. Польза леченія въ Э-ле-Банъ.

б) Б е з с о н н и ц а. —Безсонница въ случаяхъ полиневрита по большей части является слѣдствіемъ болей. Чтобы побороть ее, вы видѣли, что я часто назначаю бромистый калий въ соединеніи съ морфіемъ. Бромистый калий до извѣстной степени усиливаетъ болеутоляющее и снотворное дѣйствіе морфія; утверждаютъ даже, что онъ парализуетъ до нѣкоторой степени вредное дѣйствіе этого алкалоида. Существуютъ работы, въ которыхъ это мнѣніе защищается,—въ нихъ рекомендуется бромирование при леченіи морфинизма. Какъ-бы то ни было, но сочетаніе этихъ двухъ медикаментовъ, морфія и бромистаго калия, мнѣ давало хорошіе результаты при леченіи безсонницы, наблюдаемой при нервныхъ заболѣваніяхъ.

Я вамъ уже говорилъ о возможныхъ противопоказаніяхъ при примѣненіи морфія; какъ на таковыя я вамъ указалъ на явленія, которыми характеризуется пораженіе блуждающаго нерва, на начало сердечнаго паралича. Когда имѣется налицо такого рода противопоказаніе, тогда лучше прибѣгнуть къ другимъ снотворнымъ, не имѣющимъ этихъ отрицательныхъ качествъ морфія, именно: къ хлоралозу, или къ сульфоналу, а особенно къ тріоналу, который, по моему мнѣнію, представляетъ собой снотворное средство большой цѣнности, значительно превышающей сульфонала. Я вамъ привожу тутъ лекарства, примѣненіе которыхъ показано главнымъ образомъ противъ борьбы съ такъ называемой нервной безсонницей, не стоящей въ связи съ физическими страданіями. Однако не слѣдуетъ злоупотреблять ими, такъ какъ отъ повторнаго употребленія этихъ медикаментовъ можетъ развиваться двигательная инкоординація. Это двигательное расстройство, уже само по себѣ, и безъ того имѣется налицо во многихъ случаяхъ полиневрита, сочетаннаго, или нѣтъ, съ двигательнымъ параличемъ.

При тѣхъ же самыхъ условіяхъ я мало расположенъ прописывать хлораль-гидратъ, въ виду угнетающаго дѣйствія, которое это лекарство оказываетъ на сердце.

Наоборотъ, я вамъ рекомендую, какъ отличное снотворное, паральдегидъ, когда дѣло идетъ о томъ, чтобы побороть безсонницу въ случаяхъ алкогольнаго полиневрита, а особенно когда у больного наблюдаются слуховыя и зрительныя галлюцинаціи, составляющія отличительный признакъ алкогольной интоксикаціи.

Новое снотворное средство пеллотинъ недавно введено въ употребленіе профессоромъ Жолли; оно еще не вполне испытано.

в) Третье показаніе относится къ расстройствамъ со стороны мо-

чевого пузыря и прямой кишки. Эти расстройства по своему характеру являются въ общей картинѣ полиневритовъ временными, скоропроходящими, и могутъ заключаться въ недержаніи или задержкѣ мочи, въ болѣе или менѣе упорномъ запорѣ и, какъ исключеніе, во временномъ недержаніи фекальныхъ массъ. При этомъ послѣднемъ наши заботы должвы быть сосредоточены на томъ, чтобы предупредить образованіе пролежней въ области ягодицъ. Противъ запора вы можете бороться, по вашему выбору, слабительными и клистирами. Въ случаяхъ задержки мочи вы прибѣгнете къ катетеризаціи съ соблюденіемъ всѣхъ предосторожностей, предписываемыхъ асептикой.

Противъ недержанія мочи, которое по существу составляетъ временное, скоропроходящее явленіе, вы можете назначать эрготинъ, белладонну, стрихнинъ.

Теперь я перехожу къ леченію явленій, стоящихъ въ связи съ параличемъ черепно-бульбарныхъ нервовъ. Въ случаяхъ тяжелаго полиневрита, которые развиваются въ формѣ восходящаго или нисходящаго остраго паралича, подъ видомъ инфекціонной болѣзни, эти черепно-бульбарныя явленія обыкновенно появляются во время или подъ конецъ второго періода (второй недѣли). Тутъ бывають явленія, угрожающія жизни больного, а именно: начальные признаки паралича сердца и дыханія. Они требуютъ энергическаго вмѣшательства, но при тѣхъ условіяхъ, въ какія мы бываемъ поставлены въ смыслѣ выполненія нашихъ назначеній, это вмѣшательство не настолько приноситъ пользы, какъ бы это было желательно.

Парализація сердца часто выражается чрезвычайной тахикардіей, слабымъ пульсомъ, затѣмъ—въ дальнѣйшемъ уже періодѣ,—неправильнымъ и перемежающимся пульсомъ. При наличіи этихъ явленій обыкновенно прописываютъ вещества, слыущія, по праву или нѣтъ, за стимулирующія сердечную мышцу, а именно: эфиръ и кофеинъ, употребляемые въ видѣ подкожныхъ инъекцій; камфора, примѣняемая также подкожно, или въ микстурѣ. Упомяну я вамъ также о мускусѣ и о бобровой струѣ; стимулирующее якобы дѣйствіе этихъ лекарствъ на сердце мнѣ кажется весьма проблематичнымъ. Можетъ быть, было бы болѣе раціональнымъ примѣнять фарадизацію блуждающаго нерва въ области шеи. Мнѣ кажется, что примѣненіе этого средства здѣсь показуется. Фарадизація была примѣняема въ моемъ отдѣленіи Гюэ у больныхъ, страдающихъ дифтеритическимъ параличемъ. Она заключалась въ фарадизаціи шеи, на уровнѣ верхней части *trigonum caroticum*. Какъ трудно на самомъ дѣлѣ знать, на какіе органы при этихъ условіяхъ дѣйствуютъ, видно изъ того, что этому способу электризаціи безразлично давали названіе фарадизаціи блуждающаго нерва и фарадизаціи сочувственнаго нерва. Такого рода фарадизаціи ставили въ упрекъ то, что она вызываетъ расстройства, скорѣе угрожающія, чѣмъ тяжкія: блѣдность лица на электризуемой половинѣ, чувство дурноты и слабости, доходящее до обморочнаго состоянія. Гюэ въ данной имъ

мнѣ замѣтки заявляетъ, что онъ никогда не наблюдалъ ничего подобнаго, несмотря на то, что онъ часто прибѣгалъ къ фарадизаціи шеи у больныхъ въ отдѣленіи. Вышепоименованныхъ явленій очень легко избѣжать; для этого вначалѣ слѣдуетъ примѣнять лишь очень слабое напряженіе тока, который затѣмъ постепенно усиливаютъ, руководствуясь въ этомъ случаѣ ощущеніемъ, испытываемымъ больными. При гальванизациі, а особенно при прерывистой гальванизациі, надо еще больше опасаться побочныхъ явленій.

Предупредивъ васъ такимъ образомъ противъ неприятныхъ случайностей, съ которыми вамъ придется въ практикѣ считаться, я позволю себѣ возвратиться къ только что рекомендованному вамъ другому средству: къ инъекціямъ эфира. Не забывайте, что эти инъекціи производятся по сосѣдству съ нервнымъ поверхностнымъ стволомъ: значить, можетъ въ результатѣ получиться травматическій невритъ. Дѣйствительно, опубликовано извѣстное число случаевъ невритовъ, вызванныхъ такимъ путемъ. Слѣдовательно, вы сможете въ случаѣ надобности принять соотвѣтственные мѣры предосторожности.

Распространеніе паралича на органы дыханія выражается учащеніемъ и поверхностнымъ характеромъ дыхательныхъ движеній, въ дальнѣйшемъ періодѣ—замедленіемъ и прерывистостью этихъ движеній съ припадками удушья и синюхи, которые могутъ погубить больного. Противъ этихъ явленій вы должны будете прибѣгнуть къ примѣненію кожныхъ возбуждающихъ: къ горчишникамъ, къ похлопываніямъ по туловищу полотенцами, смоченными холодной водой, къ поверхностной и глубокой фарадизаціи; можете испытать еще вдыханія кислорода. При тѣхъ же самыхъ условіяхъ обыкновенно примѣняютъ подкожныя инъекціи стрихнина. Справедливо или нѣтъ, но это средство считается стимулирующимъ бульбарные центры.

Отсюда естественно вытекаетъ, что употребленіе этого средства рекомендуется противъ паралича органовъ глотанія: мягкаго нѣба, глотки,—наблюдаемаго во время теченія нѣкоторыхъ полиневритовъ. При дифтеритическихъ параличахъ тѣхъ же самыхъ органовъ стрихнинное леченіе давало самые лучшіе результаты. Оно съ успѣхомъ также было употребляемо противъ параличей глазныхъ нервовъ.

Когда параличъ мышцъ, способствующихъ акту глотанія, вызываетъ серьезныя затрудненія при кормленіи больного, вы, не колеблясь, прибѣгнете къ искусственному кормленію. При помощи желудочнаго зонда вы будете вводить въ желудокъ больного легко перевариваемыя питательныя вещества: умѣренно посоленное молоко съ прибавленіемъ яичныхъ желтковъ; чечевичную муку и проч. Этотъ способъ кормленія, мнѣ кажется, болѣе практиченъ и надеженъ, чѣмъ питательныя клистиры.

Наконецъ, я долженъ вамъ сказать два слова о предосторожностяхъ, которыя могутъ быть необходимы при профилактикѣ послѣдовательныхъ изуродованій

отъ неправильныхъ положеній. Эти предосторожности заключаются въ примѣненіи шинъ, имѣющихъ цѣлю привести сегменты членовъ въ физиологическое положеніе и удерживать ихъ въ немъ въ томъ случаѣ, когда возможно опасаться послѣдствій сухожильныхъ сведеній.

Я покончилъ съ тѣмъ, что касается симптоматическихъ показаній, которыя вамъ придется выполнить во время перваго періода полиневрита, хотя бы даже и не очень серьезнаго, т. е., въ то время, когда активное вмѣшательство, направленное противъ извѣстныхъ существенныхъ явленій неврита, противъ паралича и мышечной атрофіи, можетъ лишь ухудшить эти явленія, или сдѣлать ихъ непоправимыми. Но наступитъ моментъ, когда надо поступать совершенно иначе, когда слѣдуетъ оставить это вооруженно-выжидательное положеніе. Какъ узнать, что этотъ моментъ наступилъ?

1) Прѣжде всего по тому, что боли, если не совершенно прошли,—все же значительно утратили первоначальную свою интензивность. Самопроизвольныхъ болей больше нѣтъ, или онѣ слабо выражены. Боли, развивающіяся при пассивныхъ движеніяхъ, сообщаемыхъ членамъ больного, при пальпаціи мышцъ и при давленіи на нервы, сдѣлались весьма сносными; до больного, если я могу такъ выразиться, теперь можно дотрогиваться. Это утиханіе болей ясно указываетъ, что болѣзненный процессъ, локализовавшійся въ нервахъ и мышцахъ, дошелъ до своего предѣла. Другія данныя, которыя мы получимъ при помощи электрическаго изслѣдованія нервовъ и мышцъ, будутъ говорить за то же.

2) Дѣйствительно, признаки реакціи перерожденія, предполагая, что они раньше были констатированы, исчезаютъ: электрическое изслѣдованіе нервовъ и мышцъ обнаруживаетъ теперь простое уменьшеніе возбудимости этихъ органовъ.

Относительно прогностическаго значенія результатовъ, доставляемыхъ электрическимъ изслѣдованіемъ, и пользы, которую отсюда можно извлечь, замѣчу мимоходомъ слѣдующее: во время перваго періода остраго полиневрита, лишь только электризація перестанетъ восприниматься больнымъ слишкомъ болѣзненно, постарайтесь хорошо убѣдиться въ томъ, что прямая электрическая возбудимость парализованныхъ мышцъ неволиѣ исчезла. Пока существуютъ хотя слѣды электрической возбудимости и особенно когда парализованныя мышцы продолжаютъ отвѣчать на фарадическія возбужденія, вы вправѣ ласкать себя надеждой на *restitutio ad integrum*. Эта надежда будетъ тѣмъ болѣе основательна, что измѣненія электрической возбудимости будутъ лишь количественныя, качественныя же измѣненія отсутствуютъ, или слабо выражены. Если же, наоборотъ, вы констатируете полное и рановременное уничтоженіе фарадической возбудимости мышцъ и если къ этому, кромѣ того, присоединяются качественныя измѣненія гальванической возбудимости, которыя составляютъ уже принадлежность реакціи перерожденія, вы имѣете полное основаніе сомнѣваться въ дальнѣйшемъ возрожденіи парализованныхъ и подвергшихся атрофіи мышцъ.

Г. Коренное лечение. — Теперь я изложу вамъ, какъ нужно вести лечение во второмъ періодѣ остраго полиневрита. Скажемъ мимоходомъ, что вы наблюдаете съ самаго начала то же самое теченіе, какъ въ случаяхъ, гдѣ полиневритъ сразу принимаетъ подострое или хроническое теченіе, не сопровождаясь очень сильными болями, безъ обнаруженія электрическимъ изслѣдованіемъ очень ясныхъ признаковъ реакціи перерожденія, безъ наклонности къ пораженію бульбарныхъ нервовъ. Теперь я предполагаю, что наступилъ моментъ рѣшиться на активное вмѣшательство. Но, чтобы вы могли дѣйствовать съ полнымъ знаніемъ дѣла, необходимо, чтобы вы хорошо прониклись цѣлью, преслѣдуемой вашимъ вмѣшательствомъ. Эта цѣль заключается въ томъ, чтобы вліять не на самый полиневритическій процессъ, но на послѣдствія этого процесса. Короче сказать, вы должны задаться цѣлью добиться двойкаго результата, а именно: а) анатомическаго возстановленія мышцъ и измѣненныхъ нервовъ; б) функціональнаго возстановленія этихъ же самыхъ органовъ.

По поводу этихъ двухъ пунктовъ позвольте мнѣ дать нѣкоторое объясненіе. Необходимость добиваться анатомическаго возстановленія атрофированныхъ и перерожденныхъ нервовъ говорить сама за себя. Достаточно ли получить это матеріальное возстановленіе, чтобы вмѣстѣ съ этимъ сразу произошло и функціональное возстановленіе нервовъ и мышцъ? Нисколько. Доказательствомъ этого служатъ клиническое наблюденіе и фізіологическій анализъ, дающій намъ объясненіе факта: выполненіе сложныхъ движеній достигается лишь цѣной предварительнаго воспитанія; это воспитаніе, направленное одновременно на мышцы, на нервы и на нервныя центры, является продуктомъ упражненія, результаты котораго отъ бездѣйствія пропадаютъ. Вотъ почему у лицъ, у которыхъ появляется серьезный полиневритъ, у которыхъ мышцы въ теченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени оставались парализованными и атрофированными, является необходимость заботиться и объ анатомическомъ возстановленіи мышцъ и нервовъ и о вторичномъ воспитаніи органовъ движенія. Сколько разъ я обращалъ ваше вниманіе на то, что больные, страдающіе полиневритомъ, не были въ состояніи пользоваться своими конечностями не столько въ силу собственно паралича, сколько въ силу извѣстнаго рода астазіи—абазіи! Сколько разъ также я обращалъ ваше вниманіе на значеніе психическихъ разстройствъ во многихъ случаяхъ полиневритовъ. Эти психическія разстройства вліяютъ не только на память и на интеллектуальныя способности, но они поражаютъ и волю: мы видимъ, что въ случаяхъ тяжелаго неврита амнезія движеній осложняется нѣкоторой абуліей. При этихъ условіяхъ мы обязаны не только приучать больныхъ къ движеніямъ, о которыхъ они въ нѣкоторомъ родѣ утратили представленіе, но мы еще должны убѣждать ихъ въ томъ, что они могутъ выполнять эти движенія, отъ которыхъ они воздерживались вслѣдствіе безсознательной косности. Къ этому я еще вернусь. Но сначала по порядку займемся

средствами, примѣняемыми въ случаѣ полиневрита съ цѣлью анатомическаго возстановленія мышцъ и измѣненныхъ нервовъ.

Какимъ образомъ мы можемъ пробудить и способствовать возрожденію мышцъ и перерожденныхъ нервовъ?

Очевидно, что прежде всего необходимо, чтобы въ самомъ организмѣ было все то, что содѣйствуетъ этому возрожденію. Отсюда вытекаетъ необходимость возстановленія питанія въ этотъ второй періодъ полиневрита, и назначенія такой пищи, въ которой организмъ широко могъ бы почерпнуть матеріалы, входящіе въ составъ мышцъ и нервовъ. Поэтому вы предпшете употреблять въ пищу легко перевариваемое мясо, молоко, яйца, вина, но не очень крѣпкія и въ небольшомъ количествѣ. Не маловажную роль играетъ и выборъ извѣстной пищи, богатой фосфоромъ,—мозги, яичные желтки, морская рыба, нѣкоторыя овощи, чечевица пюре, овсянка въ видѣ молочныхъ суповъ, легко усвояемые жиры. Съ этой точки зрѣнія можетъ быть полезно также назначать нѣкоторыя лекарства, могущія снабжать организмъ фосфоромъ, а именно: глицерофосфаты и гипофосфиты. Я заявляю, что употребленіе этихъ средствъ мнѣ давало превосходные результаты. Въ холодное время года, тресковый жиръ, при условіи, если онъ хорошо переносится, особенно пригоденъ въ подобныхъ случаяхъ, такъ какъ это средство заключаетъ въ себѣ фосфоръ и другія начала, которыя признаются способствующими питанію нервныхъ элементовъ. Вмѣстѣ съ этимъ тресковый жиръ представляетъ организму жировое вещество въ замѣчательно легко усваиваемой формѣ; жиръ же въ строеніи нервныхъ элементовъ принимаетъ участіе въ значительной долѣ. Усвоеніе питательнаго жира въ нужномъ количествѣ заключаетъ въ себѣ наилучшую утилизацію азотистаго вещества, вводимаго съ пищей, а это азотистое вещество необходимо для возстановленія мышцъ.

Я не могу входить въ дальнѣйшія подробности по этому вопросу. Я хотѣлъ бы только, чтобы вы прониклись тѣмъ убѣжденіемъ, что установленіе соответственнаго пищевого режима имѣетъ первостепенное значеніе во время теченія второго періода полиневритовъ, т. е. въ то время, когда вмѣшательство врача должно быть направлено прежде всего на анатомическое возстановленіе мышцъ и измѣненныхъ нервовъ

Чтобы эти старанія увѣнчались успѣхомъ, недостаточно только снабдить организмъ тѣмъ, что можетъ способствовать возстановленію измѣненныхъ тканей: нужно еще, чтобы утилизація матеріаловъ, необходимыхъ для этой восстановительной работы происходила въ желательныхъ пунктахъ. Возрожденіе анатомическихъ элементовъ зависитъ отъ питанія, а дѣятельность питанія въ органѣ подчинена дѣятельности мѣстнаго кровообращенія. Вотъ почему субъекту, страдающему полиневритомъ, прописывается все то, что способствуетъ и не затрудняетъ дѣятельности кровообращенія въ участкахъ парализованныхъ и атрофированныхъ нервовъ и мышцъ. На этомъ основаніи примѣняемая осторожно воз-

буждающія растиранія, теплыя обмыванія, горячія, но короткія, непродолжительныя ванны, производимыя съ большой осторожностью и постепенностью, дабы не подвергать мышцъ преждевременному утомленію, гальванизация и фарадизация нервовъ и мышцъ, методическая гимнастика, массажъ, оказываютъ превосходную услугу въ опытныхъ рукахъ.

Чтобы усилить питаніе нервовъ и мышцъ, не ограничивайтесь только такъ называемыми мѣстными средствами, потому что они дѣйствуютъ лишь на извѣстное мѣсто. Старайтесь еще возбудить кровообращеніе и дѣятельность центровъ, завыдающихъ питаніемъ перерожденныхъ частей. Добивайтесь этого результата при помощи гальванизации спинного мозга, простыми теплыми ваннами, солеными ваннами, а особенно инъекціями стрихнина. Этимъ средствомъ въ отношеніи примѣняемыхъ дозъ нужно пользоваться съ большой осторожностью. Но чтобы извлечь изъ этого средства все, что отъ него можно ожидать въ случаѣ тяжелаго полиневрита, необходимо при его примѣненіи выказать такую настойчивость, о которой, я думаю, немногіе врачи имѣютъ точное представленіе. Это леченіе слѣдуетъ продолжать въ теченіе недѣль и мѣсяцевъ. При инъекціяхъ вы не будете употреблять дозы, превышающей 0,001 стрихнина; больше двухъ инъекцій въ сутки вы не должны дѣлать; обыкновенно же вы будете дѣлать по одной инъекціи каждыя два дня. Вы растянете инъекціи на большіе промежутки, если только обнаружатся явленія отравленія стрихниномъ. Вспомните, что за таковыя мы признаемъ спазмы въ мышцахъ глотанія и дыханія, гиперестезію сѣтчатки, выражающуюся фотофобіей и фосфенами, а особенно повышенной возбудимостью эксцито-моторной силы, вслѣдствіе чего больные подсакапваютъ при малѣйшемъ прикосновеніи, какъ будто чрезъ ихъ конечности проходятъ электрическіе удары. Подобныя явленія суть показатели, съ которыми слѣдуетъ считаться. Они указываютъ, что насталъ моментъ прервать леченіе, отъ котораго вы были вправѣ ожидать превосходныхъ результатовъ при леченіи полиневритовъ вообще и дифтеритическихъ полиневритовъ въ частности.

Пользуясь случаемъ, я вамъ сейчасъ представлю двухъ больныхъ, которые поступили въ наши палаты вслѣдствіе дифтеритическихъ параличей, распространившихся на большое число мышцъ: въ одной изъ предшествующихъ лекцій я познакомилъ васъ съ этими двумя больными. Первый изъ нихъ лечится уже около года. Ему теперь гораздо лучше; параличъ верхнихъ и нижнихъ конечностей прошелъ; осталось парализованнымъ только мягкое небо, гдѣ этотъ параличъ держится довольно упорно. У втораго больного, 32-хъ лѣтняго мужчины, котораго я вамъ представлялъ на одной изъ моихъ лекцій по вторникамъ, параличъ первоначально захватилъ мягкое небо и экстензоры ручной кисти; онъ сопровождался атаксіей нижнихъ конечностей и тахикардіей (120 уд. въ 1¹), безъ повышенія температуры тѣла, что указываетъ на то, что п. п. pneumo-gastrici были затронуты. Да и давленіе на нервные стволы на шеѣ было болѣзненно. Послѣ 3-хъ мѣся-

наго леченія, въ основаніи котораго были инъекціи стрихнина, этотъ человѣкъ въ настоящее время совершенно поправился.

Я перехожу ко второй части нашей программы, касающейся функціональнаго возстановленія органовъ движенія. Двигательная способность на пути къ поправленію; больной, лежа на постели, можетъ поднимать конечности и выполнять ими простыя движенія безъ видимой боли. Въ нашу программу вводится новый элементъ, относящійся къ вопросу леченія полиневрита. Эти конечности, которыми больной снова можетъ двигать, но которыми онъ еще не въ состояніи пользоваться для обычныхъ жизненныхъ потребностей, слѣдуетъ подвергнуть методическимъ упражненіямъ. Выполненіе этой части программы требуетъ со стороны пользующаго врача много вдумчивости, а еще больше настойчивости; упражненія, предписываемыя больному, будутъ имѣть цѣлью не столько укрѣпленіе мышцъ, сколько пробужденіе въ нихъ представленія и привычки къ движеніямъ.

Это перевоспитаніе мышцъ составляетъ первую фазу, во время которой конечности больного подвергнутся исключительно пассивнымъ движеніямъ; слѣдовательно, вмѣшательство врача тутъ будетъ непосредственное. Это не мѣшаетъ тому, чтобы самъ больной, насколько онъ можетъ, помогалъ врачу въ выполненіи этой задачи. Позже къ этой пассивной гимнастикѣ надо будетъ присоединить активную гимнастику, начиная съ самыхъ простѣйшихъ движеній, чтобы затѣмъ постепенно переходить къ болѣе и болѣе сложнымъ движеніямъ. Роль врача, предписывающаго эти упражненія, будетъ состоять не только въ простомъ наблюденіи, но и во внушеніи; онъ долженъ внушить больному довѣріе къ своему авторитету и сообщить ему свою увѣренность въ пользѣ этихъ упражненій, такъ какъ волевые центры больного поражены болѣзью нисколько не менѣе, чѣмъ нервы и мышцы.

Эта психическая часть леченія тяжелыхъ полиневритовъ, упускаемая изъ виду большинствомъ авторовъ, удивительно хорошо разобрана Берлинскимъ профессоромъ Лейденомъ,¹⁾ который сумѣлъ ясно доказать, сколько нужно употребить терпѣнія и энергіи въ нѣкоторыхъ случаяхъ тяжелаго полиневрита, если хотятъ достигнуть благопріятнаго результата: избавить отъ безпомощности больныхъ съ параличемъ всѣхъ четырехъ конечностей, обреченныхъ на калѣчество, если ихъ предоставить самимъ себѣ, но способныхъ при соответственномъ правильномъ леченіи или совершенно поправиться, или сохранить, какъ единственные слѣды бывшаго у нихъ полиневрита, ограниченные параличи или атрофіи. По этому не слѣдуетъ ограничиваться примѣненіемъ физическихъ и лекарственныхъ агентовъ, предназначенныхъ для пробужденія сократительности въ мышцахъ, въ которыхъ таковая какъ бы угасла; слѣдуетъ пустить въ дѣйствіе и тѣ агенты, которые

¹⁾ E. Le y d e n.—Vorstellung eines Falles von schwerer nach zweijähriger Dauer geheilter Neuritis, etc. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1884, № 20, S. 742). Смотри также Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie. 1894, № 12, p. 225.

противодѣйствуютъ этому состоянію абудіи, о которомъ я сейчасъ говорилъ вамъ. Надо пробудить, оживить тѣ органы, которые болѣе не дѣйствуютъ, потому, что они лишены содѣйствія соотвѣтственныхъ центровъ, или потому, что они самопроизвольно не въ состояніи преодолѣть сокращеніе антагонистовъ, или потому, что они слишкомъ долго пребывали въ инертномъ состояніи. Но какимъ образомъ достигнуть этого результата?

Если только есть хоть небольшія боли, появляющіяся при малѣйшихъ движеніяхъ, вы заставите больныхъ лежать въ выпрямленномъ положеніи въ постели, сначала нѣсколько времени, а затѣмъ болѣе и болѣе продолжительное время. Вы прикажете имъ вначалѣ двигать пальцами, затѣмъ ручными кистями, потомъ предплечьями, при чемъ облегченію этихъ движеній вы помогаете сами. Разъ только больные будутъ въ состояніи поднимать свои верхнія конечности, вы предписываете имъ выполнять этими конечностями другія упражненія, пользоваться ими во время ѣды, при выполненіи туалета, при вставаніи съ постели, придерживаясь за веревку, прикрѣпленную къ потолку, при выполненіи ими же самими таковыхъ движеній большими ножными пальцами при помощи тесьмы, которую вы прикрѣпляете къ этимъ частямъ. Позже вы съ двумя помощниками заставите ихъ встать съ постели, вы прикажете имъ держаться въ стоячемъ положеніи; вы заставите ихъ попытаться ходить, поддерживая ихъ за плечи, и такъ далѣе. При выполненіи этого методическаго и прогрессивнаго метода пріученія больныхъ къ движеніямъ вы будете постоянно наталкиваться—вначалѣ, по крайней мѣрѣ—на апатію больныхъ, на предвзятую мысль о невозможности выполнить предписываемыя имъ движенія. Вы будете бороться съ разочарованіемъ, которое вами овладѣетъ въ виду скудныхъ результатовъ, полученныхъ при первыхъ опытахъ. Вамъ придется бороться съ психопатическимъ состояніемъ, которое проявится взрывомъ плача, большой неустойчивостью душевнаго равновѣсія, склонностью къ мрачнымъ идеямъ: но если вы проявите желаемаго терпѣніе и энергію, то въ послѣдствіи будете пріятно поражены той быстротой, съ какой будетъ наступать выздоровленіе, и той спасительной перемѣной, которая произойдетъ въ психическомъ состояніи вашего паціента.

Само-собой разумѣется, что разъ больные снова окажутся въ состояніи сами ходить, вы сдѣлаете все, что можетъ способствовать поднятію и улучшенію ихъ общаго состоянія. Вы предпримете имъ пребываніе на чистомъ воздухѣ, франклинизацию, или даже общую фарадизацию, примѣняемую съ осторожностью. Разъ больные на пути полнаго выздоровленія, гидротерапія, соотвѣтственно примѣненная, окажетъ вамъ большія услуги, какъ въ смыслѣ оживленія кровообращенія, такъ и въ смыслѣ укрѣпленія нервной системы.

Наконецъ, когда больные въ состояніи уже передвигаться, какъ дополненіе къ леченію, которое я только что изложилъ, является полезнымъ пребываніе на

югѣ во время дурного времени года, леченіе воздухомъ, водами, а именно хлористо-щелочными ваннами.



Рис. 47.

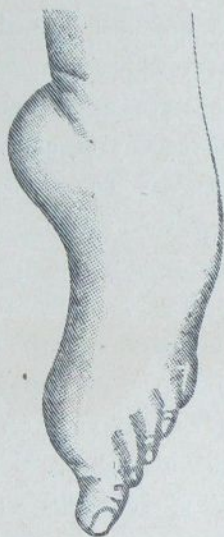


Рис. 48.



Тѣ изъ васъ, которые слѣдили за двумя больными, перенесшими тяжелый полиневритъ въ формѣ остраго паралича Ландри и выписавшимися въ состояніи пол-



Рис. 49.



Рис. 50.

наго выздоровленія, могли составить себѣ ясное понятіе о томъ, что можетъ въ случаяхъ подобнаго рода сдѣлать терапія, примѣняемая умно и настойчиво.

Тѣмъ не менѣе не слѣдуетъ думать, что въ случаяхъ полиневрита выздоровленіе составляетъ правило. Въ началѣ, въ остромъ періодѣ, больные могутъ

погибнуть отъ сердечно-легочныхъ осложненій, о характерѣ которыхъ я долго бесѣдовалъ съ вами. Эта случайность наблюдается относительно рѣдко.

Иногда же они погибаютъ отъ болѣзни (туберкулеза), при которой полиневритъ составляетъ лишь побочное явленіе, или отъ прогрессирующаго истощенія, которое является результатомъ весьма различныхъ факторовъ. Чаше всего случается, что полиневритъ оставляетъ прочныя слѣды даже въ такихъ случаяхъ, гдѣ онъ не походилъ по своему теченію на тяжелые случаи, гдѣ онъ не проявлялъ склонности сдѣлаться общимъ. Вы наблюдаете, напримѣръ, что въ теченіи многихъ лѣтъ существуютъ явленія парестезіи, ощущенія мурашекъ, онѣмѣнія, боли, появляющіяся пароксизмами; такъ обыкновенно бываетъ въ случаяхъ мышьяковаго паралича. Эти разстройства чувствительности не поддаются леченію, которое вамъ кажется здѣсь наиболѣе цѣлесообразнымъ.

Иной разъ вы встрѣтитесь съ непоправимыми мышечными атрофіями, осложненными сухожильными сведеніями, которыя вызываютъ одновременно и уродства и большое затрудненіе функцій конечностей. Противъ такихъ послѣдствій полиневритовъ массажъ и особенно хирургическое вмѣшательство оказываютъ драгоцѣнныя услуги. Заканчивая эту лекцію, я вамъ сейчасъ покажу больного, о которомъ я вамъ уже говорилъ въ предыдущей лекціи. Во время его пребыванія въ этомъ госпиталѣ, ему была сдѣлана резекція сухожилій. Я вамъ сейчасъ покажу фотографическіе снимки, представляющіе положеніе конечностей до операціи (Рис. 47 и 48); сравнивая эти фотографическіе снимки съ настоящимъ положеніемъ конечностей (Рис. 49 и 50), вы можете до нѣкоторой степени судить о результатѣ, который можетъ быть достигнутъ въ подобномъ случаѣ тенотоміями, произведенными знающей и опытной рукой.

Къ этому я прибавлю, что леченіе въ Э (въ Савойѣ), которое заключается въ сочетаніи массажа съ стрѣнистыми душами, какъ помогающее оперативному вмѣшательству средство, приноситъ также хорошіе результаты, въ чемъ я могъ лично убѣдиться.

Лекція XIX.

Случай корешковаго паралича праваго плечевого сплетенія¹⁾.

Содержаніе. Изученіе параличей плечевого сплетенія было уже предметомъ нѣсколькихъ предшествующихъ лекцій. Новый клиническій примѣръ. Обстоятельства, при которыхъ произошелъ параличъ.—Распределеніе двигательныхъ разстройствъ; сопровождающія разстройства чувствительности.—Настоящее состояніе: анализъ двигательныхъ разстройствъ.—Результаты электрическаго изслѣдованія.—Состояніе рефлексовъ.—Состояніе чувствительности; отсутствіе объективныхъ

¹⁾ Лекція 24 Апрѣля 1896 г.

разстройствъ. — Глазо-зрачковыя разстройства. — Выводъ. Д і а г н о з ъ. Доводы противъ гипотезы истерическаго паралича; противъ гипотезы паралича церебральнаго или спинно-мозгового происхожденія. — Дѣло идетъ о параличѣ плечевого сплетенія. — Взаимныя отношенія между нервными корешками и конечными вѣтвями этого сплетенія. — Что слѣдуетъ понимать подъ простымъ параличемъ плечевого сплетенія. — Что слѣдуетъ разумѣть подъ параличами лучевого нерва. Составные элементы паралича всего лучевого нерва. Частичный параличъ лучевого нерва; онъ представляетъ два типа: верхній и нижній. Существуютъ вырожденные случаи, относящіеся одновременно къ обоимъ этимъ типамъ. — Параличъ лучевого нерва можетъ быть двигательный, или чувствительный, или смѣшанный, т. е., двигательный и чувствительный. Выводъ и классификація различныхъ видовъ параличей верхней конечности. — Приведенный клиническій примѣръ относится къ случаю двигательнаго лучевого паралича плечевого сплетенія. — Онъ относится одновременно къ верхнему и нижнему типу частичнаго лучевого паралича. Онъ долженъ захватывать подостные и большую зубчатую мышцы. — Этотъ параличъ составляетъ, вѣроятно, послѣдствіе неудобнаго положенія во время сна; анатомическія соображенія. Пр о г н о з ъ и л е ч е н і е.

Мм. Гг., въ теченіи послѣдняго года я посвятилъ нѣсколько лекцій изученію параличей плечевого сплетенія. Благодаря счастливой случайности, приведшей въ мое отдѣленіе какъ нельзя болѣе интересные примѣры параличей этого рода, мнѣ удалось это сдѣлать. Я могъ вамъ представить случай общаго двигательнаго паралича плечевого сплетенія, а позже — случай общаго чувствительнаго паралича того же самаго сплетенія съ едва замѣтными двигательными разстройствами, не считая параличей, ограничившихся однимъ, или нѣсколькими нервами верхней конечности.

Я воспользовался совокупностью этихъ фактовъ, дабы познакомить васъ съ симптоматологіей, съ развитіемъ и съ этиологіей главныхъ клиническихъ формъ параличей плечевого сплетенія; я особенно обратилъ вниманіе на ихъ діагнозъ и на ихъ леченіе. Но я отнюдь не хвастаюсь, что я совершенно исчерпалъ предметъ: сдѣлано это было настолько, насколько лишь было нужно. Здѣсь представляется случай повторить все то, что можно сказать по поводу многихъ другихъ главъ нервной патологіи: для клинициста, по крайней мѣрѣ, нѣтъ вовсе болѣзней, а есть лишь больные. Другими словами, трудно встрѣтить два случая паралича плечевого сплетенія, совершенно сходные между собой. Сколько больныхъ, столько и случаевъ, отличающихся между собой по своей этиологіи, по своей симптоматологіи, по своему развитію или по механизму происхожденія явленій.

Вотъ такимъ образомъ и у больного, который предъ нами, мы констатировали существованіе паралича плечевого сплетенія, но съ нѣсколько особенной симптоматологіей, отличающейся во многихъ отношеніяхъ отъ той, что мы видѣли въ случаяхъ, подобныхъ тѣмъ, о которыхъ я упоминалъ. Этотъ больной послужитъ темой для сегодняшней лекціи. Его случай позволитъ мнѣ изучить одно изъ наиболѣе интересныхъ условій, которое главенствуетъ въ развитіи параличей плече-

вого сплетенія. Кромѣ того мнѣ здѣсь представляется случай поставить точный діагнозъ въ отношеніи локализаціи и характера пораженія, на что насъ должны навести явленія, которыя мы обнаружили у этого человѣка. Но предъ этимъ я васъ познакомлю съ клиническими данными случая.

М. С., 19 лѣтъ, по профессіи укладчикъ, поступилъ въ наше отдѣленіе 9-го Октября 1895 года; онъ занимаетъ койку № 14 въ палатѣ Бу в ѣ е.

Изъ его анамнеза я подчеркиваю слѣдующую подробность: отецъ его 44 лѣтъ отъ роду, страдаетъ падучей. У больного около 10-лѣтняго возраста была корь, отъ которой не осталось никакихъ слѣдовъ; другихъ болѣзней у него не было.

Отмѣтимъ одну деталь, касающуюся одной привычки больного: ложась спать, онъ укладывался на постели съ приподнятыми руками и въ такомъ положеніи,—съ руками, скрещенными на затылкѣ, онъ засыпалъ. До Сентября 1895 года это дурная привычка не причиняла ему никакой печали. Въ разсматриваемое время, однажды утромъ, вставая съ постели, больной почувствовалъ довольно сильныя мурашки по всей передней поверхности праваго предплечья; тороплюсь добавить, что это аномальное ощущеніе не сопровождалось ни малѣйшими признаками пареза. Прошу васъ замѣтить, что наканунѣ больной заснулъ въ положеніи, которое я только что описалъ; впрочемъ, это была его ежедневная привычка.

Въ слѣдующіе дни у больного было то же самое аномальное ощущеніе мурашекъ; явленіе это становилось все болѣе и болѣе непріятнымъ, временами оно было невыносимо; между тѣмъ, больной продолжалъ спать съ вытянутыми руками. Такъ продолжалось въ теченіе 10 дней. Я укажу на то, что ни во время своихъ занятій, но въ какое-либо другое время, больной никогда не падалъ, не ушибался и не подвергался никакой травмѣ.

17-го Сентября 1895 года больной легъ спать въ 10 часовъ вечера, скрестивъ по привычкѣ руки на затылкѣ. Ночью онъ проснулся, но на этотъ разъ не отъ ощущенія простыхъ мурашекъ, а отъ сильныхъ болей въ рукѣ и въ плечѣ съ правой стороны. Въ это время онъ съ легко понятнымъ удивленіемъ констатировалъ, что его верхняя конечность не только онѣмѣла и была очень болѣзненна, но она была, кромѣ того, почти совершенно парализована.

Суда по разсказу больного, въ этотъ моментъ параличемъ, кажется, были охвачены предплечье, плечо и надплечье. Движенія въ пальцахъ и въ ручной кисти были сохранены; больной имѣлъ точное представленіе о выполняемыхъ имъ движеніяхъ, онъ сознавалъ, что размахъ этихъ движеній уменьшился. Короче, мышечное чувство было не затронуто.

Намъ не удалось узнать, были ли въ этотъ начальный періодъ объективныя расстройства чувствительности. Я долженъ вамъ прибавить, что черезъ два дня послѣ случая съ нимъ, т. е., 20-го Сентября, больной обратился за совѣтомъ къ врачу, который назначилъ ему мазь изъ хлороформа и іодную настойку; кромѣ

того врачъ ему кололъ руку; больному кажется, что онъ чувствовалъ уколы, но вообще воспоминаніе объ этомъ у него неясное.

Наоборотъ, относительно ощущеній мурашекъ, онѣмѣнія, которыя, не усиливаясь въ интенсивности, вмѣсто того, чтобы, какъ раньше, ограничиться передней поверхностью этой конечности, распространились почти на всю конечность, больной утверждаетъ весьма положительно, что этихъ ощущеній не было въ ручной кисти и въ четырехъ послѣднихъ пальцахъ. Слѣдовательно, въ этихъ частяхъ,—въ правомъ запястьѣ и въ правой ручной кисти, за исключеніемъ области большого пальца, не было разстройствъ объективной чувствительности. Я прибавлю, что никогда не констатировали въ правой верхней конечности настоящихъ болей, кромѣ мѣста на уровнѣ локтевой складки, гдѣ существовала и существуетъ еще болѣзненная точка при давленіи. Наконецъ, я замѣчу, что общее здоровье этого молодого человѣка было всегда удовлетворительное, все дѣло ограничивалось лишь параличемъ правой руки.

Таковы свѣдѣнія, которыя мы собрали о прошедшемъ нашего больного и о тѣхъ особыхъ условіяхъ, при которыхъ произошелъ у него параличъ. Теперь позвольте мнѣ васъ познакомить съ настоящимъ его состояніемъ, обнаруженнымъ при основательномъ изслѣдованіи, произведенномъ 10-го Октября текущаго года, чрезъ нѣсколько дней по поступленіи больного въ госпиталь.

С. былъ осмотрѣнъ раздѣтымъ до-гола. Не лишнимъ будетъ предложить и вамъ поступать такимъ образомъ въ случаяхъ этого рода. Съ перваго же взгляда замѣтно было, что правое надплечье было немного выше лѣваго. Это особенно бросалось въ глаза, если на больного смотрѣли сзади. Это приподнятіе плеча зависѣло отъ небольшой контрактуры правой трапецевидной мышцы. По этому поводу позвольте мнѣ сдѣлать слѣдующее коротенькое вводное замѣчаніе:

Въ одной изъ моихъ прошлогоднихъ лекцій ¹⁾ я уже имѣлъ случай обращать ваше вниманіе на этотъ симптомъ, о которомъ въ вашихъ дидактическихъ руководствахъ не упоминается, между тѣмъ, какъ Гюэ его констатировалъ въ двухъ случаяхъ паралича плечевого сплетенія. Я, со своей стороны, въ той же самой лекціи указывалъ на то, что рассматриваемый симптомъ, собственно говоря, не принадлежитъ параличамъ плечевого сплетенія. Въ доказательство этого положенія я показалъ 18-лѣтнюю дѣвицу, у которой была плечевая моноплегія, какъ послѣдствіе дѣтскаго паралича; у нея констатировали такое же самое приподнятіе плеча, но еще болѣе выраженное. Съ того времени мы нѣсколько разъ встрѣчали рассматриваемый симптомъ въ другихъ случаяхъ плечевой моноплегии у больныхъ, попадавшихъ въ наше отдѣленіе.

Я продолжаю дальнѣйшій осмотръ нашего больного. При осмотрѣ обнажен-

¹⁾ F. R a y m o n d.—Clinique des maladies du système nerveux. Première série, Paris, 1896, p. 201.

наго туловища мы кроме того констатировали диффузную, но очень выраженную на уровнѣ праваго плеча и праваго предплечья, аміотрофік. Мимоходомъ я замѣчу, что больной не лѣвша. Сверхъ того, чтобы ознакомить васъ со степенью этой аміотрофіи, которая представляется болѣе выраженной на плечѣ, я приведу результаты сдѣланныхъ измѣреній,—они слѣдующіе:

Окружность	{ праваго плеча	верхняго отдѣла	25 сантим.
		средины	23 ¹ / ₂ »
	{ лѣваго плеча	верхняго отдѣла	27 »
		средины	26 »
Окружность	{ предплечья на разстояніи 8 сантим. отъ лок- тевого отростка	праваго	22 ¹ / ₂ »
		лѣваго	23 ¹ / ₂ »

Атрофія, какъ казалось, не распространяется на мышцы надплечья.

Двигательныя разстройства.—Измѣдованіе двигательныхъ разстройствъ обнаружило слѣдующее:

Больной едва можетъ двигать рукою впередъ, назадъ, кнаружи; движенія назадъ болѣе ограничены, чѣмъ другія. Движенія приподнятія надплечья уничтожены. Вообще, констатированъ настолько значительный параличъ руки, что больной не могъ положить руку въ карманъ. Когда ему помогали это сдѣлать, то ему стоило большихъ усилій, чтобы высвободить эту руку обратно изъ кармана. Впрочемъ поворотъ плеча кнаружи и кнутри въ ограниченныхъ предѣлахъ былъ возможенъ. Наоборотъ, когда больной дѣлалъ попытку приподнять плечо, ему не удавалось сообщить ему ни малѣйшаго движенія, и при ощупываніи плеча не ощущалось ни малѣйшаго сокращенія дельтовидной мышцы.

Волеовое сгибаніе предплечья по направленію къ плечу было совершенно уничтожено. Когда пригибали это предплечье къ плечу и когда просили больного противооѣствовать этому пассивными движеніями разгибанія, то не встрѣчали никакого сопротивленія; предплечье опускалось тяжело, что служить доказательствомъ того, что мышцы всей передней поверхности плеча, иннервируемыя n. musculocutaneus, а именно: m. m. biceps, brachialis internus, coraco-brachialis были совершенно парализованы; m. supinator longus также участвовалъ въ этомъ параличѣ, такъ какъ не ощущалось никакого сокращенія его подъ кожей, когда больного заставляли продѣлывать соотвѣтственные движенія.

Больной могъ оказывать лишь слабое противооѣвствіе пассивнымъ движеніямъ сгибанія предплечья по направленію къ плечу, что доказываетъ то, что хотя m. biceps brachialis и не былъ вполне парализованъ, но онъ утратилъ свою сократительную энергію. Супинація была невозможна; наоборотъ пронація выполнялась нормально. Вообще, предплечье было, такъ сказать, въ положеніи постоянной пронаціи, плечо же оставалось какъ-бы приклееннымъ къ туловищу.

Больной могъ писать, но, приступая къ этому упражненію, онъ при помощи своей лѣвой руки передвигалъ бумагу справа налѣво, чтобы не перемѣщать своей правой ручной кисти,—замѣтите хорошо эту подробность. Говоря по правдѣ, онъ былъ въ состояніи производить правой ручной кистью и предплечьемъ небольшое перемѣщеніе, не прибѣгая къ помощи лѣвой ручной кисти, но этого онъ достигалъ цѣной большихъ усилій.

Мышечная атрофія.—Констатирована замѣтная атрофія мелкихъ мышцъ ручной кисти. Больной произвольно могъ приподнять ручную кисть, но не безъ затрудненія. Если въ такомъ приподнятомъ положеніи ручной кисти производили на нее давленіе, чтобы согнуть ее, больной проявлялъ лишь слабое подобіе противоѣдѣнія, что указываетъ на то, что экстензоры участвуютъ въ параличѣ. Когда кисть руки была пригнута къ предплечью и ей сообщили пассивное движеніе разгибанія, больной не могъ оказать болѣе сильнаго сопротивленія этому; слѣдовательно, параличемъ до извѣстной степени были поражены и сгибатели ручной кисти. Этотъ парезъ сгибателей и разгибателей ручной кисти еще болѣе становился очевиднымъ при сравненіи съ функціональной способностей сходныхъ по функціямъ мышцъ обоихъ предплечій. Съ другой стороны изслѣдованіе динамометромъ показало, что сила правой руки обозначалась цифрой 9, а—лѣвой—цифрой 39!

Къ этому я добавлю, что возвышенія большого пальца и мизинца, а также и межкостныя мышцы, кажется, вовсе не принимали участія въ параличѣ, такъ какъ удаленіе и сближеніе пальцевъ, отведеніе большого пальца отъ другихъ пальцевъ и проч. выполнялись нормально.

Другія мышцы плечъ, исключая дельтовидную мышцу, равно какъ и мышцы туловища, функціонировали нормально.

Электрическое изслѣдованіе.—Электрическое изслѣдованіе парализованной конечности дало результаты, которые можно резюмировать въ слѣдующихъ словахъ: при изслѣдованіи *m. m. deltoideus, biceps, coraco-brachialis, supinator longus, infraspinatus, teres major* очень ясно были выражены признаки реакціи частичнаго перерожденія. Въ другихъ мышцахъ надплечья, плеча, предплечья и ручной кисти все сводилось къ незначительному уменьшенію электрической сократительности.

Состояніе рефлексовъ.—Сухожильные рефлексы на правой верхней конечности отсутствовали. Кожные рефлексы были нормальны.

Разстройства чувствительности.—Субъэктивные разстройства чувствительности ослабли: больной ощущалъ лишь слабыя мурашки въ большемъ пальцѣ; во всей остальной правой верхней конечности парестезическія явленія исчезли. С. во время дня болѣе не страдалъ. Наоборотъ, по ночамъ, онъ испытывалъ ощущеніе весьма мучительнаго, по временамъ почти болѣзненнаго онѣмѣнія парализованной конечности, которое охватывало надплечье, плечо и предплечье.

Иногда больной просыпался также вслѣдствіе ощущенія страшной разбитости и усталости, распространявшейся особенно вдоль парализованной конечности.

Даже и днемъ, т. е., въ то время, когда произвольныя боли отсутствовали, давленіе на мышцы надплечья и плеча *en masse* вызывало довольно сильныя боли.

Самое тщательное изслѣдованіе не обнаружило ни малѣйшаго расстройства объективной чувствительности. Мышечное чувство было совершенно не затронуто; то же самое можно сказать про чувство мѣста: больной отдавалъ себѣ весьма ясный отчетъ о всевозможныхъ положеніяхъ, придаваемыхъ различнымъ сегментамъ его парализованной конечности.

Вазомоторныя расстройства.—Въ числѣ явленій этого разряда я укажу вамъ лишь на слѣдующія: кожа на правой конечности была немного болѣе окрашена, нѣсколько болѣе холодна, чѣмъ слѣва, но при этомъ не было и слѣдовъ отека.

Трофическія расстройства.—Они заключались въ диффузную мышечную атрофію, о которой я вамъ сейчасъ говорилъ; я прибавлю, что въ области мышцъ, пораженныхъ этой атрофіей, очень ясныхъ слѣдовъ фибриллярныхъ сокращеній не наблюдалось.

Глазо-зрачковыя расстройства. — Со стороны органа зрѣнія замѣчалось нѣкоторое суженіе праваго зрачка; при этомъ онъ реагировалъ на свѣтъ и аккомодацию правильно. Въ правой щекѣ замѣтнаго уплощенія не было. Глазная щель съ той же стороны не была сужена; глазъ не казался выпуклымъ. Соответствующее ухо не было болѣе краснымъ, чѣмъ съ противоположной стороны. Слѣдуетъ добавить, что лицо, въ общемъ, было нѣсколько асимметрично. Въ итогѣ, глазо-зрачковыя явленія заключались лишь въ нѣкоторой степени суженія праваго зрачка.

Вотъ, каково было состояніе больного 10-го Октября 1895 года.

Въ настоящее время (24-го Апрѣля 1896 года) состояніе правой верхней конечности замѣтно не измѣнилось—вы можете въ томъ сами убѣдиться во-очію: произвольная подвижность находится на пути незначительнаго улучшенія; диффузная атрофія парализованной конечности менѣе выражена. Правда, что всѣ мышцы на лѣвой верхней конечности приобрѣли также болѣе значительное развитіе. Вы въ этомъ легко можете убѣдиться, взглянувъ на таблицу, находящуюся предъ вами, гдѣ записаны сравнительные результаты измѣреній, произведенныхъ 10-го Октября 1895 года и вчера, 23-го Апрѣля 1896 года.

10 Октября 1895 г. 23 Апрѣля 1896 г.

Окружность плеча	}	верхняя часть	}	праваго	25 см.	26 см.
				лѣваго	27 »	29 »
	}	средняя часть	}	праваго	23 ¹ / ₂ »	22 »
				лѣваго	26 »	26 »
Окружность предплечья	}	средняя часть	}	праваго	22 ¹ / ₂ »	23 »
				лѣваго	23 ¹ / ₂ »	23 »

Съ другой стороны, какъ прежде, такъ и теперь, въ мышцахъ Эрбъ-Дюшенневской группы, а именно: въ *m. m. deltoideus, biceps, brachialis internus, coraco-brachialis, supinator longus* и *infraspinatus*, констатируются признаки реакціи перерожденія. Теперь, кромѣ того, при изслѣдованіи мышцъ возвышенія большого пальца и мизинца и межкостныхъ мышцъ, замѣчаются и въ нихъ слѣды той же самой реакціи. Наоборотъ, электрическая реакція трехглавой плечевой мышцы, разгибателей и сгибателей пальцевъ, круглой поворачивающей мышцы теперь нормальна.

Итакъ, подводя итогъ, мы имѣемъ передъ собой неполную моноплегію правой верхней конечности. Однако, распредѣленіе этой моноплегіи не однородное. Параличъ преобладаетъ въ извѣстныхъ мышцахъ, составляющихъ очень опредѣленную группу (Эрбъ-Дюшенневскую), а именно: въ *m. m. deltoideus, biceps, coraco-brachialis, supinator longus*; параличъ въ этихъ мышцахъ совершенно полный. Трехглавая плечевая мышца, сгибатели и разгибатели пальцевъ участвуютъ также въ параличѣ, но въ меньшей степени. Что касается мелкихъ мышцъ ручной кости, то онѣ не затронуты.

Независимо отъ этого паралича констатируется диффузная атрофія парализованныхъ мышцъ и нѣкоторая степень суженія праваго зрачка, не считая нѣкоторыхъ разстройствъ субъективной чувствительности въ формѣ парестезическихъ явленій. Объективная чувствительность совершенно сохранена.

Діагнозъ.—Какой діагнозъ поставить при наличіи этой совокупности симптомовъ? Но, по моему мнѣнію, нельзя колебаться между большимъ числомъ предположеній.

Прежде всего мы можемъ совершенно исключить гипотезу объ истерическомъ параличѣ. Истерическіе параличи, какъ извѣстно, представляютъ совершенно иной способъ распространенія, чѣмъ у нашего больного: это будутъ, напримѣръ, общія плечевыя моноплегіи, или параличи всей ручной кисти, или предплечья, или параличи надплечья. Они сопровождаются поверхностной и глубокой анестезіей, границы которой до нѣкоторой степени совпадаютъ съ границами двигательнаго паралича; анестезіи эти распредѣляются въ видѣ манжетъ, наплечниковъ. У нашего больного параличъ охватилъ въ нѣкоторомъ родѣ избранныя мышцы, причемъ онъ пощадилъ отчасти или цѣликомъ сосѣднія мышцы,—это есть параличъ раздробленный, онъ не сопровождается разстройствами объективной чувствительности; наоборотъ, онъ сопровождается извѣстной степенью диффузной мышечной атрофіи. Въ случаяхъ же истерическаго паралича мышечная атрофія есть явленіе исключительное и суженіе зрачка на одной сторонѣ не свойственно ихъ симптоматологіи. Наконецъ, простое констатированіе, при изслѣдованіи пораженныхъ мышцъ, реакціи перерожденія является уже достаточнымъ основаніемъ, чтобы исключить гипотезу объ истерическомъ параличѣ.

Аналогичные доводы даютъ намъ право отбросить также гипотезу о параличѣ, находящемся въ связи съ церебральнымъ или спинно-мозговымъ пораженіемъ. Изъ числа церебральныхъ пораженій, могутъ вызвать моноплегію верхней конечности лишь таковыя въ психомоторной зонѣ мозговой коры, или подлежащаго бѣлаго вещества. Въ случаяхъ кортикальной моноплегіи почти постоянны нѣкоторые послѣдовательныя явленія, какъ-то: усиленіе рефлексовъ, контрактура парализованныхъ частей, припадки частичной эпилепсіи, не наблюдаемыя у нашего больного. Сверхъ того параличъ не обнаруживаетъ вовсе диссоціированнаго характера, какой мы находимъ у субъекта, стоящаго теперь предъ вами.

Этотъ послѣдній признакъ идегъ также навстрѣчу гипотезѣ о спинно-мозговомъ параличѣ. Трудно представить себѣ спинно-мозговое пораженіе, которое избрало бы для себя область, завѣдующую лишь центрами иннерваціи парализованныхъ у нашего больного мышцъ, щадя въ то же время центры иннерваціи мышцъ ручной кисти. Затѣмъ, при наличности спинно-мозгового паралича атрофія парализованныхъ мышцъ должна была бы быть иначе выражена и должна была бы быть массовой, а не такая, какую мы констатируемъ у нашего больного. Далѣе, наконецъ, процессъ при своемъ началѣ выразился бы симптомами, никогда не отсутствующими въ случаяхъ остраго міэлиты—даже тогда, когда этотъ процессъ очень ограниченъ, а именно: лихорадкой, болѣзненными точками, рахіалгіей.

Въ концѣ-концовъ, единственная гипотеза подходитъ подъ условія, отвѣчающія данному случаю, — это гипотеза, допускающая невропатическое происхожденіе тѣхъ явленій, которыя мы констатируемъ здѣсь. Эта гипотеза можетъ намъ объяснить какъ общую картину, такъ и детали симптоматическаго проявленія, элементы котораго вамъ извѣстны.

Итакъ, по моему мнѣнію, предъ нами имѣется параличъ невропатическаго происхожденія, параличъ плечевого сплетенія. Но этотъ діагнозъ требуетъ точнаго выясненія, какъ опредѣленнаго мѣстонахожденія, такъ и распространенія, а также способа происхожденія нервнаго пораженія. Тогда только, когда мы установимъ эти три пункта, мы въ состояніи поставить сознательный прогнозъ и формулировать пѣлесообразное леченіе, дающее больному надежду на выздоровленіе. Но я боюсь, что слушающіе меня въ данное время недостаточно уясняютъ себѣ всей важности предварительныхъ трехъ пунктовъ; поэтому мнѣ, чтобы придать діагнозу всю строгость, которая требуется обстоятельствами случая, необходимо это уяснить. Въ виду этого я считаю нужнымъ на короткое время возвратиться къ нѣкоторымъ даннымъ, относящимся къ классификаціи и патогенезу параличей верхней конечности—къ даннымъ, которыя я подробно изложилъ въ одной изъ моихъ лекцій за послѣдній годъ.

Дѣло касается вопроса, который въ вашихъ классическихъ руководствахъ

никогда не рассматривался съ желательной ясностью и точностью,—этого достаточно, чтобы къ нему возвратиться.

Вспомните, что верхняя конечность иннервируется конечными вѣтвями плечевого сплетенія.

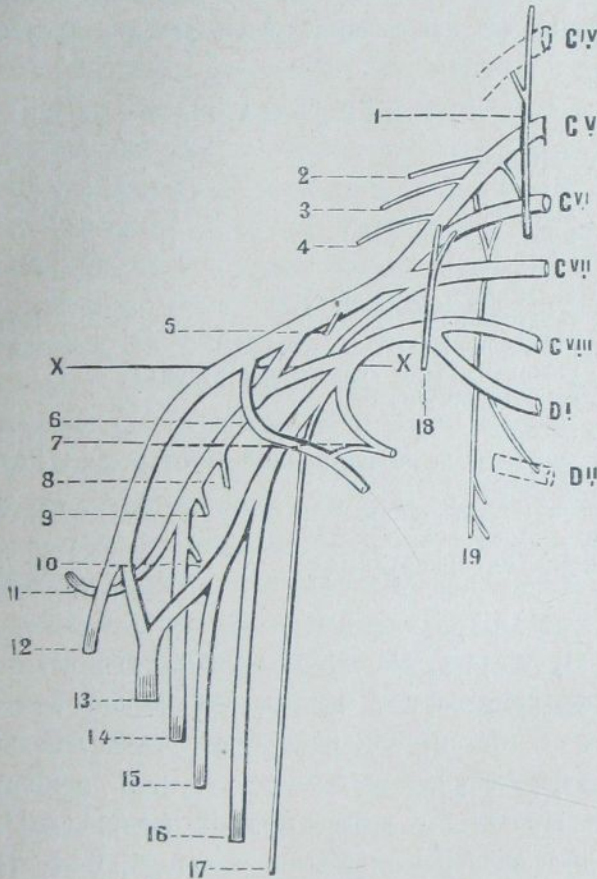


Рис. 51.

Шема плечевого сплетенія (по Т е с т ю, «Анатомія»). X. X. — направленіе клю-
чицы. C. IV, C. V, C. VI, C. VII, C. VIII; 4-я, 5-я, 6-я, 7-я, 8-я шейныя пары
нервовъ. D', D''. 1-я и 2-я грудныя пары нервовъ. 1) n. pbrenicus, 2) n. m. angu-
laris, 3) n. m. rhomboidei, 4) n. suprascapularis, 5) n. subscapularis super.,
6) n. m. pectoralis majoris, 7) n. m. pectoralis minor, 8) n. subscapularis inferior,
9) n. m. latissimi dorsi, 10) n. m. teres major et m. subscapularis inferior, 11) n.
axillaris. 12) n. musculo-cutaneus, 13) n. medianus, 14) n. radialis, 15) n. cubitalis,
16) n. cutaneus brachii internus и 17) вѣтвь его, 18) n. m. subscapularis, n. m.
serrati antici.

Вы вспомните, что словами «плечевое сплетеніе» обозначается переплетаніе
нервныхъ пучковъ, волокна которыхъ происходятъ изъ 5-й, 6-й, 7-й и 8-й шейной
пары и 1-й грудной пары нервныхъ корешковъ. Находящійся предъ вами рисунокъ
точно воспроизводитъ связь плечевого сплетенія съ его нервными корешками и съ

нервами верхней конечности. Сразу и безъ большого умственнаго напряженія вы можете уразумѣть эти анатомическія отношенія.

На этомъ рисунокѣ не показаны отношенія элементовъ (нервныхъ волоконъ), составляющихъ нервы верхней конечности къ элементамъ, составляющимъ корешки плечевого сплетенія, между тѣмъ это имѣетъ капитальную важность для освѣщенія только что намѣченныхъ нами точекъ. Таблица I пополняетъ этотъ пробѣлъ.

ТАБЛИЦА I.

5-ая и 6-ая	{	M. deltoides	{	N. axillaris.
		M. biceps		N. musculo-cutaneus.
		M. musculo-cutaneus		
		M. brachialis internus		
шейныя	{	M. supinator longus	{	N. radialis.
		M. m. supra и infra-spinatus		
пары.	{	M. rhomboideus	{	Коллатеральныя вѣтви плечевого сплетенія.
		M. infra-scapularis		
		M. pectoralis major (ключичный пучекъ)		
		M. serratus anticus		
7-ая и 8-ая	{	M. triceps	{	N. radialis.
		M. pectoralis major (грудинный пучекъ)		Коллатеральныя вѣтви.
шейныя	{	M. latissimus dorsi	{	
		Mm. extensores manus		
1-ая грудная пара.	{	Мышцы иннервируемыя	{	N. medianus.
				N. cubitalis.

Просматривая эту таблицу, вы можете уяснить себѣ, изъ какихъ корешковъ происходятъ волокна, составляющія опредѣленный нервъ. Вы читаете, наприм., что n. n. axillaris et musculo-cutaneus берутъ свои волокна исключительно изъ 5-ой и 6-ой пары шейныхъ корешковъ; что n. n. medianus et cubitalis получаютъ всѣ ихъ волокна изъ первой грудной пары, между тѣмъ какъ волокна n. radialis происходятъ одновременно изъ 5-ой, 6-ой, 7-ой и 8-ой шейныхъ паръ. Вы прочтете еще, что коллатеральныя вѣтви плечевого сплетенія происходятъ: однѣ изъ 5-ой и 6-ой паръ, а другія—изъ 7-ой и 8-ой шейныхъ паръ нервныхъ корешковъ.

Что же все это значитъ? Это означаетъ то, что волокна одного и того же корешка распредѣляются между различными нервами и, наоборотъ, волокна одного и того же нерва могутъ происходить изъ различныхъ корешковъ. Поэтому патогенныя послѣдствія можно резюмировать въ слѣдующихъ нѣсколькихъ словахъ: невритическій параличъ верхней конечности, происшедшій вслѣдствіе пораженія нервныхъ проводниковъ, предназначенныхъ для этой конечности,—выше ихъ выхода изъ спинного мозга,—выразится весьма разнообразными признаками, въ зависимости отъ болѣе или менѣе возвышеннаго мѣстонахожденія пораженія. Въ виду этого нужно различать случаи, гдѣ пораженіе захватываетъ корешки сплетенія, отъ случаевъ, гдѣ поражено само сплетеніе по ю сторону образова-

нія изъ нервныхъ корешковъ нервныхъ стволовъ, и отъ тѣхъ случаевъ, гдѣ поражаются конечныя или коллатеральныя вѣтви сплетенія, состояніе которыхъ находится въ зависимости отъ состоянія самостоятельныхъ нервныхъ стволовъ.

Разсмотримъ сначала этотъ послѣдній случай. Пораженіе захватываетъ вѣтвь плечевого сплетенія, по сю сторону этого сплетенія, напримѣръ, въ подкрыльцовой ямкѣ. Что вслѣдствіе этого получается? Всѣ мышцы, иннервируемыя этимъ нервомъ, будутъ быстро парализованы; всѣ кожные участки, получающіе свои чувствительныя вѣточки изъ того же самаго нерва, будутъ лишены чувствительности. Такимъ образомъ, въ случаѣ пораженія, нарушающаго цѣлостность лучевого нерва немного ниже того мѣста, гдѣ этотъ нервъ отдѣляется отъ плечевого сплетенія, мы найдемъ парализованными: *m. m. triceps* на плечѣ, *supinator longus* и *m. m. extensores* ручной кисти и предплечья; функція всѣхъ другихъ мышцъ будетъ сохранена. Этотъ параличъ, захватывающій одинъ только нервъ, мы назовемъ простымъ параличемъ. Если пораженіе распространяется на нѣсколько вѣтвей плечевого сплетенія: на лучевой, на локтевой, на срединный нервы, какъ, напр., это бываетъ въ этихъ случаяхъ сдавленія злокачественной опухолью, мозолью, въ случаяхъ первичнаго полиневрита,—то тогда всѣ мышцы, снабжаемыя вышеупомянутыми нервами, будутъ парализованы. Мы, слѣдовательно, будемъ имѣть дѣло со сложнымъ параличемъ; но этотъ сложный параличъ является лишь результатомъ сочетанія нѣсколькихъ простыхъ параличей; вотъ почему мы и ставимъ діагнозъ простыхъ сочетанныхъ параличей. Эти простые сочетанные параличи, когда ими захвачены всѣ нервы верхней конечности, могутъ выражаться общей плечевой моноплегіей.

Вотъ, слѣдовательно, первый случай, гдѣ предъ нами имѣется одинъ или нѣсколько простыхъ параличей нервовъ верхней конечности. Другой случай, представлявшій рѣзкую противоположность предыдущему это—тотъ, гдѣ поражены корешки того же самаго плечевого сплетенія. Параличи, развивающіеся при этихъ условіяхъ, могутъ быть названы корешковыми. Если пораженія захватываютъ всѣ корешки плечевого сплетенія, то въ результатѣ получится параличъ всѣхъ конечныхъ и коллатеральныхъ вѣтвей плечевого сплетенія.

Корешковый параличъ въ этомъ случаѣ называется полнымъ. Въ такомъ случаѣ мы будемъ наблюдать одновременно и общую плечевую моноплегію, т. е., параличъ всѣхъ мышцъ верхней конечности и параличъ мышцъ: *supraetinfraspinatus*, *rhomboides*, *infrascapularis*, *pectoralis major*, *latissimus dorsi*, *serratus anticus*, иннервируемыхъ коллатеральными вѣтвями. Но, кромѣ того, мы будемъ наблюдать еще нѣчто, и это дополнительное явленіе заслуживаетъ особеннаго вашего вниманія.

Припомните, господа, что какъ 8-ая шейная пара, такъ и 1-ая грудная пара анастомозируетъ съ большимъ шейнымъ симпатическимъ узломъ при

посредствѣ соединяющей вѣточки (В. А., Рис. 52). Опыты Клодъ-Бернара ¹⁾, г-жи Дежеринъ-Клумке ²⁾, произведенные надъ собаками, доказали, что эта соединительная вѣточка содержитъ глазо-зрачковыя волокна. Эти волокна, берущія начало изъ спинного мозга, достигаютъ большого симпатическаго узла, переходя тамъ въ анастомотическую вѣтвь; дѣйствительно, когда у животнаго перерѣзаютъ или вырываютъ корешки, происходящіе изъ плечевого сплетенія, то наступаютъ зрачковыя явленія: суженіе зрачка, уменьшеніе глазной щели, западеніе глазного яблока,—каждый разъ, какъ только бываетъ поражена анастомотическая вѣтвь 1-ой грудной пары. Эти явленія отсутствуютъ, когда при экспериментѣ пощажена соединительная вѣтвь ³⁾.

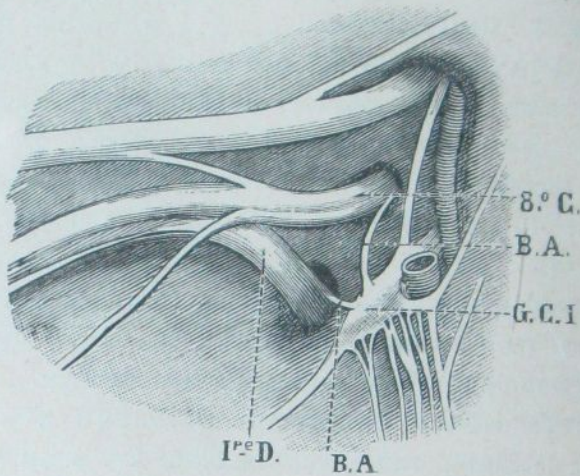


Рис. 52.

Мы теперь знаемъ, что достаточно большое число клиническихъ фактовъ стоитъ въ полномъ согласіи съ этими экспериментальными данными. Эти случаи

¹⁾ Cl. Bernard. Recherches expérimentales sur les nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique. (Journal de physiologie, 1862, p. 49).

²⁾ M-me Déjerine-Klumpke. Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial. (Revue de médecine, 1885, p. 769).

³⁾ Когда печаталась эта лекція, берлинскій профессор Оппенгеймъ имѣлъ возможность вызвать прямое раздраженіе первыхъ паръ грудныхъ нервныхъ корешковъ у человѣка, которому былъ трепанированъ позвоночникъ. Одно раздраженіе первой пары грудныхъ корешковъ вызывало глазо-зрачковыя явленія: зрачекъ съ раздражаемой стороны расширился ad maximum и этотъ mydriasis продолжался нѣсколько секундъ. Такимъ образомъ этотъ опытъ доказываетъ, что у человѣка часть по крайней мѣрѣ волоконъ, содержащихся въ анастомотической вѣтви, раздраженіе которыхъ вызываетъ глазо-зрачковыя явленія, выдвигается путемъ первой грудной пары изъ спинного мозга съ той цѣлю, чтобы соединиться съ нижнимъ шейнымъ узломъ большого симпатическаго нерва.

доказываютъ, что пораженіе нижнихъ корешковъ плечевого сплетенія вызываетъ параличи, сопровождающіеся глазо-зрачковыми явленіями, аналогичными тѣмъ, которыя, какъ мы видимъ, появляются у животнаго вслѣдствіе перерѣзки или разрыва тѣхъ же самыхъ корешковъ. Я особенно укажу вамъ на наблюденія, опубликованныя Сандсомъ и Сегэномъ ¹⁾, Прево ²⁾ изъ Женевы, Пфейфферомъ ³⁾, Хейбнеромъ ⁴⁾, Брунсомъ ⁵⁾, Монтеромъ ⁶⁾, Мюллеромъ ⁷⁾, какъ наблюденія, вполне подтверждающія только что сказанное мною. Наблюденіе Сандса и Сегэна, какъ я это уже имѣлъ случай отмѣтить, особенно убѣдительно. Дѣйствительно, оно относится къ больному, страдавшему травматическимъ параличемъ плечевого сплетенія. Сегэнъ произвелъ перерѣзку нижнихъ корешковъ сплетенія съ той цѣлью, чтобы избавить больного отъ испытываемыхъ имъ сильныхъ болей. Послѣдствіемъ этой операціи было суженіе зрачка.

Итакъ, полный корешковый параличъ кромѣ разстройствъ чувствительности, которыми онъ можетъ сопровождаться, совмѣщаетъ въ себѣ слѣдующіе три симптоматическихъ элемента, а именно:

а) параличъ всѣхъ мышцъ верхней конечности, т. е., мышцъ, иннервируемыхъ конечными вѣтвями сплетенія;

б) параличъ нѣкоторыхъ мышцъ плеча и туловища; *supra et infraspinalis rhomboideus, suprascapularis, pectoralis major, latissimus dorsi, serratus anticus*,—иннервируемыхъ коллатеральными вѣтвями сплетенія;

в) глазо-зрачковые расстройства, которыя могутъ выразиться суженіемъ зрачка; другой разъ они сверхъ того проявляются еще уменьшеніемъ глазной щели и даже нѣкоторой степенью западенія глазного яблока.

Корешковый параличъ можетъ быть и не полнымъ, онъ можетъ быть частичнымъ. Въ такомъ случаѣ онъ является послѣдствіемъ пораженія, захватываю-

¹⁾ Sands et Séguin. A case of traumatic brachial neuralgia by excision of the cord which go to form the brachial plexus. (Archiv of scientific and pract. medec. 1873, t. I, № 1).

²⁾ Prévost. Des paralysies radiculaires. (Revue médicale de la Suisse romande, 1886, № 4, p. 210).

³⁾ Pfeiffer. Zwei Fälle von Lähmung der unteren Wurzeln des Plexus brachialis. (Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1891, T. I, Heft 5—6, p. 345).

⁴⁾ Heubner. Drei Fälle von Klumpkscher Lähmung im Kindesalter. (Charité-Annalen, 1895, T. XX).

⁵⁾ Bruns. Ueber einen Fall totaler traumatischer Zerstörung des Rückenmarks. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1893, T. XXV, Heft 3, p. 757).

⁶⁾ Monter. Ueber die oculo-pupilläre Symptome. (Inaugural-Dissertation, Berlin, 1894).

⁷⁾ Müller. Beitrag zur Kenntniss des Fasernverlauf im Plexus brachialis. (Zeitschrift für Nervenheilkunde, T. V, Heft 2—3, p. 115).

шаго только нѣкоторые корешки плечевого сплетенія. Въ вашихъ классическихъ руководствахъ различаютъ два типа частичнаго корешковаго паралича:

Нижній типъ,—параличъ вслѣдствіе пораженія нижнихъ корешковъ плечевого сплетенія, который выражается глазо-зрачковыми явленіями, сочетанными съ параличемъ мышцъ, иннервируемыхъ п. п. *mediano* и *ulnare* (смотри табл. II).

Верхній типъ,—параличъ вслѣдствіе пораженія верхнихъ корешковъ сплетенія, который имѣетъ двѣ разновидности:

а) типъ Эрба, характеризующійся параличемъ слѣдующихъ мышцъ:

M. deltoideus	{ иннервируемыхъ нервами }	{ Axillaris. Musculo-cutaneus. Radialis.
M. biceps		
M. brachialis internus		
M. coraco-brachialis		

б) акушерская форма Дюшенна, при которой параличемъ, кромѣ предшествующихъ, мышцъ поражаются:

M. supra et infraspinalis	{ иннервируемая }	{ колытеральными вѣтвями плечевого сплетенія.
M. rhomboideus		
M. infrascapularis		
M. latissimus dorsi		
M. serratus anticus		

Вы видите, что двѣ разновидности этого верхняго типа въ общемъ представляютъ собой параличъ двухъ верхнихъ корешковъ (пятой и шестой шейныхъ паръ) сплетенія.

Вотъ классификація, которую вы найдете въ болѣе новыхъ руководствахъ по нервной патологіи. Но вы грубо ошибетесь, если вообразите, что всѣ случаи частичнаго корешковаго паралича относятся къ тому или другому изъ этихъ двухъ,—верхняго и нижняго—типовъ.

ТАБЛИЦА II.

Частичные корешковые параличи:

Верхній ко- решковый параличъ.	{ M. deltoideus. M. biceps. M. musculo-cutaneus. M. brachialis internus. M. supinator longus.	{ Пораженіе корешковъ 5-й и 6-й шейныхъ паръ.
--------------------------------------	---	--

безъ или съ участіемъ:

M. supra-infraspinalis.

Ключичнаго пучка m. pectoralis majoris.

M. supinator brevis.

Нижній ко- решковый параличъ.	{ Мышцы, иннервируемая среднимъ и локтевымъ нервами.	{ Пораженіе корешковъ 7-й и 8-й шейныхъ паръ и 1-й грудной пары нервныхъ корешковъ.
-------------------------------------	--	--

Въ одной изъ лекцій за прошлый годъ ¹⁾ я привелъ серію частичныхъ корешковыхъ параличей, которые нѣкоторыми чертами отличались отъ одного изъ этихъ типовъ, а именно: параличъ всѣхъ вѣтвей сплетенія, за исключеніемъ *n. mediani* (Штрауссъ); параличъ всѣхъ вѣтвей сплетенія, за исключеніемъ *n. cubitalis s. ulnaris*, съ участіемъ трапецевидной мышцы (Эрленмейеръ), изолированный параличъ локтевого нерва съ глазо-зрачковыми расстройствами (Зелихмюллеръ); параличъ нѣкоторыхъ мышцъ, иннервируемыхъ плечевымъ сплетеніемъ, и мышцъ, иннервируемыхъ шейнымъ сплетеніемъ (Рандю) и проч., и проч. Во избѣжаніе повторенія, желающіе подробно ознакомиться съ этими смѣшанными случаями могутъ прочесть о нихъ въ только что упомянутой мною лекціи.

Я прибавлю лишь нѣсколько словъ относительно одного случая, опубликованнаго Мюллеромъ, ²⁾ который мнѣ еще не былъ извѣстенъ, когда я составлялъ ту свою лекцію; въ случаѣ автора двигательный параличъ ограничивался правой ручной кистью. Всѣ мелкія мышцы этой кисти были атрофированы; двигательный параличъ осложнялся общей анестезіей, восходящей до середины предплечья; онъ сопровождался кромѣ того опущеніемъ вѣка, суженіемъ зрачка и нѣкоторой степенью западенія глазного яблока на парализованной сторонѣ. За причину этихъ явленій признавали гиперостозъ первого ребра, который, очевидно, сдвигивалъ плечевое сплетеніе.

До сихъ поръ, впрочемъ, я рассматривалъ только двигательныя расстройства этихъ корешковыхъ параличей, но обыкновенно къ этимъ двигательнымъ расстройствамъ присоединяются чувствительныя расстройства, особенно анестезія. Въ такомъ случаѣ мы имѣемъ, слѣдовательно, дѣло со смѣшаннымъ корешковымъ параличемъ; такой параличъ ясно указываетъ, что пораженіе распространяется одновременно на передніе двигательные корешки и на задніе чувствительные корешки плечевого сплетенія.

Корешковый параличъ можетъ быть исключительно двигательнымъ, или сопровождаться только незначительными расстройствами чувствительности: это доказываетъ, что пораженіе, какъ первая причина явленій, падаетъ задніе корешки сплетенія.

И, наоборотъ, корешковый параличъ можетъ быть исключительно, или главнымъ образомъ, чувствительнымъ, такъ какъ причина паралича дѣйствуетъ, вѣроятно, только на задніе корешки сплетенія.

Повторяю вамъ, что въ теченіе прошлаго года я имѣлъ возможность представить вамъ случай этого рода,—случай чувствительнаго паралича плечевого

¹⁾ Raymond. Clinique des maladies du système nerveux. Première série. Paris, 1896, p. 228.

²⁾ Müller. Loco cit.

сплетенія, который былъ предметомъ одной лекціи, послѣ того напечатанной ¹⁾).

Будемъ послѣдовательны въ этомъ изложеніи. Я сейчасъ рассмотрю два весьма различныхъ одинъ отъ другого случая, а именно:

Тотъ случай, гдѣ параличъ верхней конечности стоитъ въ связи съ поражениемъ, распространяющимся на одинъ только нервъ (простой параличъ), или на нѣсколько нервовъ этой конечности (простые параличи).

Затѣмъ случай, гдѣ параличъ верхней конечности зависитъ отъ пораженія корешковъ, дающихъ начало плечевому сплетенію (полные или частичные, смѣшанные, двигательные или чувствительные параличи). Возможна и третья случайность, гдѣ поражение, вызывающее параличъ, захватываетъ плечевое сплетеніе, т. е., сплетеніе пучковъ, образованныхъ изъ корешковыхъ волоконъ, въ томъ мѣстѣ, гдѣ эти волокна не сгруппировались еще въ различные нервные стволы. Что получится при этихъ условіяхъ?

Если поражено плечевое сплетеніе во всей его массѣ, если вслѣдствіе этого произойдетъ перерывъ всѣхъ проводниковъ, которые, переплетаясь между собой, образуютъ нѣкоторое подобіе перекреста, то послѣдствіемъ этого будетъ полная моноплегія верхней конечности, осложненная параличемъ мышцъ туловища, *m. m. supra et infra-spinatus, rhomboideus* и проч., иннервируемыхъ коллатеральными вѣтвями сплетенія, какъ въ случаяхъ полного корешкового паралича, но съ той разницей, что тутъ будетъ однимъ элементомъ меньше: этимъ элементомъ будетъ отсутствіе глазо-зрачковыхъ разстройствъ.

Если же поражение захватываетъ лишь часть плечевого сплетенія, то послѣдствіемъ этого будетъ частичный параличъ верхней конечности. Мимоходомъ обращаю ваше вниманіе на то, что въ подключичной области имѣется точка, извѣстная подъ именемъ точки Эрба, фарадическое раздраженіе которой вызываетъ сокращеніе мышцъ, составляющихъ группу Эрба, а именно: *m. m. biceps, brachialis intern. и supinator longus*. Эта точка расположена на два поперечныхъ пальца выше ключицы и на одинъ поперечный палецъ позади задняго края *m. sterno-cleidomastoidei*. Ясно, что поражение, находящееся на этомъ уровнѣ, если оно прерветъ сообщеніе въ соотвѣтствующемъ участкѣ сплетенія, вызоветъ параличъ Эрбовскаго типа, подобно пораженію 5-го и 6-го шейныхъ корешковъ.

Итакъ, различные патологическія разновидности параличей верхней конечности могутъ быть классифицированы слѣдующимъ образомъ:

ТАБЛИЦА III.

Главныя разновидности параличей верхней конечности.

А. Параличи простые.	{	Одиночные вслѣдствіе пораженія одного нерва.
		Сочетанные вслѣдствіе пораженія нѣсколькихъ нервовъ (ниже плечевого сплетенія).

¹⁾ Raymond. Loc. cit. p. 239.

Б. Параличи плечевого сплетенія { Полные.
въ собственномъ смыслѣ слова. { Частичные.

В. Корешковые параличи.	{	Смѣшанные, двигательные или чувстви- тельные.	{	{	Верхній типъ.	{	Типъ Эрба. Акушерская фор- ма Дюшенна.			
		Полные.						Нижній типъ.	{	Типъ Кюмппе. Переходныя формы.
		Частичные.								

Теперь я возвращаюсь къ случаю нашего больного. Я возвращаюсь къ нему съ полнымъ убѣжденіемъ, что вы въ своемъ умѣ уже рѣшили вопросъ о локализациіи и о распространенности пораженія, которое должно намъ объяснить наблюдаемый нами у этого человѣка параличъ.

Съ чѣмъ же мы имѣемъ дѣло у него? Изъ ряда изолированныхъ параличей, неодинаковаго напряженія, захватывающихъ мышцы, иннервируемыя весьма различными вѣточками плечевого сплетенія поражены полнымъ параличемъ: *m. deltoideus*, иннервируемый *n. axillaris*; *m. m. biceps, brachialis internus, coraco-brachialis*, иннервируемые *n. musculo-cutaneus*; *m. supinator longus*, иннервируемый *n. radialis*.

Эта группировка очень подкупаетъ; наличность ея свойственна корешковому параличу и частичному параличу Эрбовскаго типа. Во всякомъ случаѣ мы у нашего больного констатируемъ частичный параличъ трехглавой плечевой мышцы и разгибателей ручной кисти, иннервируемыхъ *n. radialis*, а также и сгибателей той же кисти, иннервируемыхъ *n. medianus*. Можемъ ли мы предположить, что предъ нами имѣется простой сочетанный параличъ этихъ различныхъ нервовъ; а именно: *n. n. axillaris, musculo-cutaneus, radialis, medianus*, подвергшихся одному общему пораженію ниже того мѣста, гдѣ эти нервы отдѣляются отъ сплетенія? Очевидно, нѣтъ. При этой гипотезѣ очагъ пораженія долженъ былъ бы быть въ подмышечной впадинѣ; при такомъ предположеніи не представляется возможнымъ объяснить ни частичнаго характера паралича *n. radialis*, особенно паралича *n. medianus*; а тѣмъ болѣе трудно понять полную неприкосновенность *n. ulnaris*. Нельзя объяснить также и сохраненія на парализованной верхней конечности объективной чувствительности. Какимъ образомъ согласить это отсутствіе разстройствъ чувствительности съ полнымъ параличемъ *n. n. axillaris, musculo-cutaneus* и съ параличемъ вѣтви *n. radialis*, идущей къ *m. supinator longus*?

Такія же самыя возраженія имѣютъ мѣсто противъ гипотезы о пораженіи, захватывающемъ плечевое сплетеніе по ту сторону, или на томъ уровнѣ, гдѣ пучки корешковыхъ волоконъ перекрещиваются для образованія конечныхъ и боковыхъ вѣтвей сплетенія. Необходимо, слѣдовательно, допустить, чтобы пораженіе гнѣздилося по сю сторону, въ верхней части этого перекрещиванія. Нужно

признать, что мы имѣемъ дѣло со случаемъ корешкового паралича плечевого сплетенія. Эта гипотеза, какъ вы теперь можете и сами сказать, согласуется со всѣми клиническими данными случая нашего больного. Окиньте взглядомъ таблицу IV, находящуюся предъ вами и вы ознакомитесь съ точной локализацией и вѣроятнымъ распространениемъ пораженія у этого человѣка. Въ этой таблицѣ мною сгруппированы мышцы, соответственно нервнымъ корешкамъ, изъ которыхъ эти мышцы получаютъ свои двигательныя нервныя волокна.

ТАБЛИЦА IV.

Связь парализованныхъ мышцъ съ нервными корешками, ихъ снабжающими.

Полный параличъ.	{	M. deltoideus	N. axillaris.	{	5-ая и 6-ая шейныя пары.			
		» biceps	{			N. musculo- cutaneus.		
		» brachialis internus						
		» coraco-brachialis						
		» supinator longus . . .					N. radialis.	
Неполный параличъ.	{	» triceps	{	N. radialis.	7-ая и 8-ая шейныя пары.			
		M. m. extensores manus						
		M. flexores manus : . . .				N. medianus	{	1-ая грудная пара.

Отсюда ясно вытекаетъ, что у нашего больного пораженіе должно захватывать всѣ корешки сплетенія: двѣ первыхъ пары—5-ю и 6-ю шейныя, въ преобладающей степени и вполнѣ; три послѣднихъ пары корешковъ—7-ю и 8-ю шейныя пары, 1-ю грудную—въ меньшей степени и не вполнѣ.

Съ другой стороны два обстоятельства даютъ намъ право предположить, что пораженіе захватываетъ корешки недалеко отъ мѣста ихъ выхода изъ спинного мозга,—эти обстоятельства слѣдующія: констатированіе сѣуженія зрачковъ (myosis); отсутствіе разстройствъ объективной чувствительности, отсутствіе анестезіи и гиперѣстезіи.

Констатированіе сѣуженія зрачковъ, какъ я вамъ уже говорилъ, указываетъ на то, что пораженіе захватываетъ или 1-ю грудную пару выше точки, гдѣ отдѣляется анастомозирующая вѣтвь, или же поражается сама анастомозирующая вѣточка.

Отсутствіе разстройствъ объективной чувствительности даетъ право предположить, что пораженіе не затрагиваетъ чувствительныхъ корешковъ сплетенія; что, слѣдовательно, оно захватываетъ только передніе корешки ниже ихъ соединенія съ задними корешками.

Слѣдовательно, мы установили первые два пункта патогенеза, которые я взялся разрѣшить, а именно: вопросъ о точной локализациіи и о распространенности невритическаго пораженія, которое, какъ мы предполагаемъ, было причиной паралича у этого человѣка. Такимъ образомъ нашъ діаг-

нозъ можно формулировать такъ: двигательный корешковый параличъ плечевого сплетенія. Настоящій случай представляетъ, слѣдовательно, полную противоположность тому случаю, который былъ предметомъ одной изъ моихъ предшествующихъ лекцій и который являлъ собой примѣръ полнаго чувствительнаго корешковаго паралича того же самаго плечевого сплетенія; это значить, что у этого другого больного подвижность верхней конечности была едва затронута, между тѣмъ, какъ отсутствие чувствительности было почти полное во всей области чувствительной иннервации плечевого сплетенія.

Я прибавлю, что нашъ данный случай—одинъ изъ тѣхъ, какъ я вамъ только что говорилъ, которые не относятся ни къ одному изъ типовъ, описываемыхъ въ вашихъ учебникахъ. Онъ относится одновременно и къ верхнему типу и къ нижнему типу частичнаго корешковаго паралича. Это, въ общемъ, смѣшанный случай, который осуществляетъ собой сочетание полнаго верхняго корешковаго паралича (Эрбовскаго типа) и неполнаго нижняго корешковаго паралича. Въ немъ обнаруживается даже еще одинъ добавочный элементъ, по поводу котораго я вамъ хочу сказать нѣсколько словъ.

Вы несомнѣнно припомните одну подробность въ наблюденіи нашего больного, которую я мимоходомъ отфѣнилъ. Этотъ человѣкъ, какъ я вамъ говорилъ, могъ писать, но испытывалъ большое затрудненіе при перемѣщеніи своей правой ручной кисти. Онъ облегчаетъ себѣ это тѣмъ, что подталкиваетъ лѣвой своей рукой, слѣва направо, листъ бумаги, на которомъ пишетъ. Уже въ прошедшемъ по поводу случая двухсторонняго паралича дельтовидной мышцы ¹⁾ я имѣлъ возможность напомнить вамъ объясненіе этого симптома, данное Дюшеннемъ, по мнѣнію котораго рассматриваемое явленіе указываетъ на то, что къ параличу дельтовидной мышцы присоединяется и параличъ мышцъ, которыя при актѣ писанія способствуютъ дѣйствію дельтовидной мышцы. Такими синергическими мышцами въ данномъ случаѣ являются *infra-spinatus* и *serratus*. Слѣдовательно, эти мышцы, иннервируемыя коллатеральными вѣтвями плечевого сплетенія, также до извѣстной степени принимаютъ участіе въ параличѣ у нашего больного. Впрочемъ, уже и результаты электрическаго изслѣдованія дали намъ возможность это предвидѣть; благодаря имъ же мы познакомились со степенью атрофіи другихъ парализованныхъ мышцъ и со степенью пораженія въ различныхъ затронутыхъ нервахъ.

Мнѣ остается, мм. гг., рассмотреть третій и послѣдній патогенетическій элементъ, который касается механизма происхожденія паралича у этого человѣка.

Я полагаю, господа, что подыскать объясненіе этого механизма не трудно. Я

¹⁾ F. Raymond. Loc. cit. p. 188.

полагаю, что виной въ этомъ мы можемъ признать вредную привычку этого человѣка спать во время ночи съ закинутыми позади головы руками. Позвольте мнѣ по этому поводу напомнить вамъ приведенное мной объясненіе по вопросу о механизмѣ того случая двухсторонняго паралича дельтовидной мышцы, о которомъ я только что упоминалъ. Благодаря анатомическимъ изслѣдованіямъ двухъ изъ моихъ сотрудниковъ, А. Жюльена и Ж. Фора, я могу вамъ представить эти объясненія.

Эти господа могли также наблюдать на трупахъ, что нѣкоторые нервы въ связи съ сочлененіемъ съ большими движеніями, напримѣръ, съ плечевымъ сочлененіемъ, отличаются обыкновенно болѣе или менѣе извилистымъ ходомъ. Вслѣдствіе этого около-суставные нервы легко выдерживаютъ растяженіе, которому они подвергаются при форсированныхъ положеніяхъ. Впрочемъ, анатомическое расположеніе, на которое я вамъ сейчасъ указалъ, не постоянно, хотя Крювелье указалъ, что только въ рѣдкихъ случаяхъ нервы, расположенные по сосѣдству сустава съ обширными отправлениями, имѣли прямолинейное направленіе. Можетъ быть, такъ было и у нашего больного, въ такомъ случаѣ не трудно было бы объяснить и происхожденіе его паралича.

Дѣйствительно, посмотрите, что происходитъ на этомъ находящемся предъ вами трупѣ, когда верхнюю конечность откидываютъ назадъ отъ головы, когда ей придаютъ то форсированное положеніе, которое больной принималъ во время своего сна. Вы видите, что головка плечевой кости выступаетъ въ подмышечную впадину и что она заставляетъ *m. infra-scapularis* выпятиться; въ то же самое время нервы, выходящіе изъ плечевого сплетенія, находятся въ состояніи натяженія, отъ послѣдствій котораго они могутъ быть избавлены лишь постольку, поскольку ихъ ходъ на извѣстномъ протяженіи извилистъ. Эти различные обстоятельства не ускользнули отъ Крювелье. Понятно, слѣдовательно, что при положеніи, въ которомъ больной имѣлъ привычку засыпать, корешки плечевого сплетенія подвергались вытяженію, которое, будучи въ одинъ прекрасный день доведено до крайняго предѣла, могло вызвать представляемый этимъ человѣкомъ параличъ. Замѣьте, что его случай—далеко не единичный. Я сейчасъ вамъ приведу другіе примѣры паралича, происшедшаго при аналогичныхъ обстоятельствахъ. Надо думать, что лишь двигательные корешки серьезно пострадали отъ этого растяженія, между тѣмъ какъ чувствительные корешки были только слегка растянуты. Во всякомъ случаѣ послѣдствія натяженія, которому подверглись чувствительные корешки, ограничились нѣкоторыми явленіями парѣстезіи, отъ которыхъ въ настоящее время не осталось и слѣда.

Что же будетъ въ дальнѣйшемъ теченіи съ двигательнымъ параличемъ и съ сопровождающей его диффузной атрофіей?

Можемъ ли мы надѣяться на полное анатомическое и функціональное возстановленіе конечности, находящейся въ данное время въ извѣстномъ вамъ состоя-

ни? Я, съ своей стороны, въ это не вѣрю. Точно установленный характеръ паралича извѣстнаго числа мышцъ, которыя составляютъ собой Дюшеннъ-Эрбовскую группу, констатированіе признаковъ реакціи полнаго перерожденія въ тѣхъ же самыхъ мышцахъ даетъ мнѣ мало надежды на возвращеніе ихъ къ нормальному состоянію. Но мы можемъ лелѣть себя надеждой задержать дальнѣйшій прогрессивный ходъ атрофіи, мы можемъ надѣяться на восстановленіе структурной и функціональной цѣлостности мышцъ, пораженныхъ неполнымъ параличемъ, фарадическо-гальваническая возбудимость которыхъ просто уменьшена. Такимъ образомъ, наша лечебная задача будетъ направлена отчасти на функціональное затрудненіе парализованной конечности.

Лечение.—Чтобы достичь этого результата, мы назначили больному лечение электричествомъ. Ему одновременно примѣняли гальванической токъ, съ раздраженіями мышцъ при замыканіи тока, затѣмъ съ переменными раздраженіями мышцъ то однимъ, то другимъ полюсомъ и гальвано-фарадизацію. До сихъ поръ терапевтическіе результаты еще мало замѣтны. Въ подобномъ случаѣ не надо слишкомъ скоро отчаиваться въ возвращеніи функцій; слѣдуетъ мѣсяцами быть настойчивымъ въ умѣломъ примѣненіи электричества. Такая настойчивость составляетъ непремѣнное условіе успѣха ¹⁾).

Прежде чѣмъ закончить эту лекцію, я желаю, согласно данному мною обѣщанію, сообщить вамъ нѣсколько примѣровъ паралича плечевого сплетенія, происшедшаго при обстоятельствахъ, аналогичныхъ тѣмъ, которыя мы обнаружили у нашего больного.

Вотъ прежде всего примѣры параличей плечевого сплетенія, наступившихъ вслѣдъ за хлороформированіемъ. Первый по времени случай былъ опубликованъ, насколько мнѣ извѣстно, Берлинскимъ профессоромъ Бернга́рдтомъ ²⁾: онъ отно-

¹⁾ Вотъ замѣтка, врученная мнѣ 16-го Февраля 1897 г. Гюэ, завѣдующимъ электротерапевтическимъ кабинетомъ клиники, которому было специально поручено лечение этого больного:

Параличъ долгое время оставался въ одномъ и томъ же положеніи. Движенія вновь появились въ парализованной конечности спустя лишь 8 мѣсяцевъ отъ начала заболѣванія, — сначала въ *m. deltoideus*, потомъ въ *m. biceps* и напослѣдокъ въ *m. supinator longus*.

Въ настоящее время сгибаніе предплечья по направленію къ плечу выполняется съ довольно большой силой, хотя *m. supinator* почти не принимаетъ участія въ выполненіи этого движенія. Больной, производя сокращеніе дельтовидной мышцы, можетъ поднять руку почти до горизонтальнаго направленія, особенно по направленію впередъ.

Фарадическая возбудимость ослаблена въ парализованныхъ мышцахъ. При изслѣдованіи, при помощи постояннаго тока всегда констатируется еще полюсное извращеніе и получаемыя сокращенія медленны и вялы.

²⁾ Bernhard. — Ueber einen Fall von doppelseitiger traumatischer Lähmung etc. (Neurologisches Centralblatt, 1892, № 9, p. 203).

сится къ 29-ти лѣтней женщинѣ; во время овариотоміи, которую ей производили, эта женщина находилась цѣлый часъ подъ хлороформомъ въ т. наз. Тренделенбургскомъ положеніи съ приподнятымъ тазомъ. Во время всей операціи одинъ изъ помощниковъ оттягивалъ руки этой женщины вверхъ и назадъ, при чемъ производилъ довольно сильное натяженіе ихъ. При пробужденіи у больной обѣ руки были парализованы. Параличъ почти одинаково распредѣлялся съ обѣихъ сторонъ, онъ захватилъ *m. m. infra-spinati, deltoidei, bicipites, brachiales interni, supinatores longi et breves*, а также *m. m. tricipites* и *pectorales majores*, — это послѣднія мышцы въ меньшей степени. Въ своей совокупности параличъ былъ болѣе выраженъ слѣва, потому что вытяженіе верхнихъ конечностей съ этой стороны было болѣе сильное, такъ какъ хирургъ, производившій операцію, стоялъ справа отъ больной. Съ обѣихъ сторонъ двигательный параличъ осложнялся гипѣстезіей, которая занимала передне-наружную часть плеча въ ея верхней трети. Этотъ гипѣстезическій поясъ распространялся отъ 6—8 см. въ длину и отъ 3—4 см. въ ширину.

Въ парализованныхъ мышцахъ гальваническая и фарадическая возбудимость была сохранена и не представляла никакихъ слѣдовъ реакціи перерожденія.

Въ общемъ, дѣло шло о частичномъ параличѣ плечевого сплетенія Эрбовскаго типа, развившемся вслѣдствіе временнаго давленія, производимаго ключицами на оба сплетенія во время продолжительнаго хлороформированія, — сдавленія, явившагося результатомъ сильнаго приведенія плечъ.

Другіе примѣры подобнаго же рода были опубликованы Рюдингеромъ ¹⁾ и Крономъ ²⁾. Этотъ послѣдній въ сообщеніи, адресованномъ въ берлинское общество внутренней медицины, сдѣлалъ нѣсколько указаній, имѣющихъ въ виду предохраненіе отъ такого рода параличей. Суть ихъ я вамъ сейчасъ скажу, дабы вы при случаѣ этимъ воспользовались.

Когда вытянутая рука отведена назадъ и когда ей кромѣ того сообщаютъ вращательное движеніе кнаружи, *n. medianus* оказывается натянутымъ надъ головкой плечевой кости, какъ натянутая струна. То же самое происходитъ и съ *n. ulnaris*, когда, согнувъ предплечье по направленію къ плечу, удерживаютъ послѣднее въ напряженномъ положеніи супинаціи. Производя эти опыты надъ самимъ собой, мы отлично уясняемъ себѣ сдавленіе, испытываемое нервомъ при томъ или другомъ положеніи по ощущеніямъ мурашекъ, испытываемымъ въ соответствующихъ частяхъ ручной кисти. Наоборотъ, когда, придавъ рукамъ вынужденное положеніе, абдукціи, отводятъ кисти рукъ на лобъ или на переднюю часть головы, то при этомъ избѣгаютъ всякаго ушиба нервныхъ

¹⁾ Rüdinger. — Ueber Lähmungen nach Chloroformnarkosen. (Archiv für Klin. Chirurgie, 1894, T. XLVII, Heft I).

²⁾ Kron. — Ein Fall von Lähmung nach Chloroformnarkose. (Deutsche Medicinal-Zeitung, 1894, № 44, p. 503).

стволовъ въ подмышечной впадинѣ. Вотъ такое то положеніе и слѣдуетъ придать больному, когда операція требуетъ форсированной абдукціи рукъ. Во всякомъ случаѣ нужно остерегаться отводить предплечія и ручныя кисти къ затылку головы.

Въ числѣ другихъ примѣровъ паралича плечевого сплетенія, наступившаго вслѣдствіе принудительнаго положенія я приведу еще вамъ случай Эрбовскаго типа, опубликованнаго Озанномъ¹⁾. Этотъ случай касается рабочаго изъ порта въ городѣ Килѣ, занятія котораго состояли въ разгрузкѣ угля, доставляемаго кораблями. Эта работа производилась помощью корзинъ, у которыхъ не было ручекъ. Одна изъ такихъ корзинъ, наполненная углемъ, взваливалась на спину разгрузчика, который удерживалъ на мѣстѣ ношу при помощи руки, при чемъ предплечья находились въ положеніи напряженнаго сгибанія, плечи въ положеніи форсированнаго отведенія и въ то же время они были откинута назадъ. Этотъ субъектъ занимался такой работой въ продолженіи 15 дней, и затѣмъ почувствовалъ въ обоихъ надплечьяхъ сильныя боли, вслѣдъ за которыми черезъ нѣсколько дней развился двухсторонній параличъ плечевого сплетенія Эрбовскаго типа. Опытами на трупѣ Озаннъ доказалъ, что при разсматриваемомъ положеніи рукъ плечевое сплетеніе оказывается сдавленнымъ между ключицей и первымъ ребромъ.

Въ заключеніе считаю нужнымъ прибавить, что факты подобнаго рода должны быть гораздо болѣе многочисленны, чѣмъ можно было бы думать по небольшому числу примѣровъ, опубликованныхъ по настоящее время.

Лекція XX.

Случай *poliomyelitis anterior acuta* у взрослого²⁾.

Содержаніе. — Практическая важность дифференціального діагноза двигательнаго полиневрита и *poliomyelitis anterior*. — Клиническій примѣръ *poliomyelitis anterior acuta* у взрослого. — Отсутствіе какой-либо наследственной порочности. — Лихорадочное начало съ болями въ позвоночникѣ; развитіе полнаго, почти общаго паралича съ быстрымъ теченіемъ. — Дальнѣйшее развитіе явленій, мѣстами ослабленіе паралича, появленіе мышечной атрофіи. — Состояніе больного въ моментъ прибытія его въ госпиталь. — Результатъ электрическаго изслѣдованія. Діагнозъ. — Существованіе остраго передняго поліоміелита несомнѣнно. — Послѣдовательный обзоръ явленій въ развитіи болѣзни субъекта. — Является необходимою подумать о возможномъ существованіи двигательнаго полиневрита и *poliomy-*

1) O s a n n. Ein Fall von doppelseitiger Erbscher Lähmung bei einem Kohlen-träger. (Münchener medicin. Wochenschrift, 1896, № 2).

2) Лекція 22 Мая 1896 г.

elitis anterior acuta.—Какъ стоитъ въ данное время этотъ вопросъ дифференціального діагноза.—Въ представленномъ клиническомъ примѣрѣ діагнозъ poliomyelitis anterior acuta основанъ одновременно: на характерѣ начала болѣзни и на первоначальномъ развитіи; на характерѣ развитія явленій въ главномъ періодѣ;—на положеніи дѣла въ атрофическомъ періодѣ;—на состояніи рефлексовъ;—на состояніи чувствительности; — на вазо-моторныхъ разстройствахъ; — на отсутствіи разстройствъ со стороны иннерваціи черепныхъ нервовъ; — на общей картинѣ развитія.—Общечные элементы, которыми долженъ руководствоваться врачъ въ сомнительномъ случаѣ, гдѣ позволятельно колебаніе между діагнозомъ poliomyelitis anterior acuta и двигательнымъ полиневритомъ.—Заключеніе. Предсказаніе.—Состояніе инвалидности, въ которомъ находится больной, вѣроятно, не поправимо. Лечение.—Безсиліе медицинскаго леченія, лишь ортопедія располагаетъ средствами противъ послѣдствій паралича и атрофіи. Патологическая анатомія и патогенезъ.—Историческій обзоръ.—Имѣются неопровержимые примѣры остраго поліомієліта, ограничившагося сѣрымъ веществомъ переднихъ роговъ.—Соотношеніе между poliomyelitis anterior и двигательнымъ полиневритомъ.—Этіологическія разсужденія.—Заключеніе.

Вы несомнѣнно вспомните, что нѣсколько недѣль тому назадъ я вамъ представилъ двухъ больныхъ, которые оба страдали общимъ острымъ полиневритомъ двигательной формы ¹⁾. Въ обоихъ случаяхъ полневритъ въ первомъ своемъ періодѣ развивался подъ видомъ экстензо-прогрессивнаго паралича Ландрі съ восходящимъ направленіемъ у перваго больного, съ нисходящимъ у втораго.

Въ обоихъ случаяхъ вполѣдствіи къ параличу присоединилась мышечная атрофія и намъ представилась та клиническая разновидность полиневрита, которую я вами описалъ подъ именемъ полиневрита въ формѣ poliomyelitis anterior ²⁾.

Въ обоихъ случаяхъ полиневритъ развился также вслѣдствіе очевиднаго вліянія неопредѣленнаго инфекціоннаго состоянія. По этому поводу я указалъ ³⁾ вамъ на извѣстное число недавнихъ эпидемій, во время теченія которыхъ большое число лицъ и даже домашнихъ животныхъ представляло рядъ симптомовъ, которые могли быть отнесены какъ къ острому полиневриту, такъ и къ острому поліомієліту, а равно и къ сочетанію этихъ двухъ болѣзненныхъ состояній.

По поводу двухъ случаевъ, о которыхъ я только что напомнилъ вамъ, я долженъ былъ остановиться на элементахъ дифференціального діагноза между poliomyelitis anterior acuta у взрослого и обобщившимся острымъ двигательнымъ полиневритомъ. Не буду возвращаться къ разсмотрѣнію данныхъ, заставившихъ меня придти къ заключенію, что у нашихъ обоихъ больныхъ имѣется полиневритъ.

Я ограничусь лишь тѣмъ, что представлю вамъ живое доказательство вѣрности моего діагноза. Я сейчасъ покажу вамъ обоихъ этихъ субъектовъ. Вы мо-

¹⁾ Смотри I, II и III-ю лекціи.

²⁾ Смотри лекцію IX.

³⁾ Смотри лекцію III.

жете во-очію убѣдиться, что первый изъ нихъ совершенно здоровъ, второй находится на пути къ полному выздоровленію.

Факты этого рода доказываютъ, что надъ нашими теоретическими разсужденіями царить клиника, которая и произноситъ окончательное рѣшеніе. Въ отношеніи этихъ двухъ больныхъ насъ интересовалъ преимущественно вопросъ: выздоровѣютъ-ли оба больные, или нѣтъ? Признайтесь, что такой вопросъ представляетъ въ глазахъ тѣхъ, которые должны считаться съ практическими требованіями и которые преслѣдуютъ истинную цѣль медицины, больше интереса, чѣмъ вопросъ: автономно или нѣтъ существованіе полиневрита. Это вовсе не значитъ, чтобы этой научной стороной вопроса о полиневритахъ пренебрегали-бы. Я считаю нужнымъ сейчасъ же вамъ признаться, что подробнымъ разсмотрѣніемъ этого вопроса я займусь въ одной изъ ближайшихъ моихъ лекцій ¹⁾.

Сегодня я предполагаю возвратиться къ вопросу о дифференціальномъ діагнозѣ между двигательнымъ полиневритомъ и переднимъ полиомиелитомъ, къ вопросу очень тонкому, рѣшеніе котораго насъ будетъ руководить въ данномъ случаѣ, когда намъ нужно будетъ сдѣлать предсказаніе и назначить леченіе. Я хочу вернуться къ этому вопросу, пользуясь случаемъ больного, находящагося предъ вами, который, какъ мнѣ кажется, страдаетъ именно *poliomyelitis anterior acuta*, — той болѣзнью, съ которой у взрослыхъ впервые познакомилъ насъ Дюшенъ изъ Булони, описавъ ее подъ именемъ *paralysis spinalis anterior acuta*.

Мм. Г.г.! Находящійся предъ вами мужчина лежитъ подъ № 13 въ палатѣ Бувьё; онъ былъ принятъ въ клинику 12-го Ноября прошедшаго года. Ему 23 года, по профессіи онъ земледѣлецъ.

Свѣдѣнія, которыя онъ сообщилъ о здоровьѣ своихъ предковъ, устраняютъ всякое подозрѣніе о какой-либо наследственной невропатической порочности. Что касается лично его предшествовавшихъ болѣзней, то я могу вамъ сообщить слѣдующее: больной родился своевременно; ходитъ онъ началъ лишь на 15-омъ мѣсяцѣ, на 5-омъ году жизни у него была корь. Позднѣе, у него появились неопредѣленные боли въ суставахъ и въ мышцахъ, боли эти возвращались довольно часто, но никогда не вынуждали его слечь въ постель. — За два или за три мѣсяца до появленія настоящей болѣзни, у него какъ разъ были боли въ плечевомъ сочлененіи; но эти боли не были настолько сильны, чтобы помѣшать ему въ его мирныхъ занятіяхъ земледѣльца. Больной приписывалъ эти боли тому, что онъ, чтобы отдохнуть, а иногда даже, чтобы поспать, имѣлъ привычку ложиться на сырую землю.

Въ Іюлѣ прошедшаго года больной испытывалъ дурноты, характеръ которыхъ ему трудно точно объяснить. Однажды случилась у него рвота, которую онъ приписалъ разстройству, вызванному большимъ количествомъ съѣденнаго имъ ви-

¹⁾ Смотри лекцію XXIV.

погибала. Онъ относитъ начало своей настоящей болѣзни къ послѣднимъ числамъ Августа мѣсяца. Въ воскресенье, 27-го Августа, день открытія охоты, больной собрался-было идти охотиться по полямъ, какъ вдругъ у него появился ознобъ. Разразился лихорадочный приступъ, сопровождаемый общей большой слабостью. Затѣмъ приступы озноба повторялись черезъ довольно близкіе промежутки времени въ теченіи почти двухъ часовъ. Все это однако не помѣшало ему сопровождать своего родственника на охоту. Онъ возвратился съ охоты къ завтраку, мучимой неутолимой жаждой, но не чувствуя никакого аппетита. Обозленный, какъ истинный охотникъ, онъ взялъ ружье, чтобы снова отправиться пострѣлять дичь въ лѣсу. По прошествіи нѣсколькихъ часовъ ходьбы онъ внезапно почувствовалъ острую боль въ позвоночномъ столбѣ. Эти боли вначалѣ ощущались имъ въ поясничной области; черезъ очень короткое время онѣ распространились до основанія черепа. Въ то же самое время больного охватила почти непреодолимая склонность ко сну, но онъ тѣмъ не менѣе продолжалъ охотиться. Когда черезъ нѣсколько часовъ онъ вернулся домой, то почувствовалъ себя усталымъ и измученнымъ болями; кромѣ того онъ страдалъ еще отъ сильныхъ головныхъ болей. Онъ улегся спать безъ обѣда. При соприкосновеніи туловища съ постелью, особенно при малѣйшемъ движеніи туловища или головы, боль въ позвоночникѣ усиливалась до того, что становилась невыносимой.

На другой день утромъ онъ всталъ, чтобы закусить что-либо, и чувствовалъ себя, какъ онъ говоритъ, «какъ-бы въ состояніи просонокъ». Не отдавая себѣ яснаго отчета въ своихъ дѣйствіяхъ, онъ снова отправился на охоту. Черезъ два часа, выбившись изъ силъ и измученный испытываемыми имъ въ спинѣ болями, онъ вынужденъ былъ возвратиться домой. По возвращеніи боль продолжалась; возобновилась лихорадка. Вечеромъ, когда онъ бралъ стаканъ, то замѣтилъ, что лѣвая рука очень слаба и дрожитъ.

Ночь съ понедѣльника на вторникъ больной провелъ безъ сна вслѣдствіе испытываемыхъ имъ болей. Около трехъ часовъ утра онъ всталъ съ постели, чтобы пройтись по комнатѣ. Вдругъ его правая нога подогнулась и больной упалъ на колѣни. Онъ могъ однако подняться и дойти до своей постели. Въ этотъ моментъ, какъ онъ насъ увѣряетъ, у него паралича, собственно говоря, еще не было. Но около 7^{1/2} часовъ, когда онъ снова пытался приподняться, то замѣтилъ, что правая нога совершенно парализована. Желая опереться лѣвой рукой о стулъ, онъ сейчасъ же замѣтилъ, что лѣвая рука его также парализована. Его уложили въ постель, которую онъ не покидалъ въ теченіи 6 или 8 недѣль. Вотъ что произошло въ этотъ промежутокъ времени: въ теченіи слѣдующей недѣли у больного была лихорадка съ обильными потами; его внутренняя температура поднималась до 41,5°. Въ теченіи 24 часовъ у него кромѣ того было задержаніе мочи, которое самопроизвольно прошло и впослѣдствіи не повторялось. Въ теченіи первыхъ 8 дней боли въ позвоночникѣ также продолжались съ первоначальной

интенсивностью, потомъ онѣ постепенно затихли. Кромѣ того больной испытывалъ неопредѣленные боли въ конечностяхъ, главнымъ образомъ въ бедрахъ. Лѣвая верхняя и правая нижняя конечности были охвачены полнымъ, почти общимъ параличемъ, только нѣкоторые слабыя движенія въ большихъ ножныхъ пальцахъ и въ пальцахъ рукъ были еще возможны. Чувствительность въ парализованныхъ конечностяхъ и въ другихъ мѣстахъ была сохранена. Вмѣстѣ съ этимъ больной жаловался на ощущеніе холода въ стопахъ ногъ. У него былъ сильный запоръ; онъ испражнялся черезъ 5 или 10 дней только послѣ клизмъ или слабительнаго.

Съ наступленіемъ второй недѣли лихорадка исчезла, въ то же самое время прекратился и обычный спутникъ ея—дурноты, т. е., обильная испарина не повторялась, аппетитъ мало-по-малу возвратился. Больной жаловался, что у него ослабѣла память и что у него бываютъ головокруженія.

Отъ 6—8 недѣль прошло отъ начала болѣзни, когда больной въ теченіи Октября мѣсяца замѣтилъ, что онъ можетъ съ большей легкостью двигать пальцами лѣвой руки. Вскорѣ и вся кисть приобрѣла свою двигательную способность. Почти въ то же самое время въ правомъ бедрѣ возвратилась способность воспроизводить нѣкоторые движенія. Боли въ позвоночникѣ почти совершенно исчезли; по временамъ больного еще мучила немного боль въ поясничной области.

Состояніе двигательной способности въ парализованныхъ конечностяхъ постепенно улучшалось; въ то же самое время онѣ начали худѣть. Въ Декабрѣ мѣсяцѣ больной, опираясь на костыли, могъ снова ходить. Начиная съ этого время состояніе правой ноги остается безъ перемѣны, между тѣмъ какъ, по заявленію больного, улучшеніе въ лѣвой верхней конечности подвигается впередъ. Наоборотъ, при принудительныхъ движеніяхъ, производимыхъ этой конечностью, появлялись судороги, обуславливаемые, несомнѣнно, давленіемъ костылей на нервы подмышечной впадины.

Назначенное больному леченіе состояло въ пріемахъ внутрь стрихнина и бромистаго калия съ одновременнымъ примѣненіемъ электричества, массажа и гидротерапіи.

Въ моментъ своего поступленія въ больницу Х. былъ въ состояніи, которое существенно не отличалось отъ того, въ какомъ онъ находится теперь. Вотъ почему я пропущу этотъ промежуточный періодъ и сразу опишу вамъ настоящее состояніе больного.

Вы видите предъ собой молодого человѣка, по внѣшнему виду довольно сильнаго. Онъ отвѣчаетъ ясно и безъ затрудненій на предлагаемые ему вопросы. Умственные его способности, въ общемъ, посредственные.

Съ первого же взгляда можно убѣдиться, что у этого человѣка имѣется вялый перекрестный параличъ лѣвой верхней конечности и правой нижней конечности, осложненный весьма замѣтной атрофіей тѣхъ же самыхъ конечностей (см. таблицу III).

Правая нижняя конечность.—Въ правой нижней конечности вялый почти полный параличъ; больной съ трудомъ можетъ производить нѣкоторые произвольныя движенія бедромъ и ножными пальцами; на той же правой сторонѣ коленный рефлексъ отсутствуетъ. Болея чувствительность во всѣхъ ея видахъ нормальна. Больной произвольныхъ болей не испытываетъ; у него нѣтъ больше болей при давленіи на нервные стволы или мышечныя массы въ парализованной нижней конечности.

Вы видите на этой нижней конечности значительную мышечную атрофію, болѣе выраженную на бедрѣ, чѣмъ на голени. На ней наблюдается также пониженіе мѣстной температуры, которое достигаетъ почти 3-хъ градусовъ. Стопа холодная, синеватая, видъ ея представляетъ полную противоположность виду лѣвой стопы.

Лѣвая верхняя конечность.—Параличъ въ лѣвой верхней конечности уже менѣе выраженъ, чѣмъ въ правой нижней конечности. Движенія, напримѣръ, отведенія плеча совершенно невозможны. Чтобы помочь этой функциональной недостаточности, больной отводитъ плечо назадъ и сильно вверхъ въ то же самое время кистью руки производитъ форсированное движеніе пронаціи. Движеніе приподнятія плеча впередъ возможно, но въ очень ограниченномъ размѣрѣ: плечо не доходитъ до горизонтальной плоскости, проходящей чрезъ надплечье, на 30°. Грудная мышца, которая особенно принимаетъ участіе при выполненіи этого движенія, производитъ лишь поворотъ внутрь. То же самое движеніе становится невыполнимымъ, когда кисть руки находится въ положеніи супинаціи. Движенія поднятія плеча назадъ совершенно отсутствуютъ.

Дабы произвести движеніе, состоящее въ томъ, чтобы кистью руки достать спину, больной сильно наклоняется вправо, въ то же самое время онъ поворачиваетъ свою кисть руки ладонью вверхъ, такъ что тыльная поверхность ручной кисти покоится на спинѣ. Наоборотъ, больной не въ состояніи лѣвой ладонью прикоснуться къ спинѣ.

Когда больной держитъ предплечье вытянутымъ, онъ можетъ производить поворотъ плеча въ смыслѣ пронаціи, но не въ смыслѣ супинаціи.

Движеніе сгибанія предплечья въ направленіи плеча также невозможно. Движеніе разгибанія производится съ большимъ усиліемъ; но при этомъ все таки необходимо, чтобы кисть руки была обращена ладонью внизъ.

Когда согнутое предплечье удерживается въ соприкосновеніи съ твердой поверхностью, движенія пронаціи и супинаціи кистью руки выполняются безъ затрудненія. То же самое наблюдается съ движеніями сгибанія и разгибанія запястья. Всѣ движенія большого и другихъ пальцевъ выполняются нормально.

При изслѣдованіи динамометромъ лѣвая кисть руки показываетъ 20, правая же 43.

Я отмѣчу еще, что въ то время, какъ мы больного подвергали этимъ различ-

нымъ изслѣдованіямъ, онъ три раза, въ различное время, жаловался на болѣзненные судороги въ *m. triceps*. Кромѣ того, въ правой верхней конечности наблюдалось небольшое дрожаніе.

Вотъ въ какомъ состояніи находится двигательная способность этой конечности. Прошу замѣтить теперь, что верхушка плеча представляется слѣва болѣе возвышенной, чѣмъ справа, какъ будто слѣва *m. trapezius* находится въ состояніи постоянного сокращенія. Выпуклость грудныхъ мышцъ совершенно одинакова съ обѣихъ сторонъ.

Наоборотъ, чрезъ выпуклость дельтовидной лѣвой мышцы прощупывается неровность, которая позволяетъ догадываться о подлежащемъ костномъ скелетѣ. Сзади, въ области подостной ямки, наблюдается неровность.

Плечо и предплечье очень атрофированы. Измѣренія въ верхней, средней и нижней части слѣва показали 26, 22 и 20 см., справа же 29, 26 и 23 см., слѣдовательно, разниа отъ 3—4 см. На различныхъ уровняхъ предплечья констатируется также разниа въ 2 см. въ пользу правой руки.

При изслѣдованіи атрофированной конечности никогда не наблюдалось фибриллярнаго дрожанія, также какъ и разстройство кровообращенія, температуры и трофическихъ.

Двѣ другія конечности: верхняя правая и лѣвая нижняя,—не представляли ничего ненормальнаго ни со стороны двигательной способности, ни со стороны чувствительности и рефлексовъ, ни со стороны мышцъ. То же самое можно сказать про туловище и шею. Нѣтъ искривленія позвоночника. Постукиваніе по позвоночному столбу не вызываетъ болей. У больного нѣтъ разстройствъ со стороны сфинктеровъ. Не наблюдается также ни разстройствъ со стороны глазъ, ни суженія поля зрѣнія, ни истерическихъ стигматъ.

Общее состояніе больного очень удовлетворительно; изслѣдованіе грудныхъ органовъ не обнаружило ничего ненормальнаго.

Прежде чѣмъ приступить къ вопросу о діагнозѣ, мнѣ остается познакомиться съ результатами электрическаго изслѣдованія, которому больной подвергся 16-го Декабря и 20-го Апрѣля прошедшаго года; эти результаты имѣютъ важное значеніе.

Въ общемъ, констатирована весьма ясно реакція перерожденія въ мышцахъ правой голени. Во всѣхъ переднихъ, наружныхъ и заднихъ мышцахъ этой голени этой голени фарадическая сократимость была или очень уменьшена, или совершенно отсутствовала. Гальваническая сократимость была также очень ослаблена. Сверхъ того сокращенія, вызываемыя токомъ, были медленны, вялы, при чемъ КЗС было = или < АЗС.

Подобные же результаты были получены при изслѣдованіи праваго бедра: фарадическая сократимость отсутствовала въ большинствѣ мышцъ, въ другихъ же была очень ослаблена. Гальваническая сократимость была сохранена, но очень слаба; кромѣ того въ большинствѣ мышцъ КЗС было = или < АЗС.

Но впрочемъ всѣ мышцы отвѣчали на возбужденіе гальваническаго тока медленными, вялыми сокращеніями. Словомъ, какъ въ мышцахъ бедра, а равно и въ мышцахъ голени наблюдалась реакція перерожденія. Изслѣдованіе лѣвой верхней конечности и мышцъ лопаточнаго пояса дало менѣ однородные результаты: въ нѣкоторыхъ мышцахъ фарадическая сократимость была сохранена, въ другихъ же она была значительно уменьшена. То же самое можно сказать и относительно гальванической сократимости.

Такимъ образомъ въ *m. m. teres major, infraspinatus* гальваническая и фарадическая возбудимость была ослаблена; то же самое наблюдалось и въ *m. trapezoides*, въ нижней части его. Наоборотъ въ верхней и средней частяхъ этой послѣдней мышцы, въ большой спинной мышцѣ и въ большой грудной, въ ромбовидной мышцѣ возбудимость была почти нормальна.

На плечѣ найдены признаки реакція перерожденія въ мышцахъ группы Дюшенна-Эрба, а именно: въ *m. m. deltoideus, biceps, brachialis internus, coraco-brachialis, supinator longus* и, въ меньшей степени, *m. m. radialis externus longus et brevis*.

Наблюдаются еще слѣды реакція перерожденія въ возвышеніяхъ большого пальца и мизинца и въ межкостныхъ мышцахъ.

Изслѣдованіе трехглавой мышцы плеча, разгибателей пальцевъ, ладони, круглаго пронатора и сгибателей дало результаты вполне нормальные, кромѣ лишь развѣ нѣкоторой степени ослабленія фарадо-гальванической возбудимости.

Все это вообще можно резюмировать въ слѣдующихъ нѣсколькихъ словахъ: ясно выраженная реакція перерожденія въ мышцахъ группы Дюшенна-Эрба, довольно замѣтная реакція перерожденія въ обѣихъ лучевыхъ мышцахъ; слѣды этой реакція въ мелкихъ мышцахъ ручной кисти. Ослабленіе фарадической возбудимости въ другихъ мышцахъ правой верхней конечности.

Діагнозъ.—Вопросъ о діагнозѣ, предстоящій намъ для разрѣшенія въ виду случая этого больного, кажется мнѣ однимъ изъ наиболѣ простыхъ. Тѣ изъ васъ, которые считаются моими обычными слушателями, навѣрное, уже разрѣшили его. Они должны были сказать себѣ, что, по всей вѣроятности, этотъ человѣкъ боленъ *poliomyelitis anterior acuta juvenilis*,—заболѣваніемъ спинного мозга, которое Дюшенъ изъ Булони описалъ подъ именемъ остраго спиннаго передняго паралича у взрослыхъ и на которое я имѣлъ случай обращать ваше вниманіе въ теченіи этихъ послѣднихъ мѣсяцевъ нѣсколько разъ. Это заболѣваніе, какъ вы припомните, свойственно зрѣлому возрасту, между тѣмъ какъ дѣтскій параличъ—молодому, юному возрасту. Какъ этотъ послѣдній, онъ имѣетъ анатомическимъ субстратомъ мѣлкіе переднихъ роговъ, откуда и происходитъ данное ему Куссмаулемъ названіе *poliomyelitis anterior*.

Повторимъ вкратцѣ послѣдовательные эпизоды болѣзни этого человѣка.

Начало заболѣванія было внезапное; оно проявилось сильной лихорадкой съ

ознобами, между тѣмъ какъ больной былъ до этого совершенно здоровъ. Почти въ то же самое время обнаружили боли въ позвоночникѣ, сопровождаемая большой слабостью и всѣми симптомами лихорадочнаго состоянія. Едва прошло два дня, какъ слабость прогрессивно дошла до того, что у больного подгибались ноги. Къ вечеру третьяго дня правая нижняя конечность и лѣвая рука были поражены вялымъ, почти полнымъ параличемъ. Въ послѣдующіе 8 дней этотъ параличъ, не распространяясь дальше, усилился; лихорадка продолжалась. Внутренняя температура поднялась до 41,5°; у больного были проливные поты.

Затѣмъ лихорадочное состояніе прошло. Параличъ сначала держался въ томъ же состояніи, но по прошествіи 6—8 недѣль онъ началъ понемногу ослабѣвать. Въ этотъ моментъ парализованныя конечности стали худѣть; скоро мышцы массажи стали какъ-бы таять, что отчасти замаскировывалось пропорціальнымъ развитіемъ жировой ткани.

Вотъ въ этомъ то состояніи больной и поступилъ въ наше отдѣленіе съ перекрестнымъ параличемъ правой нижней конечности и лѣвой верхней конечности, съ этой массовой атрофіей, которая замаскировывалась развитіемъ жировой ткани, въ чемъ вы могли убѣдиться сами, съ этимъ пониженіемъ мѣстной температуры на парализованной ногѣ, которое выражается разностью въ 3 градуса сравнительно со здоровой конечностью, съ этимъ лиловатымъ отѣнкомъ правой стопы и съ этими трофическими кожными расстройствами, которыя я недавно констатировалъ; не считая того, что справа, на парализованной сторонѣ, коленные рефлексы отсутствовали, что при электрическомъ изслѣдованіи парализованныхъ конечностей обнаружена реакція перерожденія. Противоположность всему этому представляетъ совершенно нормальная чувствительность и совершенная сохранность функціи сфинктеровъ и черепно-мозговой иннервации.

Я говорю, что клиническая исторія этого больного вполне соответствуетъ описанію, которое имѣется въ учебникахъ о *poliomyelitis anterior acuta* у взрослыхъ, объ остромъ переднемъ спинальномъ параличѣ Дюшенна; 15 лѣтъ тому назадъ не допустимо было никакое сомнѣніе, діагнозъ *poliomyelitis anterior acuta* считался бы установленнымъ. Теперь мы относимся къ этому съ большой осторожностью: надо имѣть въ виду случайность, а именно возможность смѣшать съ *poliomyelitis anterior*, — съ міэлитомъ переднихъ роговъ спинного мозга, съ простымъ заболѣваніемъ периферическихъ нервовъ — съ полиневритомъ, такія ошибки бывали. Мой долгъ предостеречь васъ отъ заблужденій подобнаго рода, мой долгъ провѣрить предъ вами, — обладаемъ ли мы точными элементами оцѣнки, которые дадутъ намъ возможность избѣжать такой ошибки; если да, то я долженъ вамъ сказать, какіе это элементы.

И вотъ, слѣдовательно, мы опять на той почвѣ, которую я уже нѣсколько разъ изслѣдовалъ вмѣстѣ съ вами въ теченіи этого года: дѣло идетъ объ отношеніяхъ спинно-мозговыхъ заболѣваній къ заболѣваніямъ периферическихъ нервовъ, кото-

рыя могутъ болѣе или менѣе вѣрно симулировать первыя. Вы уже знаете руководящую нить, которой я придерживаюсь при изслѣдованіи этихъ вопросовъ, и тѣ принципы, которые я проповѣдую въ отношеніи этого предмета. Мои принципы можно резюмировать въ слѣдующихъ словахъ: напрасно противопоставляютъ формы міэлиты и формы полиневрита, одиѣ другимъ, какъ самостоятельныя болѣзненные единицы, какъ различные виды: міэлиты и полиневриты имѣютъ между собой большое симптоматическое сходство, такъ какъ тутъ дѣло идетъ о заболѣваніяхъ, которыя поражаютъ одни и тѣ же органы. Дѣйствительно, нервы, или по крайней мѣрѣ ихъ существенный элементъ—осевой цилиндръ, рассматриваются лишь какъ простыя продолженія клѣтокъ.

Что касается руководящей нити, которой я придерживаюсь при изслѣдованіи этихъ вопросовъ, то она мнѣ кажется безупречной. Она состоитъ въ разсмотрѣніи фактовъ, которые послужили основаніемъ для установленія этой противоположности между міэлитами и полиневритами.

Дѣло въ томъ, чтобы разсмотрѣть эти факты въ мельчайшихъ ихъ клиническихъ подробностяхъ и разслѣдовать, есть ли нѣтъ отличительные признаки, позволяющіе различать одни отъ другихъ, т. е. случаи, признаваемые за простые полиневриты отъ случаевъ, которые представляютъ собой неоспоримые примѣры міэлиты. Дѣло въ томъ, чтобы затѣмъ провѣрить эти факты при свѣтѣ данныхъ патологической анатоміи и разслѣдовать, на какомъ пунктѣ основана эта противоположность между полиневритами и міэлитами, которую нѣкоторые авторы безъ колебанія отбѣнили, насколько возможно, сильнѣе.

У меня не хватаетъ времени, чтобы предпринять эту критическую провѣрку и исчерпать все это въ теченіи одной лекціи. Поэтому я ограничусь лишь тѣмъ, что изложу вамъ, какъ авторы, занимавшіеся клинической стороной этого вопроса, пытались разрѣшить его и какъ я самъ понимаю его.

Одинъ англійскій авторъ, лондонскій профессоръ Бѣццардъ, въ читанныхъ имъ лекціяхъ о параличахъ и периферическихъ невритахъ ¹⁾, мнѣ кажется, высказался весьма точно о клиническомъ вопросѣ, рассматриваемомъ во всей его совокупности.

Дифференціальный діагнозъ между *poliomyelitis anterior acuta* и двигательнымъ полиневритомъ иногда крайне легокъ; но онъ можетъ быть и настолько труденъ, что возникаютъ серьезныя сомнѣнія относительно характера имѣющагося предъ вами заболѣванія. Что это значитъ? Объяснимъ это фактами. Клиника, дополненная патологической анатоміей, насъ учитъ, что *polyomyelitis anterior acuta* встрѣчается относительно рѣдко, но что его симптоматическое проявленіе почти неизмѣнно. Клиника же насъ поучаетъ, что полиневриты наблю-

¹⁾ Th. Buzzard. On some forms of paralysis, etc. The Harveian Lectures for 1885. London, 1886, J. A. Churchill.

даются относительно часто и что они крайне полиморфны какъ по своему развитію, такъ и по своей симптоматологіи. Отсюда вытекаетъ слѣдующее первое заключеніе: въ большинствѣ случаевъ образованный врачъ въ состояніи сразу рѣшить, что предъ нимъ имѣется одна изъ клиническихъ разновидностей двигательнаго полиневрита, потому что имѣющийся предъ его глазами синдромъ отличается нѣкоторыми существенными признаками отъ картины поліомієлита; по этому поводу я объяснюсь болѣе подробно. Но и теперь вы уже должны понять, что въ рядѣ случаевъ, относящихся къ двигательному полиневриту, задачу дифференціального діагноза очень легко разрѣшить тому, кто основательно ознакомленъ съ полиморфной симптоматологіей *poliomyelitis anterior acuta*.

Итакъ, въ одномъ изъ своихъ многочисленныхъ проявленій двигательный полиневритъ вполне представляетъ большое сходство съ поліомієлитомъ. Отсюда и вытекаетъ затрудненіе въ діагнозѣ, о которомъ я вамъ сейчасъ говорилъ. Эти затрудненія представляются въ случаяхъ, гдѣ 15 лѣтъ тому назадъ, не колеблясь, ставили діагнозъ остраго передняго поліомієлита, между тѣмъ какъ современный врачъ считаетъ нужнымъ провѣрить себя, не имѣетъ ли онъ тутъ дѣло съ полиневритомъ въ формѣ *poliomyelitis anterior*.

Замѣтите, что тутъ дѣло не въ тонкостяхъ только; съ вопросомъ о діагнозѣ, повторяю вамъ, тѣсно связанъ вопросъ о прогнозѣ. Можно выздороветь отъ остраго передняго поліомієлита; можно выздороветь вполне,—по крайней мѣрѣ на это можно надѣяться. Отъ полиневрита, наоборотъ, можно умереть. Но это двѣ исключительныя случайности; въ большинствѣ же случаевъ дѣло происходитъ иначе. Рѣдко случается, чтобы развившійся острый передній поліомієлитъ протекъ, не оставивъ слѣдовъ въ формѣ параличей, непоправимыхъ мышечныхъ атрофій; сверхъ того, предсказаніе въ подобномъ случаѣ *quoad vitam* серьезное. Наоборотъ, шансы на полное выздоровленіе въ случаяхъ полиневрита велики.

Послѣ сказаннаго рассмотримъ, на какіе элементы мы можемъ опереться для разрѣшенія діагностической задачи, состоящей въ томъ,—*poliomyelitis*-ли *anterior acuta*, или двигательный полиневритъ предъ нами? Я вамъ сказалъ сейчасъ, что эта задача заслуживаетъ того, чтобы ею задаться по поводу нашего больного.

а) Рассмотримъ вначалѣ способъ проявленія и первоначальное развитіе болѣзни. Въ обоихъ случаяхъ,—въ *poliomyelitis anterior acuta* и въ двигательномъ полиневритѣ,—начало болѣзни будетъ острое; въ обоихъ случаяхъ оно будетъ лихорадочное. Не теряйте изъ виду того, что я не принимаю въ расчетъ тѣхъ случаевъ, гдѣ сразу можно сказать, что это не *poliomyelitis anterior acuta*.

Итакъ, при *poliomyelitis anterior acuta* параличъ въ два, три, или четыре дня достигаетъ своего апогея; онъ можетъ поразить всѣ четыре конечности; наблюдается, какъ исключеніе, что параличемъ поражается лишь часть одной конечности. Въ послѣднемъ случаѣ параличъ поражаетъ группу синергическихъ мышцъ, центры которыхъ расположены въ смежныхъ областяхъ; онъ преимущественно

распространяется до сегментовъ, составляющихъ начало конечностей: до надплечій, плечь, бедеръ.

При полиневритѣ параличъ достигаетъ своего апогея въ гораздо болѣе продолжительное время. Часто онъ обнаруживаетъ болѣе неправильное расположеніе; или же онъ распространяется симметрично. Когда онъ постепенно поражаетъ цѣлкомъ всю конечность, онъ локализуется преимущественно въ оконечностяхъ, въ кистяхъ рукъ, въ стопахъ, особенно же въ разгибателяхъ.

6) Посмотримъ, какъ происходитъ дѣло въ установившемся періодѣ болѣзни. При *poliomyelitis anterior acuta* двигательный параличъ, который въ первые же дни достигъ своего апогея, въ послѣдующемъ можетъ лишь ослабѣвать. Рѣдко случается, что онъ удерживается въ своемъ положеніи. Обыкновенно освобождается отъ паралича извѣстное число мышцъ, которыя возвращаются къ нормальному состоянію. Наоборотъ, тѣ изъ мышцъ, гдѣ параличъ прочно установился, обречены на болѣе или менѣе быстро обнаруживающуюся атрофію.

Въ случаяхъ полиневрита, обыкновенно, дѣло происходитъ иначе: параличъ, послѣ того, какъ онъ закончилъ свое дѣло въ одной конечности, можетъ захватить другую область, до сего времени не затронутую. Мѣстами онъ можетъ подвергаться улучшеніямъ и послѣдовательнымъ ухудшеніямъ. Онъ очень склоненъ также и къ рецидивамъ.

Словомъ, въ способѣ его распространенія, въ его ходѣ проявляется большая неправильность; эту неправильность и надо уловить, когда таковая имѣется у больного. Въ случаяхъ *poliomyelitis anterior acuta* двигательныя расстройства состоятъ въ параличѣ. Въ случаѣ двигательнаго полиневрита нерѣдко наблюдается атаксія, сочетанная съ двигательной инкоординаціей.

Въ случаяхъ остраго передняго поліомієлита электрическое изслѣдованіе мышцъ даетъ намъ возможность предвидѣть, какія изъ мышцъ обречены на неправильную атрофію, къ какимъ изъ нихъ возвратится ихъ функція. Этотъ пунктъ, на который я много разъ обращалъ ваше вниманіе, не ускользнулъ отъ наблюдательности Дюшенна: всѣ подвергшіяся параличу мышцы, которыя перестаютъ отвѣчать на возбужденіе фарадическаго тока, останутся окончательно парализованными и рано или поздно подвергнутся жировому перерожденію. Тѣ же мышцы, которыя сохраняютъ свою фарадическую возбудимость, могутъ вернуться къ нормѣ. Этотъ прогностическій пунктъ можетъ быть разрѣшенъ въ первые восемь или десять дней теченія остраго передняго поліомієлита. Важность этого факта вы сѣмѣте понять. Ничего подобнаго не наблюдается въ случаяхъ полиневрита.

Другія различія, касающіяся результатовъ электрическаго изслѣдованія, надо также запомнить; они особенно хорошо освѣщены профессоромъ Эрбомъ, компетентность котораго въ этомъ дѣлѣ очень велика. Послѣдующія свѣдѣнія я заимствую изъ диссертации одного изъ его учениковъ—д-ра С. Розенберга ¹⁾.

¹⁾ S. R o s e n b e r g.—Die Differentialdiagnose der Poliomyelitis anterior acuta et chronica adultorum und der Neuritis multiplex. (Inaugural Dissertation, Heidelberg, 1890).

Въ случаяхъ остраго передняго поліомієліта результаты электрическаго изслѣдованія не только имѣютъ важное прогностическое значеніе, о которомъ я вамъ только-что говорилъ, но и находятся также въ опредѣленномъ и постоянномъ соотношеніи со степенью паралича: нѣтъ паралича, нѣтъ и измѣненій электрической реакціи; легкій парезъ—мы имѣемъ дѣло съ намекомъ на реакцію перерожденія; параличъ средней интензивности—признаки частичной реакціи перерожденія; полный параличъ,—полная реакція перерожденія и, наконецъ, послѣ довольно долгаго существованія паралича, когда уже атрофія закончила свое дѣло, наблюдается полное отсутствіе гальванической и фарадической возбудимости. Таковы свѣдѣнія, которыя даетъ намъ изслѣдованіе различныхъ мышцъ.

Въ случаяхъ полиневрита результаты часто бываютъ совершенно иные; это значитъ, что они не представляютъ ничего правильнаго, что они далеки отъ того, чтобы идти рука объ руку со степенью паралича. Во многихъ случаяхъ отмѣчается, что мышцы въ состояніи пареза реагируютъ нормально на фарадическія и гальваническія возбужденія. Иной разъ наблюдается обратное: при изслѣдованіи мышцъ, пощаженныхъ параличемъ, получаемъ признаки частичной или полной реакціи перерожденія или электрическая реакція оказывается только ослабленной въ мышцахъ вполне парализованныхъ; или же, наконецъ, электрическая реакція отсутствуетъ какъ въ мышцахъ, не вполне парализованныхъ, такъ равно и въ тѣхъ мышцахъ, которыя совсѣмъ больше не сокращаются.

Но не слѣдуетъ однако увлекаться цѣнностью этихъ результатовъ. Въ большинствѣ случаевъ полиневрита (по Эрбу, въ половинѣ случаевъ) электрическія реакціи таковы же, какъ и въ случаяхъ *poliomyelitis anterior*.

в) Я перехожу къ атрофическому періоду. Въ случаяхъ остраго передняго поліомієліта, двигательный параличъ продержавшись нѣкоторое время, или исчезаетъ, или же осложняется жировымъ перерожденіемъ парализованныхъ мышцъ. Эта послѣдняя участь, понятно, предназначена для тѣхъ мышцъ, которыя съ первыхъ же дней болѣзни потеряли свою фарадическую возбудимость. Можно сказать также, что степень жирового перерожденія, мышечной атрофіи пропорціональна степени паралича. Надо знать также, что въ извѣстномъ числѣ случаевъ, относящихся къ острому переднему поліомієліту, двигательный параличъ и мышечная атрофія наступаютъ одновременно. Слѣдовательно, что составляетъ исключеніе въ случаяхъ поліомієліта, то является правиломъ въ случаяхъ полиневрита. Атрофія и параличъ появляются прежде всего; атрофія, по примѣру паралича, имѣетъ склонность распространяться съ периферіи конечностей къ ихъ началу. Наоборотъ, не рѣдко приходится констатировать очень ясную несоразмѣрность между степенью паралича и степенью атрофіи въ различныхъ мышечныхъ группахъ. Не менѣе часто приходится видѣть атрофію выступающей на сцену въ то время, когда параличъ начинаетъ ослабѣвать. Все это вы имѣли возможность наблюдать у показаннаго

вамъ на предшествующей лекціи больного, который представлялъ собой весьма ясный примѣръ полиневрита.

г) Изслѣдованіе рефлексовъ также можетъ доставить вамъ данныя для оцѣнки. Состояніе рефлексовъ при остромъ переднемъ поліоміELITѣ зависитъ въ концѣ концовъ отъ сокращаемости мышцъ, участвующихъ въ вызовѣ этого явленія: мышцы парализованы, сухожильные рефлексы отсутствуютъ; возвратились движенія, вновь появляются и сухожильные рефлексы. Съ другой стороны, кожные рефлексы могутъ отсутствовать, но никогда они не были находимы усиленными.

При двигательномъ полиневритѣ нѣтъ постоянного, опредѣленнаго соотношенія между состояніемъ рефлексовъ и мышечной сократительности. Въ нѣкоторомъ числѣ случаевъ кожные рефлексы были найдены усиленными.

Еще болѣе рѣзкія различія въ результатахъ получаютъ при изслѣдованіи чувствительности: можно сказать вообще, что насколько расстройства чувствительности играютъ неопредѣленную роль въ симптоматологіи остраго передняго поліоміELITа, настолько широкое мѣсто они занимаютъ въ картинѣ полиневрита.

При поліоміELITѣ наблюдаютъ почти исключительно расстройства субъективной чувствительности, а именно: ощущенія онѣмѣнія, мурашекъ, предшествующія появленію паралича; боли въ позвоночномъ столбѣ, разнообразныя боли въ конечностяхъ. Всѣ эти явленія крайне скоротечны. Что касается расстройствъ объективной чувствительности, то таковыя отсутствуютъ. Наоборотъ, въ случаяхъ двигательнаго полиневрита расстройства объективной чувствительности наблюдаются очень часто; они, сверхъ того, очень разнообразны по своимъ проявленіямъ: наблюдаютъ безразлично осязательную анестезію, алгезію, терманестезію, гиперестезію, замедленіе передачи ощущеній, утрату чувства мѣста и пр.

По этому поводу вы найдете очень любопытныя свѣдѣнія въ только что цитированной работѣ Розенберга. Эти свѣдѣнія въ общемъ согласуются съ тѣмъ, что мы наблюдали у многочисленныхъ больныхъ, страдающихъ полиневритомъ, которыхъ я вамъ показаль въ теченіи этого года.

Что касается субъективныхъ расстройствъ чувствительности: явленій парестезій, болей, то они, по меньшей мѣрѣ, такъ же часты въ случаяхъ полиневрита, какъ и въ случаяхъ остраго передняго поліоміELITа; при первомъ они болѣе продолжительны и наблюдаются во всѣхъ періодахъ болѣзни. Наконецъ давленіе на мышцы и на нервные стволы, натяженіе нервовъ причиняетъ часто невыносимыя боли,—на этотъ признакъ, какъ на одинъ изъ лучшихъ отличительныхъ признаковъ полиневрита въ формѣ передняго поліоміELITа, указываютъ многіе авторы (Бѣццардъ, Эрбъ, Оппенгеймъ, Штрюмпель).

д) Вазо-моторныя расстройства также различны въ обоихъ случаяхъ.

Въ тотъ періодъ, когда острый передній поліоміELITъ мало подвинулся впередъ, парализованныя и атрофированныя конечности безцвѣтны, ціанотичны, на-

ощупь холодны; это пониженіе мѣстной температуры легко замѣтить при прикосновеніи. Все это ясно обрисовано у нашего больного.

Крайне рѣдко наблюдается, чтобы все такъ было въ случаяхъ полиневрита. Здѣсь, наоборотъ, очень часто наблюдается поверхностный отекъ, главнымъ образомъ, по сосѣдству съ суставами; иногда наблюдаются кожныя кровоизліянія, которыя можно сравнить съ пятнами краснухи; разстройства функціи потоотдѣленія (усиленная потливость) бываютъ, одновременно, и болѣе частыя и, особенно, болѣе интенсивны, вслѣдствіе чего образуется даже потница. Наконецъ въ случаяхъ полиневрита ощупываніе поверхностныхъ нервныхъ стволовъ довольно часто обнаруживаетъ ограниченныя утолщенія ихъ.

е) Разстройства со стороны сфинктеровъ не представляютъ вообще діагностическихъ элементовъ большой важности. Они, какъ въ случаяхъ острого передняго поліомієлита, такъ и при двигательномъ полиневритѣ,—очень рѣдки и скоропроходящи. Тѣмъ не менѣе, по Эрбу¹⁾, въ случаяхъ поліомієлита они выражаются состояніемъ временнаго, очень скоротечнаго пареза, наблюдаемаго лишь только въ началѣ заболѣванія. Наоборотъ, въ случаяхъ полиневрита можно наблюдать безразлично и независимо отъ періода заболѣванія задержку или недержание мочи и фекальныхъ массъ, или то и другое.

ж) При остромъ переднемъ поліомієлитѣ разстройства функціи черепныхъ нервовъ составляютъ исключеніе; то же самое примѣнимо и къ психическимъ функціямъ.

При полиневритѣ бредъ, и амнезія съ довольно характерными особенностями, которыя мной уже были пояснены²⁾, встрѣчаются относительно часто. Особенно это бываетъ такъ въ случаяхъ, гдѣ причиной является алкоголизмъ. Припомните себѣ то, на чемъ я настаивалъ въ одной изъ первыхъ своихъ лекцій. Независимо отъ психическихъ разстройствъ въ случаяхъ полиневрита довольно часто наблюдаютъ параличъ въ сферѣ черепныхъ нервовъ, особенно же параличи глазныхъ мышцъ.

е) Наконецъ, и самое развитіе въ обоихъ случаяхъ весьма различно. Вспомните, что не извѣстно ни одного примѣра рецидива острого передняго поліомієлита, между тѣмъ какъ въ числѣ характерныхъ признаковъ полиневрита считается весьма выраженная склонность его къ возвратамъ.

Вотъ какими отличительными признаками вы должны руководиться въ указанныхъ мной сейчасъ сомнительныхъ случаяхъ, когда вамъ придется рѣшать вопросъ, имѣете-ли вы дѣло скорѣе съ острымъ переднимъ поліомієлитомъ, чѣмъ со случаемъ полиневрита, или наоборотъ. Помните, что въ этихъ случаяхъ вамъ чаще всего придется дѣлать лишь вѣроятный діагнозъ. Но эта вѣроятность сдѣлается почти увѣренностью, если вы сумѣете принять во вниманіе всѣ отличительные признаки, которые я сейчасъ перечислю:

¹⁾ Rosenberg. —Loc. cit. p. 39.

²⁾ Смотри лекцію VIII.

Болезнь со внезапнымъ и лихорадочнымъ началомъ, которая въ очень короткое время заканчивается параличемъ одной, или нѣсколькихъ конечностей можетъ быть безразлично острымъ переднимъ полиоміэлитомъ, или полиневритомъ. Во всякомъ случаѣ, такой характеръ начала долженъ уже скорѣе говорить въ пользу полиоміэлита. Если же лихорадочное начало сопровождалось бредомъ, или если изъ анамнестическихъ свѣдѣній выяснилось, что были амнестическія расстройства, то нужно думать, не замѣшанъ-ли тутъ алкоголизмъ, или другая какая-либо интоксикація.

Предположимъ, что ничего этого нѣтъ; электрическое изслѣдованіе парализованныхъ и здоровыхъ конечностей даетъ намъ весьма цѣнные данныя для окончательнаго нашего сужденія. Если измѣненія электрической реакціи согласуются прямо со степенью паралича, то имѣется вѣроятность въ пользу полиоміэлита. Если наоборотъ, констатируется явное несоотвѣтствіе между результатами электрическаго изслѣдованія мышцъ и функціональнымъ состояніемъ этихъ органовъ, то имѣется почти увѣренность въ существованіи полиневрита. Эта почти полная увѣренность еще увеличивается, если кожные рефлексы представляются рѣзко повышенными.

Если двигательный параличъ вмѣсто того, чтобы поразить сразу всю конечность, или цѣлую область ея, развивается прогрессивно, или толчками, и распространяется съ периферіи конечностей до ихъ начала, если параличъ захватываетъ черепные и бульбарные нервы и, въ особенности, если параличъ со стороны черепныхъ нервовъ преобладаютъ въ картинѣ болѣзни, то тутъ имѣется вѣроятность въ пользу полиневрита. Результаты электрическаго изслѣдованія, цѣну которымъ вы теперь знаете, могутъ подкрѣпить эту увѣренность, или, наоборотъ, дать перевѣсъ въ пользу гипотезы полиоміэлита. Эта гипотеза будетъ болѣе вѣроятной, если объективныя расстройства чувствительности будутъ почти отсутствовать, если самое большое, что будутъ нѣкоторыя временныя субъективныя расстройства въ началѣ болѣзни—незначительное онѣмѣніе, ощущеніе мурашекъ, нѣкоторыя боли.

Наоборотъ, констатированіе очень ясныхъ объективныхъ расстройствъ чувствительности, анестезіи, гиперестезіи, очень упорныхъ самопроизвольныхъ болей, констатированіе того, что давленіе на мышцы и на нервные стволы, что удлинненіе нервовъ, происходящее при нѣкоторыхъ положеніяхъ, вызываетъ острые невыносимыя боли,—все это почти вѣрныя доказательства въ пользу существованія полиневрита. Этотъ діагнозъ выиграетъ еще въ вѣроятности, если параличъ впослѣдствіи будетъ уменьшаться, начиная съ периферіи къ центру, если атрофіей безразлично поражаются какъ тѣ мышцы, волевая сократительность которыхъ возвратилась, такъ и другія мышцы, которые остались неспособными къ сокращенію.

Наоборотъ, если только мышцы, оставшіяся парализованными, подверглись атрофіи, если въ тѣхъ мышцахъ, откуда параличъ отступаетъ, сохраняется въ

неприкосновенности ихъ питаніе точно такъ, какъ въ мышцахъ, пощаженныхъ параличемъ, ваше рѣшеніе должно будетъ снова склониться въ пользу гипотезы поліомієлита. Это рѣшеніе можетъ лишь укрѣпиться, если въ послѣдствіи дѣло останется *in situ*, если сегменты атрофированныхъ конечностей будутъ ціанотичны и холодны.

Наоборотъ, ухудшенія, наступающія вслѣдъ за фазами улучшенія, ограниченные отеки, развивающіяся по сосѣдству съ суставами, мѣстныя утолщенія, обнаруживаемыя ощупываніемъ поверхностныхъ нервовъ, будутъ тоже служить доказательствомъ въ пользу существованія полиневрита.

Я сейчасъ показалъ вамъ, на какихъ соображеніяхъ должно основываться ваше сужденіе въ случаѣ, гдѣ вамъ нужно высказаться между діагнозомъ острого передняго поліомієлита и двигательнаго полиневрита. Возвращаясь къ нашему больному, я полагаю, что все, только что сказанное мной, могло лишь укрѣпить сложившееся уже въ вашихъ умахъ убѣжденіе; въ этомъ случаѣ весьма вѣскія данныя говорятъ въ пользу существованія острого передняго поліомієлита. У этого человѣка, въ расцвѣтъ силъ, при хорошемъ сложеніи, отвергающаго всякіе предшествующіе эксцессы, внезапно появляется сильная лихорадка; черезъ четыре дня послѣ этого у него были совершенно парализованы лѣвая верхняя и правая нижняя конечности. У него не было другихъ разстройствъ чувствительности, кромѣ нѣкоторыхъ явленій парѣстезіи и проходящихъ болей позвоночника. У него не было ни параличей со стороны черепныхъ нервовъ, ни разстройствъ со стороны сфинктеровъ. Измѣненія электрической реакціи были найдены соотвѣтствующими степени паралича; послѣдній держался въ одномъ и томъ же положеніи въ теченіи 6 слишкомъ недѣль; затѣмъ этотъ параличъ въ нѣкоторыхъ мышцахъ улучшился. Тамъ, гдѣ параличъ локализовался, появилась атрофія, о степени которой вы могли судить сами; эта атрофія съ перваго взгляда представляется замаскированной значительнымъ ожирѣніемъ. Въ настоящее время парализованныя конечности холодны наощупь, мѣстами синюшны.

Это сочетаніе, это сдѣленіе болѣзненныхъ явленій оправдываетъ, повторяю я, поставленный нами діагнозъ острого передняго поліомієлита.

Предсказаніе — Предсказаніе, вытекающее изъ этого діагноза, вамъ уже извѣстно. Предъ нами послѣдствія болѣзни, острый періодъ которой окончательно прошелъ, которая не представляетъ больше никакой опасности для существованія больного. Результаты электрическаго изслѣдованія указываютъ на непоправимое состояніе атрофированныхъ мышцъ. Нашъ больной, по всей вѣроятности, навсегда останется со своимъ параличемъ и со своей атрофіей; до конца дней своихъ онъ останется калѣкой.

Леченіе.—Надо вамъ сказать, что въ томъ періодѣ болѣзни, котораго теперь достигъ нашъ больной, мы ничего не можемъ ожидать отъ терапіи. Предполагали, что разъ процессъ переступилъ свой острый періодъ, разъ параличъ

достигъ своего апогея, но атрофія еще не наступила, имѣется надежда предотвратить атрофію, или ограничить ея распространеніе подкожными инъекціями стрихнина, или эрготина въ соединеніи съ атропиномъ. По моему, безуспѣшность этихъ лекарствъ еще не доказана, хотя въ томъ положеніи, въ какомъ теперь находится нашъ больной, одна лишь ортопедія обладаетъ еще нѣкоторыми средствами, чтобы помочь его убожеству.

Патологическая анатомія и патогенезъ. — Нѣсколько словъ, господа, о патологической анатоміи остраго передняго поліомієлита.

Въ 1872 году Дюшеннъ изъ Булони, въ третьемъ изданіи своего труда «*Traité de l'électrisation localisée*» описалъ въ первый разъ занимающую насъ болѣзнь подъ именемъ «*paralysie spinale antérieure aigüe de l'adulte*». Вотъ, что онъ писалъ по этому поводу: «я долгое время думалъ, что симптоматологія атрофическаго дѣтскаго паралича, анатомическая особенность котораго заключается главнымъ образомъ въ острой атрофіи клѣтокъ переднихъ роговъ спинного мозга, не встрѣчается у взрослыхъ, но послѣ того, какъ мнѣ пришлось наблюдать ту же самую симптоматику и у взрослого, я естественно пришелъ къ заключенію, что въ такихъ случаяхъ параличъ долженъ быть вызванъ тѣмъ же самымъ анатомическимъ пораженіемъ» ¹⁾.

Впоследствии не замедлили опубликовать случаи съ вскрытіемъ, которые послужили доказательствомъ справедливости взгляда Дюшенна. Сегодня я не имѣю времени входить въ подробный и критическій разборъ этихъ фактовъ. Критическій разборъ своихъ случаевъ, опубликованныхъ до 1879 года, былъ сдѣланъ Лейденомъ ²⁾, въ его замѣчательной статьѣ о поліомієлитѣ и о невритѣ. Заключение Лейдена было таково: ни въ одномъ изъ разсматриваемыхъ случаевъ не обнаружено существованія чистаго передняго поліомієлита, остраго поліомієлита, ограничившагося сѣрымъ веществомъ переднихъ роговъ.

Розенбергъ, въ цитированной уже его диссертациі, написанной подъ руководствомъ профессора Эрба, нашелъ критику Лейдена немного суровой и его заключеніе слишкомъ одностороннимъ. Существованіе остраго передняго поліомієлита въ настоящее время доказано фактами, которые хотя и малочисленны, но безупречнаго достоинства. Изъ нихъ я вамъ сошлюсь на наблюденія Шульце ³⁾, Уиллѣямсона ⁴⁾, Фридлэндера ⁵⁾, Рисслера ⁶⁾.

¹⁾ Duchenne.—Loc. cit. p. 437.

²⁾ E. Leyden.—Ueber Poliomyelitis und Neuritis. (Zeitschrift für klin. Medicin 1879, t. I, p. 387).

³⁾ Schultze.—Beiträge zur Pathologie und Pathol. Anatomie des Centralnervensystems. Virchow's Archiv, 1876, T. LXVIII, p. 128; T. LXXIII, p. 443.

⁴⁾ Williamson.—Medic. Chronicle, september 1890.

⁵⁾ Friedländer.—Ueber Verkalkung der Ganglien. (Virchow's Archiv, 1882, T. 88, p. 84).

⁶⁾ Rissler.—Nordiskt Medicin. Archiv, t. XX, № 22 (obs. 3).

На ряду съ этимъ небольшимъ числомъ фактовъ имѣется уже длинный списокъ примѣровъ двигательнаго полиневрита, гдѣ клиническое проявленіе представляетъ болѣе или менѣе большое сходство съ острымъ переднимъ поліоміэлитомъ. По поводу этихъ послѣднихъ случаевъ снова представляется умѣстнымъ поднять вопросъ, дѣйствительно ли между этими двумя категоріями случаевъ существуетъ такая формальная противоположность, какъ это нѣкоторые предполагали. Этотъ вопросъ я уже обсуждалъ въ теченіе предшествующаго семестра по поводу первого изъ двухъ представленныхъ вамъ въ началѣ этой лекціи больныхъ я возвращался къ нему и позже по поводу только что демонстрированнаго вамъ другого больного. Я вамъ напому, что у обоихъ клиническое развитіе прошло чрезъ двѣ ясныя фазы. Въ первой фазѣ симптомы и теченіе были такіе же, какъ при остромъ экстенсивно-прегрессивномъ параличѣ Ландри. Позже, болѣзненная картина подверглась такому видоизмѣненію, что не оставалось ничего больше, какъ задаться вопросомъ, не имѣется ли тутъ дѣло съ острымъ переднимъ поліоміэлитомъ взрослыхъ, или съ двигательнымъ полиневритомъ. Я могу лишь въ нѣсколькихъ словахъ повторить то, что я говорилъ тогда о моемъ взглядѣ на отношенія между переднимъ поліоміэлитомъ и двигательнымъ полиневритомъ. Какъ тотъ, такъ и другой представляютъ собой заболѣванія одного и того же органа, периферическаго двигательнаго нейрона. То, что мы называемъ нервной клѣткой переднихъ роговъ есть лишь тѣло этого нейрона—точно такъ же, какъ осевой цилиндръ двигательнаго нерва есть лишь главное продолженіе его. Что питаніе этого послѣдняго будетъ стоять въ зависимости отъ трофическаго состоянія клѣтки, это со времени замѣчательныхъ изслѣдованій Валлера—внѣ всякаго сомнѣнія; хотя нѣкоторые, ссылаясь на гистологическія данныя, по которымъ, кажется, осево-цилиндрическіе отростки клѣтокъ приравниваются къ периферическимъ нервамъ, указываютъ на извѣстную трофическую независимость. Эта независимость подтверждается данными патологической анатоміи, указывающими на существованіе периферическихъ невритовъ безъ измѣненія тѣлъ нейроновъ, безъ измѣненія клѣтокъ переднихъ роговъ спинного мозга.

На это я въ свою очередь замѣчу слѣдующее: изслѣдованія Маринеско, на которыя я ссылаюсь въ предшествующей лекціи, показываютъ, что при помощи нѣкоторыхъ усовершенствованныхъ методовъ можно обнаружить въ тѣлахъ нейроновъ, въ нервныхъ клѣткахъ, измѣненія въ случаяхъ периферическихъ невритовъ, гдѣ эти клѣтки, судя по результатамъ, полученнымъ при обыкновенныхъ методахъ изслѣдованія, казались здоровыми. Отсюда можно понять также связь между клѣточными и невритическими измѣненіями въ случаяхъ передняго поліоміэлита и двигательнаго полиневрита.

Патогенный агентъ,—я имѣю здѣсь въ виду, главнымъ образомъ, токсическіе и инфекціонные агенты,—начиная производить свое вредное дѣйствіе на периферическіе двигательные нейроны, можетъ сразу производить разрушеніе клѣточ-

ныхъ тѣлъ, клѣтокъ переднихъ роговъ; дезорганизація эта можетъ быть непоравимой и окончиться атрофіей и исчезновеніемъ клѣтки. Эта случайность, наблюдаемая, кажется, относительно рѣдко, осуществляется дѣйствительно въ случаяхъ передняго поліомієлита. Не стоитъ говорить того, что если только процессъ не развивается очень остро, осево-цилиндрическіе отростки клѣтокъ послѣдовательно переродятся; при вскрытіи найдутъ одновременно и слѣды передняго поліомієлита и слѣды периферическаго полиневрита. Возможно также, что измѣненія, претерпѣваемыя тѣлами нервовъ, нервными клѣтками переднихъ роговъ, поправимы; они могутъ исчезнуть въ то время, когда существуютъ уже вторичныя измѣненія осево-цилиндрическихъ отростковъ, которыя составляютъ принадлежность периферическаго неврита. Наконецъ, понятно, что, хотя вредъ, наносимый тѣлу двигательнаго болѣзнетворнымъ агентомъ, можетъ и не выразатся структурными измѣненіями, обнаруживаемыми нашими обыкновенными методами наблюденія, но тѣмъ не менѣе онъ будетъ достаточенъ, чтобы отозваться на питаніи осево-цилиндрическихъ отростковъ. Въ этомъ случаѣ наиболѣе слабыя части этихъ отростковъ переродятся прежде всего. Такимъ образомъ, мы будемъ имѣть предъ собой периферическій невритъ съ восходящимъ развитіемъ, интенсивность котораго будетъ уменьшаться въ направленіи отъ периферіи къ центру.

Этотъ взглядъ на отношенія периферическихъ полиневритовъ къ переднему поліомієлиту стоитъ въ полной гармоніи съ имѣющимся въ настоящее время воззрѣніемъ на тонкое строеніе нервной системы. Такой взглядъ ясно показываетъ, какъ много искусственнаго въ абсолютной оппозиціи, которую пытались установить между периферическими полиневритами и поліомієлитами. Онъ объясняетъ вамъ также, почему съ прогностической точки зрѣнія интересно отличать одни отъ другихъ. Ясно а priori, что заболѣваніе нерона будетъ тѣмъ серьезнѣе, чѣмъ глубже и грубѣе будетъ пораженіе, претерпѣваемое наиболѣе благородной частью этого органа—тѣлами клѣтокъ.

Лекція XXI.

О случаѣ мышечной прогрессивной мієлопатической атрофіи ¹⁾.

Содержаніе.—Анатомическое сродство остраго спинно-мозгового паралича и мышечной прогрессивной атрофіи Аранъ-Дюшенневскаго типа.—Клиническій примѣръ этого послѣдняго заболѣванія.—Анатомическія данныя случая; характеръ начала болѣзни.—Описаніе трофическихъ и двигательныхъ разстройствъ въ

¹⁾ Лекція 29 Мая 1896 г.

основномъ періодѣ болѣзни. Смертельный исходъ произошелъ вслѣдствіе пнеймоніи. Диагнозъ.—Быстрота развитія, начало съ атрофіи мышцъ надплечій, отсутствіе невропатической наслѣдственности,—выдающіяся особенности въ представляемомъ клиническомъ примѣрѣ. Самъ собой напрашивается клиническій диагнозъ прогрессивной мышечной атрофіи. То она принимаетъ характеръ семейной болѣзни, въ такомъ случаѣ эта атрофія почти всегда представляетъ выраженіе первичной міопатіи; то она представляется индивидуальной болѣзнью и въ томъ случаѣ, когда она воплощаетъ нѣкоторыя отличительныя особенности, бываетъ мізлопатического происхожденія. Представляемый случай въ точности реализируетъ эти свойства. Слѣдовательно тутъ ясно имѣется дѣло съ примѣромъ прогрессивной мышечной атрофіи Аранъ-Дюшенневскаго типа.—Существованіе Аранъ-Дюшенневскаго, какъ самостоятельной болѣзни установлено. Историческій обзоръ.—Доказательства существованія хроническаго передняго поліомієлита соответствующаго Аранъ-Дюшенневскому типу. Патологическое изслѣдованіе.—Результаты гистологическаго изслѣдованія спинного мозга, взятаго отъ представленнаго случая.—Ясно, что имѣлось дѣло со случаемъ хроническаго передняго поліомієлита. Заключение.

Мм. Гг. Послѣднюю мою лекцію въ пятницу я посвятилъ случаю больного, у котораго, какъ я полагалъ, можно діагностировать точно ограниченное анатомическое поврежденіе. Я думаю, что я васъ убѣдилъ въ существованіи у этого больного передняго поліомієлита, ограничившагося слѣва шейнымъ утолщеніемъ, а справа—поясничнымъ утолщеніемъ мієлита, ограничившагося сѣрымъ веществомъ обѣихъ этихъ областей нервной оси. Когда я произношу слово мієлитъ, я допускаю въ нѣкоторомъ родѣ анахронизмъ. Чтобы выразиться точно, я долженъ былъ бы сказать «бывшій» мієлитъ. Дѣйствительно у больного, котораго я вамъ показывалъ въ послѣднюю пятницу, ограниченный поліомієлитъ, какъ я вамъ это сейчасъ только сказалъ, представлялся завершившимся фактомъ. Мы имѣли предъ собой процессъ, давно закончившій свое развитіе. Въ областяхъ, пораженныхъ этимъ мієлитомъ, должны послѣ него остаться, какъ анатомическіе слѣды: атрофія гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ, а какъ клиническія послѣдствія: атрофическій параличъ почти всей лѣвой верхней и правой нижней конечностей. На тѣ и другія мы должны смотрѣть, какъ на непоправимыя послѣдствія. Кромѣ того, спинно-мозговое поврежденіе, а равно и развившіяся вслѣдствіе этого поврежденія параличъ и атрофія могутъ быть разсматриваемы, какъ явленія, вполне установившіяся—пожаръ потухъ и больше не вспыхнетъ. Разрушительныя его послѣдствія завтра будутъ такими же, какими они были вчера и какими они остаются сегодня. Я говорю, что онъ больше не вспыхнетъ потому, что до сего времени не было ни одного примѣра рецидива передняго спинно-мозгового мієлита у взрослыхъ. Наоборотъ, рецидивы въ случаяхъ дѣтскаго паралича были наблюдаемы. Припомните себѣ, что этотъ послѣдній свойственъ дѣтскому возрасту, острый же передній поліомієлитъ встрѣчается лишь въ болѣе позднемъ возрастѣ.

Рядомъ съ острымъ переднимъ поліоміэлитомъ помѣщается заболѣваніе, въ которомъ опредѣляютъ тотъ же самый анатомическій субстратъ, какъ и въ первомъ (міэлитъ переднихъ роговъ), но которое представляетъ разницу съ нимъ въ отношеніи развитія. Я имѣю въ виду ту форму прогрессивной мышечной атрофіи, которую обыкновенно называютъ прогрессивной мышечной атрофіей Аранъ-Дюшенневскаго типа.

Я говорю, что ей приписываютъ тотъ же самый анатомо-патологическій субстратъ, какъ и переднему поліоміэлиту, съ той, однако, разницей, что при прогрессивной мышечной атрофіи поражение сѣраго вещества переднихъ роговъ, какъ это признается, распространяется и на бѣлые передне-боковые пучки. Говоря правду, далеко не всѣ раздѣляютъ этотъ взглядъ. Въ послѣднее время встрѣчались авторы, которые отрицали существованіе прогрессивной мышечной атрофіи, какъ симптома хроническаго передняго поліоміэлита. Въ нашемъ отдѣленіи находилась женщина, болѣзнь которой развивалась подъ видомъ мышечной атрофіи Арано-Дюшенневскаго типа. Эта женщина умерла. Ея вскрытіе и гистологическое изслѣдованіе было произведено въ высшей степени тщательно. Я могу вамъ сообщить результаты: они подтверждаютъ, какъ это показала демонстрація препаратовъ, сдѣланная завѣдывающимъ моею клиникомъ Жаномъ Шарко, присутствіе при прогрессивной мышечной симптоматической атрофіи дегенерации негліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ спинного мозга. Отсюда понятенъ для васъ тотъ исключительный интересъ съ носографической точки зрѣнія, который представляетъ данный случай, имѣющій быть предметомъ моей сегодняшней лекціи. Нѣкоторыя особенности клинической исторіи случая еще болѣе увеличиваютъ этотъ интересъ.

Я начну съ того, что познакомлю васъ съ тѣмъ, что наблюдалось у больной. Затѣмъ я вамъ сообщу результаты гистологическаго изслѣдованія ея спинного мозга и сдѣлаю соотвѣтственное заключеніе, вытекающее изъ такого двойного заключенія.

Больной женщиной (А. М.), о которой идетъ рѣчь, во время поступленія ея въ Сальпетріеръ было 45 лѣтъ. Ея отецъ былъ алкоголикъ и умеръ 55 лѣтъ отъ апоплектического удара. Ея мать, обыкновенно пользовавшаяся хорошимъ здоровьемъ, умерла 60 лѣтъ отъ пневмоніи.

Больная имѣла двухъ братьевъ, старше ея, здоровье которыхъ не оставляло желать ничего лучшаго, и двухъ вполне здоровыхъ сестеръ; обѣ онѣ замужемъ и у обѣихъ—вполнѣ здоровыя дѣти. Словомъ, казалось, въ семьѣ нѣтъ никакой порочной наслѣдственности, особенно,—невропатической наслѣдственности; но при этомъ не забудьте, прошу васъ, свѣдѣній относительно алкоголизма отца.

Больная родилась своевременно. Грудью ее вскормила сама мать. Во время перваго и втораго періода своего дѣтства у не было ни сыпныхъ острыхъ болѣзней, ни другихъ-либо инфекціонныхъ заболѣваній. Первые регулы появились,

когда ей исполнилось 12 лѣтъ. Этотъ періодъ развитія прошелъ вполне нормально. Съ 12 до 20 лѣтъ она въ одной мастерской занималась наклеюю пуговицъ; это работа не трудная, въ ней принимаютъ непосредственное участіе лишь кисти рукъ. 20 лѣтъ она вышла замужъ за 27-лѣтняго человѣка, вполне здороваго, у котораго, судя по рассказамъ о немъ больной, не было сифилиса. Весьма тщательное изслѣдованіе тѣла этой женщины и анамнестическія свѣдѣнія, которыя мы могли собрать, не даютъ никакихъ правъ подозрѣвать предшествующую сифилитическую инфекцію.

Черезъ три мѣсяца послѣ замужества эта женщина вслѣдствіе простуды заболѣла лѣвостороннимъ плевритомъ. По истеченіи шести недѣль она совершенно поправилась. Выкидышей она никогда не имѣла. Она произвела на свѣтъ 5 вполне здоровыхъ дѣтей: трехъ мальчиковъ и двухъ дѣвочекъ. Одна изъ дочерей замужемъ и уже мать одного ребенка, также вполне здороваго.

Со времени своего замужества больная занималась поденными работами; ея занятія состояли главнымъ образомъ въ стиркѣ бѣлья. Она работала среднимъ числомъ 11 часовъ въ день, присѣвъ на корточки, значить, во время ея работы утомлялись почти исключительно верхнія конечности, главнымъ же образомъ лѣвая рука. Надо отмѣтить еще то обстоятельство, что больная была лѣвша; вслѣдствіе этого она пользовалась лѣвой рукой при примѣненіи валька и щетки. Эти работы очень утомительны для работающей конечности.

Болезнь, вслѣдствіи которой М... должна была поступить въ наше отдѣленіе, началась въ Октябрѣ 1893 года. Въ это время больная впервые замѣтила слабость въ лѣвой верхней конечности, локализовавшуюся въ надплечьи и проявлявшуюся въ особенности при движеніяхъ поднятія руки—когда она, напрымѣвъ, пыталась повѣсить костюлю. Она вспоминаетъ, что въ это время она могла еще хорошо пользоваться своими пальцами для тонкихъ работъ; правая верхняя конечность и обѣ нижнія конечности сохраняли свою нормальную силу.

Но вотъ, три мѣсяца спустя, заболѣваетъ въ свою очередь и правая верхняя конечность; слабость этой конечности обнаружилась въ первый разъ также при подниманіи плеча.

Въ Іюлѣ 1894 года заболѣли также и нижнія конечности; больная начала испытывать слабость и боль въ этихъ конечностяхъ. Потомъ, въ теченіи Августа мѣсяца, она замѣтила, что пальцы становятся малоподвижными, неловкими, особенно когда ей приходилось ѣсть или шить.

Появленію этихъ двигательныхъ разстройствъ не предшествовали ощущенія онемѣнія или мурашекъ въ областяхъ конечности, пораженныхъ функціональнымъ затрудненіемъ. Самое большое, что больная вспоминала, что она испытывала вдоль позвоночнаго столба какія-то неопредѣленные ощущенія; болѣе же въ стро-гомъ смыслѣ слова, не было никакихъ.—Время отъ времени въ верхнихъ конеч-

постяхъ появлялись, чрезъ неправильные промежутки времени, спазматическія судороги, которыя имѣли своимъ послѣдствіемъ то, что приводили кисть руки въ положеніе экстензіи. Никогда, наоборотъ, больная не замѣчала тѣхъ частичныхъ мышечныхъ сокращеній, которыя извѣстны подъ именемъ фибриллярныхъ сокращеній.

Начиная съ Іюля 1894 больная была уже не въ состояніи больше приподнимать своихъ рукъ вверхъ. Во время фды она упиралась на локти съ той цѣлю, чтобы имѣть точку опоры на столѣ и чтобы такимъ образомъ привести въ движеніе свои предплечья. Съ Сентября мѣсяца движеніе предплечій и кистей рукъ въ свою очередь также сдѣлались невозможными. Немного раньше этого времени, прогрессирующая слабость нижнихъ конечностей дошла до того, что больная не могла ходить; больная, лежа въ постели, могла еще двигать своими ногами.

Больная провела два мѣсяца въ госпиталѣ Бруссэ и выписалась оттуда безъ малѣйшаго улучшенія. Въ Сальпетриеръ она поступила 7-го Октября 1894 года.

Вотъ въ какомъ видѣ представлялось состояніе ея 9-го Октября 1894 года.

При изслѣдованіи лица ничего ненормальнаго не обнаружено. Мышцы лица, губъ и языка сокращались правильно; зрачки на свѣтъ и на аккомодацию реагировали правильно; правый зрачекъ былъ шире лѣваго; изслѣдованіе периметромъ не обнаружило суженія поля зрѣнія.

У больной были прекрасные волосы. На ея наружныхъ покровахъ не обнаружено никакихъ замѣтныхъ рубцовъ. Когда ее изслѣдовали въ лежачемъ положеніи на спинѣ, то нижнія конечности находились въ положеніи экстензіи; стопы ногъ были вытянуты по направленію къ голеньямъ. Верхнія конечности также были въ разгибательномъ положеніи и плотно лежали вдоль туловища. Лишь положеніе пальцевъ было различное на правой и на лѣвой сторонѣ. Съ лѣвой стороны указательный, средній пальцы и мизинецъ были въ положеніи полусгибанія; послѣднія фаланги были въ положеніи почти полной экстензіи; вторая фаланга мизинца была сильно согнута по направленію къ первой фалангѣ. Большой палецъ былъ въ положеніи экстензіи. Въ безымянномъ пальцѣ двѣ послѣднія фаланги, будучи выпрямлены, были пригнуты къ первой фалангѣ. Вообще, имѣлось налицо сухожильное сведеніе, на которое я считаю нужнымъ мимоходомъ указать вамъ; къ значенію же его я еще возвращусь. На правой рукѣ средній и безымянный пальцы были въ положеніи флексіи; другіе же пальцы находились въ положеніи почти полной экстензіи.

Больная могла всѣ пальцы пригнуть къ ладони, но въ указательномъ пальцѣ съ обѣихъ сторонъ это сгибаніе было не полное. Она могла также производить разгибаніе пальцевъ, но это движеніе было не полное въ указательномъ пальцѣ правой руки и въ большомъ пальцѣ на правой и на лѣвой рукѣ. Она могла от-

водить большой палецъ отъ другихъ пальцевъ. Движенія приведенія и отведенія въ другихъ пальцахъ, за исключеніемъ большого пальца, были уничтожены. Помимо того больная не въ состояніи была противоѣдѣствовать пассивнымъ движеніямъ, которыя сообщали ее пальцамъ.

Больная не въ состояніи точно также была приподнять отъ уровня кровати какъ предплечья, такъ и вообще верхнія конечности. Произвольное сгибаніе и разгибаніе было совершенно уничтожено. Самое большое, что больная была въ состояніи производить различными сегментами своихъ верхнихъ конечностей нѣчто въ родѣ ползающаго движенія. Совершенно уничтожены были также и движенія отведенія, приведенія и поднятія плечъ по направленію къ надплечью.

Сгибательныя, разгибательныя и боковыя движенія головы были вполне сохранены. Стопы ногъ были фиксированы въ положеніи экстензіи; больная не могла пригнуть ихъ къ голениамъ. Движенія отведенія и приведенія были сохранены и воспроизводились съ почти нормальной полнотой. Движенія голени по направленію къ бедру были уничтожены; тѣмъ не менѣе, когда больная пользовалась стопой, какъ точкой опоры, то она была въ состояніи еще производить до извѣстной степени сгибаніе голени. Движенія сгибанія бедра по направленію къ тазу были уничтожены; другія движенія этой же самой области нижней конечности производились съ меньшей полнотой, чѣмъ въ нормальномъ состояніи.

Когда больную заставляли сидѣть на постели, она была въ состояніи удерживаться въ этомъ положеніи, но въ немъ она не чувствовала себя свободно. Когда она наклонялась назадъ, она могла лишь очень медленно выпрямиться.

Помимо этого функціональнаго затрудненія наблюдалась значительная атрофія мышцъ конечностей и туловища.

На кистяхъ рукъ разгибатели пальцевъ почти совершенно атрофировались. Атрофія сгибателей были нѣсколько менѣе выражена. То же самое можно сказать про дорзальныя и ладонныя межкостныя мышцы. Наоборотъ мышцы возвышеній большого пальца и мизинца были относительно хорошо сохранены.

На предплечьяхъ и въ области плечъ, особенно на задней поверхности, атрофія мышечной ткани была почти полная. При ощупываніи этихъ областей оказывались сохранившимися лишь нѣкоторыя мышечныя волокна.

Точно также не осталось больше почти и слѣдовъ отъ мышцъ плечевого пояса, особенно отъ дельтовидной мышцы, равно какъ и отъ грудныхъ мышцъ.

На нижнихъ конечностяхъ констатировали почти полную атрофію разгибателей, малоберцовыхъ мышцъ, четырехглавой бедренной мышцы. Икрыныя мышцы, мышцы на задней поверхности бедра, отводящія мышцы лучше сохранились. Вообще, мышечная атрофія на нижнихъ конечностяхъ была нѣсколько болѣе выражена справа, чѣмъ слѣва.

Наконецъ поясничныя мышцы,—крестцово-поясничныя и длинная спинная мышцы,—были также весьма замѣтно атрофированы.

Повсюду, гдѣ былъ параличъ, мышечная атрофія замаскировывалась съ перваго взгляда усиленнымъ развитіемъ жировой ткани, вслѣдствіе чего при ощупываніи испытывалось ощущеніе вялости и мягкости.

Кромѣ того были и кожныя трофическія разстройства, характеризующіяся пузырьчатой сыпью; на верхнихъ конечностяхъ послѣ этой сыпи образовались струны. На оконечностяхъ пальцевыхъ фалангъ замѣчалась еще слабая гипертрофія, которая, казалось, находилась въ связи съ подагрическимъ діатезомъ.

Наконецъ, нижнія конечности подвергались чрезмѣрному потѣнію, что, хотя въ гораздо меньшей степени, наблюдалось также на верхнихъ конечностяхъ и на туловищѣ.

При изслѣдованіи наружныхъ покрововъ, хотя послѣднее было и непродолжительно, не обнаружено фибриллярныхъ сокращеній въ подлежащихъ мышцахъ. По словамъ больной, въ бедрахъ этотъ феноменъ, появляющійся чрезъ неправильные промежутки, имѣется. Съ другой стороны наблюдалось, что время отъ времени чрезъ разгибатели пальцевъ какъ-бы проходятъ быстрые толчки.

Колѣнные рефлексы съ обѣихъ сторонъ отсутствовали. Подошвенные рефлексы были сохранены; сохранены также были глоточный рефлексъ и рефлексъ съ роговой оболочки глаза. Жевательные рефлексы были нѣсколько усилены.

Кромѣ тѣхъ неопредѣленныхъ болей въ спинѣ, на которыя я указалъ уже, не было ни малѣйшихъ разстройствъ чувствительности. Электрическое изслѣдованіе констатировало реакцію перерожденію во всѣхъ мышцахъ, находящихся на пути къ атрофіи. Мочепусканіе и испраженія производились правильно. То же самое можно сказать о функціяхъ дыханія и кровообращенія. Интеллектуальныя способности и память не были затронуты.

14-го Іюня отмѣчено слѣдующее: больная не въ состояніи больше разогнуть пальцевъ; самое большое, что она могла производить слабыя сгибательныя движенія пальцами правой руки. Указательный и средній пальцы и мизинецъ находилась въ постоянномъ согнутомъ положеніи. На лѣвой ручной кисти послѣднія фаланги тѣхъ же самыхъ пальцевъ были согнуты въ направленіи къ первой фалангѣ. На нижнихъ конечностяхъ большіе пальцы съ обѣихъ сторонъ были въ положеніи флексіи по направленію къ подошвѣ стопъ.

Больная была не въ состояніи двигать своими конечностями. При пассивныхъ движеніяхъ, выполняемыхъ плечами и предплечьями, не замѣчалось никакого напряженія. Пассивное же разгибаніе запястья было до извѣстной степени затруднено сокращеніемъ сгибателей, то же самое наблюдалось и при пассивномъ разгибаніи пальцевъ. Точно также на правой нижней конечности разгибаніе бедра было затруднено вслѣдствіе сокращенія сгибателей, разгибанія голени въ направленіи бедра едва было возможно. Слѣва эти пассивныя движенія могли быть выполняемы въ болѣе широкомъ размѣрѣ, но не переходили предѣла полусгибанія.

Безполезно продолжать этот перечень и рассказывать вамъ все подробно до послѣднихъ дней жизни этой несчастной женщины. Она умерла отъ бронхопневмоніи 15-го Ноября 1895 года.

Ея хроническое заболѣваніе все шло впередъ: то же самое можно сказать и о мышечной атрофіи. Въ послѣднее время эта женщина имѣла видъ настоящаго скелета. Движенія, которыя она могла выполнять, становилась болѣе и болѣе ограниченными. Я считаю долгомъ подчеркнуть, что мы никогда не наблюдали у нея симптомовъ со стороны черепно-бульбарныхъ нервовъ.

Господа! Болѣзнь этой женщины въ смыслѣ діагноза представляется относительно легкой. Предъ нами здѣсь имѣется синдромъ мало сложный, весьма опредѣленный и весьма выраженный, при чемъ развитіе болѣзни и этиологическія данныя дополняютъ характеристику.

Элементы клиническаго синдрома выражались: вялымъ параличемъ и прогрессивной мышечной атрофіей, безъ ясно выраженныхъ разстройствъ чувствительности.

Развитіе отличалось относительно большою быстротою: дѣйствительно, мышечная атрофія и зависѣвшее отъ нея функціональное безсиліе достигли своего наивысшаго развитія меньше, чѣмъ въ 12 мѣсяцевъ, и все теченіе болѣзни не превысило двухъ лѣтъ. На эту одну изъ особенностей клинической исторіи этой женщины я уже намекалъ въ началѣ этой лекціи.

Выраженіе начала болѣзни съ мышцъ плечевого пояса заслуживаетъ также быть подчеркнутымъ.

Третье обстоятельство, которое надо отмѣтить, относится къ этиологіи случая, а именно: отсутствіе всякой невропатической наслѣдственности и, какъ случайная причина, мышечное переутомленіе.

Вотъ сочетаніе элементовъ, на основаніи котораго мы при жизни этой женщины поставили діагнозъ прогрессивной мышечной атрофіи Аранъ-Дюшенневскаго типа съ подострымъ теченіемъ.

Чтобы доказать справедливость этого діагноза тѣмъ изъ васъ, которые еще не вполне убѣдились въ этомъ, я сейчасъ разсмотрю клиническіе элементы, разберу ихъ значеніе и семіологическую ихъ цѣнность. Мнѣ, я полагаю, легко будетъ разсѣять всякое сомнѣніе, всякое колебаніе, если таковое осталось еще въ умахъ нѣкоторыхъ изъ моихъ слушателей.

Эта женщина была больна двигательнымъ безсиліемъ съ прогрессивно-развивающимся теченіемъ. Двигательное безсиліе, начавшись съ лѣвой верхней конечности, распространилось на правую верхнюю конечность, за тѣмъ на нижнія конечности и въ концѣ концовъ на туловище, пощадивъ внутренніе и тазовые органы. Въ глазахъ этой женщины въ этомъ и заключалась вся ея болѣзнь.

Съ нашей точки зрѣнія дѣло было не совсѣмъ такъ. Въ нашихъ глазахъ имѣла болѣе важности мышечная атрофія, которая во время поступленія больной

въ наше отдѣленіе достигла уже значительной степени и значительнаго распространения; эта атрофія въ послѣдствіи еще прогрессировала. Вѣроятно, какъ я вамъ сказала сейчасъ, двигательное безсиліе и было лишь послѣдствіемъ этой мышечной атрофіи. Безъ сомнѣнія, больной не удалось насъ увѣрить, что мышечная атрофія появилась сначала, а двигательное безсиліе потомъ—во вторую очередь,—фактъ этотъ не установленъ. Наоборотъ, во время пребыванія больной въ нашихъ палатахъ двигательное безсиліе шло всюду соразмѣрно исчезновенію мышечной ткани, какъ объ этомъ можно судить не по внѣшнимъ только признакамъ (они вслѣдствіе значительнаго ожирѣнія ошибочны), но по результатамъ электрическаго изслѣдованія. Короче, не возможно ни малѣйшаго колебанія относительно клиническаго діагноза: мы имѣли дѣло со случаемъ прогрессивной мышечной атрофіи.

Итакъ, прогрессивная мышечная атрофія является предъ нами при весьма различныхъ двоякаго рода обстоятельствахъ.

То она представляется нашему наблюденію подъ видомъ семейной болѣзни,—болѣзни, которой болѣютъ нѣсколько членовъ одной и той же семьи и которая передается изъ поколѣнія въ поколѣніе. Въ этомъ случаѣ она обозначается крайней медленностью теченія и преждевременностью своего развитія,—такъ какъ она почти всегда появляется въ дѣтствѣ,—отсутствіемъ какой-либо случайной причины, особеннымъ, ей только свойственнымъ распредѣленіемъ атрофіи. Наконецъ при вскрытіи лицъ, страдавшихъ этой разновидностью прогрессивной мышечной атрофіи, не находятъ пораженія спинного мозга. Въ весьма значительномъ большинствѣ случаевъ этой категоріи прогрессивная мышечная атрофія представляетъ собою проявленіе первичной міопатіи (семейной міопатіи).

То прогрессивная мышечная атрофія представляется намъ, какъ индивидуальная болѣзнь; эта форма встрѣчается гораздо рѣже. Въ семействѣ лицо, которое одиночно поражается этой болѣзнью, можетъ быть невропатическая наслѣдственность (но это не обязательно; случай нашей больной служитъ доказательствомъ этого). Но эта наслѣдственность ничуть не выражается появленіемъ прогрессивной мышечной атрофіи у нѣсколькихъ членовъ одной и той же семьи. Кромѣ того, не семейная мышечная атрофія наблюдается почти исключительно у взрослыхъ. Часто она, какъ кажется, развивается подъ вліяніемъ случайной причины, а главнымъ образомъ подъ вліяніемъ переутомленія мышцъ, которыя первыми поражаются атрофіей. Характеръ начала и распространенія атрофіи также представляетъ нѣчто особенное: въ большинствѣ случаевъ (Аранъ-Дюшенневскій типъ) атрофія начинается съ мелкихъ мышцъ, съ мышцъ возвышенія большого пальца и мизинца; затѣмъ она распространяется на мышцы предплечья, въ послѣдствіи, послѣ нѣкоторой временной остановки, атрофіей поражаются мышцы плеча и надплечья. Другой разъ,—какъ это было въ случаѣ

у нашей больной, атрофія начинается съ мышцъ надплечья, и такимъ образомъ, реализуется лопаточно-плечевой типъ Вюльпіана, который есть лишь разновидность, клиническое видоизмѣненіе Аранъ-Дюшенневскаго типа.

Въ случаяхъ этой второй группы мышечная атрофія всегда сопровождается въ своемъ начальномъ періодѣ признаками реакціи перерожденія. Развитие болѣзни, если сравнить его съ развитіемъ въ случаяхъ первой группы (семейная міопатія), относительно быстрое. Наконецъ, довольно часто фатальная развязка ускоряется бульбарными явленіями. Вы поймете это обстоятельство, если я прибавлю, что не-семейная прогрессивная мышечная атрофія, осуществляющая въ дѣйствительности эти признаки, имѣетъ мілопатическое происхожденіе.

Послѣ сказаннаго, вы, я полагаю, мой клиническій діагнозъ дополнили анатомическимъ діагнозомъ. Вы должны были уяснить себѣ, что случай этой женщины относится къ прогрессивной мышечной атрофіи спинно-мозгового, мілопатическаго происхожденія, которая извѣстна подъ именемъ Аранъ-Дюшенневскаго типа, или скорѣе къ разновидности, составляющей лопаточно-плечевой типъ. Прежде чѣмъ представить гистологическія доказательства законности этого діагноза, я желаю обсудить еще разъ вопросъ, близко касающійся завѣдывающего моею кликой и меня. Этотъ вопросъ относится къ самому существованію Аранъ-Дюшенневскаго типа: я повторяю, что существованіе этого типа оспаривалась. Позвольте мнѣ сказать вамъ, какое стеченіе обстоятельствъ вызвало этотъ споръ. Затѣмъ я вамъ выясню, что требованія поддерживающихъ этотъ споръ были крайнія.

Сейчасъ только я противопоставлялъ случаи прогрессивной мышечной атрофіи семейнаго происхожденія, составляющей проявленіе первичной міопатіи, случаямъ индивидуальной не-семейной прогрессивной мышечной атрофіи, составляющей проявленіе вторичной міопатіи. Это противопоставленіе ускользнуло отъ Дюшенни изъ Булони, которому мы обязаны знакомствомъ съ прогрессивной мышечной атрофіей, какъ съ болѣзненнымъ видомъ.

Дюшенни представлялъ прогрессивную мышечную атрофію, какъ болѣзнь относительно часто встрѣчающуюся. Позже, около 1886 года, мы присутствовали при возникновеніи раздора, о которомъ я только что говорилъ. Съ этого времени стали случаи мышечной атрофіи раздѣлять на двѣ группы: на группу семейныхъ мышечныхъ атрофій міопатическаго происхожденія и на группу случаевъ не-семейной прогрессивной мышечной атрофіи спинно-мозгового, мілопатическаго происхожденія. Первое возраженіе возникло при обзорѣ опубликованныхъ до того времени фактовъ: мало-по-малу пришлось убѣдиться, что эти факты въ большинствѣ относились къ первой группѣ, къ группѣ семейной міопатіи.

Прогрессивная мышечная атрофія спинно-мозгового происхожденія, которую

Дюшенъ имѣлъ въ виду въ своемъ замѣчательномъ описаніи и которую коротко принято называть Аранъ-Дюшенневскимъ типомъ, оказалась очень рѣдкой болѣзнью. Но это не должно было останавливать раздробленіе этого болѣзненнаго вида.

За долго до времени, о которомъ я вамъ говорю, лѣтъ 20 тому назадъ Шарко познакомилъ насъ съ новой формой болѣзни, съ аміотрофическимъ боковымъ склерозомъ. Позже, изученіе сирингоміэліи, пренебрегаемое до того времени клиницистами, получило крайне плодотворный толчекъ впередъ. То же самое было съ полиневритомъ, со столь полиморфной симптоматологіей котораго я познакомилъ васъ въ этомъ же самомъ году. Одна изъ этиологическихъ разновидностей полиневрита, а именно лепрозный полиневритъ, имѣетъ весьма тѣсную связь съ сирингоміэліей.

Всѣ эти разсужденія, я веду къ тому, чтобы напомнить вамъ, что различныя только что перечисленныя мной болѣзни: аміотрофическій боковой склерозъ, сирингоміэлія, лепрозный, или другого происхожденія полиневритъ,—я прибавлю еще сюда и гипертрофическій шейный пахименингитъ,—могутъ при случаѣ принять болѣе или менѣе обманчивое сходство съ прогрессивной мышечной атрофіей Аранъ-Дюшенневскаго типа. Обладая этими свѣдѣніями, невропатологи вновь разсмотрѣли случаи, которые были отнесены къ Дюшенневской прогрессивной мышечной атрофіи—результатъ этого вы уже знаете. Во многихъ изъ этихъ случаевъ узнали случаи аміотрофическаго бокового склероза, сирингоміэліи, полиневрита и проч., настоящее свойство которыхъ было не распознано.

Спинно-мозговая прогрессивная мышечная атрофія представлялась, со введеніемъ семейной міопатіи, еще болѣе рѣдкой, чѣмъ это предполагали.

Дошли до того, что отрицали существованіе ея. Въ доказательствѣ этого сошлюсь хотя бы на П. Мари, который въ работѣ о полиневритахъ написалъ (я привожу дословно) слѣдующее: «одинъ изъ самыхъ важныхъ отдѣловъ этой главы, который посвященъ Аранъ-Дюшенневской прогрессивной мышечной атрофіи¹⁾, провалился совершенно, и изъ этой массы щебня едва ли останется какой-либо матеріалъ, которымъ можно было бы воспользоваться. Аранъ-Дюшенневская прогрессивная мышечная атрофія, которую старинные авторы рассматривали какъ самую видную въ невропатологіи болѣзнь, перестала существовать, будучи подорвана аміотрофическимъ боковымъ склерозомъ и поліоміэлитами».

Итакъ, господа, все это преувеличено. Несомнѣнно, въ виду раздробленій и послѣдовательныхъ отщепленій, которыя производились въ области той прогрессивной мышечной атрофіи, какъ ее представлялъ Дюшенъ, былъ моментъ, когда можно было спросить себя, дѣйствительно-ли что-нибудь осталось изъ кли-

¹⁾ P. Marie. Article «Myélites» in *Traité de médecine Charcot Bouchard, Brissaud*, t. VI, p. 308.

ническаго типа, созданнаго этимъ удивительнымъ наблюдателемъ. Въ настоящее время,—колебаніе больше не допустимо. Не только этотъ типъ существуетъ съ отличительными чертами, приданными ему Дюшенемъ въ первомъ данномъ имъ описаніи, но Шарко и Дюшенемъ установлено точное понятіе о его природѣ, которое вполне согласуется съ первичной міэлопатіей, съ хроническимъ переднимъ поліоміэлитомъ, съ хронической атрофіей гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ спинного мозга.

Неопровержимое доказательство того, что я высказываю, дано завѣдывающимъ моею клиникой, Ж. Шарко, въ его диссертациі ¹⁾: онъ показалъ, что прогрессивная мышечная атрофія Аранъ-Дюшенневскаго типа чаще встрѣчается, чѣмъ обыкновенно думаютъ въ настоящее время, но что это—такая болѣзнь, при которой вслѣдствіе обычной медленности ея развитія рѣдко приходится дѣлать вскрытія. Наконецъ онъ показалъ, что, хотя клинически и анатомически эта болѣзнь въ своихъ главныхъ чертахъ—такова, какой ее описалъ профессоръ Шарко, имѣется все-таки въ патолого-анатомическомъ процессѣ прошедшая незамѣченной подробность, которая заслуживаетъ того, чтобы на нее обратили вниманіе. Помимо атрофіи гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ въ Аранъ-Дюшенневской болѣзни имѣется «поясъ весьма незначительнаго склероза, занимающаго передній рогъ въ области основного передняго пучка». Сказать по правдѣ, это измѣненіе бѣлаго вещества представляетъ вполне второстепенное значеніе, клинически оно не проявляется никакимъ симптомомъ, оно, впрочемъ будетъ выраженіемъ перерожденія волоконъ клѣтокъ столбовъ.

Слѣдовательно, мышечная атрофія Аранъ-Дюшенневскаго типа возстановлена. Это возстановленіе было сдѣлано на основаніи довольно уже многочисленныхъ данныхъ, основательныхъ настолько, чтобы обезпечить типу, описанному Дюшенемъ, прочное и неоспоримое существованіе. Независимо случая, выходящаго изъ моею клиники, я говорю здѣсь лишь о случаяхъ, сопровождавшихся вскрытіемъ и послѣдовательнымъ гистологическимъ изслѣдованіемъ. Жанъ Шарко въ подтвержденіе своего положенія привелъ наблюденія Штрюмпеля ²⁾, Оппенгейма ³⁾, Дежерина ⁴⁾, Даркшевича ⁵⁾. Къ этимъ случаямъ, въ подробный разборъ которыхъ я не считаю нужнымъ входить сегодня, прибавится

¹⁾ J. Charcot. — Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne, Paris, 1895.

²⁾ Strümpell. — Ueber spinale progressive Muskelatrophie etc. (Deutsches für klin. Medicin, 1888, T. XLII, Heft 2, S. 230).

³⁾ Oppenheim. — Ueber Poliomyelitis anterior chronica. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., 1888, T. XIX, Heft 2, S. 381).

⁴⁾ Déjerine. — Deux cas d'atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne, etc. (Société de Biologie, 16 mars 1895).

⁵⁾ Darkschewitsch. — Ein Fall von chronischer Poliomyelitis. (Neurologisches Centralblatt, 1892, № 7, p. 221)

теперь и нашъ случай. Вы сами обсудите это по тѣмъ свѣдѣніямъ, относящимся къ результатамъ гистологическаго изслѣдованія спинного мозга этой женщины, которыя я вамъ сейчасъ сообщу.

Это гистологическое изслѣдованіе было сдѣлано на срѣзахъ, взятыхъ изъ поясничнаго и шейнаго утолщеній, послѣ укрѣпленія этихъ срѣзовъ въ формалинъ и уплотненія ихъ въ абсолютномъ спиртѣ.

Одни срѣзы были обработаны по методу Ниссля, другіе—по методу д'Азулея; иные наконецъ, были окрашены гематоксилиномъ. Эти различные методы были примѣнены потому, что они, какъ вамъ извѣстно, дополняютъ другъ друга.

А. На срѣзахъ, обработанныхъ по методу д'Азулея, спинной мозгъ, какъ вы можете сейчасъ убѣдиться въ этомъ сами, когда вамъ покажутъ эти срѣзы въ электрическихъ проекціяхъ, представляется въ общемъ очень атрофированнымъ; но атрофія эта всетаки главнымъ образомъ выражена въ переднемъ столбѣ (Рис. 53). Вслѣдствіе этого передній рогъ оказывается гораздо болѣе приближеннымъ къ периферіи, чѣмъ на срѣзахъ изъ здороваго спинного мозга; кромѣ того, пирамидальный пучекъ, который въ поясничномъ утолщеніи располагается поверхностно и который почти не участвуетъ въ атрофіи, образуетъ съ каждой стороны выпуклость, ограниченную спереди выступомъ.

Передніе рога также очень атрофированы; разрѣженіе ихъ нервной сѣти весьма замѣтно выражено. Въ шейной именно области, въ склеротической ткани, замѣнившей благородные элементы, вслѣдствіе интенсивности этой атрофіи образовались незначительныя пустоты (Рис. 53 и 54). Задніе столбы кажутся совершенно не затронутыми.

При изслѣдованіи боковыхъ столбовъ обнаруживается прежде всего въ очень незначительной степени выраженной диффузный склерозъ. Сверхъ того, въ поясѣ бѣлаго плаща, на замѣтное истощеніе котораго я вамъ сейчасъ указалъ, наблюдается весьма ясная, но тѣмъ не менѣе мало выраженная, склеротическая полоска въ формѣ запятой. Бѣлое вещество передне-боковыхъ способовъ, въ сравненіи со спиннымъ мозгомъ при амиотрофическомъ склерозѣ (рис. 55-ый),—вы можете сдѣлать это сравненіе на препаратахъ, которые вамъ сейчасъ покажутъ,—представляется болѣе сократившимся, менѣе склерозированнымъ и въ немъ меньше гиперплазіи невроглии.

Задніе корешки совершенно здоровы; нельзя этого же сказать про передніе корешки, которые отличаются крайней тонкостью ихъ волоконъ, что доказываетъ, что большое число трубокъ исчезло, но безъ весьма значительнаго интерстиціальнаго склероза.

Б. На срѣзахъ, обработанныхъ по методу Мари, свѣжія измѣненія благородныхъ элементовъ мало замѣтны; отсюда можно заключить, что дезинтеграція этихъ элементовъ была мало дѣятельная, по крайней мѣрѣ, въ послѣднее время жизни.

В. На срѣзахъ, обработанныхъ по методу Ниссля, можно убѣдиться въ существованіи дѣйствительно чрезмѣрной атрофіи клѣтокъ переднихъ роговъ. На препаратахъ, находящихся предъ вами, вы замѣчаете, что на каждомъ срѣзѣ находите самое большое одна или двѣ большихъ клѣтки, сохранившихъ хоть сколько нибудь нормальный видъ.

Эта атрофія клѣтокъ въ поясничномъ утолщеніи также представляется очень подвинутой впередъ (Рис. 56), какъ и въ шейномъ утолщеніи.



Рис. 53.

Поперечный разрѣзъ, сдѣланный на уровнѣ V-й пары. Лѣвая половина представляетъ нормальный спинной мозгъ; правая половина — патологическій спинной мозгъ: нервныя клѣтки одновременно уменьшены въ числѣ и разрѣжены. Reticulum передняго рога претерпѣла значительное разрѣженіе, которое на рисункѣ обозначается бѣлымъ пятномъ. Замѣчается также значительное уменьшеніе объема передняго столба.

Мелкія клѣтки переднихъ роговъ, кажется, также участвуютъ въ атрофическомъ процессѣ.

Я прибавлю, что изслѣдованіе срѣзовъ при очень сильномъ увеличеніи обнаруживаетъ менѣе полное исчезновеніе клѣтокъ, чѣмъ можно было бы предположить а priori на основаніи изслѣдованія при слабомъ увеличеніи. Въ довольно большомъ числѣ клѣтокъ осталось ядро и пигментная ихъ масса, послѣдняя увеличена въ объемѣ. Само ядро въ своей совокупности атрофировано, между тѣмъ,

какъ ядрышки, наоборотъ, болѣе объемисты, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, вслѣдствіе чего ихъ трудно различать.

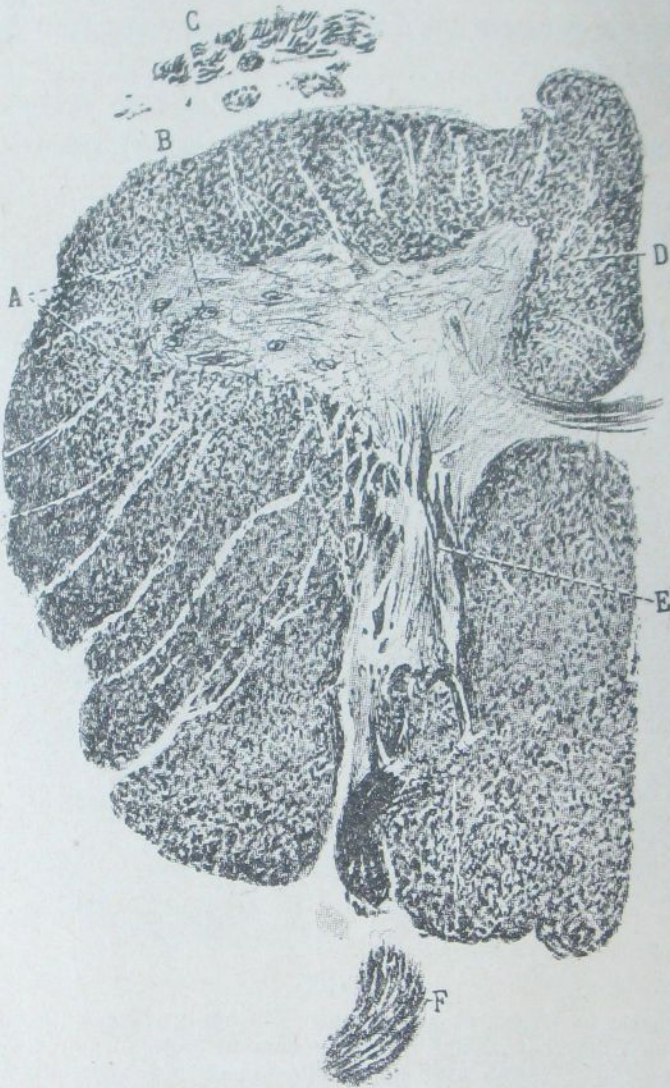


Рис. 54.

Срѣзь спинного мозга въ шейной части между VII и VIII шейнымъ корешкомъ. *B.* Передне-наружная группа, содержащая нѣсколько клѣтокъ, относительно не затронутыхъ; въ остальной части рога не видно больше нервныхъ клѣтокъ. Нервные волокна, которые этотъ рогъ содержитъ въ нормальномъ состояніи, атрофированы. *C.* Атрофированный передній корешокъ. *F.* Задній нормальный корешокъ; въ мѣстѣ *E* ясно видно, что коллатеральные загибы этого корешка не затронуты. На выступахъ передняго рога, какъ это видно въ *A* и *D*, нервные волокна разрѣжены и атрофированы вслѣдствіе атрофіи клѣтокъ столбовъ.

Нѣкоторыя клѣтки, кажется, даже утратили ядра. Съ другой стороны можно прослѣдить всѣ детали исчезновенія хроматической сѣтки, ибо всѣ стадіи этого процесса видны на срѣзахъ.

Г. На срѣзахъ, окрашенныхъ гематоксилиномъ, стѣнки спинно-мозговыхъ сосудовъ представляются сильно утолщенными, нѣкоторые изъ нихъ въ вѣхъ стѣнкахъ содержатъ въ довольно большомъ числѣ ядра. Мягкая мозговая оболочка представляется весьма мало измѣненной.

Все это въ общемъ сводится къ хроническому дегенеративному процессу благородныхъ элементовъ переднихъ роговъ спинного мозга, другими словами,—къ хроническому переднему полиоміэлиту. Несомнѣнно, къ этому переднему полиоміэлиту присоединяется здѣсь извѣстная степень склероза передне-боковыхъ столбовъ.

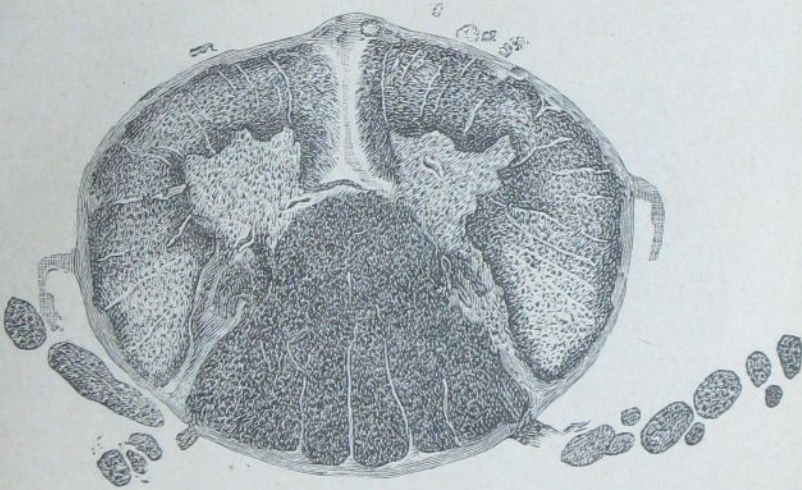


Рис. 55.

Срѣзь спинного мозга, взятый изъ случая амиотрофическаго бокового склероза (шейная область). На всемъ протяженіи передне-боковыхъ столбовъ виденъ очень выраженный склерозъ на уровнѣ обезцвѣченныхъ мѣстъ. Этотъ склерозъ далеко не такъ выраженъ на срѣзахъ спинного мозга при мышечной атрофії.

Но теперь уже не то время, когда на основаніи единственнаго факта этого сочетанія думали, что имѣютъ право отрицать діагнозъ передняго полиоміэлита и ставить діагнозъ амиотрофическаго бокового склероза.

Въ случаяхъ амиотрофическаго бокового склероза не имѣется ничего подобнаго склерозу передне-бокового бѣлаго вещества, такъ какъ тутъ причиннымъ моментомъ является систематическое перерожденіе перекрещивающагося пирамидальнаго пучка. Болѣе того, это систематическое перерожденіе выражается (или въ послѣдствіи выразится) явленіемъ, которое въ клинической картинѣ преобладаетъ,—контрактурой. У нашей больной контрактуры въ собственномъ смыслѣ слова не было; съ другой стороны гистологическое изслѣдованіе спинного мозга показало, что боковые столбы были почти атрофированы; въ нихъ были обнаружены слѣды склероза, но крайне слабо выраженнаго склероза, который локализовался между периферіей и переднимъ рогомъ. Атрофія, выражавшаяся умень-

пениемъ объема бѣлаго плаща, преобладала надъ этимъ склерозомъ; въ случаяхъ амиотрофическаго бокового склероза дѣло происходитъ иначе.

Я вамъ сейчасъ только говорилъ про объясненіе этого диффузнаго склероза передне-бокового столба, данное Ж. Шарко,—склероза, находившагося въ сочетаніи съ переднимъ полиомієлитомъ въ случаяхъ, которые можно разсматривать, какъ идентичные примѣры прогрессивной мышечной атрофіи типа Аранъ-Дюшенія. Ж. Шарко, локализируетъ эту болѣзнь, въ выступѣ передняго рога и части передняго основнаго пучка. Она своимъ проявленіемъ будетъ обязана «разрушенію гангліозныхъ клѣтокъ и одновременно съ этимъ разруше-

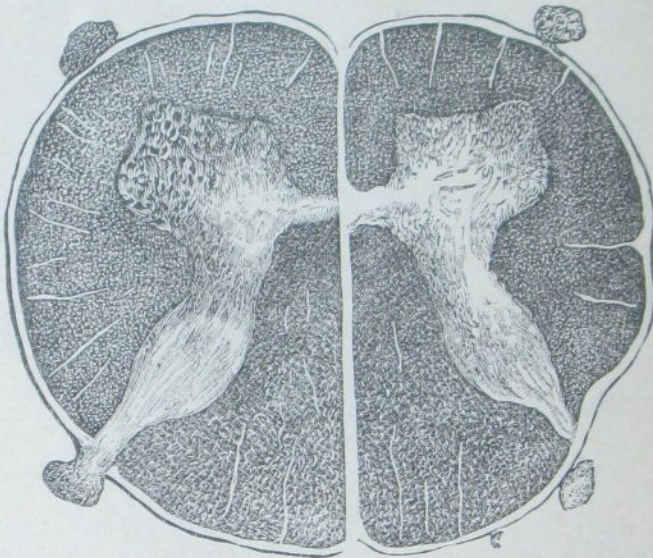


Рис. 56.

Поперечный срѣзь, сдѣланный на уровнѣ поясничнаго утолщенія. Лѣвая половина нормальная, правая—представляетъ измѣненія того же типа, на 53 и 54 рисункахъ.

нію корешковыхъ волоконъ клѣтокъ столбовъ, съ которыми насъ подробно ознакомили Гольджи, Рамонъ-и-Кахаль, Ф. Ленхоссекъ, ванъ-Гехухтенъ и такъ какъ волокна, происходящія отъ этихъ кордональныхъ клѣтокъ, имѣютъ короткое протяженіе, «то понятно», прибавляетъ Ж. Шарко, что и «склеротическое пятно будетъ различно и неравномѣрно направляться отъ одного пункта къ вблизи лежащему этажу спинного мозга; деструктивное пораженіе клѣтокъ передняго рога будетъ также неравномѣрное и прерывчатое.

На срѣзахъ спинного мозга, взятаго отъ нашей больной, расположеніе диффузнаго склероза передне-бокового столба точно такое же, какъ оно описано Ж. Шарко. Я прибавлю, что продолговатый мозгъ былъ совершенно не затронутъ. Атрофія распространилась на всѣ мышцы. Отъ мышечныхъ волоконъ оста-

лись оболочки, содержащія ядра; мѣстами обнаруживаются сократительные куски на пути къ разрушенію: словомъ, дѣло идетъ о простомъ атрофическомъ процессѣ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, съ жировымъ отложеніемъ въ мышечные промежутки; любопытно то, что это были волокна тѣхъ нервно-мышечныхъ тѣлъ, которыя представлялись менѣе пораженными.

Въ заключеніе, существованіе прогрессивной мышечной атрофіи Аранъ-Дюшенневскаго типа, какъ самостоятельной болѣзни, не можетъ быть больше оспариваемо. Самостоятельность этого болѣзненнаго типа зиждется одновременно на клиническомъ и на патолого-анатомическомъ основаніи.

Съ патолого-анатомической точки зрѣнія типъ Аранъ-Дюшенния отвѣчаетъ хроническому переднему поліомієлиту съ присоединеніемъ элемента безъ важнаго клиническаго значенія. Этотъ добавочный элементъ заключается въ диффузномъ склерозѣ передне-бокового столба, который, какъ предполагается, стоитъ въ связи съ перерожденіемъ кордональныхъ волоконъ, входящихъ въ составъ переднихъ роговъ.

Съ клинической стороны Аранъ-Дюшенневскій типъ основываетъ свою индивидуальность на совокупности отличительныхъ чертъ, которыя позволяютъ его отличать отъ прогрессивныхъ аміотрофій, съ которыми дѣлали попытку его слить въ одно. Я очень надѣюсь на то, что когда-либо мнѣ представится случай остановиться на этихъ отличительныхъ чертахъ. Это дастъ мнѣ возможность снова изложить ¹⁾ дифференціальный діагнозъ Аранъ-Дюшенневскаго типа и аміотрофическихъ прогрессивныхъ формъ, съ которыми больше всего представляется опасности смѣшать его.

Лекція XXII.

О случаѣ предполагаемаго кровоизліянія въ области шейнаго утолщенія спинного мозга ²⁾.

Содержаніе. Клиническій примѣръ. Имѣется дѣло съ врожденнымъ заболѣваніемъ. Субъектъ родился въ состояніи асфіксіи вслѣдствіе трудности родовъ. Заболѣваніе началось съ вялаго паралича правой верхней конечности, который имѣется и теперь. Къ параличу присоединилась остановка въ развитіи конечности и мышечная атрофія. Мышечная атрофія замаскирована въ большей части чрезмѣрнымъ ожирѣніемъ.—Вазомоторныя разстройства очень выражены.—Полное отсутствіе разстройства чувствительности. Спазматическія явленія на нижнихъ конечностяхъ. Полное отсутствіе черепно-мозговыхъ разстройствъ.—Заключеніе о

¹⁾ Смотри: F. Raymond.—Maladies du système nerveux. Atrophies musculaires et maladies amyotrophiques. Paris, 1889, p. 155 et 236.

²⁾ Лекція 15 Ноября 1895 г.

настоящемъ состояніи здоровья. Д і а г н о з ъ.—Гипотеза о полиневритѣ не прочна. Съ точки зрѣнія клиническаго проявленія случай представляетъ очень большую аналогію съ дѣтской черепно-мозговой спазмотической диплегіей. Этотъ діагнозъ плохо согласуется съ полнымъ отсутствіемъ энцефалическихъ проявленій.—Вѣроятное спинно-мозговое происхожденіе явленій, представляемыхъ больнымъ. Гипотеза объ аміотрофическомъ боковомъ склерозѣ можетъ быть сразу оставлена; гипотеза о дѣтскомъ спинальномъ параличѣ вполне допустима, но мало вѣроятна. Гипотеза о сирингоміэліи почти не согласуется съ полнымъ отсутствіемъ разстройствъ чувствительности. Наиболѣе подходящий діагнозъ въ связи съ совокупностью явленій и ихъ развитіемъ—это кровоизліяніе въ области шейнаго утолщенія спинного мозга. Необходимыя оговорки. Возможно смѣшеніе между гематоміэліей и сирингоміэліей. Заключение. П р е д с к а з а н і е.—Какая бы гипотеза не была принята, это не измѣняетъ дѣла въ смыслѣ предсказанія, предъ нами имѣется непоправимое пораженіе. Л е ч е н і е.—Терапія въ подобномъ случаѣ безсильна. Ожидаемые результаты отъ палліативныхъ средствъ.

Мм. Гг. Находящемуся теперь предъ вами ребенку, который уже нѣсколько мѣсяцевъ находится въ нашихъ палатахъ, въ настоящее время шесть лѣтъ; его отецъ и мать, оба въ возрастѣ 46 лѣтъ, обычнаго хорошаго здоровья. Впрочемъ, мать страдаетъ мигренями, а отецъ, на что важно указать,—уже издавна злоупотребляетъ спиртными напитками: рѣдкій день проходитъ, чтобы онъ не напился. Изъ 5 братьевъ или сестеръ этого ребенка четыре умерли во время родовъ, пятый—на девятомъ мѣсяцѣ жизни умеръ, вѣроятно отъ менингита. Всѣ роды у матери были тяжелыя; всѣ дѣти рождались въ срокъ.

Ничто изъ свѣдѣній, которыя мы могли собрать о предкахъ семьи, не указываетъ на какую-либо невропатическую наслѣдственность; я особенно подчеркиваю лишь закоренѣлую привычку отца къ пьянству.

Изъ болѣзней этотъ ребенокъ, будучи въ возрастѣ 21 мѣсяца, перенесъ корь здѣсь умѣстно упомянуть и о томъ, что нашъ молодой больной научился ходить очень поздно, лишь въ возрастѣ 4¹/₂ лѣтъ.

Его настоящая болѣзнь—врожденная. Роды его, также какъ и другихъ братьевъ и сестеръ, были продолжительные и весьма тяжелые. При рожденіи онъ вышелъ ногами и акушерка, оказывавшая при этомъ помощь матери, должна была сильно тащить тѣло ребенка. Ребенокъ явился на свѣтъ почти умирающимъ. Онъ былъ совершенно лиловый и акушерка, чтобы оживить его, вынуждена была производить вдунаніе воздуха изо рта въ ротъ въ теченіи 3-хъ часовъ; лишь по истеченіи 24-хъ часовъ безпокойства и заботъ, наконецъ, можно было надѣяться на сохраненіе ему жизни. Въ этотъ моментъ акушерка замѣтила, что у ребенка руки совершенно парализованы. Съ того времени этотъ параличъ продолжается; онъ осложненъ остановкой въ развитіи верхнихъ конечностей, помимо этого ростъ шелъ нормально.

Больной поступилъ въ наше клиническое отдѣленіе въ Іюнь этого года;

его состояніе, отмѣченное въ то время, существенно ничѣмъ не отличается отъ настоящаго его состоянія. Вы можете на находящемся предъ вами маленькомъ больномъ провѣрить то, что я вамъ сейчасъ опишу.

Какъ существовала прежде, такъ и теперь имѣется остановка въ развитіи верхнихъ конечностяхъ, о которой я вамъ недавно говорилъ. Вы видите, что эти

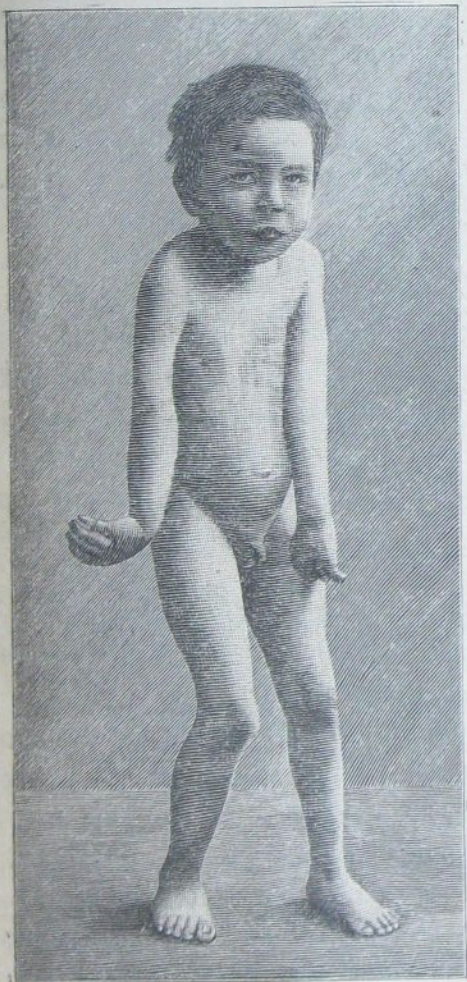


Рис. 57.

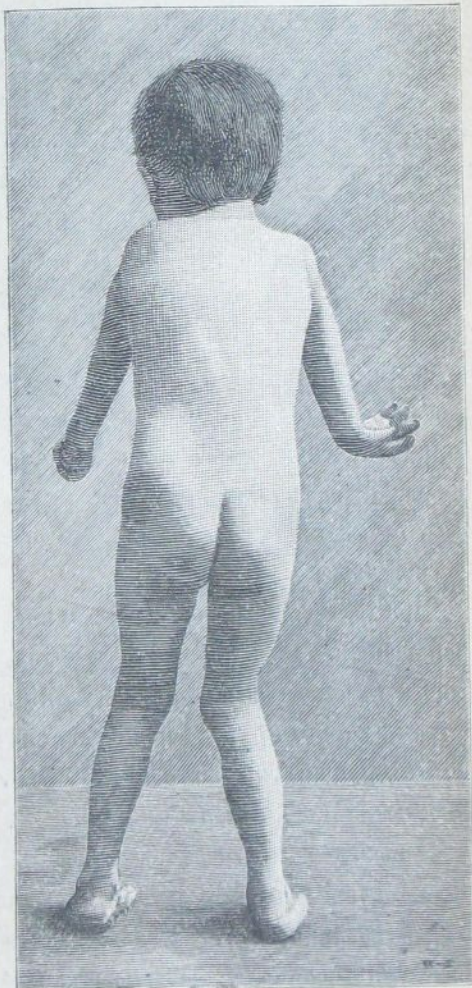


Рис. 58.

конечности замѣтно короче, чѣмъ въ нормальномъ состояніи; онѣ, кромѣ того, поражены очень выраженной атрофіей (Рис. 57 и 58). Однако требуется нѣкоторое вниманіе, чтобы распознать существованіе этой атрофіи, такъ съ перваго взгляда форма рукъ представляется довольно правильной; это обусловливается чрезмѣрнымъ ожирѣніемъ, которое маскируетъ атрофію и особенно сильно выра-

жено въ области надплечій и предплечій. Впрочемъ предплечья, равно какъ и кисти рукъ, относительно не такъ рѣзко атрофированы.

Что еще бросается въ глаза во внѣшнемъ видѣ ребенка, это положеніе верхнихъ конечностей: руки висятъ вдоль туловища; предплечья находятся въ положеніи экстензіи и усиленной пронаціи, наконецъ, правая кисть руки сильно отведена къ локтевому краю предплечья.

Если мы теперь изслѣдуемъ состояніе подвижности, то найдемъ слѣдующее: **Кисти рукъ.**—Движенія во всѣхъ направленіяхъ: движенія разгибанія, сгибанія отведения и приведенія почти совершенно отсутствуютъ; въ правой ручной кисти это ограниченіе больше выражено, чѣмъ въ лѣвой. **Предплечья.**—Функциональное безсиліе распространяется исключительно на сгибательныя движенія. **Плечи и надплечья.**—Подвижность здѣсь, кажется, менѣе пострадала. Ребенокъ можетъ вытягивать руки впередъ; онъ также поднимаетъ ихъ, — почти подъ угломъ въ 45° , а равно можетъ ихъ отводить немного назадъ и слегка отклонять ихъ кнаружи. Вообще же, имѣется почти полная двойная плечевая моноплегія. Вы, впрочемъ, замѣтите, что различные отдѣлы верхнихъ конечностей висятъ, какъ плети; кажется, что какъ будто суставныя связки повсюду ослабли—настолько легко воспроизводить пассивныя движенія во всѣхъ направленіяхъ кистями рукъ, предплечьями, плечами, что какъ будто имѣется дѣло съ конечностями полишинеля. Это указываетъ на то, что въ верхнихъ конечностяхъ нѣтъ ни малѣйшихъ слѣдовъ контрактуры, что параличъ, охватившій эти конечности,—вялый параличъ.

При электрическомъ изслѣдованіи нервовъ и мышцъ констатировано простое уменьшеніе гальванической и фарадической возбудимости двуглавой мышцы и мышцъ предплечья безъ признаковъ реакціи перерожденія.

Помимо этого, въ верхнихъ конечностяхъ не обнаружено ни объективныхъ, ни субъективныхъ расстройствъ чувствительности. По словамъ матери, ребенокъ никогда не испытывалъ ни болей, ни ощущеній мурашекъ, ни онѣмѣнія.

Относительно мышечной атрофіи, на которую я вамъ только что указалъ, я считаю нужнымъ высказать слѣдующія соображенія: эта атрофія поражаетъ цѣликомъ различные отдѣлы обѣихъ верхнихъ конечностей, но она, за исключеніемъ дельтовидной мышцы, болѣе выражена справа, чѣмъ слѣва; дельтовидная мышца менѣе истончена справа. Сверхъ того обѣ дельтовидныя мышцы относительно хорошо сохранены. Я вамъ говорилъ также, что чрезмѣрное ожирѣніе болѣе или менѣе затемняетъ атрофію мышцъ, главнымъ образомъ на кистяхъ рукъ.

Замѣьте далѣе, что правая кисть руки представляетъ лиловатый оттѣнокъ и что этотъ оттѣнокъ составляетъ полную противоположность нормальной окраскѣ лѣвой кисти; этотъ оттѣнокъ распространяется до предплечья. На всемъ протяженіи верхнихъ конечностей констатируется пониженіе мѣстной температуры, болѣе выраженное на оконечностяхъ.

При изслѣдованіи туловища не обнаружено ничего аномальнаго: ни остановки въ развитіи, ни замѣтной деформациі. Я считаю нужнымъ специально указать на отсутствіе сколіоза.

Точно также не констатируется никакой аномаліи при изслѣдованіи шеи и головы; послѣдняя между тѣмъ представляется относительно болѣе развитой въ сравненіи съ остальными частями тѣла. Нѣтъ глазо-зрачковыхъ расстройствъ, нѣтъ также и слѣдовъ лицевого паралича.

Наоборотъ, при изслѣдованіи нижнихъ конечностей нами обнаружены нѣкоторыя аномаліи, на которыя я считаю нужнымъ указать, такъ какъ онѣ съ діагностической точки зрѣнія представляютъ большое значеніе.

Разсмотрите хорошенько положеніе этого ребенка, когда онъ стоитъ; обратите вниманіе на его манеру держать оближенными колѣна и бедра, причемъ голени его разставлены. Это совершенно то положеніе, которое мы наблюдаемъ въ случаяхъ болѣзни Литтля, — заболѣванія по своему клиническому проявленію вполне спастическаго; объ этомъ заболѣваніи я вамъ только что говорилъ.

Походка ребенка также представляетъ отличительные признаки, которые наблюдаются въ случаяхъ болѣзни Литтля, въ случаяхъ *spasmodic rigidity* англійскихъ авторовъ.

Посмотрите, прошу васъ, какъ нашъ больной подвигается впередъ медленно, трудно, маленькими шажками, широко разставляя ноги. Немного вниманія и вы легко убѣдитесь, что это затрудненіе походки зависитъ отъ ригидности въ мышцахъ голени; при этомъ, впрочемъ, мышечная сила въ обѣихъ нижнихъ конечностяхъ вполне сохранена. Сгибаніе и разгибаніе различныхъ участковъ вслѣдствіе мышечной ригидности просто затруднены.

Въ состояніи покоя стопы ногъ слегка висятъ и находятся въ положеніи *pes equinus*; бедра и голени умѣренно согнуты.

Возможно допустить, судя по противодѣйствию, которое испытываютъ, когда производятъ пассивныя движенія въ голеняхъ, что имѣется небольшое сухожильное сведеніе въ мышцахъ бедра.

Колѣнные рефлексы вслѣдствіе спазма конечностей трудно получаютъ; они навѣрное повышены. Стопного клонуса не удалось вызвать. Нельзя указать ни на какое расстройство со стороны мочевого пузыря и прямой кишки.

Я настаиваю на отсутствіи черепно-мозговыхъ расстройствъ, на отсутствіи эпилептиформныхъ припадковъ и другихъ судорожныхъ проявленій; этотъ ребенокъ обнаруживаетъ весьма живыя умственныя способности, этотъ хитрый маленький парижаанинъ часто забавляетъ живостью своихъ отвѣтовъ.

Итакъ, предъ нами синдромъ довольно простой. Этотъ синдромъ характеризуется двойной моноплегіей верхнихъ конечностей съ остановкой развитія и диффузной атрофіей въ парализован-

ныхъ конечностяхъ, неравномерно распределенной въ различныхъ мышечныхъ группахъ. Атрофическій параличъ сопровождается мѣстами очень выраженнымъ ожирѣніемъ, вазо-моторными расстройствами, уменьшеніемъ гальванической и фарадической возбудимости атрофированныхъ мышцъ; наоборотъ, чувствительность вполне не затронута; то же самое можно сказать и про другія отправления. Кстати нужно отмѣтить то важное обстоятельство, что брахіальная моноплегія развилась внезапно и, по всему вѣроятно, вслѣдствіе сильныхъ порывистыхъ тракцій тѣла ребенка въ моментъ его рожденія, во время настоящаго синкопальнаго состоянія (асфиксія новорожденныхъ).

Въ то же самое время мы констатируемъ со стороны нижнихъ конечностей нѣкоторую степень *spasmodic rigidity*, пользуясь выраженіемъ англійскихъ авторовъ. Больной ходитъ маленькими шажками, широко разставляя стопы; это затрудненіе походки зависитъ отъ нѣкоторой степени ригидности мышцъ нижнихъ конечностей, мышечная сила которыхъ сохранена. Колѣнные рефлексъ скорѣе повышены. Въ верхнихъ конечностяхъ не существуетъ никакихъ слѣдовъ спазмотического состоянія. Нѣтъ ни черепно-мозговыхъ расстройствъ, ни расстройствъ въ сферѣ черепныхъ нервовъ; умственные способности нормальны.

Какая же природа этой моноплегіи, представляющей намъ съ тѣми отличительными признаками, о которыхъ я вамъ только что говорилъ, и развившейся при извѣстныхъ вамъ обстоятельствахъ? Какое точное мѣстонахожденіе и какая природа вызвавшихъ этотъ параличъ поражений? Какимъ образомъ связать констатированныя со стороны нижнихъ конечностей спазмотическія явленія со столь замѣтными и специальными явленіями, которыя обнаружены при изслѣдованіи верхнихъ конечностей.

Чтобы подыскать отвѣтъ на эти вопросы, можно высказать и обсуждать различныя предположенія.

Однимъ изъ первыхъ, приходящихъ на умъ, является предположеніе объ атрофическомъ параличѣ въ связи съ периферическимъ невритомъ, — съ полиневритомъ. Это предположеніе я не считаю такимъ, которое можно было бы защищать.

Правда, встрѣчаются случаи полиневрита, которые начинаются внезапно. Въ одной изъ лекцій, читанныхъ въ прошедшемъ году, о случаѣ паралича вслѣдствіе сдавленія плечевого сплетенія¹⁾, я входилъ въ подробное обсужденіе вопроса объ этихъ апоплектиформныхъ полиневритахъ.

У нашего больного, принимая во вниманіе условія, при какихъ проявился параличъ, а priori можно подозрѣвать апоплектиформный невритъ вслѣдствіе

¹⁾ F. Raymond. — Clinique des maladies du système nerveux. Première série, Paris, 1896, p. 201.

произшедшей при родахъ травмы, повлекшей за собой сдавленіе съ обѣихъ сторонъ плечевого сплетенія, или надрывъ нѣкоторыхъ корешковыхъ вѣточекъ, изъ которыхъ образуется это сплетеніе.

Но при подобной случайности характеръ и развитіе послѣдовательныхъ явленій были бы другія, чѣмъ въ случаѣ нашего больного. Прежде всего разстройства чувствительности, которыхъ нѣтъ у этого ребенка, достигли бы той же интенсивности, какъ и двигательныя разстройства; независимо отъ болевыхъ проявленій мы констатировали бы анестезію съ очень характернымъ распредѣленіемъ. Что касается этого распредѣленія и распредѣленія двигательнаго паралича, то все это найдется въ лекціи, на которую я только что ссылался.

Затѣмъ, предположивъ, что параличъ распространяется на всю область, иннервируемую плечевымъ сплетеніемъ, мы вѣроятно, обнаружили бы глазо-зрачковыя разстройства. Или же, признавъ, что тутъ имѣлъ мѣсто не надрывъ корешковыхъ нервныхъ вѣточекъ, а простое сдавленіе плечевого сплетенія, мы должны бы удивляться, почему атрофія парализованныхъ мышцъ достигла столь большой интенсивности и приняла характеръ непоправимой атрофіи; мы должны были бы констатировать регрессивное развитіе.

Гипотеза о церебральномъ происхожденіи явленій, представляемыхъ этимъ ребенкомъ, мнѣ кажется болѣе всего подходящей; въ итогѣ, эти явленія выражаются паралитическими и спазмотическими симптомами.

Такимъ образомъ, если разсматривать дѣло съ точки зрѣнія клинической картины, то случай этого ребенка подходитъ подъ категорію случаевъ, изученныхъ мной подъ именемъ дѣтскихъ спазмо-паралитическихъ заболѣваній. Эти случаи, если поставить въ параллель ихъ клиническія черты и ихъ патолого-анатомическія особенности, представляются рѣдко. Однако они имѣютъ одну общую этиологическую черту, а именно: почти всѣ они относятся или къ дѣтямъ, рожденнымъ раньше срока, съ врожденными пораженіями нервныхъ центровъ, или къ дѣтямъ, появленіе которыхъ на свѣтъ сопровождалось трудными родами и они въ это время находились въ состояніи ясной асфиксіи (асфиксія новорожденныхъ). Все это какъ разъ и было у нашего маленькаго больного.

Въ отношеніи ихъ клинической картины, они представляютъ намъ смѣсь паралича и контрактуры. Они относятся къ заболѣваніямъ, описываемыхъ въ книгахъ подъ именемъ болѣзни Литтля, спазмотической параплегии, дѣтской спазмотической гемиплегии и диплегии.

Было намѣреніе отнести эти заболѣванія къ различнымъ категоріямъ, соотвѣтственно тому, преобладаетъ ли въ симптоматической картинѣ ригидность, интенсивность которой уменьшается по направленію снизу вверхъ, отъ нижнихъ конечностей по направленію къ верхнимъ, или наоборотъ, двигательный параличъ, убывающій по направленію сверху внизъ, преобладаетъ надъ контрактурой.

Въ первомъ случаѣ, причиной всего будетъ болѣзань Литтля; контрактура же

будетъ обуславливаться главнымъ образомъ остановкой развитія, или перерожденіемъ пирамидальныхъ пучковъ спинного мозга. Во второмъ случаѣ, когда параличъ, уменьшающійся въ своей интенсивности сверху внизъ, преобладаетъ надъ контрактурой, вызывающей причиной считали энцефалическія пораженія, т. е., такія пораженія, которыя находятъ у взрослыхъ въ случаѣ гемиплегіи, а именно: одностороннія пораженія въ случаяхъ спазмотической гемиплегіи, двухстороннія—въ случаяхъ спазмотической диплегіи.

Въ моихъ бесѣдахъ въ госпиталѣ Ларибуазьеръ¹⁾, я изложилъ доводы, которые можно привести противъ этой схематизаціи. Теперь нѣтъ времени возвращаться къ этому спорному патологическому вопросу.

Я хочу лишь освѣтить одинъ фактъ, касающійся только клинической картины, а именно тотъ, что случай этого ребенка представляетъ примѣръ спазмо-паралитическаго заболѣванія въ диплегической формѣ. Въ верхнихъ конечностяхъ мы имѣемъ двигательный параличъ, остановку въ развитіи костей, мышечную атрофію и даже намекъ на спастическія явленія, что выражается въ положеніи правой кисти руки. Вы должны бы замѣтить, что это положеніе такое, какъ при искривленной ручной кисти. Сверхъ того, параличъ и другія двигательныя расстройства гораздо болѣе выражены на верхнихъ конечностяхъ, чѣмъ на нижнихъ; тамъ онѣ выражаются спазмотической ригидностью въ соединеніи съ небольшой двигательной слабостью.

Вотъ общая симптоматическая картина, отвѣчающая черта за чертой описанію, которое дано дѣтской двухсторонней черепно-мозговой гемиплегіи, дѣтской спазмотической черепно-мозговой диплегіи; повторяю вамъ, что это заболѣваніе какъ извѣстно, развивается внезапно у дѣтей, родившихся въ состояніи ясной асфиксіи вслѣдствіе трудныхъ родовъ.

При этихъ условіяхъ у васъ несомнѣнно рождается мысль, что въ діагнозѣ, что этотъ ребенокъ страдаетъ дѣтской черепно-мозговой диплегіей, колебаться больше нельзя.

Я все-таки позволю сдѣлать оговорку. Рѣдко, какъ исключеніе, наблюдается, чтобы въ случаяхъ дѣтской спазмотической черепно-мозговой диплегіи не было совсѣмъ, какъ это мы констатировали у этого ребенка, расстройствъ въ энцефалической сферѣ, а именно: интеллектуальныхъ расстройствъ, доходящихъ отъ ослабленія интеллекта до степени полного идіотизма. То же самое можно сказать о нѣкоторыхъ расстройствахъ со стороны глазъ, а именно: о косоглазій и о нистагмѣ.

Извѣстная степень паралича лицевого нерва, нѣкоторая степень асимметріи встрѣчаются очень часто; вообще неправильности черепа достигаютъ значительной степени и бываютъ весьма выражены.

¹⁾ F. R a y m o n d.—Maladies du système nerveux; scléroses systématiques de la moëlle. Paris, 1894, p. 383.

Почти также часто наблюдаются судороги, расстройства со стороны рѣчи, нѣкоторое затрудненіе глотанія, влекущее за собой постоянное слюнотеченіе изъ рта. Всего этого нѣтъ у нашего маленькаго больного, умственные способности котораго весьма живы, который говоритъ безъ затрудненія, который глотаетъ свободно, который не косить, у котораго никогда не было судорогъ и проч. Наконецъ, такая массовая мышечная атрофія, которую мы наблюдаемъ у этого ребенка, не встрѣчается въ случаяхъ дѣтской черепно-мозговой диплегіи.

Вотъ тѣ оговорки, которыя я считалъ нужнымъ сдѣлать по поводу діагноза, котораго я вполне не отвергаю, но который, какъ мнѣ кажется, подлежитъ еще обсужденію; эти оговорки, какъ вы видите, имѣютъ важное значеніе.

Предположивъ, что этотъ діагнозъ ошибоченъ, намъ теперь остается искать въ спинномъ мозгу анатомическую причину этой двухсторонней атрофической моноплегіи.

Кругъ гипотезъ оказывается такимъ образомъ значительно суженнымъ. Изъ заболѣваній спинного мозга, способныхъ вызвать параличъ и атрофію всей конечности, мы можемъ указать лишь на передній поліоміелитъ, при томъ въ формѣ такъ называемаго дѣтскаго спинальнаго паралича, на амиотрофическій боковой склерозъ, на сирингоміэлію и на гематоміэлію.

Возрастъ ребенка, внезапное начало болѣзни, связь явленій,—прежде всего параличъ на верхнихъ конечностяхъ, затѣмъ атрофія безъ контрактуры,—все это позволяетъ намъ сразу откинуть гипотезу объ амиотрофическомъ боковомъ склерозѣ.

Точно также способъ начала болѣзненныхъ явленій, ихъ безлихорадочное теченіе, развитіе мышечной атрофіи до извѣстной поступательной точки, затемняющее эту атрофію ожирѣніе, спазматическая ригидность нижнихъ конечностей,—все это даетъ намъ право исключить гипотезу о предшествующемъ дѣтскомъ параличѣ (объ остромъ переднемъ поліоміелитѣ). Дѣйствительно, въ этой послѣдней болѣзни дѣло такъ не происходитъ.

Прежде всего я не думаю, что найдется хотя бы одинъ извѣстный примѣръ дѣтскаго паралича, остраго передняго поліоміелита, происшедшаго въ моментъ рожденія.

Затѣмъ, обыкновенно, это заболѣваніе начинается лихорадкой; довольно часто между предвѣстниковыми симптомами наблюдаются судороги. Нужно правду сказать, что согласно замѣчанію, сдѣланному еще Дюшеннемъ, лихорадочное начало тѣмъ менѣе бываетъ выражено и тѣмъ менѣе продолжительно, чѣмъ ребенокъ моложе. Параличъ иногда появляется внезапно; но чаще всего ему необходимо нѣсколько часовъ или нѣсколько дней, чтобы достигъ своего апогея. Затѣмъ онъ можетъ вполне пройти; вообще, можно сказать, почти всегда онъ ретируется съ извѣстнаго числа мышцъ, первично охваченныхъ параличемъ.

Тамъ, гдѣ онъ упорно держится, мышцы подвергаются атрофіи, которая начинается чрезъ одну или двѣ недѣли послѣ паралича и которая достигаетъ своего наивысшаго развитія въ очень короткое время. Очень рѣдко бываетъ, чтобы параличъ и атрофія ограничивались только верхними конечностями; еще рѣже случается, чтобы онѣ принимали форму двойной брахіальной моноплегии. Наконецъ, въ области атрофированныхъ конечностей наблюдается мѣстное пониженіе температуры и ни въ какой другой болѣзни это явленіе не достигаетъ столь значительной степени.

Я прибавлю, что въ конечностяхъ, не подвергшихся атрофическому параличу, не наблюдается спазматической ригидности, что мы видѣли у нашего больного на нижнихъ конечностяхъ. Спазматическія явленія въ дѣтскомъ параличѣ выражаются контрактурой антагонистовъ парализованныхъ и атрофированныхъ мышцъ.

Относительно третьей гипотезы, а именно: гипотезы объ атрофическомъ параличѣ въ связи съ сирингоміэліей, то она можетъ быть исключена вслѣдствіе отсутствія разстройствъ чувствительности. Еслибы разстройства этого рода и были на лицо въ формѣ такъ называемой диссоціаціи чувствительности, если тактильная и болевая чувствительность была бы сохранена, то мы констатировали бы болѣе или менѣе полное уничтоженіе чувствительности къ ощущеніямъ тепла и холода, или же термическую анестезію и аналгезію одновременно съ сохраненіемъ тактильной чувствительности; колебаніе будетъ, я не скажу допустимо, но необходимо. Тутъ я, опираясь на факты, сейчасъ объяснюсь. Но предъ этимъ позвольте мнѣ коснуться четвертой гипотезы; я полагаю, что она годится, такъ какъ согласуется съ совокупностью этиологическихъ и симптоматическихъ данныхъ, обнаруженныхъ нами у нашего больного. Эта гипотеза заключается въ предположеніи, что атрофическій параличъ, которымъ этотъ ребенокъ страдаетъ со дня его рожденія, развился вслѣдствіе гематоміэліи ¹⁾. Этимъ названіемъ, какъ вамъ извѣстно, опредѣляютъ кровоизліянія, происходящія въ толщу спинного мозга.

Представьте, что вслѣдствіе той или другой причины кровеносный сосудъ разрывается внутри сѣраго центрального вещества. Представьте далѣе, что кровь изливается въ передніе рога, вслѣдствіе чего образуется геморрагическій очагъ, не переходящій въ поперечномъ направленіи границы переднихъ роговъ и шейнаго утолщенія въ направленіи высоты. Естественно, что сѣрое вещество переднихъ роговъ на протяженіи этого геморрагическаго очага будетъ разрушено. Этотъ уча-

¹⁾ Въ работѣ, опубликованной послѣ этой лекціи проф. Ш у л ь ц е изъ Бонна (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde T. VIII, Heft. 1 и 2, p. 1) познакомилъ съ 3-мя случаями гематоміэліи и геморрагіи въ связи съ трудными родами. Въ этой работѣ Ш у л ь ц е задается вопросомъ, не бываетъ-ли иногда, а можетъ быть и часто, гематоміэлія исходной точкой сирингоміэліи. Приводимые имъ въ пользу подобной связи доводы заслуживаютъ серьезнаго обсужденія.

стокъ сѣраго вещества заключаетъ въ себѣ импульсивные центры (двигательныя и трофическія клѣтки), которые передаютъ мышцамъ верхнихъ конечностей возбужденія, исходящія изъ головного мозга, а также и двигательныя чисто рефлекторныя раздраженія. Первымъ послѣдствіемъ этого изліянія крови въ сѣрое вещество переднихъ роговъ шейнаго сегмента будетъ слѣдовательно внезапный параличъ верхнихъ конечностей, параличъ исключительно двигательный безъ участія разстройствъ чувствительности.

Но двигательныя клѣтки, большія гангліозныя клѣтки переднихъ роговъ, не являются только импульсивными центрами, онѣ представляютъ собой также трофическіе центры для мышцъ, для костей, для хрящей, для суставныхъ тканей. Поэтому разрушеніе этихъ клѣтокъ повлечетъ за собой обязательно непоправимую атрофію иннервируемыхъ ими мышцъ. У новорожденного оно вызоветъ остановку развитія костей, хрящей, связокъ, входящихъ въ образованіе конечностей, трофическіе нервы которыхъ происходятъ изъ разрушенныхъ отдѣловъ переднихъ роговъ. Къ этому въ концѣ концовъ сводятся послѣдствія кровоизліянія, локализирующаго въ той области спинного мозга, на которую я сейчасъ указалъ. Гипотеза о гематоміэліи, о внутри-спинномозговомъ кровоизліяніи, ограничившимся передними рогами, слѣдовательно, очень хорошо объясняетъ тѣ явленія, которыя мы констатировали у нашего больного, ихъ способъ проявленія и ихъ развитіе; онѣ объясняетъ ихъ много лучше, чѣмъ гипотеза о дѣтской спазмотической церебральной диплегіи.

Во всякомъ случаѣ, я слѣлаю два замѣчанія:

Первое относится къ одной подробности въ клинической картинѣ, а именно: у нашего больного нами ясно отмѣчено отсутствіе глазо-зрачковыхъ разстройствъ. Странно, чтобы это было такъ въ случаѣ геморрагическаго очага, который разрушилъ бы передніе столбы на всей высотѣ шейнаго утолщенія.

Второе замѣчаніе касается ограниченія этого геморрагическаго очага въ поперечномъ направленіи. Признаюсь, мнѣ кажется страннымъ предположить, чтобы происшедшее въ сѣрое вещество спинного мозга кровоизліяніе ограничилось лишь передними столбами, ничуть не затронувъ ни сѣраго центрального вещества, ни сѣраго вещества заднихъ столбовъ.

Я на основаніи извѣстныхъ фактовъ очень хорошо знаю, что очаги гематоміэліи могутъ весьма различно распредѣляться; я знаю, что они могутъ ограничиваться одной половиной спинного мозга, вызывая синдромъ Броунъ-Секара. Болѣе того, они могутъ ограничиваться однимъ изъ заднихъ роговъ и вызывать почти исключительно чувствительныя разстройства съ одной только стороны. Но между наблюденіями, опубликованными за послѣднее время и извѣстными мнѣ, я не нахожу ни одного, гдѣ-бы геморрагическое пораженіе локализовалось исключительно только въ области переднихъ роговъ съ обѣихъ сторонъ.

Такимъ образомъ принято, что гематоміэлія выражается одновременно двига-

тельнымъ параличемъ, мышечной атрофіей и разстройствами чувствительности. Эти разстройства чувствительности могутъ быть, какъ я вамъ говорилъ уже, сходны съ таковыми же въ случаяхъ сирингоміэліи; онѣ могутъ выражаться термической анестезіей съ сохраненіемъ тактильной и болевой чувствительности, или смѣсью термической анестезіи и аналгезіи. Въ этомъ случаѣ сочетаніе двигательнаго паралича, мышечной атрофіи и диссоціаціи чувствительности можетъ ввести въ заблужденіе, такъ какъ такое сочетаніе позволяетъ думать о существованіи сирингоміэліи.

Одинъ русскій врачъ изъ Москвы, М и н о р ъ, въ весьма замѣчательной работѣ о гематоміэліи ¹⁾ обращаетъ особенное вниманіе врачей на возможность этого смѣшенія, что имъ самимъ было сдѣлано въ случаѣ одного больного, который для меня представляетъ особый интересъ. М и н о р ъ во время командировки моей въ Россію, по порученію министра народнаго просвѣщенія, показалъ мнѣ этого больного, какъ примѣръ гліоматознаго пораженія спинного мозга, какъ примѣръ сирингоміэліи. Наблюденіе надъ нимъ подробно изложено въ статьѣ д-ра М и н о р а. Я лично сохранилъ краткую замѣтку о случаѣ этого больного; къ этому я присоединилъ фотографію этого больного; все это мной опубликовано въ официальномъ отчетѣ о моей командировкѣ ²⁾.

Въ то время, о которомъ я вамъ говорю, у этого больного главными симптомами были двигательный параличъ съ правой стороны, аналгезія и термо-анестезія съ лѣвой стороны, совершенно такъ, какъ будто-бы у него была перерѣзана половина спинного мозга. Сопоставляя этотъ случай съ другими, которые для него представлялись доказанными примѣрами травматической гематоміэліи, М и н о р ъ былъ вынужденъ видоизмѣнить свой первый діагнозъ и поставить діагнозъ односторонней гематоміэліи, симулирующей Броунъ-Секаровскій синдромъ. Короче, при гематоміэліи могутъ быть разстройства чувствительности сходныя съ таковыми же при сирингоміэліи. Они могутъ отсутствовать, между тѣмъ какъ въ случаяхъ сирингоміэліи они никогда вполне не отсутствуютъ. Такимъ образомъ діагнозъ сирингоміэліи въ занимающемъ насъ случаѣ мы можемъ отбросить лишь вслѣдствіе отсутствія разстройствъ чувствительности. Впрочемъ и условія, при которыхъ проявлялись начальныя болѣзненные явленія, плохо согласуются съ гипотезой о сирингоміэліи.

Вообще, у нашего больного мы колеблемся между двумя діагнозами, а именно: между діагнозомъ гематоміэліи, ограничившейся передними столбами шейнаго утолщенія и между діагнозомъ дѣтской спазмотической цереб-

¹⁾ L. Minor.—Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., 1892, T. XXIV, Heft. 3, S. 393.

²⁾ F. Raymond.—L'étude des maladies du système nerveux en Russie. (Rapport adressé à M. le Ministre de L'éducation publique, Paris, 1889. O-Doin, éditeur).

ральной диплегии въ установившейся формѣ. Я безъ колебанія заявляю, что я стою за первый.

Признавъ, что тутъ имѣется дѣло съ гематоміэліей, необходимо для объясненія спазматической ригидности нижнихъ конечностей, мы должны предположить, что геморрагическій очагъ распространяется на прилегающую часть боковыхъ пирамидальныхъ пучковъ, производя въ нихъ извѣстное раздраженіе.

Какой бы изъ этихъ двухъ діагнозовъ не отвѣчалъ дѣйствительности, предсказаніе въ случаѣ этого ребенка представляется намъ очень серьезнымъ конечно не *quoad vitam*, а въ смыслѣ будущей функціи его конечностей.

Во всякомъ случаѣ передъ нами непоправимое пораженіе нервныхъ центровъ это значитъ, что терапія въ подобномъ случаѣ безсильна.

Разумное попеченіе, проводимое съ настойчивостью и самоотверженіемъ, которое можно ожидать лишь отъ матери, и уходъ, направленный на то, чтобы оживить кровообращеніе въ верхнихъ конечностяхъ, и состоящій въ примѣненіи возбуждающихъ втираній, въ примѣненіи тепла въ формѣ теплыхъ обертываній, грѣлокъ, можетъ быть, смогутъ нѣсколько оживить питаніе этихъ органовъ.

Электричество, правильно примѣняемое, несомнѣнно облегчитъ достиженіе этого результата, но который я много не рассчитываю. Тоническія средства, а именно тресковый рыбій жиръ, здѣсь показуются.

Наконецъ, на нижнихъ конечностяхъ будетъ умѣстнымъ хирургическое вмѣшательство, такъ какъ только путемъ перерѣзки сухожилій можно исправить то неправильное, уродливое положеніе конечностей, которое является результатомъ сокращенія нѣкоторыхъ мышцъ.

Но все это, не приведетъ насъ къ очень блестящимъ результатамъ. Чтобы мы не дѣлали, но этотъ ребенокъ осужденъ остаться калѣкой до конца своей жизни.

Лекція XXIII.

О случаѣ наслѣдственнаго сифилиса спинного мозга

Амиотрофическая форма ¹⁾.

Содержаніе: Клиническій примѣръ наслѣдственнаго сифилиса спинного мозга. Онъ осуществляетъ собой особенно благоприятную съ этиологической точки зрѣнія совокупность обстоятельствъ.—Предшествующія болѣзни семьи. Приводимый примѣръ касается дѣвочки, у матери которой голово-мозговой сифилисъ въ полномъ развитіи. Эта женщина заразилась сифилисомъ отъ отца ребенка за два года до зачатія. Отецъ

¹⁾ Лекція 8 Мая 1896 г.



умеръ отъ послѣдствій церебральнаго сифилиса. Выводъ изъ анамнестическихъ данныхъ.—Развитіе явленій. Внезапное проявленіе болѣзни параличемъ правой верхней конечности. Быстрое исхуданіе парализованной руки. Недержаніе мочи. Ребенокъ представляетъ неоспоримые признаки наслѣдственнаго сифилиса.—Гётчисоновскіе зубы. Описаніе атрофіи конечности; функціональныя разстройства, результаты электрическаго изслѣдованія. Что слѣдуетъ разумѣть подъ признаками наслѣдственнаго сифилиса; раннія проявленія наслѣдственнаго сифилиса. Запоздалыя проявленія.—Діагнозъ. Дѣло идетъ главнымъ образомъ о вопросѣ анатомическаго діагноза. Доводы, говорящіе противъ первичнаго заболѣванія мышцъ, противъ гипотезы невритическаго паралича, противъ гипотезы спинно-мозгового міэлитита, противъ гипотезы паралича церебральнаго происхожденія. Въ концѣ-концовъ, дѣло идетъ о спинно-мозговомъ параличѣ. Гипотеза о дѣтскомъ параличѣ мало вѣроятна, но въ принципѣ допустима. Доводы, говорящіе за и противъ гипотезы о гематоміэлии. Насколько наслѣдственный сифилисъ можетъ намъ объяснить развитіе этого спинно-мозгового паралича?—Исторія наслѣдственнаго сифилиса спинного мозга. Работы Зиммерлинга, Котса Беттингера, Жилье-де-ля-Туретта. Наслѣдственный сифилисъ проявляется со стороны нервной системы тѣми же самыми пораженіями, какъ приобретенный сифилисъ у взрослыхъ. Такъ называемый эмбриональный диффузный менинго-міэлитъ; сифилитическій артеритъ и флебитъ; конечное развитіе этихъ двухъ процессовъ. Пораженіе сѣраго вещества спинного мозга, изслѣдованіе Гана. Краткое повтореніе. Заключение: въ приведенномъ примѣрѣ дѣло идетъ о брахіальной моноплегіи, развившейся подъ вліяніемъ наслѣдственнаго сифилиса.—Предсказаніе и леченіе. Предсказаніе относительно благоприятное въ силу того же сифилитическаго происхожденія паралича. Леченіе будетъ заключаться въ совмѣстномъ примѣненіи ртути, іодистаго калия и электризаціи. Есть надежда на нѣкоторое улучшеніе паралича и атрофіи. Это улучшеніе не дойдетъ до полнаго выздоровленія.

Мм. Гг. Счастливый случай доставилъ мнѣ возможность поговорить съ вами о вопросѣ, еще мало изученномъ и весьма недостаточно извѣстномъ. Дѣло идетъ объ отношеніяхъ заболѣваній спинного мозга къ наслѣдственному сифилису. Я могу показать вамъ ребенка, страдающаго аміотрофической брахіальной моноплегіей и представляющаго несомнѣнные признаки наслѣдственнаго сифилиса. Одновременно съ этимъ ребенкомъ я могу также показать и мать его, у которой мы констатировали церебро-спинальный сифилисъ въ полномъ развитіи. У насъ имѣются точныя свѣдѣнія о прошедшемъ этой женщины; она заразилась сифилисомъ отъ отца этого ребенка, приблизительно, за два года до зачатія его.

Положеніе, слѣдовательно, весьма ясное; предъ нами имѣется брахіальная моноплегія, развившаяся на почвѣ, несомнѣнно зараженной наслѣдственнымъ сифилисомъ. Благодаря изслѣдованіямъ послѣднихъ 20 лѣтъ, мы знаемъ, что спинной мозгъ не болѣе другихъ органовъ защищенъ отъ заболѣванія наслѣдственнымъ сифилисомъ. Между тѣмъ, до сего времени, насколько мнѣ извѣстно, мы не знали ни одного примѣра аміотрофическаго паралича, развившагося на почвѣ лишь наслѣдственнаго сифилиса, независимо отъ всякой другой какой-

либо осязательной причины. Вы, слѣдовательно, уже и теперь предвидите интесъ, возбуждаемый случаемъ ребенка, котораго я вамъ сейчасъ представляю.

Поговоримъ сначала о матери больной; это женщина 48 лѣтъ, имѣвшая отъ перваго мужа 3 дѣтей. Одинъ изъ этихъ дѣтей умеръ въ раннемъ возрастѣ; двое другихъ вполне здоровы и живы. Послѣ смерти перваго мужа она вторично вышла замужъ. До этого времени ея здоровье было вполне удовлетворительно, но вотъ въ первый же годъ своего второго замужества у нея случился выкидышъ; на 8-мъ мѣсяцѣ ребенокъ былъ мертвъ. Приблизительно въ то же время у этой женщины въ теченіи пятнадцати дней по ночамъ болѣла голова, вслѣдствіе чего она не спала. Эти боли прошли безъ всякаго леченія.

Годъ спустя она родила дѣвочку, о которой я сейчасъ буду съ вами бесѣдовать; въ это время у нея появились боли въ самыхъ различныхъ мѣстахъ. Она испытывала ихъ вдоль позвоночнаго столба, въ спинно-поясничной области, въ нижнихъ конечностяхъ, въ области желудка. Эти боли упорно держались въ теченіе пяти лѣтъ и въ теченіи этого періода попеременно то ослабѣвали, то усиливались.

Четыре года тому назадъ у больной было два припадка диплопіи съ промежутками въ три мѣсяца. Въ это же самое время окружающія ея лица замѣтили, что она стала косить и что ротъ у нея скривился на сторону.

Три года тому назадъ у больной начали подгибаться ноги. Скоро она была почти не въ состояніи ходить. Она могла стоять увѣренно, лишь опираясь на кого-либо. Въ то же самое время у нея появилось недержаніе; мочи, при чемъ при мочеиспусканіи испытывалось нѣкоторое затрудненіе съ этого времени парезъ въ нижнихъ конечностяхъ по временамъ то улучшался, то ухудшался. Уже два года, какъ голосъ сдѣлался хриплымъ и низкимъ. Глотаніе временами было затруднено. Наконецъ стало развиваться слабоуміе, которое прогрессивно ухудшалось. На предлагаемые вопросы больная отвѣчаетъ медленно, памяти у нея какъ будто нѣтъ. На одинъ и тотъ же вопросъ она даетъ каждый день различные отвѣты, которые часто бываютъ противорѣчивыя.

Вы видите, что лицо этой женщины безъ всякаго выраженія. Ея зрачки не ровны. Она съ трудомъ ходитъ, бѣгать совершенно не въ состояніи. Колѣнные рефлексы усилены. Когда ей неожиданно выпрямляютъ лѣвую стопу, то появляется нѣчто похожее на спинно-мозговое дрожаніе.

Дабы пополнить анамнестическія данныя, я прибавлю, что не задолго до начала болѣзни этой женщины, мужъ ея, которому тогда было 43 года и который, какъ извѣстно, былъ боленъ сифилисомъ, страдалъ сильными головными болями. Затѣмъ у него появились симптомы, которые бываютъ при мозговыхъ опухоляхъ, такъ по крайней мѣрѣ намъ рассказывали его родные. Онъ потерялъ память; въ конечностяхъ появилась дрожь; при ходьбѣ онъ началъ падать. Черезъ

нѣсколько времени онъ умеръ; при вскрытіи его, кажется, нашли въ мозгу опухоль, величиной въ голубиное яйцо.

Чтобы не забѣгать слишкомъ впередъ, резюмируемъ результаты, вытекающіе изъ этихъ разслѣдованій о семьѣ, такимъ образомъ:

Отецъ умеръ отъ послѣдствій мозгового сифилиса съ гуммой мозга. Мать представляетъ собой прекрасный примѣръ cerebro-спинальнаго сифилиса, длящагося 12 лѣтъ. Ея случай представляетъ намъ патологическое состояніе, въ которомъ преобладаютъ слѣдующія проявленія: головная боль, которая носила весьма ясно ночной характеръ мозгового сифилиса; перемежающійся параличъ 3-й нервной пары; расстройство походки, выражающееся одновременно двигательнымъ безсиліемъ (парезомъ) и мозжечковой атаксией; слабоуміе, которое прогрессивно ухудшалось.

Сейчасъ введутъ сюда дочь этой женщины; это 9-ти лѣтній ребенокъ. Вы знаете, что эта дѣвочка, прижитая во время второго брака, происходитъ вѣтъ всякаго сомнѣнія отъ родителей сифилитиковъ. Вскормлена она на рожкѣ. Въ возрастѣ около 3 или 4 мѣсяцевъ тѣло ея было покрыто прыщами. Ей давали іодистый калий и ея сыпь въ очень короткое время исчезла. Зубы у нея появились очень поздно, стала она ходить только на 29-мъ мѣсяцѣ. Съ этого времени она начала развиваться хорошо. Ее послали въ школу, тамъ она зарекомендовала себя, какъ способный ребенокъ; скажемъ здѣсь мимоходомъ, что у нея было ночное недержаніе мочи.

Начало настоящей болѣзни относится къ 26-му Сентября 1895 года; слѣдовательно, до настоящаго дня прошло семь мѣсяцевъ. Юная Г. ѣла съ хорошимъ аппетитомъ и играла, какъ всегда; вдругъ она стала жаловаться на боль въ пальцахъ правой руки, въ то же самое время у нея онѣмѣлъ безымянный палецъ. Въ тотъ же самый день вся правая верхняя конечность была поражена параличемъ. Эта конечность висѣла вдоль туловища, какъ мертвый обрубокъ. Параличъ осложнился исхуданіемъ, которое быстро шло впередъ.

Больную стали лечить электричествомъ. По прошествіи мѣсяца движенія въ правой рукѣ стали возстановляться; исхуданіе, осложненное ясно выраженнымъ парезомъ, упорно держалось. Затѣмъ мало-по-малу получилось изуродованіе правой ручной кисти. Вотъ при этихъ то явленіяхъ этотъ ребенокъ и былъ помѣщенъ къ намъ въ Сальпетріеръ.

Въ настоящее время общее здоровье ребенка очень удовлетворительно. Недержаніе мочи продолжается. При изслѣдованіи различныхъ областей тѣла констатированы неоспоримые признаки наслѣдственнаго сифилиса, а именно: безболѣзненно опуханіе шейныхъ железъ; экзостозы на больше-берцовой кости; рубцы на кожѣ, одни изъ нихъ бѣлые, слегка углубленные занимающіе область большого вертела, правую ягодицу и завертельную бороздку; другіе линейные, маленькіе, многочисленные, расположенные по сосѣдству съ ягодичной складкой.

Вы видите, что расположеніе зубовъ неправильное (рис. 59), что на верх-

нихъ среднихъ рѣзцахъ обрисовывается полулунная выемка, составляющая одинъ изъ наилучшихъ признаковъ наслѣдственнаго сифилиса (Гётчинсоновскіе зубы).

Верхняя конечность представляетъ значительное исхуданіе, она синюшна и холодна. Измѣреніе обнаруживаетъ разницу отъ 2—3 снтм. въ пользу лѣвыхъ плеча и предплечья. Исхуданіе обусловливается диффузной атрофіей всей мускулатуры (рис. 60). Возвышеніе большого пальца и мизинца вполне уплощены. Головки пястныхъ костей со стороны ладони выпячиваются вслѣдствіе того,



Рис. 59.

что первыя фаланги находятся въ разгибательномъ положеніи; вторыя и третья фаланги находятся въ положеніи полусгибанія. Большой палецъ—въ состояніи полного разгибанія въ той же плоскости, какъ и другіе пальцы.

Больная не можетъ произвести отведеніе плеча больше, чѣмъ на уголь въ 30°; движеніе поднятія впередъ также очень ограничено. Всѣ фізіологическія движенія въ локтевомъ и запястномъ суставахъ возможны, но они выполняются вяло. Произвольное сгибаніе пальцевъ невозможно; иногда при помощи своей лѣвой руки ребенокъ можетъ согнуть пальцы правой кисти руки, которые затѣмъ остаются въ томъ же положеніи. Больная, какъ вы въ этомъ сами можете убѣдиться, можетъ распрямить первыя фаланги; на верхнихъ конечностяхъ

съ обѣихъ сторонъ невозможно вызвать сухожильныхъ рефлексовъ. На нижнихъ конечностяхъ рефлексы нормальны. Разстройство чувствительности нѣтъ.

Я считаю нужнымъ прибавить, что въ атрофированныхъ мышцахъ фибриллярной дрожи не констатируется.

Электрическое изслѣдованіе этой конечности обнаружило весьма ясные признаки реакціи перерожденія въ мышцахъ возвышенія большого пальца и мизинца. При изслѣдованіи другихъ мышцъ, а также поверхностной мышцы, стѣбающей пальцы, двуглавой мышцы и пр., обнаружены тѣ же самые признаки, но они менѣе ясно выражены.



Рис. 60.

Въ итогѣ,—случай этого ребенка представляетъ намъ совокупность симптомовъ, которая заключается въ аміотрофическомъ параличѣ правой верхней конечности, развившемся на специфической почвѣ, на почвѣ наследственнаго сифилиса.

Это послѣднее обстоятельство не подлежитъ сомнѣнію. Какъ анамнестическія свѣдѣнія, такъ и изслѣдованіе стигматъ наследственнаго сифилиса настолько согласны между собой, что этотъ вопросъ представляется несомнѣннымъ и безспорнымъ. Я полагаю, что вы убѣдились въ томъ, что родители больной,—какъ отецъ, такъ и мать, въ моментъ зачатія ребенка были заражены сифилисомъ.

Что касается характерных признаков наследственного сифилиса, то позволите мнѣ, разъ представляется случай, напомнить вамъ ихъ.

Между проявленіями наследственного сифилиса обыкновенно различаютъ раннія, которыя обнаруживаются въ первое время жизни, и такія, которыя появляются позже.

Раннія проявленія существенно не отличаются отъ проявленій обыкновеннаго приобрѣтеннаго сифилиса, они выражаются только въ томъ, что вліяютъ на спеціальныя условія питанія и развитія въ молодомъ возрастѣ.

Это прежде всего выражается въ общемъ *habitus'* такого субъекта: видъ дряхлости, сморщенности, кахексін; этихъ дѣтей можно счесть маленькими стариками.

Со стороны наружныхъ покрововъ ранній наследственный сифилисъ обнаруживается слизистыми бляшками въ непосредственномъ содѣйствіи съ естественными отверстиями, пузырчатой сыпью (*pemphigus*), розеолами, эритемой, чешуйчатымъ лишаемъ, заболѣваніемъ ногтей и сифилитическимъ заболѣваніемъ слизистой оболочки носа (*coryza syphilitica*).

Часто наблюдаются уродливости въ образованіи зубовъ: неправильное расположение и развитіе верхнихъ рѣзцовъ, извѣстное подъ именемъ Гетчинсоновскихъ зубовъ съ полудунной выемкой на нихъ, имѣетъ очень большое, если не патогномическое значеніе (Рис. 59). То же самое можно сказать и про воспаленіе роговой оболочки глазъ, которое часто сочетается съ этой уродливостью въ образованіи зубовъ. Пигментный ретинитъ, особенно же хоронидитъ, наблюдаются, какъ стигматы наследственного сифилиса, рѣже.

Со стороны костнаго скелета наблюдаются различныя отклоненія: такъ называемая сѣдлообразная деформация черепа, причемъ боковыя части черепнаго свода выступаютъ, а середина между ними вдавлена; утолщенія на верхнемъ концѣ плечевой кости и на эпифизахъ другихъ костей; экзостозы на большеберцовой кости; отслойки эпифизовъ. Я вамъ здѣсь напомню, что очень часто рахитъ составляетъ непрямо послѣдствіе наследственного сифилиса.

Со стороны внутреннихъ органовъ, какъ наиболѣе частыя проявленія наследственного сифилиса, наблюдаются: интерстиціальнй гепатитъ; сифилитическое воспаленіе яичекъ, пораженіе почекъ, селезенки, кожи, легкихъ, гастро-энтеритъ; наклонность къ внутреннимъ кровотечениямъ; — я при этомъ не принимаю въ счетъ задержки въ развитіи, которая можетъ отразиться на всемъ организмѣ, или на томъ или другомъ органѣ отдѣльно; не принимаю въ счетъ также и пораженій нервныхъ центровъ, которыхъ я теперь не касаюсь, такъ какъ я сейчасъ къ нимъ перехожу.

Ту же самую остановку въ развитіи мы встрѣчаемъ и между признаками, изобличающими наследственный сифилисъ въ эпоху жизни, уже отдаленную отъ времени рожденія. Разсматриваемыя въ своей совокупности запоздалыя

проявленія наследственнаго сифилиса могутъ обнаружиться въ относительно позднемъ возрастѣ; крайнюю границу мой товарищъ и другъ А. Фурнье считаютъ 28 лѣтъ. Какъ и раннія проявленія позднія проявленія сифилиса сказываются общимъ измѣненіями *habitus'a* и мѣстными измѣненіями гуммознаго или склеротическаго характера.

Во внѣшнемъ видѣ преобладаетъ остановка общаго или частичнаго развитія, вслѣдствіе чего происходитъ то, что субъекты съ наследственнымъ сифилисомъ не достигаютъ роста, соотвѣстнаго ихъ возрасту, не имѣютъ чертъ своего возраста, или же они имѣютъ внѣшній видъ стариковъ въ миниатюрѣ, о которомъ я уже говорилъ вамъ. Остановка въ развитіи можетъ отразиться исключительно или преобладающимъ образомъ на двигательномъ аппаратѣ, въ такомъ случаѣ жертвы наследственнаго сифилиса очень поздно начинаютъ ходить; на зубахъ, вслѣдствіе чего поздно появляются первые и вторые зубы, не считая уродливостей въ образованіи зубовъ, о которыхъ я говорилъ уже;—на половыхъ органахъ, въ такомъ случаѣ констатируется недостаточное развитіе яичекъ, почекъ, матки, волосъ, появленіе которыхъ совпадаетъ съ наступленіемъ зрѣлости; на органахъ интеллекта,—въ такомъ случаѣ, вы будете имѣть дѣло съ субъектами умственно отсталыми, импульсивными, со слабоумными или даже идіотами.

Со стороны органовъ чувствъ наследственный сифилисъ можетъ выразиться развитіемъ интерстиціальнаго кератита, могущаго вызвать потерю зрѣнія, глухотой, которая въ юномъ возрастѣ проявится глухо-нѣмотой.

Со стороны наружныхъ покрововъ онъ выразится неизгладимыми слѣдами на кожѣ и на слизистыхъ оболочкахъ.

Наконецъ, нѣтъ почти ни одного внутренняго органа, который не могъ бы служить мѣстомъ развитія гуммознаго и склерогеннаго процесса; эти процессы въ случаяхъ наследственнаго сифилиса ничѣмъ не отличаются отъ процессовъ въ случаяхъ пріобрѣтеннаго сифилиса.

Послѣ всего сказаннаго я перейду къ вопросу о томъ, какова природа этой внезапно развившейся брахіальной моноплегіи у дѣвочки, которая несомнѣнно страдаетъ наследственнымъ сифилисомъ. Это меня побудитъ сказать вамъ о томъ, какое вліяніе оказываетъ наследственный сифилисъ на нервныя центры. Назадъ тому нѣсколько минутъ я нарочно избѣгалъ этого, чтобы избавить васъ отъ повтореній.

Какова же природа этой брахіальной моноплегіи? Имѣемъ ли мы здѣсь дѣло съ первичной міопатіей, или съ невритическимъ параличемъ, то-есть, съ параличемъ, стоящимъ въ связи съ пораженіемъ периферическихъ нервовъ, или со спинно-мозговымъ параличемъ, или съ однимъ изъ тѣхъ церебральныхъ параличей, которые относительно весьма часто наблюдаются въ юномъ возрастѣ, но которые чаще всего бываютъ прирожденными?

Этотъ вопросъ о локализациі, этотъ вопросъ анатомическаго діагноза, мнѣ

кажется, довольно легко разрѣшить. Дѣйствительно, предъ вами имѣется вялый параличъ, развившійся и вполне установившійся въ теченіи нѣсколькихъ часовъ и чрезъ очень короткое время осложнившійся значительной мышечной атрофіей. Параличъ этотъ не только вялый, каковымъ онъ всегда и былъ, но все указываетъ еще на то, что въ немъ отсутствуетъ спастическое состояніе; доказывается тѣмъ, что сухожильные рефлексы въ парализованной конечности не только не повышены, но совершенно отсутствуютъ. Болѣе того, этотъ аміотрофическій параличъ сопровождается признаками реакціи перерожденія. Разстройства чувствительности совершенно отсутствуютъ. Эта дѣвочка никогда не ощущала болей, кромѣ какъ въ началѣ болѣзни и въ теченіе лишь нѣсколькихъ минутъ, въ пальцахъ правой кисти руки.

Съ другой стороны, у нея не констатируется ни гиперестезіи, ни анестезіи, ни другой какой-либо аномаліи чувствительности. Наоборотъ, въ парализованной конечности наблюдаются сильныя вазомоторныя разстройства.

Я говорю, что при этихъ условіяхъ мы можемъ сразу отклонить гипотезу о первичномъ заболѣваніи мышцъ. Способъ развитія, т.-е., появленіе паралича прежде атрофіи, распредѣленіе аміотрофическаго паралича, представляющагося подъ видомъ брахіальной моноплегіи, отсутствіе поступательнаго движенія, констатированіе признаковъ реакціи перерожденія,—все это говоритъ противъ этого предположенія.

Мы можемъ также исключить гипотезу о невритическомъ параличѣ. Способъ развитія и полное отсутствіе разстройствъ чувствительности соперничаютъ между собой, чтобы представить этотъ діагнозъ, какъ невѣроятный.

Быстрота, съ какой параличъ распространился на всю верхнюю конечность, массовый характеръ послѣдовательной мышечной атрофіи, отсутствіе болей, отсутствіе анестезіи и другаго какого-либо разстройства объективной чувствительности не согласуются съ гипотезой о множественномъ невритѣ, поразившемъ всѣ нервы верхней конечности.

Отсутствіе болей и контрактуры представляетъ собой элементы, которыхъ достаточно, чтобы отбросить гипотезу о спинальномъ менингитѣ, какъ предполагаемой причинѣ паралича, представляемаго этимъ ребенкомъ.

Надо, слѣдовательно, подняться выше; надо искать причину этого паралича въ нервныхъ центрахъ, въ спинномъ или въ головномъ мозгу. Я полагаю, что мы не колеблясь можемъ исключить гипотезу о церебральномъ происхожденіи паралича, представляемаго нашей больной. Со времени работъ Литтля и Гейне, давшихъ толчекъ изученію параличей въ раннемъ возрастѣ, имѣющихъ мѣсто во время внутри-утробной жизни, состоящихъ въ связи съ трудными родами, или съ энцефалическими пораженіями, относящимися ко времени перваго дѣтства, мы довольно хорошо освѣдомлены съ локализацией и точной натурой пораженій, преобладающихъ въ этихъ параличахъ (энцефалическое проис-

хождение которых однако очень вероятно), но и съ ихъ клиническими признаками: помимо того, что они почти всегда относятся ко времени рожденія, помимо того, что отношенія ихъ къ сифилису кажутся весьма ограниченными, — во всякомъ случаѣ эта связь далека отъ того, чтобы считать ее доказанной, — параличи эти — по существу — спастическіе. Я не знаю впрочемъ ни одного опубликованнаго примѣра брахіальной моноплегіи, происшедшей при тѣхъ условіяхъ, о которыхъ я сейчасъ сказалъ, и виѣ всякой травмы при родахъ.

Слѣдовательно, анатомическую причину этой моноплегіи намъ нужно локализовать въ спинномъ мозгу. Но съ момента, когда опредѣляется, что мы имѣемъ дѣло со спинальнымъ параличемъ, поле гипотезъ относительно натуры паралича значительно суживается.

Принимая въ соображеніе внезапность начала болѣзни и быстроту, съ какой параличъ достигъ своего апогея, я нахожу возможнымъ сдѣлать лишь три предположенія. Подобные характерные признаки согласуются лишь съ гипотезой о дѣтскомъ параличѣ, съ гипотезой о гематоміеліи и съ гипотезой о сифилитическомъ заболѣваніи спинного мозга.

Гипотеза о дѣтскомъ спинно-мозговомъ параличѣ по существу имѣетъ нѣкоторыя основанія. Несомнѣнно вамъ придется увидѣть дѣтей, проснувшихся утромъ съ парализованной конечностью; развитіе этого паралича будетъ таково, что вы поставите діагнозъ дѣтскаго паралича. Но если вы поразспросите о томъ, что происходило наканунѣ, или за два дня до этого, то вы почти всегда узнаете, что у ребенка была лихорадка, были приливы крови къ головѣ, нервное возбужденіе, а иногда даже судороги. Короче, въ случаяхъ дѣтскаго паралича почти всегда бываютъ предвѣстники. Когда болѣзнь поражаетъ дѣтей, уже достаточно выросшихъ, чтобы быть въ состояніи давать себѣ отчетъ о томъ, что они испытываютъ, какъ это и было въ случаѣ этой дѣвочки, то такія дѣти при приближеніи паралича довольно часто жалуются на боли въ поясницѣ и въ конечностяхъ.

Между тѣмъ, повторяю я вамъ, параличъ можетъ внезапно, безъ всякихъ предвѣстниковъ, охватить всю конечность; это можетъ произойти какъ среди дня, такъ и среди ночи.

Но тогда, въ случаѣ дѣтскаго паралича, — этими словами, какъ вамъ извѣстно, обозначаютъ дѣтскую форму poliomyelitis anterior, — обыкновенно бываетъ, что въ извѣстномъ числѣ первично парализованныхъ мышцъ возстановляется ихъ прежняя функція. Эти мышцы не подвергаются атрофіи, которой бываютъ поражены тѣ изъ нихъ, въ которыхъ локализовался параличъ. Но такое развитіе также не постоянно наблюдается. Можетъ случиться, что при дѣтскомъ параличѣ всѣ мышцы конечности парализуются и подвергаются массовому жировому перерожденію съ послѣдующей затѣмъ атрофіей ихъ.

Вообще, случай нашей дѣвочки по всей строгости можетъ быть отнесенъ къ этой клинической разновидности дѣтскаго паралича.

Гипотеза о гематоміэліи съ перваго взгляда не имѣетъ ничего отталкивающего; выскажусь яснѣе. Прежде всего эта гипотеза вполне согласуется съ внезапнымъ началомъ болѣзни, съ быстротой, съ какой у этого ребенка развилась брахіальная моноплегія: происходитъ кровоизліяніе внутри сѣраго вещества спинного мозга, черезъ очень короткое время это вещество на извѣстномъ пространствѣ разрушается.

Съ такой же внезапностью, съ такой же быстротой произойдетъ уничтоженіе функцій, которыми выражается это анатомическое пораженіе. Предположимъ, что кровоизліяніе ограничивается одной половиной спинного мозга, что кровь вторгается въ переднюю только область этой половины спинного мозга, и разрушаетъ только одинъ передній сѣрый столбъ шейнаго утолщенія. Это разрушеніе коснется, слѣдовательно, центровъ двигательной и трофической иннерваціи верхней конечности съ той же самой стороны. Мы увидимъ въ такомъ случаѣ, что внезапно появится параличъ этой конечности—двигательный параличъ, которое въ короткое время сдѣлается общимъ. Этотъ параличъ будетъ вялымъ и онъ останется таковымъ. Къ нему присоединятся мышечная атрофія, вазомоторныя и трофическія разстройства, аналогичныя тѣмъ, которыя мы наблюдаемъ у этого ребенка, и все это произойдетъ безъ малѣйшаго разстройства чувствительности, согласно съ принимаемой нами гипотезой о кровоизліяніи, точно ограниченномъ передней системой сѣраго вещества одной половины спинного мозга.

Но что же мы знаемъ о распредѣленіи геморрагическихъ очаговъ въ случаяхъ гематоміэліи? Изъ изслѣдованій этихъ послѣднихъ лѣтъ мы знаемъ, что рѣдко эти очаги захватываютъ все поперечное сѣченіе сѣраго вещества спинного мозга. Въ большинствѣ случаевъ они ограничиваются болѣе или менѣе большой частью этой площади; они могутъ гнѣздиться въ половинѣ спинного мозга и обуславливать совокупность явленій, напоминающихъ Броунъ - Секаровскій синдромъ.

Они могутъ гнѣздиться въ одномъ изъ заднихъ роговъ. Это просто дѣло случая, что до сего времени не наблюдалось ни одного примѣра очага гематоміэліи, ограничившагося однимъ изъ переднихъ роговъ, но кто же намъ поручится, что въ будущемъ эта же случайность не заставитъ насъ перерѣшать этого вопроса?

Вѣ, слѣдовательно, видите, что гипотеза о гематоміэліи, какъ причинѣ представляемой этой дѣвочкой брахіальной моноплегіи, въ принципѣ возможна. Тѣмъ изъ васъ, которые слѣдили за моими лекціями съ начала этого учебнаго года, я по этому поводу напому случай другого ребенка, въ отношеніи котораго я въ заключеніе высказался за такой же самый діагнозъ гематоміэліи въ шейномъ утолщеніи ¹⁾. У даннаго ребенка, 10-ти-лѣтняго мальчика,

¹⁾ Смотри XXII лекцію.

мы также имѣли дѣло съ внезапно развившейся брахіальной моноплегіей, моноплегіей вялой, къ которой впослѣдствіи присоединились остановка развитія верхнихъ конечностей, вазомоторныя разстройства—все это при полномъ отсутствіи астройствъ чувствительности. Короче, мы имѣли предъ собою параличъ верхней конечности, въ которомъ были налицо тѣ же самые признаки, что у этой дѣвочки, съ той лишь разницей, что тамъ были поражены обѣ верхнія конечности—тамъ мы имѣли дѣло съ двойной брахіальной моноплегіей. Тамъ я, съ нѣкоторыми оговорками, въ заключеніи высказался также за гематоміэлію, ограничившуюся двумя передними столбами шейнаго утолщенія.

Въ настоящемъ случаѣ то же самое пораженіе будетъ причиной, съ той лишь разницей, что оно тутъ ограничено переднимъ столбомъ правой половины шейнаго утолщенія? Серьезное возраженіе, господа, возникаетъ противъ этой гипотезы. Гематоміэлія безъ всякой причины, ни съ того, ни съ чего, не происходитъ: чаще всего она появляется вслѣдствіе травмы. У мальчика, о которомъ я веду рѣчь, явленія, которыя я счелъ нужнымъ приписать гематоміэліи, относились ко времени его рожденія. Онѣ появились вслѣдствіе весьма трудныхъ родовъ, въ теченіе которыхъ нужно было производить сильныя тракціи тѣла ребенка.

Ничего подобнаго не было у этой дѣвочки; ни во время родовъ, ни въ то время, когда появился у нея параличъ, ни въ промежуткѣ, она не подвергалась никакому виѣшнему насилію. Между тѣмъ должна же быть причина, чтобы вызвать этотъ параличъ со столь внезапнымъ началомъ, слѣды котораго мы видимъ еще и теперь. Но съ момента, какъ мы приближаемся къ этиологической сторонѣ случая, мы неизбежно наталкиваемся на факторъ, который требуетъ, чтобы на него обратили вниманіе: я имѣю въ виду наслѣдственный сифилисъ, который у нашей больной подтверждается столькими характерными признаками. Отсюда у насъ возникаетъ вопросъ, который я предполагаю рассмотреть основательно, такъ какъ я полагаю, что это приведетъ насъ къ разрѣшенію діагностической загадки, представляемой случаемъ этого ребенка. Вотъ этотъ вопросъ: можетъ-ли наслѣдственный сифилисъ произвести въ спинномъ мозгу пораженія, способныя объяснить внезапное развитіе вялой и атрофической брахіальной моноплегии, сопровождаемой вазомоторнымъ разстройствомъ, но безъ всякаго разстройства чувствительности?

Ученіе о сифилисѣ нервныхъ центровъ за послѣднія лишь двадцать лѣтъ нѣсколько подвинулось впередъ, благодаря работамъ Хейбнера, Баумгартена, Корниля и Фурнье. Успѣху нашихъ знаній больше всего въ этомъ отношеніи поспособствовало изученіе головного мозга, меньше же—изученіе спинного мозга. Но это не значитъ, чтобы не было работъ, посвященныхъ специальному изученію сифилиса спинного мозга; я бы могъ привести болѣе 20 работъ, изъ которыхъ мы могли-бы самымъ лучшимъ образомъ познакомиться съ патологической

анатоміей и симптоматологіей сифилиса спинного мозга и его оболочки. Но почти всѣ эти работы касаются приобрѣтеннаго сифилиса, сифилиса у взрослыхъ.

Что касается въ частности наслѣдственнаго сифилиса, то до послѣднихъ лѣтъ полагали, что локализациі его исключительно въ спинномъ мозгу не встрѣчается. Такъ, въ замѣчательной статьѣ о врожденномъ сифилисѣ головного и спинного мозга, появившейся въ 1889 году, одинъ изъ учениковъ Вестфалѣ, Зиммерлингъ, написалъ подъ руководствомъ своего учителя слѣдующія строки, которыя я буквально привожу, а именно: «о наслѣдственномъ чисто спинно-мозговомъ сифилисѣ мы до сего времени не въ правѣ говорить, такъ какъ изъ перечня вышеприведенныхъ фактовъ видно, что всѣ извѣстные до настоящаго времени случаи относятся къ сочетаннымъ заболѣваніямъ головного и спинного мозга» ¹⁾).

Мимоходомъ я отмѣчу слѣдующее заслуживающее вниманіе заключеніе: «сифилитическая инфекція, приобрѣтенная или врожденная, вызываетъ въ головномъ и спинномъ мозгу одинъ и тотъ же процессъ, какъ о томъ можно судить по тѣмъ анатомическимъ даннымъ, которыми мы теперь располагаемъ». Скоро я вамъ изложу различные виды этого процесса.

Нѣсколько позже Котсъ ²⁾, ученикъ профессора Гейне, высказалъ то же самое мнѣніе относительно связи спинно-мозгового сифилиса съ церебральнымъ сифилисомъ. Въ то же самое время онъ указывалъ на частоту сифилитическихъ заболѣваній головного и спинного мозга у дѣтей.

Правда, что Бѣттигеръ ³⁾, ученикъ профессора Хитцига, въ статьѣ, появившейся около 2-хъ лѣтъ назадъ, исходной точкой которой было изученіе случая наслѣдственнаго сифилитическаго хроническаго менинго-міэлита спинного, головного мозга и мозжечка, протестовалъ противъ смѣшиванія, допускаемаго тѣми, которые устанавливають извѣстное сходство между различными способами проявленія спинно-мозгового сифилиса.

Сифилитическій менинго-міэлитъ развивается иначе, чѣмъ гуммозный міэлитъ. Первый всегда бываетъ церебро-спинальный, второй же можетъ захватывать сразу спинной мозгъ и тамъ локализоваться. Слѣдовательно, нельзя сказать, что церебральный сифилисъ всегда присоединяется къ спинно-мозговому сифилису. Правду сказать, Бѣттигеръ разсматривалъ вещи съ общей точки зрѣнія,

¹⁾ E. S i e m m e r l i n g. — Zur Lehre von der congenitalen Hirn- und Rückenmarkssyphilis. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., 1889, XXX, Heft 1, p. 103).

²⁾ K o t s. — Die luetischen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks im Kindesalter. (Psychiatrische Arbeiten. Festschrift gewidmet H e n o c h. 1890, p. 36).

³⁾ B o e t t i g e r. Beitrag zur Lehre von den luetischen Rückenmarkskrankheiten. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkr. 1894, XXVI, Heft 3, p. 696).

не вдаваясь въ подробности относительно наследственнаго сифилиса нервныхъ центровъ и взаимныхъ отношеній церебральнаго и спинно-мозгового проявленія.

До сихъ поръ у насъ нѣтъ цѣльной работы по вопросу относительно наследственнаго сифилиса спинного мозга; Жилье-де-ля-Туреттъ ⁴⁾ взялся пополнить этотъ пробѣлъ. Нѣкоторые изъ выводовъ его статьи заслуживаютъ того, чтобы васъ познакомить съ ними.

Послѣ того, какъ авторъ констатировалъ, что существованіе спинно-мозговой локализациі наследственнаго сифилиса не отрицается, онъ установилъ слѣдующія категоріи случаевъ, основанныя на періодѣ жизни, въ которомъ спинной мозгъ былъ пораженъ, а именно, во 1-хъ, случаи, гдѣ сифилисъ поражаетъ спинной мозгъ во время внутри-утробной жизни. Въ этихъ случаяхъ роды почти всегда происходятъ преждевременно. Если ребенокъ бываетъ мертво-рожденнымъ, въ такомъ случаѣ сифилисомъ поражаются спинной и головной мозгъ, внутренности, ротъ и другія анатомическія системы, т. е., тутъ имѣются большія данныя для объясненія смерти плода. Но что особенно интересуетъ насъ съ спеціальной имѣющейся предъ нами точки зрѣнія, это то, что въ случаѣ, если ребенокъ выживаетъ, проявленія церебральнаго склероза преобладаютъ между симптомами, которыми выражается пораженіе нервной системы этимъ врожденнымъ сифилисомъ. Въ исключительныхъ случаяхъ наблюдалось, что сифилисъ локализуется почти исключительно въ спинномъ мозгу; но тогда онъ вызываетъ спазматическія параличи съ или безъ сопровождающихъ церебральныхъ явленій. Короче, въ случаяхъ этой первой категоріи не имѣется ничего, что освѣщало бы патогенезъ явленій, представляемыхъ нашей больной.

Вторая категорія заключаетъ въ себѣ случаи, гдѣ наследственный сифилисъ обнаруживается въ первое же время вслѣдъ за рожденіемъ.

Въ смыслѣ клиническаго проявленія случаи этой категоріи, случаи ранняго наследственнаго сифилиса, сливаются со случаями третьей категоріи, со случаями запоздалаго наследственнаго сифилиса, который развивается лишь во время юности, или во время зрѣлаго возраста.

Въ этихъ случаяхъ ранняго или запоздалаго сифилиса, пишетъ Жилье-де-ля-Туреттъ, клиническіе типы становятся гораздо болѣе разнообразными, чѣмъ при врожденномъ сифилисѣ. Дѣйствительно, по мѣрѣ того, какъ субъектъ растетъ, ткани все болѣе и болѣе дифференцируются и принимаютъ болѣе замѣтную функціональную индивидуальность: спинной мозгъ, мозговья оболочки, сосуды кажутся дѣйствующими, поражаемыми отдѣльно, какъ бы за свой, такъ сказать, счетъ. Основаніе процесса,—эмбриональная инфильтрація—болѣе охотно скопляется, дабы образовать настоящее гуммозное скопленіе, будетъ-ли оно

⁴⁾ Gilles de la Tourette. — La syphilis héréditaire de la moelle épinière (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, Mars-Avril, Mai-Juin, 1897).

интерстиціальное, или периваскулярное, или менингеальное. Болѣе того, вѣроятно къ такъ-называемому гуммозному артериту присоединяется артеріо- и флебо-склерозъ сифилиса взрослыхъ, столь трудный для анатомическаго отличія отъ васкулярныхъ склерозовъ, наблюдаемыхъ въ иныхъ, чѣмъ сифилисѣ, инфекціяхъ. Анатомическій процессъ въ такомъ случаѣ является законченнымъ. Клиническое поле болѣе расширяется и въ этомъ отношеніи намъ кажется, что въ силу большой его склонности оставаться энцефало-медулярнымъ, что служить указателемъ на начальное обобщеніе процесса, ранній, особенно же запоздалый наслѣдственный сифилисъ въ своихъ клиническихъ формахъ существенно не отличается отъ столь разнообразныхъ проявленій пріобрѣтеннаго сифилиса ¹⁾.

Вотъ, что рѣшено: Ж и л ь-д е-л я-Т у р е т т ъ, пополняя выводы З и м м е р-л и н г а, утверждаетъ, «что наслѣдственный сифилисъ, развивающійся послѣ рожденія, проявляется со стороны нервныхъ центровъ, а въ особенности со стороны спинного мозга, тѣми же самыми пораженіями, какъ пріобрѣтенный сифилисъ у взрослоаго». Въ чемъ же состоятъ эти пораженія?

Въ первой линіи мы имѣемъ такъ-называемый д и ф ф у з н ы й м е н и н г о-м і э л и т ъ. Характерные признаки этого менинго-міэлита состоятъ въ инфильтраціи оболочекъ спинного мозга эмбриональными клѣтками, молодыми клѣточными элементами, масса которыхъ въ большей части образована округленнымъ ядромъ. Что означаетъ эта инфильтрація спинного мозга и его оболочекъ этими молодыми клѣтками? Она означаетъ, что оболочки спинного мозга и спинной мозгъ, раздражаемые такимъ инфекціоннымъ ядомъ, какъ сифилитическій ядъ, реагируютъ извѣстнаго рода оборонительнымъ движеніемъ, которое выражается этой иммиграціей эмбриональныхъ клѣтокъ. Слѣдовательно, вы найдете естественнымъ, что это оборонительное движеніе будетъ локализоваться не только въ спинномъ мозгу и его оболочкахъ, но и въ остальныхъ нервныхъ центрахъ; вы найдете естественнымъ, что оно проявится въ самыхъ различныхъ органахъ, которые подвергнутся пропитыванію сифилитическимъ ядомъ. Это-то Г а н ъ, интернъ моей клиники, сумѣлъ самымъ точнымъ образомъ констатировать въ своихъ изслѣдованіяхъ надъ зародышами, зараженными наслѣдственнымъ сифилисомъ.

Вы найдете также естественнымъ, что другія инфекціи производятъ то же самое, что и сифилисъ; особенно это надо сказать относительно туберкулезной инфекціи.

Сейчасъ я только говорилъ вамъ объ очень интересной статьѣ Б ѣ т т и-г е р а, касающейся ученія о сифилитическихъ заболѣваніяхъ спинного мозга. Большая часть этой статьи какъ разъ посвящена разсмотрѣнію того, что сифилитическій и туберкулезный менинго-міэлиты, разсматриваемые сами по себѣ, разсматриваемые также, какъ гистологическіе процессы, не отличаются другъ отъ

¹⁾ Gilles de la Tourette. — Loc. cit.

друга никакими существенными признаками. Сифилитическій менинго-міэлитъ при своемъ начальномъ проявленіи имѣетъ лишь специфическую свою причину, но не имѣетъ ничего специфическаго въ тѣхъ признакахъ, подѣ которыми онъ является намъ въ полѣ микроскопа.

Затѣмъ слѣдуетъ сифилитическій артеритъ и флебитъ. Тому и другому предшествуетъ то реакціонное движеніе, о которомъ я вамъ только что говорилъ. Это реакціонное движеніе, какъ я вамъ говорилъ, выражается инфильтраціей молодыхъ элементовъ, эмбриональныхъ клѣтокъ. Эта инфильтрація имѣетъ склонность концентрироваться по длинѣ сосудовъ; она распространяется на ихъ стѣнки. Такимъ образомъ получается, что внутренняя оболочка артерій и венъ инфи-

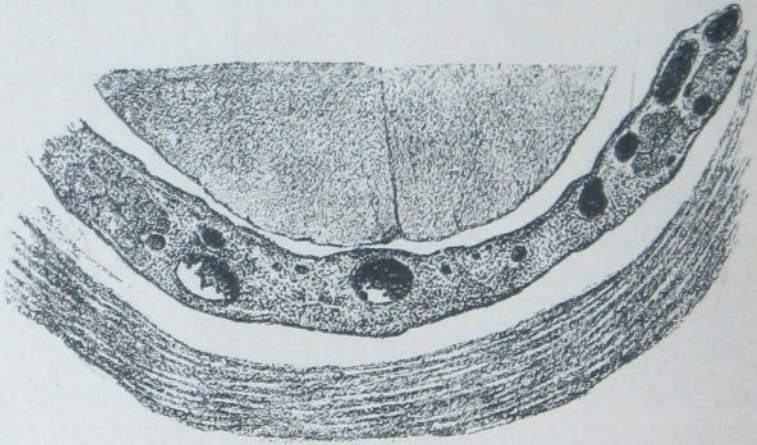


Рис. 61.

Спинной мозгъ: нижняя поясничная область. Мягкая и паутинная мозговые оболочки соединены между собой массой инфильтраціи, которая выполняетъ подпаутинное пространство, въ которомъ плаваютъ сосуды и корешки.

трируется клѣтками, и въ то же самое время утолщается. Вслѣдствіе этого просвѣтъ сосуда суживается до облитераціи. Къ этому эндо-артериту и эндо-флебиту можетъ присоединиться періартеритъ и перифлебитъ, первые признаки котораго, кажется, также проявятся инфильтраціей эмбриональныхъ элементовъ.

Тѣ же самыя сосудистыя измѣненія встрѣчаются при другихъ инфекціяхъ, особенно же въ случаяхъ туберкулеза. Они могутъ преобладать надъ диффузнымъ эмбрионарнымъ менинго-міэлитомъ или могутъ до извѣстной степени входить въ составъ послѣдняго, какъ это ясно видно на спинныхъ мозгахъ сифилитическихъ зародышей, изслѣдованныхъ Ганомъ. Мой юный и достойный сотрудникъ констатировалъ, на срѣзахъ подобныхъ мозговъ, что наружная оболочка сосудовъ мѣстами была мѣстомъ нахожденія обильной инфильтраціи круглыхъ клѣтокъ, не говоря о средней и внутренней оболочкѣ. Въ

этихъ мѣстахъ клѣтки выступали на периферію сосуда, инфильтрація котораго смѣшивалась съ инфильтраціей окружающей ткани, такъ что невозможно было отличить очертаній наружной оболочки.

Независимо отъ инфильтраціи эмбриональными клѣтками, независимо отъ пролифераціи внутренней оболочки, которая влечетъ за собой суженіе или облитерацію просвѣта сосуда, наблюдаютъ конгестивныя явленія вмѣстѣ съ закупоркой сосудовъ лейкоцитами. Степень этой конгестіи бываетъ крайне различна. Подъ неясно очерченной формой она, по мнѣнію Г а н а, составляетъ, можетъ быть, начальный стадій разлитого сифилитическаго менинго-міэлита. Она можетъ достигнуть крайней степени; она можетъ дойти до разрыва сосудовъ. Это обстоятельство надо запомнить въ виду нашей задачи,—для объясненія явленій, представляемыхъ нашей юной больной. Во время своихъ изслѣдованій Г а н ъ встрѣтилъ случаи, гдѣ всѣ сосуды спинного мозга зіяли, были переполнены кровью и представляли на срѣзахъ крайне странный видъ. Такъ, въ толщѣ спинного мозга переполненные сосуды имѣли видъ соединительно-тканныхъ перегородокъ, вдоль которыхъ идутъ длинныя полосы красныхъ кровяныхъ шариковъ. Растянутые до извѣстной точки сосуды въ концѣ концовъ разрываются. Надо отмѣтить одно обстоятельство, какъ это наблюдалъ Г а н ъ, что даже въ толщѣ спинного мозга кровоизліянія происходятъ вслѣдствіе той же самой причины ¹⁾).

Сейчасъ я вамъ указалъ на двѣ локализациі одного и того же процесса: на диффузный менинго-міэлитъ и на эндоперіартеритъ (или флебитъ), на процессы, поименованныя локализациі котораго составляютъ лишь въ нѣкоторомъ родѣ фазы, заключающіяся въ инфильтраціи молодыми эмбриональными клѣтками. Что же въ концѣ концовъ происходитъ съ этими эмбриональными клѣтками? Онѣ способны подвергаться различной участи; онѣ могутъ подвергнуться регрессивному развитію и исчезнуть также, какъ онѣ появились, могутъ сгруппироваться въ болѣе или менѣе объемистыя скопленія и образовать ограниченныя гуммы, могутъ подвергнуться гуммозной трансформациі на значительномъ протяженіи, вдоль сосудовъ, давая начало тому, что называется разлитой гуммозной инфильтраціей; могутъ организоваться въ соединительную ткань, подвергнуться такимъ образомъ склерозной трансформациі. Такъ происходитъ разлитой сифилитическій склерозъ, главнымъ образомъ въ бѣломъ веществѣ спинного мозга, гдѣ онъ уничтожаетъ паренхиматозныя элементы, нервныя волокна.

Вплоть до сѣраго вещества спинного мозга нѣтъ ничего, что могло бы дать отпоръ въ распространеніи наслѣдственнаго сифилиса. Въ 1881 году Яришъ ²⁾ опубликовалъ факты, которые говорятъ въ этомъ смыслѣ. Эти факты относились

¹⁾ G. G a s n e.—Localisations spinales de la syphilis héréditaire. (Thèse de Paris, 1897, p. 42).

²⁾ J a h r i s c h.—Ueber den Rückenmarksbefund in 7 Fällen von Syphilis. (Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis, 1881, p. 621).

къ дѣтямъ, у которыхъ въ первые мѣсяцы жизни была констатирована ясная сифилитическая сыпь и которые умерли въ раннемъ возрастѣ безъ видимыхъ проявленій заболѣванія спинного мозга. Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ гистологическое изслѣдованіе спинного мозга обнаружило разрѣженіе гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ. Изъ оставшихся клѣтокъ извѣстное число уменьшилось въ объемѣ, протоплазма ихъ превратилась въ сѣтку. Въ одномъ случаѣ, вблизи сосудовъ передней средней борозды, нашли даже безформенныя, но точно ограниченныя массы прозрачнаго гомогеннаго вещества, которыя, видимо, составляютъ распадъ размельченныхъ гангліозныхъ клѣтокъ.

По правдѣ сказать, патологическое значеніе этихъ измѣненій клѣтокъ находилось подъ сомнѣніемъ, такъ какъ подозрѣвали, что онѣ искусственно вызваны при приготовленіи препаратовъ. Но вотъ и другіе факты, которые ни въ какомъ случаѣ не подлежатъ подобнымъ возраженіямъ: Зиммерлингъ въ случаѣ, который послужилъ темой для его работы, констатировалъ диффузную инфильтрацію сѣраго вещества одного изъ заднихъ роговъ¹⁾.

Въ случаѣ cerebro-спинальнаго сифилиса у 9-ти лѣтняго ребенка Бѣттигеръ²⁾ сообщилъ, что сѣрое вещество спинного мозга принимало большое участіе въ міелитическомъ процессѣ. Независимо отъ рѣзко выраженнаго хроническаго менингита, особенно въ задней части окружности нервной оси, независимо отъ пробковидной пролифераціи, которая, исходя изъ этой пелены менингита, распространялась на задніе и боковые столбы и разрушала нервныя элементы, независимо отъ диффузной инфильтраціи ядеръ, распространившейся по всему бѣлому веществу и, еще въ болѣе сильной степени, по всему сѣрому веществу, вслѣдствіе чего волокна и нервныя клѣтки этого послѣдняго носили слѣды весьма выраженнаго дегенеративнаго процесса—«гангліозныя клѣтки», какъ буквально говорится въ описаніи гистологическаго изслѣдованія, «и специально большія клѣтки переднихъ роговъ и клѣтки столбовъ Кларка участвуютъ въ значительной долѣ въ патологическихъ процессахъ. Маленькія клѣтки ускользнули отъ точной оцѣнки, такъ какъ не могъ быть примѣненъ способъ окрашиванія по методу Ниссля, который необходимъ для изслѣдованія числа и состоянія этихъ клѣтокъ. Измѣненія большихъ клѣтокъ, насколько о томъ можно судить при примѣненіи другихъ методовъ окрашиванія, состояли въ набуханіи клѣтокъ съ спорадической вакуолизацией, въ зернистомъ перерожденіи всей клѣтки до такой степени, что на мѣстѣ нѣсколькихъ клѣтокъ наблюдали лишь кучки распада; другія клѣтки сохраняли въ цѣлости ядро, но были лишены своихъ отростковъ, кромѣ того онѣ были сильно сморщены и пигментированы. Около-

¹⁾ Siemmerling.—Loc. cit., p. 12.

²⁾ A. Böttiger. — Beitrag zur Lehre von denluetischen Rückenmarkskrankheiten. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., 1899, T. XXVI, Heft 3, p. 649).

клеточныя лимфатическія пространства большинства гангліозныхъ клетокъ, не затронутыхъ въ ихъ массѣ, были растянуты ядрами³⁾».

Немного дальше сказано, что разрѣженіе и перерожденіе большихъ клетокъ переднихъ роговъ достигло значительныхъ размѣровъ въ верхней части, особенно же въ нижней части дорзальнаго сегмента: «тамъ нѣсколько разъ находили на сръзѣ лишь одну, двѣ или три клетки въ переднемъ рогѣ, при чемъ эти клетки были сморщены, обезображены, были лишены отростковъ. Часто на одномъ и томъ же сръзѣ одинъ изъ переднихъ роговъ былъ пораженъ въ гораздо болѣе значительной степени, чѣмъ другой; то это былъ лѣвый рогъ, то — правый. Наконецъ, сдѣланное Вѣттигеромъ подробное описаніе измѣненій сѣраго вещества заканчивается слѣдующими словами: «Упомянемъ вкратцѣ, что въ сѣромъ веществѣ переднихъ роговъ были находимы свѣжіе небольшіе геморрагическіе фокусы съ незатронутыми красными шариками, разбросанными свободно въ ткани».

Эти подробности пріобрѣтаютъ очень большое значеніе въ томъ отношеніи, что онѣ могутъ пролить свѣтъ на истолкованіе случая нашей больной. Я сейчасъ выскажусь яснѣе.

Чтобы покончить съ вопросомъ объ участіи сѣраго вещества въ процессѣ спинно-мозгового сифилиса, мнѣ остается сказать нѣсколько словъ о фактахъ, найденныхъ Ганомъ во время изслѣдованій, о которыхъ я вамъ говорилъ уже. Эти изслѣдованія были произведены надъ 20 трупами плодовъ, которые представляли пораженія врожденнаго сифилиса. На счетъ клеточныхъ измѣненій сѣраго вещества спинного мозга, которыя были констатированы, Ганъ считаетъ нужнымъ выразиться осторожно: два раза только онъ нашелъ значительныя пораженія спинного мозга, указывающія на ясныя и неоспоримыя разрушенія нервной ткани. Въ этихъ двухъ случаяхъ сѣрое вещество участвовало въ измѣненіяхъ, которыя поражали бѣлое вещество въ преобладающей степени. Мѣстами, а главнымъ образомъ въ переднихъ рогахъ, перерожденіе нервныхъ клетокъ было весьма очевидно.

Повторимъ теперь вкратцѣ то, что я вамъ сейчасъ сказалъ о видахъ различной локализациі въ спинномъ мозгу наследственнаго сифилиса.

Обыкновеннымъ случаемъ является тотъ, гдѣ сифилитическая инфекція вызываетъ въ мозговыхъ оболочкахъ, вокругъ сосудовъ, въ ихъ стѣнкахъ и въ спинномъ мозгу диффузную инфильтрацію эмбриональныхъ элементовъ, такъ называемыхъ круглыхъ клетокъ, главную массу которыхъ составляетъ ядро. Эти эмбриональные элементы склонны къ регрессивному развитію: они могутъ мѣстами скопляться и производить ограниченныя гуммозные образованія; они могутъ подвергаться гуммозному перерожденію на значительномъ протяженіи и вызывать диффузную гуммозную инфильтрацію; они могутъ преобразовываться въ соеди-

³⁾ Boettinger. Loc. cit. p. 667.

нительную ткань новой формации; другими словами, они могут подвергаться склерозному преобразованію. Вслѣдствіе самой уже ихъ распространенности эти различныя процессы не могутъ ничего дать для освѣщенія случая ребенка, котораго я представилъ вамъ во время этой лекціи.

Инфильтрація эмбриональными элементами, которые всегда проявляютъ наклонность концентрироваться по близости сосудовъ, можетъ поражать преобладающимъ образомъ стѣнки этихъ послѣднихъ. Она можетъ быть исходнымъ пунктомъ сифилитическихъ эндо-пери-артерита и флебита. Какъ диффузныя пораженія, такъ и эти сосудистыя измѣненія не даютъ намъ ничего для освѣщенія патогенеза случая нашей больной. Но эти сосудистыя измѣненія, какъ извѣстно, достигаютъ неодинаковой интензивности въ различныхъ пунктахъ по протяженію одного и того же сосуда. Эти измѣненія, какъ извѣстно, сообщаютъ болѣзненную хрупкость сосудамъ мозговыхъ оболочекъ и спинного мозга. Они, какъ извѣстно, создаютъ предрасположеніе къ кровоизліяніямъ; въ спинномъ мозгу эти кровоизліянія могутъ быть разсѣянными; они могутъ ограничиться одной частью поперечнаго сѣченія, напримѣръ, передними рогами. Они могутъ локализоваться въ переднемъ рогѣ половины спинного мозга. Вотъ что насъ интересуетъ, вотъ что у насъ имѣется для выясненія развитія этого внезапнаго паралича, этого паралича, оставшагося вялымъ, этого паралича, осложненнаго мышечной атрофіей съ быстрымъ теченіемъ, представляющей всѣ отличительныя признаки міелопатической атрофіи, этого паралича, который не сопровождается ни малѣйшими расстройствами чувствительности, который сразу охватилъ всю верхнюю конечность и который засѣлъ въ этой конечности.

Но съ другой стороны вспомните, что и благородные элементы, подъ которыми мы разумѣмъ клѣтки и нервныя волокна, могутъ принимать участіе въ процессѣ сифилитическаго міэлиты. Вспомните — что касается именно участія клѣточныхъ элементовъ — что міэлитъ можетъ преобладающимъ образомъ захватывать клѣтки переднихъ роговъ; онъ можетъ закончиться перерожденіемъ и разрушеніемъ этихъ клѣтокъ въ ограниченномъ поясѣ половины спинного мозга. А теперь имѣется у насъ уже нѣчто для объясненія брахіальной моноплегіи у этой дѣвочки, отличительныя черты которой я считаю излишнимъ напоминать вамъ. Дабы не уходить отъ дѣйствительности, дабы не уклоняться отъ поучительныхъ фактовъ, я обязанъ вамъ только сказать, что эти измѣненія клѣтокъ, кажется, бываютъ лишь только дегенеративными въ случаяхъ наследственнаго сифилиса спинного мозга; они были наблюдаемы лишь какъ послѣдствія другихъ процессовъ, которые я только что рассматривалъ.

Если рассматривать лишь соматическіе признаки и развитіе брахіальной моноплегіи этого ребенка, то гипотезы, возникающія по вопросу о діагнозѣ, могутъ быть двоякими: дѣтскій параличъ и гематоміэлія. Каждая изъ этихъ двухъ болѣзней согласуется съ причиннымъ элементомъ, который въ нѣкоторомъ родѣ

господствуетъ въ патологическомъ развитіи данного случая, а именно съ наслѣдственнымъ сифилисомъ. Дѣтскій параличъ по своей натурѣ есть по существу инфекціонная болѣзнь, но онъ не есть продуктъ определенной инфекціи, всегда одинаковой самой по себѣ. Почему бы сифилису и не вызвать со стороны гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ того, что производятъ другія инфекціи—вѣдь ничто не говоритъ противъ этого. Тѣмъ не менѣе, что касается частнаго случая этой дѣвочки, то я съ трудомъ присоединяюсь къ гипотезѣ сифилитическаго дѣтскаго паралича: внезапное начало, безлихорадочное теченіе болѣзни, дейтеропатическій характеръ клѣточныхъ измѣненій, встрѣчаемыхъ въ случаяхъ наслѣдственнаго сифилиса спинного мозга—внушаютъ мнѣ эту осторожность. Наоборотъ, я не нахожу никакого возраженія, ни принципиальнаго, ни фактическаго, которое можно было бы сдѣлать противъ другой гипотезы, противъ гипотезы о гематоміэліи, происшедшей въ спинномъ мозгу, сосуды котораго вслѣдствіе наслѣдственнаго сифилиса отличаются ненормальной хрупкостью.

Одно обстоятельство мнѣ кажется не подлежащимъ сомнѣнію, это то, что брахіальная моноплегія у этой дѣвочки по самому существу своему—сифилитическая, каковъ бы ни былъ механизмъ, на который ссылаться для того, чтобы объяснить ее. Изъ этого перваго заключенія вытекаетъ и другое. Предсказаніе въ этомъ случаѣ представляется намъ непосредственно въ относительно благопріятномъ видѣ и относительно характера леченія, которое надо установить, не можетъ быть и сомнѣнія. При сифилитическихъ параличахъ никогда не слѣдуетъ отчаиваться въ выздоровленіи, такъ какъ здѣсь у насъ имѣются въ распоряженіи средства противъ самой натуры болѣзни. Эти средства вы угадываете, это ртуть и іодистый калий. Мы, слѣдовательно, попытаемся подвергнуть эту дѣвочку специфическому леченію: но мы этимъ не ограничимся. Одновременно съ агентами специфическаго леченія мы предполагаемъ дѣйствовать и на спинно-мозговья измѣненія, мы попробуемъ добиться рассасыванія экссудатовъ и сифилитическихъ новообразованій, дистрофическія послѣдствія которыхъ выражаются атрофіей всей конечности. Намъ нужно также лечить и эти послѣдствія, намъ нужно пріостановить дальнѣйшее развитіе мышечной атрофіи, намъ надо позаботиться объ анатомическомъ возстановленіи атрофированныхъ мышцъ. Съ этой цѣлью мы и рѣшили подвергнуть больную леченію электричествомъ. Было бы удивительно, если бы сочетанное примѣненіе этихъ двоякаго рода агентовъ современемъ не привело къ нѣкоторому улучшенію паралича и атрофіи. Не менѣе было бы удивительно, если бы это улучшеніе дошло до полнаго выздоровленія, такъ какъ я полагаю, что спинно-мозговой процессъ, каковъ бы онъ не былъ, инфекціонный ли поліоміэлитъ или гематоміэлія, должны были вызвать со стороны двигательныхъ и атрофическихъ нервныхъ клѣтокъ непоправимыя нарушенія ¹⁾.

¹⁾ Электрическое леченіе состояло въ примѣненіи фарадическаго тока на мышцы дельтовидную, надъ- и подлопаточную, двуглавую и на мышцы, сгибающія пред-

Лекція XXIV.

Случай сирингоміэліи съ общей анестезіей ¹⁾.

Содержаніе.—Клиническій примѣръ.—Анамнестическія свѣдѣнія о семьѣ и личныя анамнестическія данныя. Появленіе болей; безболѣзненная ногтоѣда. Парезъ и атрофія верхнихъ конечностей. Распространеніе на нижнія конечности.—Разстройства со стороны мочеиспусканія и испражненія. Другіе симптомы.—Разстройства чувствительности, что понимаютъ подъ диссоціированной анестезіей.—Въ данномъ случаѣ анестезія общая,—она одновременно и поверхностная и глубокая.—Данное состояніе; къ уже существующимъ симптомамъ присоединились симптомы септической инфекціи.—Отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ наступило вслѣдъ за повышеніемъ этихъ же самыхъ рефлексовъ. **Діагнозъ.**—Разстройства чувствительности таковы, что заставляютъ предполагать истерическое происхожденіе паралича.—Доводы, говорящіе противъ этой гипотезы. Явленія, особенно же анестезія, не могутъ быть отнесены ни на счетъ пораженія головного мозга, ни на счетъ хроническаго полиневрита. Слѣдовательно, надо ихъ искать между заболѣваніями спинного мозга.—Гипотеза сирингоміэліи соотвѣтствуетъ клиническимъ проявленіямъ.—Возраженіе, вытекающее изъ свойствъ анестезіи, которая—общая, вмѣсто того, чтобы быть диссоціированной.—Это возраженіе имѣетъ только относительное значеніе. Примѣръ сирингоміэліи съ общей анестезіей. Общій характеръ анестезіи дѣлаетъ правдоподобнымъ участіе заднихъ столбовъ въ полостномъ процессѣ. Заключение, относящееся къ топографіи полостныхъ пораженій въ данномъ случаѣ. **Предсказаніе и леченіе.**

Мм. Гг. Больная, которая послужитъ предметомъ этой лекціи и которую я вамъ сейчасъ представляю, по моему мнѣнію, воплощаетъ собой примѣръ сирингоміэліи. Сейчасъ я постараюсь доказать справедливость этого діагноза; но, начиная съ этого момента, я долженъ васъ предупредить, что этотъ случай представляетъ и трудности, заключающіяся въ томъ, что случай этой больной въ нѣкоторыхъ

плеча. 1-го Марта 1897 года отмѣчено слѣдующее: въ различныхъ мышцахъ отчасти только восстановились ихъ функція и ихъ объемъ, тѣмъ не менѣе остается еще желать дальнѣйшаго успѣха. Больная еще не въ состояніи положить руку на голову. Отведеніе и поднятіе плеча производится, конечно, лучше: она приподнимаетъ его почти до горизонтальнаго положенія; но дѣйствіе двуглавой мышцы еще очень слабо, не смотря на то, что эта мышца подъ вліяніемъ электрическаго раздраженія сокращается лучше. Нѣтъ никакого улучшенія въ мышцахъ возвышенія большаго пальца и мизинца. Эти мышцы атрофированы въ той же самой степени, какъ и прежде: онѣ реагируютъ лишь на гальваническій токъ, извращеніе реакціи, сокращенія вялыя. Въ общемъ, весьма медленное улучшеніе, больше въ мышцахъ надплечья и плеча, чѣмъ въ мышцахъ предплечья и кисти рукъ. Помѣтимъ слѣдующую интересную подробность: въ Октябрѣ 1896 года у ребенка былъ двухсторонній кератитъ, который подъ вліяніемъ ртутныхъ втираній быстро прошель, хотя остались слѣды его на правомъ глазу.

¹⁾ Лекція 22-го Ноября 1895 г.

пунктахъ отклоняется отъ классическихъ чертъ, подъ которыми мы привыкли видѣть сирингоміэлію съ того времени, какъ научились хорошо распознавать симптоматилогію этого заболѣванія.

Я начну съ описанія очень интересной и очень поучительной исторіи болѣзни этой женщины. Потомъ я проведу васъ, такъ сказать, черезъ фазы колебанія, черезъ которыя намъ придется пройти, прежде чѣмъ установить нашъ діагнозъ почти съ полной увѣренностью.

Болѣзнь, которой страдаетъ эта женщина, существуетъ уже давно; въ самое послѣднее время въ ея развитіи, которое до этихъ поръ шло медленно, произошло внезапное ухудшеніе. Словомъ, въ этомъ развитіи мы можемъ различать двѣ фазы: первую, медленную, прогрессивную, которая тянется уже многіе годы; вторую фазу, насчитывающую за собой около 15 дней, отмѣченную такимъ ухудшеніемъ, что можно предвидѣть въ скоромъ времени роковой конецъ.

Сначала два слова о семейной наслѣдственности и личныхъ анамнестическихъ данныхъ больной. Ея отецъ впалъ въ состояніе слабоумія около 60 лѣтъ; онъ умеръ отъ воспаленія легкихъ. Его мать, обычно пользовавшаяся хорошимъ здоровьемъ, умерла на 61 году отъ случайной причины; она была раздавлена поѣздомъ желѣзной дороги. Сестра ея умерла на 6-мъ мѣсяцѣ жизни отъ воспаленія мозговыхъ оболочекъ.

Больной 38 лѣтъ, она замужемъ, безъ опредѣленныхъ занятій. Она родилась въ срокъ, при хорошихъ условіяхъ. До 21 года у нея, какъ она говоритъ, не было никакой другой болѣзни; кромѣ ногтофды. Въ данномъ случаѣ нужно отмѣтить то важное обстоятельство, что эта ногтофда была болѣзненна и развитіе ея было классическое.

На 21-мъ году больная вышла замужъ. Она произвела на свѣтъ 5 дѣтей. Двое первыхъ родились на 7-мъ мѣсяцѣ мертвыми. Двое слѣдующихъ близнецовъ появились на свѣтъ также на 7-мъ мѣсяцѣ и умерли по прошествіи двухъ мѣсяцевъ. Пятый ребенокъ родился въ срокъ. Теперь этому ребенку пять лѣтъ и онъ совершенно здоровъ.

8 лѣтъ тому назадъ у больной былъ хроническій ларингитъ, продолжавшійся шесть мѣсяцевъ. Этотъ фактъ въ связи съ преждевременными родами долженъ былъ навести на подозрѣніе о бывшемъ раньше сифилисѣ; но тщательное изслѣдованіе этой женщины, произведенное нами, не обнаружило ничего, что подтверждало-бы это подозрѣніе. Впрочемъ, если мы и допустимъ, что у нея раньше былъ сифилисъ, то это обстоятельство не имѣетъ никакого вліянія на постановку діагноза.

7 или 8 лѣтъ тому назадъ больная стала испытывать тупыя боли въ надплечьи и въ локтѣ съ лѣвой стороны. Эти боли, по словамъ этой женщины, появлялись главнымъ образомъ во время мѣсячныхъ очищеній; онѣ продолжались

пѣлый день; онѣ не были настолько сильны, чтобы мѣшать больной заниматься ея обычнымъ дѣломъ. Уже въ это время Н. испытывала въ обѣихъ кистяхъ Рукъ ощущение покалыванія и мурашекъ, сопровождаемое блѣднымъ отекомъ, который занималъ тыльную поверхность; все это держалось около 24 часовъ.

Эти боли, которыя больная приписываетъ ревматизму, имѣютъ, по моему мнѣнію, болѣе важное значеніе, онѣ указываютъ внѣ всякаго сомнѣнія на первое проявленіе настоящей болѣзни. По правдѣ сказать, больная убѣждена, что настоящее начало ея болѣзни относится къ Сентябрю 1894 года; въ это время у нея впродолженіи 3-хъ мѣсяцевъ было ощущение мурашекъ въ суставахъ пальцевъ лѣвой кисти руки.

4-го Декабря того же года у нея на безымянномъ пальцѣ правой руки развилась ногтеѣда, но тутъ имѣется одно обстоятельство, на которомъ, впрочемъ, не стоитъ много останавливаться,—это то, что ногтеѣда эта, въ противоположность предъидущей ногтеѣдѣ, не причиняла больной ни малѣйшей боли, даже въ то время, когда ногтеѣду нужно было надрѣзать. Послѣ этой небольшой операціи не было ни удаленія костнаго секвестра, ни потери тканей вслѣдствіе омертвѣнія.

Черезъ очень короткое время послѣ этого почти патогномическаго проявленія сирингоміэліи, у больной развилась значительная слабость въ верхнихъ конечностяхъ, осложнившаяся вскорѣ общей мышечной атрофіей. Параличъ и атрофія развивались съ весьма большой быстротой. Въ Февралѣ мѣсяцѣ больная сдѣлалась совершенно безпомощной. Мимоходомъ замѣчу, что въ началѣ эти проявленія были болѣе выражены и быстрѣ развивались въ лѣвой верхней конечности. Начиная съ первыхъ дней Апрѣля была полная правая брахіальная моноплегія.

Въ концѣ этого же самаго мѣсяца слабость распространилась и на нижнія конечности, вслѣдствіе чего больная часто падала.

Въ Іюлѣ мѣсяцѣ у больной въ первый разъ появилось затрудненіе при мочеиспусканіи.

Черезъ короткое время послѣ этого она стала страдать полнымъ недержаніемъ мочи, сопровождаемымъ упорными запорами. Въ то же самое время она не въ состояніи была ходить. Въ слѣдующемъ мѣсяцѣ больная не сознавала больше, когда она мочилась и испражнялась подъ себя.

Больная поступила въ нашу клинику въ Октябрѣ мѣсяцѣ 1895 года; наблюдалъ ее д-ръ Сукъ, который завѣдывалъ въ то время моей клиникой. Вотъ тѣ подробности наблюденія, на которыя я желаю обратить особенное ваше вниманіе.

Общее состояніе этой женщины было удовлетворительно; двигательное безсиліе во всѣхъ четырехъ конечностяхъ было почти полное, только пальцы лѣвой руки могли слегка сгибаться. На туловищѣ почти всѣ мышцы, за исключеніемъ мышцъ головы и шеи, были также парализованы. По данному приказанію больная могла слегка приподнимать руки, благодаря дѣйствию трапецевидныхъ мышцъ. Повсюду

параличъ былъ осложненъ значительной мышечной атрофіей. Электрическое изслѣдованіе нервовъ и мышцъ не было произведено. Мы не особенно жалѣемъ объ этомъ, такъ какъ результаты этого изслѣдованія, каковы бы они не были, не могли бы нисколько измѣнить нашего діагноза.

Въ то время, о которомъ я говорю, сухожильные рефлексъ были очень усилены; получался также весьма выраженный клонусъ обѣихъ стопъ. Глазо-зрачковые расстройства выражались неравномѣрнымъ расширеніемъ зрачковъ, лѣвый былъ уже. Ничего ненормального въ сферѣ черепныхъ нервовъ обнаружено не было.

Со стороны мочевого пузыря и прямой кишки расстройства состояли въ постоянномъ недержаніи мочи, котораго больная не сознавала, и въ упорномъ запорѣ.

Что касается вазомоторныхъ расстройствъ, то отмѣчены были синюшная краснота и незначительное пониженіе мѣстной температуры въ области правой кисти руки, а также струповидное изъязвленіе въ области праваго большаго вертела. Пролежень начался эритематозной краснотой, черезъ очень короткое время омертвѣніе приняло огромные размѣры, обнажены были глубокія мышцы, омертвѣніе дошло даже до костей. Эта была открытая зияющая рана и при томъ вполне безболѣзненная. Позже развились небольшія некротическія изъязвленія и въ области лѣваго большаго вертела: они не замедлили слиться съ обширной язвой противоположной стороны.

Такимъ образомъ получается совокупность симптомовъ, которая придаетъ клиническому выраженію случая нашей больной особый видъ. Но мнѣ остается указать и на другія подробности, которыя заслуживаютъ того, чтобы на нихъ обратить специальное вниманіе, такъ какъ онѣ принадлежатъ къ числу тѣхъ частностей, которыя вынуждаютъ насъ на тщательный и сжатый діагностическій разборъ.

Со времени своего поступленія въ клинику въ Октябрѣ мѣсяцъ наша больная представляла, представляетъ еще и теперь полную анестезію по всей поверхности наружныхъ покрововъ; исключеніе составляютъ лишь голова, правая половина шеи и грудной области (рис. 62 и 63). Я предполагаю, вы знаете, что понимаютъ подъ словами диссоціированная анестезія, диссоціація чувствительности. Вы знаете, что этимъ обозначается анестезія, которая относится къ одному или къ двумъ видамъ чувствительности: къ болевой чувствительности (аналгезія), или къ термической чувствительности (термо-анестезія), или къ обоимъ видамъ одновременно, или только къ осязательной чувствительности. Не очень давно расчлененная анестезія, когда она представлялась въ формѣ аналгезіи и термо-анестезіи съ сохраненіемъ осязательной чувствительности, рассматривалась какъ патогномическое проявленіе сирингоміэліи. Это мнѣніе не поддерживается больше въ томъ отношеніи, что бываютъ здѣсь исклю-

ченія: дѣйствительно, расчлененіе чувствительности, расчлененная анестезія въ томъ видѣ, какъ я вамъ ее сейчасъ опредѣлилъ, составляетъ въ случаяхъ предполагаемой сирингоміэліи признакъ большой цѣнности. Но этотъ признакъ у на-

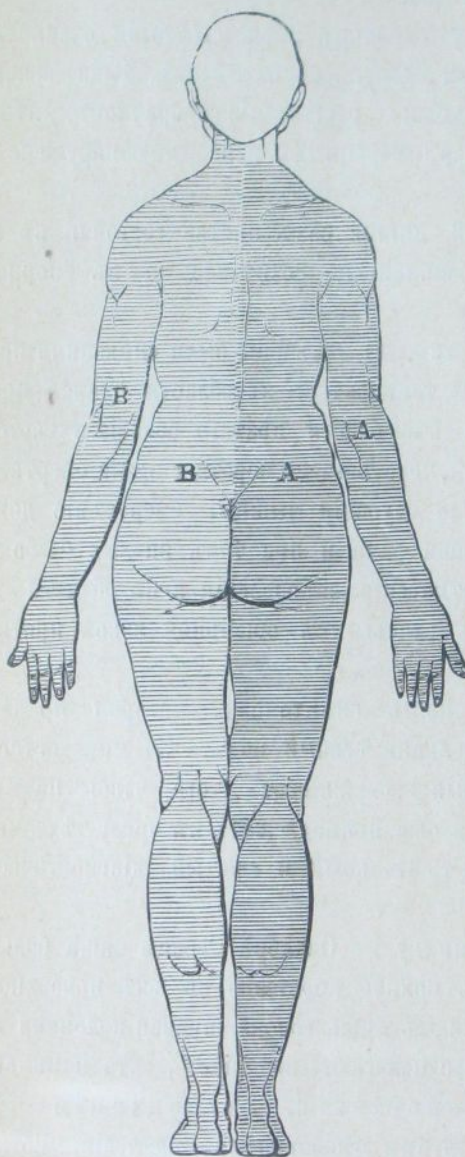


Рис. 62.

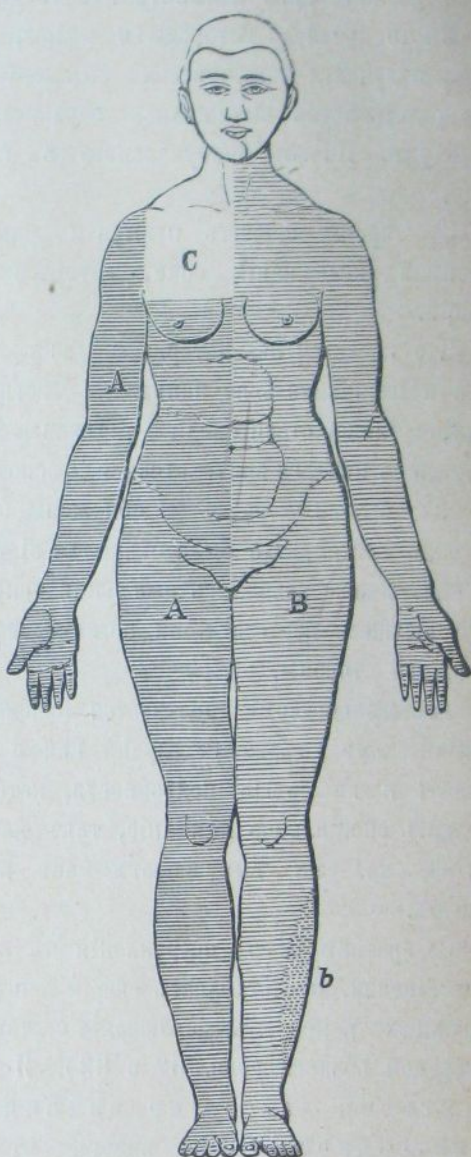


Рис. 63.

шей больной отсутствуетъ. У нея отсутствіе чувствительности относится совместно и къ осязательнымъ, и къ болевымъ и къ термическимъ ощущеніямъ. Эта общая анестезія занимаетъ все обширное поле, представляемое находящимися предъ вашими глазами шематическими рисунками (Рис. 62 и 63). На передне-наружной

части лѣвой голени вы замѣчаете существованіе пояса простой гипѣстезіи съ пониженіемъ воспріятія чувства мѣста; по правдѣ сказать, эта гипѣстезія по временамъ замѣнялась анестезіей. Слѣва анестезія, можетъ быть, нѣсколько менѣе глубока; очень сильныя ощущенія—мало ощутимы, но онѣ обусловливаютъ ошибки въ воспріятіи чувства мѣста. Въ перинеальной и ано-вульварной областяхъ слѣва имѣется гипѣстезія, а справа полная и общая анестезія.

Эта поверхностная анестезія кожи сопровождалась глубокой анестезіей съ утратой понятія о положеніи.

Итакъ, въ Октябрѣ 1895 года предъ нами была больная, общее состояніе которой было удовлетворительное, но которая страдала полнымъ параличемъ конечностей и туловища, осложненнымъ выраженной мышечной атрофіей особенно конечностей; мышцы шеи и мышцы головы не были атрофированы. Параличъ и мышечная атрофія сопровождалась разстройствами со стороны мочевого пузыря и прямой кишки (недержание мочи и упорные запоры), общей поверхностной анестезіей, распространившейся почти на всѣ наружные покровы, болѣе глубокой справа, чѣмъ слѣва, анестезіей подлежащихъ тканей и глубокимъ пролежнемъ съ быстрымъ распространеніемъ.

Въ настоящее время только что начерченная мною вамъ картина въ нѣкоторыхъ чертахъ измѣнилась; это измѣненіе насчитываетъ за собой 13 дней, т. е. отъ 9-го Ноября текущаго года. Въ это число, утромъ, у больной былъ рядъ приступовъ озноба; появившаяся лихорадка сопровождалась рвотой и появленіемъ *herpes labialis*.

Для этой перемѣны не имѣлось причины въ видѣ какого-либо воспалительнаго состоянія кишекъ, легкихъ или другого какого-либо органа. Тѣмъ не менѣе дальнѣйшее развитіе, характеръ кривой температуры, которая давала большія колебанія, набуханіе наружныхъ покрововъ, отразившіяся вредно на общемъ состояніи, на видѣ пролежня,—все это ясно указывало на то, что наша больная подверглась вліянію инфекции, источникъ которой долженъ находиться въ очагѣ омертвѣнія, представляемомъ пролежнями.

Въ остальномъ, тѣ признаки, о которыхъ я только что распространялся болѣе подробно, оставались по прежнему, съ нѣкоторыми лишь видоизмѣненіями. Двигательный параличъ не улучшился; анестезія сохранила тѣ же самыя границы; разстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки продолжаютъ. Отекъ наружныхъ покрововъ маскируетъ атрофію мышцъ; сухожильные рефлексы, повышенные до сего времени, теперь отсутствуютъ; спинно-мозговое дрожаніе исчезло; наконецъ, больная жалуется на судороги въ бедрахъ и въ лодыжкахъ.

Эти измѣненія, сохраняя все время свою важность, однако, ни въ чемъ не измѣнили мнѣнія о болѣзни этой женщины, составленнаго нами до начала этой второй фазы, которая, я опасуюсь, кончится въ будущемъ роковой развязкой. Это равносильно тому, чтобы сказать, что діагностическія разсужденія, къ которымъ

я теперь перехожу, будутъ главнымъ образомъ относиться къ болѣзненнымъ явлениямъ, наблюдавшимся у нашей больной въ Октябрѣ мѣсяцѣ и ясно выразившимся въ главномъ періодѣ.

Діагнозъ.—Возвратимся же къ клинической картинѣ, которую мы имѣли предъ собой въ то время, о которомъ я говорю. Въ этой картинѣ есть одна черта, которая болѣе всего поражаетъ по своему распространенію, по своимъ особенностямъ и по своему сочетанію съ другими симптомами, и въ то же время болѣе всего смущаетъ насъ—это именно анестезія. Вспомните, что эта анестезія вообще падаетъ лишь лицо, голову, правую половину шеи и верхнюю часть правой половины груди; припомните, что она затрогиваетъ три вида чувствительности. Одно только констатированіе анестезіи такого рода должно насъ немедленно заставить думать объ истеріи; интензивность этой анестезіи, полное двигательное безсиліе, которымъ поражена больная, сопровождающія трофическія разстройства могутъ лишь только подкрѣплять это подозрѣніе. Наоборотъ, развитіе болѣзни, тяжесть нѣкоторыхъ представляемыхъ больною разстройствъ, особенно же разстройства со стороны сфинктеровъ, отличительные признаки пролежня категорично говорятъ противъ исключительнаго участія истеріи. Но если намъ невозможно отнести на счетъ большого невроза весь болѣзненный синдромъ, констатированный у этой женщины, то мы всегда имѣемъ право и даже должны спросить себя, не должна ли эта анестезія быть рассматриваема, какъ истерическое проявленіе, дополнявшее органическое заболѣваніе. Это предположеніе — весьма естественно: мы знаемъ, какъ часто бываютъ такіа сочетанія. Мой знаменитый предшественникъ и учитель Шарко нѣсколько разъ въ этой же аудиторіи имѣлъ случай показывать синингоміэлію, склерозъ въ формѣ бляшекъ, болѣзнь Фридрейха, симптомы которыхъ были осложнены и даже затемняемы истерическими проявленіями, изъ которыхъ на первомъ планѣ слѣдуетъ поставить анестезію. По моему мнѣнію, случай нашей больной сюда не подходитъ; анестезія у нея не представляетъ тѣхъ особенностей, которыя наблюдаются при истеріи. Она прежде всего отличается отъ истерической анестезіи по своему распредѣленію.

Дѣйствительно, при истеріи анестезія встрѣчается то въ формѣ полу-паралича чувствительности, точно ограниченнаго одной половиной тѣла, отдѣляющагося средней линіей, которая проходитъ чрезъ ось тѣла субъекта, то въ формѣ ограниченныхъ зонъ, болѣе или менѣе правильныхъ геометрическихъ сегментовъ, или разсѣянныхъ островковъ. Несомнѣнно, наблюдаются обобщенныя истерическія анестезіи, но онѣ общія, полныя, т.-е., распространяются на всю поверхность тѣла; онѣ не щадятъ нѣкоторыхъ участковъ, какъ это имѣло мѣсто у нашей больной на лицѣ и на части груди. Болѣе того, если при истеріи нѣкоторые рефлексы, какъ глоточный, отсутствуютъ, то другіе рефлексы, какъ чувствительный зрачковый рефлексъ, сохраняются. Питръ, Онановъ ясно доказали тотъ фактъ, что у истерика сильный щипокъ, уколъ анестезированной конеч-

ности вызываетъ расширеніе зрачка, въ противоположность тому, что происходитъ въ случаяхъ органической анестезіи. Сверхъ того, истерическая анестезія по существу не постоянно; она ничѣмъ не затрудняетъ больного или больную, которые долгое время даже не подозрѣваютъ существованія ея, и убѣждаются лишь тогда, когда обращаютъ ихъ вниманіе на нечувствительность кожи. Между прочимъ замѣтите, что у нашей больной нѣтъ ни одного истерическаго признака; у нея не было никогда судорожныхъ припадковъ. Словомъ, у этой женщины истерія не можетъ быть признана причиннымъ первичнымъ моментомъ болѣзненныхъ явленій и не можетъ считаться осложненіемъ.

Гипотеза объ анестезіи вслѣдствіе пораженія головного мозга мало вѣроятна. Дѣйствительно, анестезія такого происхожденія представляется въ видѣ геміанестезіи; какъ и истерическая анестезія она поражаетъ органы чувствъ соотвѣтствующей стороны; она часто сопровождается гиперестезіей, вазомоторными и трофическими расстройствами, а также часто и атактическими явленіями. Этого только одного должно быть достаточно, чтобы убѣдить васъ, что данная гипотеза съ самаго начала должна быть отклонена.

Гипотеза о хроническомъ полиневритѣ, принявъ во вниманіе клиническія и этиологическія данныя и свойства анестезіи, можетъ быть также исключена.

Мнѣ остается, слѣдовательно, между заболѣваніями спинного мозга поискать еще болѣзнь, могущую объяснить эту анестезію. Изъ того факта, что анестезія должна быть отнесена къ заболѣванію, которое и должно ее объяснить, слѣдуетъ, что мы вправѣ исключить слѣдующія болѣзни, между симптомами которыхъ не числятся анестезіи, но которыя могутъ присоединяться къ истеріи, которая выражается утратой чувствительности; такимъ образомъ мы можемъ, говорю я, исключить мышечную атрофію Аранъ-Дюшенневскаго типа, пахименингитъ, виды міопатической прогрессивной мышечной атрофіи, амиотрофическій боковой склерозъ. Мы можемъ также исключить склерозъ въ формѣ бляшекъ, гдѣ расстройства чувствительности, когда таковыя имѣются, никогда не достигаютъ той интензивности и опредѣленности, которую мы имѣемъ налицо у нашей больной. Мы можемъ наконецъ исключить поперечный міэлитъ, спинно-мозговой сифилисъ, гематоміэлію.

Между заболѣваніями спинного мозга, способными вызвать совокупность симптомовъ, подобную той, что мы констатируемъ у нашей больной, такой симптомомъ-комплексъ, гдѣ преобладаетъ двигательный параличъ, мышечная атрофія, анестезія, кожныя трофическія расстройства, представляетъ лишь сирингоміэлію.

Такимъ образомъ гипотеза о сирингоміэліи совершенно согласуется съ обнаруженными у этой женщины клиническими проявленіями, она согласуется съ развитіемъ болѣзни.

Одна лишь имѣется особенность, могущая породить сомнѣніе и вызвать споръ; эта особенность относится къ свойствамъ анестезіи. Мы не констатируемъ

у этой женщины той формы анестезіи, которая обыкновенно бываетъ въ случаяхъ сирингоміэліи—я имѣю въ виду расчлененную анестезію. Но какъ бы она обычна не была, все-таки эта форма анестезіи далеко не постоянна. Не упускайте изъ виду того, что сирингоміэлія—заболѣваніе полиморфное, по своему клиническому проявленію. Я указывалъ на это въ одной изъ моихъ лекцій за прошлый годъ и тогда я насчиталъ не менѣе 13 атипическихъ формъ сирингоміэліи; я могъ бы присоединить четырнадцатую форму, характеризующуюся общей анестезіей, примѣромъ которой служитъ случай нашей больной.

Я вамъ сейчасъ сказалъ, что при сирингоміэліи обыкновенная анестезія, представляющая въ формѣ термо-анестезіи и аналгезіи съ сохраненіемъ осознательной чувствительности, бываетъ далеко не постоянно. Тѣ, которые держались противнаго мнѣнія, заблуждались. Не говоря о случаяхъ, гдѣ сирингоміэлія присоединялась то къ истеріи (Шарко, Эрбъ, Шлезингеръ, Сукъ), то къ сухоткѣ спинного мозга (Гоффманъ, Оппенгеймъ), опубликовано достаточно большое число случаевъ чистой сирингоміэліи, гдѣ анестезія облекалась въ грубую форму, гдѣ она распространялась на всѣ три вида чувствительности. Эти факты заслуживаютъ того, чтобы на нихъ нѣсколько остановиться; я сейчасъ разсмотрю главные изъ нихъ.

Клиническая исторія сирингоміэліи насчитываетъ за собой болѣе 10 лѣтъ. Въ 1889 году Міура¹⁾ и Румпфъ²⁾ познакомили насъ съ случаями сирингоміэліи, гдѣ анестезія распространялась на всѣ три вида чувствительности.

Подобные же случаи были опубликованы Хохгаузомъ³⁾ (1890), Жоффруа и Ашаромъ⁴⁾ (1890 и 1891). Въ то же самое время Ротъ⁵⁾ указалъ на 8 случаевъ сирингоміэліи, изъ которыхъ 2 съ тактильной анестезіей.

Въ 1892 году Критцманъ⁶⁾ въ своей диссертациіи обратилъ все свое вниманіе на тактильную чувствительность при сирингоміэліи, гдѣ анестезія была полная. Въ числѣ случаевъ этого рода, опубликованныхъ другими авторами (Бернгардтъ, Зингеръ, Ниссенъ, Асмусъ, Сукъ) есть заслуживающіе особаго упоминанія.

¹⁾ Miura.—Zur Genese der Höhlen im Rückenmarke. (Virchow's Archiv, 1889, t. CXVII, Heft. 3, p. 435).

²⁾ Rumpf.—Ueber einen Fall von Syringomyelie, etc. (Neurologisches Centralblatt, 1889, № 7, 8 и 9).

³⁾ Hochhaus.—Zur Kenntniss d. Rückenmarksglioms. (Deutsches Archiv f. klin. Med. 1891, XXLVII, Heft 5-6, p. 603).

⁴⁾ Joffroy et Achar.—Un cas de maladie Morvan avec autopsie. (Archives de médecine expérimentale, 1890, № 4). Nouvelle autopsie de maladie Morvan. Eodem loco, № 5, p. 677.

⁵⁾ Roth.—Contribution à l'étude symptomatologique de la gliomatose medullaire. (Archives de neurologie, 1887 et 1889, t. XIV et XVI).

⁶⁾ Critzmann.—Essai sur la syringomyélie. (Thèse de Paris, 1892).

Такимъ случаемъ представляется случай Асмуса¹⁾, гдѣ былъ поставленъ діагнозъ спинно-мозгового сифилиса. Вскрытіе показало, что здѣсь имѣлось дѣло съ сирингоміэліей. При жизни больного констатировали полную анестезію на правой голени и на правой половинѣ туловища.

Въ 1894 году Хоменъ²⁾ опубликовалъ наблюденіе сирингоміэліи съ полной анестезіей въ области обоихъ предплечій; на вскрытіи обнаруженъ гліоматозъ, поражавшій главнымъ образомъ центральное сѣрое вещество; мѣстами онъ распространялся и на бѣлое вещество. Въ заднихъ столбахъ этотъ гліоматозъ представлялся въ формѣ островковъ, которые, казалось, были независимы отъ центральной массы.

Оппенгеймъ³⁾ въ первой статьѣ, посвященной изученію атипическихъ формъ сирингоміэліи занялся формой, съ большимъ или меньшимъ сходствомъ симулирующей картину *Tabes dorsalis*. Въ позднѣйшее время онъ привелъ случай сирингоміэліи, въ которомъ задніе столбы были найдены перерожденными. При жизни субъекта была констатирована полная анестезія лѣвой половины туловища, лѣваго бедра, правой голени и правой стопы.

Затѣмъ я вамъ укажу на наблюденіе Шуппеля⁴⁾, на которомъ я считаю нужнымъ спеціально остановить ваше вниманіе. Оно касается одного больного, у котораго вслѣдъ за брюшнымъ тифомъ появилась полная и общая анестезія на кистяхъ рукъ и на ручныхъ пальцахъ. Затѣмъ потеря чувствительности распространилась по всему протяженію на верхнія конечности, на туловище, въ концѣ концовъ и на нижнія конечности. Чувствительность была сохранена лишь въ видѣ весьма ограниченныхъ островковъ на туловищѣ. Когда больной закрывалъ глаза, онъ не сознавалъ больше перемѣны положенія, которое придавали его конечностямъ; мышечное чувство было ослаблено; рефлексы отсутствовали. При вскрытіи нашли центральную часть спинного мозга изрытой углубленіемъ, которое, начинаясь съ мѣста выхода 1-й шейной пары, распространялось до общей границы дорзального и поясничнаго сегментовъ. Это углубленіе не находилось въ связи съ центральнымъ каналомъ и не сообщалось съ нимъ. Передніе столбы были цѣлы; боковые столбы были склерозированы, начиная съ мѣста выхода 2-й шейной пары до верхней границы поясничнаго сегмента. Задніе столбы въ верхней половинѣ шейнаго сегмента были перерождены; въ нижней половинѣ того же самаго сегмента

¹⁾ A s m u s.—Biblioteca medica, 1893.

²⁾ H o m e n.—Bidrag till Kannedom vin Syringomyelie. (Nordiskt med. Archiv, 1884, t. IV).

³⁾ O p p e n h e i m.—Ueber atypische Formen der Gliose. (Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1893, XXXV, Heft. 2, p. 315).

⁴⁾ S c h u p p e l.—Ein Fall von allgemeiner Anaesthesie. (Archiv für Heilkunde, 1874, T. XV, p. 44).

отъ нихъ не осталось больше даже и слѣдовъ. Они сильно были атрофированы въ дорзальномъ сегментѣ, но въ поясничномъ сохранился ихъ нормальный видъ. Шуппель видѣлъ въ этомъ случаѣ примѣръ остраго міэлита сѣраго вещества, развившагося во время теченія инфекціонной болѣзни. Съ того же времени, какъ были установлены клиническіе и анатомопатологическіе признаки сирингоміэліи, онъ разсматривалъ и приводилъ его, какъ примѣръ этого заболѣванія.

Мнѣ думается, что вышеприведенными ссылками я убѣдилъ васъ, насколько невѣрно смотрѣли на общую анестезію, какъ на исключительное, необычное проявленіе въ случаяхъ сирингоміэліи. Теперь мнѣ остается объяснить вамъ, почему анестезія появляется то въ формѣ частичной, расчлененной, то въ формѣ общей анестезіи.

Я уже имѣлъ случай вамъ говорить ¹⁾, что сирингоміэлія начинается вообще съ задней сѣрой спайки, позади центральнаго канала, иногда также въ студенистомъ Роландовомъ веществѣ, или по направленію восходящаго корешка тройничнаго нерва. Она захватываетъ сначала центральное сѣрое вещество, потомъ задній рогъ, который она можетъ совсѣмъ уничтожить. Продолжая свои опустошенія, она можетъ разрушить бѣлые столбы сзади, съ боковъ и спереди. Ну, а въ данномъ случаѣ, у находящейся предъ вами женщины можно предвидѣть быстрое распространеніе полостного процесса въ переднихъ рогахъ, въ переднебоковыхъ пучкахъ, въ заднихъ рогахъ и въ заднихъ столбахъ; на мысль объ этихъ различныхъ локалізаціяхъ насъ наводятъ наблюдаемые у нашей больной симптомы.

Я не имѣю намѣренія останавливаться на фізіологіи чувствительности; объ этомъ вопросѣ много писали, много спорили, но въ немъ тѣмъ не менѣе все же остается очень много путаницы и противорѣчій. Изъ только что разсмотрѣнныхъ мною наблюденій со вскрытіями вытекаетъ тотъ фактъ, что общая, анестезія распространяющаяся на тактильную чувствительность и въ то же время на болевую и термическую чувствительность, указываетъ вѣроятно на поражение полостнымъ процессомъ заднихъ столбовъ.

Такъ въ первомъ случаѣ, сообщенномъ Жоффруа и Ашаромъ, при вскрытіи, помимо полостныхъ образований въ двухъ заднихъ рогахъ, нашли полное разрушеніе заднихъ столбовъ въ шейномъ сегментѣ на этомъ уровнѣ; въ этомъ мѣстѣ задняя стѣнка сирингоміэлической полости была образована мягкой мозговой оболочкой, покрытой, если такъ можно выразиться, тонкимъ слоемъ невроглии.

Во второмъ наблюденіи, опубликованномъ тѣми же самыми авторами, вскры-

¹⁾ R a y m o n d. — Clinique des maladies du système nerveux. Première série. Paris, 1896, p. 325.

тіе показало, что правый задній рогъ былъ разрушенъ и что правый задній столбъ былъ склерозированъ и отчасти разрушенъ.

Въ случаѣ Хомена задніе столбы были поражены гліоматозными островами, не стоящими въ связи съ центральной массой.

Въ случаѣ Оппенгейма, послѣднемъ по времени, о которомъ я вамъ сейчасъ говорилъ, задніе столбы были сдавлены и даже болѣе, они были охвачены нисходящимъ перерожденіемъ.

Наконецъ припомните,—въ случаѣ Шуппеля центральное сѣрое вещество и задніе столбы на извѣстномъ протяженіи совершенно отсутствовали.

Шлезингеръ ¹⁾, лучше всѣхъ изучившій участіе заднихъ столбовъ въ процессѣ сирингоміэліи, показалъ, что въ этихъ столбахъ особенно бываютъ поражены слѣдующія три области, а именно: 1) часть, прилегающая къ задней средней спайкѣ; 2) части столбовъ Голля, прилежація къ задней средней бороздкѣ; 3) поясъ, заключенный между Голлевскимъ и Бурдаховскимъ столбомъ.

Какое же заключеніе зывести изъ только что изложенныхъ фактовъ? На основаніи имѣющихся данныхъ распространенія двигательныхъ разстройствъ, распредѣленія и свойствъ анестезіи умѣстно предположить, что у нашей больной существуетъ громадная полость, которая въ нѣкоторомъ родѣ пронизываетъ спинной мозгъ, начиная съ верхней дорзальной области справа и верхней шейной области слѣва вплоть до пояснично-крестцовой области; по крайней мѣрѣ, дѣло идетъ о полости, которая, при основаніи шейной области, почти совершенно перерѣзала задніе столбы.

Ограничивается-ли гліоматозное поражение сѣрымъ веществомъ? Я склоненъ думать, что нѣтъ. Судя по изложеннымъ мной вамъ фактамъ, весьма вѣроятно, какъ я вамъ сейчасъ это сказалъ, что въ гліоматозномъ процессѣ участвуетъ до нѣкоторой степени бѣлое вещество заднихъ столбовъ, а также и боковыхъ столбовъ. Участіемъ боковыхъ столбовъ объясняется этотъ полный двигательный параличъ, который мы констатируемъ у нашей больной и который предшествовалъ мышечной атрофіи; участіе заднихъ столбовъ объясняетъ намъ также свойства анестезіи, т. е., отсутствіе тактильной чувствительности. Но тутъ у насъ есть случай Асмуса, который заставляетъ быть осторожнымъ. Онъ намъ показываетъ, что между отсутствіемъ тактильной чувствительности и пораженіемъ заднихъ столбовъ нѣтъ столь постоянного соотношенія, какъ можно было-бы думать. Дѣйствительно, въ разсматриваемомъ случаѣ, результаты вскрытія не могли сами по себѣ объяснить правосторонней, констатированной при жизни больного, такъ какъ съ этой стороны только часть столба Голля была разрушена новообразованиемъ; на всемъ остальномъ своемъ протяженіи задній столбъ былъ сохра-

¹⁾ Schlesinger.—Die Syringomyelie.—Leipzig, Vienne, 1895.

ненъ. Мѣстами пораженіе задняго столба было болѣе выражено слѣва, чѣмъ справа. Разстройство же тактильной чувствительности съ лѣвой стороны отсутствовали.

Вотъ все, что касается діагноза. Вопросъ же о предсказаніи мнѣ представляется легко разрѣшимымъ. Около 15-ти дней, какъ состояніе больной въ слѣдствіе случайнаго заболѣванія, источникъ котораго находится въ пролежнѣ, ухудшилось. Кромѣ того я обращаю ваше вниманіе на то, что уже нѣсколько дней сухожильные рефлексы, бывшіе до этого времени повышенными, теперь отсутствуютъ. Этотъ фактъ, по всей вѣроятности, указываетъ на то, что развитіе остраго міэлиты закончилось разрушеніемъ центра рефлексовъ. Во всякомъ случаѣ нужно опасаться скорой роковой развязки и это, какъ мнѣ думается, къ несчастію, весьма вѣроятно.

То, что мнѣ остается сказать по поводу леченія, сводится къ сознанію безсилія. Я не знаю, что сулитъ намъ терапія въ будущемъ, въ настоящую минуту я могу лишь констатировать и оттѣнить то бездѣйствіе, на которое она насъ осуждаетъ въ случаяхъ сирингоміэліи, достигшей полостного періода, особенно въ томъ случаѣ, когда анамнестическія данныя не даютъ права на примѣненіе специфическаго леченія ¹⁾).

¹⁾ Больная черезъ нѣсколько дней послѣ этой лекціи умерла. Вотъ результаты изслѣдованія спинного мозга невооруженнымъ глазомъ:

Разрѣзы на уровнѣ нижней области продолговатаго мозга и 1-го шейнаго корешка—нормальны; но начиная со втораго шейнаго корешка замѣчается утолщеніе мозговыхъ оболочекъ спинного мозга, съ которымъ онѣ сильно сращены; спинной мозгъ на этомъ уровнѣ не имѣетъ своей нормальной консистенціи, онъ мягокъ, мѣстами даже расплывается; при разрѣзѣ его вытекаетъ нѣсколько клейкая жидкость; сплющиваніе спинно-мозговой ткани доходитъ до того, что по истеченіи жидкости спинной мозгъ принимаетъ форму и видъ разложенной ленты; большихъ полостей не обнаруживается, но на поверхности разрѣза невозможно распознать, что относится къ сѣрымъ и что принадлежитъ бѣлымъ столбамъ; все пронизано серозной жидкостью. Послѣдняя заключена тутъ и тамъ въ полостяхъ, которыя придаютъ всей ткани своеобразный ячеистый видъ. Тотъ же самый видъ наблюдается на уровнѣ шейнаго утолщенія и 3-го дорзальнаго корешка; но начиная съ средней дорзальной области рога и столбы представляются невооруженному глазу вполне нормальными. Не наблюдается грубаго пораженія на разрѣзахъ въ поясничной части спинного мозга, тѣмъ не менѣе мозговая ткань остается мягкой, мозговые оболочки немного утолщены, но онѣ легко снимаются. Подробное гистологическое изслѣдованіе будетъ произведено въ недалекомъ будущемъ.

Лекція XXV.

О случаѣ предполагаемой сирингоміэліи въ формѣ разсѣяннаго склероза ¹⁾.

Содержаніе.—Основанія, вслѣдствіе которыхъ діагнозы болѣзней нервной системы составляетъ часто неразрѣшимую задачу. Клиническій примѣръ.—Семейныя и личныя анамнестическія свѣдѣнія.—Начало болѣзни анестезіей.—Разстройство стоянія и ходьбы.—Ожирѣніе; преждевременная старость.—Сосудо-двигательныя разстройства на лицѣ.—Геміатрофія языка.—Затрудненіе рѣчи.—Парезы и атрофія дельтовидныхъ мышцъ.—Производимыя движенія сопровождаются дрожаніемъ нижнихъ конечностей.—Тугоподвижность нижнихъ конечностей; усиленіе сухожильныхъ рефлексовъ; спинно-мозговое дрожаніе.—Отличительныя черты походки.—Сколіозъ.—Разстройство чувствительности; ихъ сложность.—Заключеніе о симптоматическомъ проявленіи болѣзни.—Діагнозъ.—Свойства анестезіи позволяютъ исключить гипотезу объ истеріи.—Дѣло идетъ объ органической геміанестезіи.—Доводы, говорящіе за или противъ гипотезы сирингоміэліи.—Двигательныя разстройства.—Въ случаяхъ сирингоміэліи двигательное безсиліе не всегда стоитъ въ соотвѣтствіи съ мышечной атрофіей.—Бульбарныя разстройства; они могутъ поражать всѣ органы, иннервируемые продолговатымъ мозгомъ.

М.м. Г.г. Клиника сталкиваетъ иногда врача съ діагностическими задачами, весьма трудными для разрѣшенія, это—ходячая истина, но которую время отъ времени полезно повторять.

Вслѣдствіе чего происходятъ эти діагностическія, иногда безвыходныя, затрудненія? Это объясняется тѣмъ, что между картинами болѣзни, набросанными по даннымъ патологовъ и тѣми синдромами, съ которыми мы встрѣчаемся въ клиникѣ, у постели больного, можетъ не быть ничего общаго; это особенно видно на болѣзняхъ нервной системы. Случается, что послѣ того, какъ мы тщательно изслѣдовали настоящіе и прошедшіе симптомы, представляемые больнымъ, послѣ того, какъ мы сдѣлали синтезъ этихъ болѣзненныхъ проявленій, послѣ того, какъ мы сгруппировали ихъ въ картину, которую мы приближаемъ къ шематическимъ описаніямъ нашихъ руководствъ на патологіи, мы между этими послѣдними не находимъ даже отдаленнаго сходства съ тѣмъ, что представляетъ частный интересующій насъ случай. При этихъ условіяхъ колебаніе не только извинительно, но оно обязательно.

На эти размышленія навелъ меня случай съ находящейся предъ вами женщиной. Прежде чѣмъ высказаться по поводу о діагнозѣ, который мнѣ представляется однимъ изъ наиболѣе трудныхъ для разрѣшенія, я сейчасъ подвергну. этотъ случай весьма тщательному анализу и основательно разберу его.

Я думаю, что съ самаго начала я всетаки могу васъ завѣрить, что имѣется

¹⁾ Лекція 13-го Марта 1896.

весьма сильное подозрѣніе въ пользу сирингомизліи въ бульбарной формѣ. Я уже бесѣдовалъ съ вами объ этой разновидности сирингомизліи ¹⁾, она еще мало извѣстна и недостаточно изучена. Въ прошедшемъ году я принялъ на себя обязательство возвратиться къ этому вопросу, какъ только въ клиникѣ представится подходящий случай. Случай этой женщины позволяетъ мнѣ сдержать свое слово. Позвольте сначала рассказать вамъ исторію ея болѣзни.

Отецъ больной былъ алкоголикъ; хорошо замѣтите это обстоятельство; оно, можетъ быть, имѣло вліяніе на умственное состояніе дѣвочки. Онъ былъ жестокаго характера и позволялъ себѣ бить жену; онъ умеръ въ 1854 году отъ холеры.

Мать умерла на 36-мъ году жизни, черезъ пять недѣль послѣ рожденія больной; она, кажется, погибла вслѣдствіе побоевъ, которыми мужъ награждалъ ее до и послѣ родовъ.

Дѣдушка и бабушка со стороны отца были уже пожилыми во время рожденія отца больной. У родственниковъ по восходящей боковой линіи, у братьевъ и у сестеръ не обнаружено ничего особеннаго, что стоило бы отмѣтить съ точки зрѣнія невропатической наслѣдственности.

Въ личномъ прошломъ больной я укажу на слѣдующее обстоятельство: у нея, во время дѣтства, на правой сторонѣ шеи бывали абсцессы, которые повторялись каждую зиму до восьмилѣтняго ея возраста. Первые регулы у нея появились, когда ей исполнилось 16 лѣтъ; послѣ двухъ менструальныхъ періодовъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга промежуткомъ въ четыре недѣли, у нея въ теченіе 11 мѣсяцевъ была аменоррея. Затѣмъ регулы возобновились и повторялись черезъ неправильные промежутки и были всегда мало обильны. Она имѣла ихъ въ послѣдній разъ 12-го Ноября прошедшаго года.

На 16-мъ и на 19-мъ году у нея на обѣихъ голеняхъ были варикозныя расширенія венъ и варикозныя изъязвленія.

На 24-мъ году жизни она вышла замужъ за человѣка, вполне здороваго. Она ни разу не была беременна. Въ 1884 году у нея, послѣ того, какъ она ударилась ногой о столъ, образовался абсцессъ съ отторженіемъ осколка кости въ ушибленномъ мѣстѣ.

Судя по свѣдѣніямъ, сообщенныхъ намъ этой женщиной, начало ея болѣзни относится къ Октябрю мѣсяцу 1891 года, что было 4 года тому назадъ. Въ это время, однажды утромъ, когда она собиралась надѣвать корсетъ, она замѣтила, что лѣвая сторона живота, начиная съ края ложныхъ реберъ до бедра, а также лѣвая кисть руки и нижняя половина предплечья нечувствительны. Впослѣдствіи она замѣтила также, что половыя сношенія не доставляютъ ей больше ни малѣйшаго сладострастнаго ощущенія. Черезъ годъ боль-

¹⁾ F. Raymond.—Clinique des maladies du système nerveux. Première série, p. 327.

ная утратила чувство увѣренности въ ногахъ, особенно когда онѣ были разуты. Она обратилась за совѣтомъ въ Сальпетріеръ, къ Шарко, который назначилъ ей прижиганія позвоночника и принимать внутрь іодистый калий. Дютиль, завѣдывавшій въ то время клинкой Шарко, предложилъ больной принимать ртуть; этого мнѣнія Шарко не раздѣлялъ. Больная удовлетворялась приемами рвотнаго орѣха и бромистыхъ препаратовъ въ небольшомъ количествѣ. Положеніе ея все болѣе ухудшалось. Когда она, спустя почти 3 недѣли, пришла вновь показаться въ Сальпетріеръ, то она еле была въ состояніи стоять на ногахъ, хотя могла еще ходить безъ палки, но вотъ уже 6 мѣсяцевъ, какъ она испытываетъ нѣкоторый страхъ при ходьбѣ. По временамъ ей кажется, что ее толкаютъ впередъ и что она сейчасъ упадетъ, между тѣмъ ей никогда не случалось падать. Это ощущеніе страха въ темнотѣ усиливается; малѣйшая неровность почвы заставляетъ ее вздрагивать. Словомъ въ отношеніи ходьбы она была во власти настоящей фобіи. 28-го Января текущаго года она была принята въ наше отдѣленіе, гдѣ занимаетъ постель № 15, въ палатѣ Шарко.

Вотъ что показало изслѣдованіе этой, какъ вы видите, полной и сильной женщины, произведенное нами.

Я только что сказалъ—полная и сильная женщина; я долженъ бы прибавить: по крайней мѣрѣ, по внѣшнему виду. Дѣйствительно, она прежде всего, какъ вы объ этомъ можете судить сами, субъектъ ожирѣлый, почти чудовищно. Лицо блѣдное, опухшее, какъ бы отечное; у нея настоящій восковидный цвѣтъ лица. Всюду значительное ожирѣніе, на рукахъ, на туловищѣ, на животѣ, на ногахъ,—повсюду оно—громадно и повсюду тотъ же самый блѣдноватый видъ наружныхъ покрововъ. Обратите вниманіе также на то, что у этой женщины, хотя далеко еще не старой, очень ясно выражены *arcus senilis*. Кромѣ того, на верхней челюсти у нея нѣтъ больше ни одного зуба. Словомъ, больная преждевременно состарилась.

Вмѣстѣ съ тѣмъ она не представляетъ никакихъ интеллектуальныхъ разстройствъ. Съ ней можно бесѣдовать, заставить ее рассказать свою исторію: она охотно это исполняетъ, но рѣчь ея немного затруднена и не вполне ясна. Вы сейчасъ увидите, чѣмъ это обуславливается. Я прибавлю, что лѣвая скула болѣе окрашена, чѣмъ правая,—въ этомъ легко убѣдиться; она не только болѣе окрашена, но она наощупь болѣе тепла, что весьма ясно. Изслѣдованіе термометромъ констатировало повышеніе мѣстной температуры на $1\frac{1}{2}$ градуса. То же самое получилось при измѣреніи температуры въ ухѣ. Тщательное изслѣдованіе лица показываетъ еще, что лѣвый зрачекъ нѣсколько болѣе расширенъ, чѣмъ правый, но реагируетъ хорошо. Справа зрачковые рефлексы нѣсколько ослаблены вслѣдствіе синехій; послѣднія, кажется, и составляютъ причину неравномерности зрачковъ.

Въ глазныхъ яблокахъ, когда заставляютъ двигать ими въ горизонтальномъ направленіи, наблюдаются легкія нистагмоформныя подергиванія. Состояніе дна глаза, аккомодация, поле зрѣнія нормальны. Самъ глазъ какъ будто нѣсколько углубленъ въ орбиту.

Что касается мускулатуры лица, то она слѣва нѣсколько менѣе развита, чѣмъ справа; это особенно замѣтно, когда больная начинаетъ смѣяться. Словомъ, кажется, что имѣется или небольшая геміатрофія лица, или нѣкоторая степень пареза въ области нижней вѣтви лицевого нерва.

Языкъ отклоненъ влѣво, его лѣвая половина атрофирована. Больная испытываетъ нѣкоторое затрудненіе при движеніи этого органа. Уже 14 мѣсяцевъ, какъ она страдаетъ нѣкоторымъ затрудненіемъ рѣчи, которое въ последнее время уменьшилось; до этого времени она глотала слова, по простонародному выраженію. Въ настоящее время рѣчь ея затруднена, замедлена, скандированная, монотонная; чтобы понять больную, нужно быть очень внимательнымъ. Не наблюдается дрожанія ни въ языкѣ, ни въ губахъ. Разстройства чувствительности на языкѣ и на лицѣ отсутствуютъ.

Слухъ, обоняніе, вкусъ не представляютъ уклоненій. Глоточный рефлексъ сохраненъ, но ослабленъ. Иногда, но рѣдко, когда, напримѣръ, больная торопится напиться, появляется нѣкоторое затрудненіе глотанія.

Верхнія конечности.—Съ перваго взгляда, когда вообще осматриваютъ обѣ верхнія конечности, то кажется, что онѣ имѣютъ нормальный объемъ, или скорѣе, какъ это я вамъ уже говорилъ, онѣ обезображены чрезмѣрнымъ ожирѣніемъ. Когда изслѣдуютъ, въ какихъ границахъ выполняются пассивныя и активныя движенія, то констатируется слѣдующее. Больная можетъ довольно хорошо сжимать обѣими кистями рукъ, она можетъ поднимать и опускать кисти рукъ и выполнять движенія пронаціи, супинаціи; словомъ, всѣ активныя и пассивныя движенія, кажется, воспроизводятся правильно. То же самое наблюдается въ отношеніи движеній сгибанія и разгибанія предплечья. Наоборотъ, обрисовывается значительное затрудненіе, когда больную просятъ приподнять плечо, отвести его отъ туловища, когда приказываютъ ей производить своей верхней конечностью вращательныя движенія. Это обуславливается парезомъ дельтовидной мышцы; я прибавлю, что она представляется наиболѣе атрофированной. Въ этомъ легко убѣдиться, тщательно ощупывая эту мышцу; мышцы почти нѣтъ, есть только жиръ.

При электрическомъ изслѣдованіи констатировано ослабленіе фарадической и гальванической сократительности во всѣхъ трехъ частяхъ дельтовидной мышцы, болѣе выраженное справа, чѣмъ слѣва. Въ задней части лѣвой дельтовидной мышцы, можетъ быть, имѣется указаніе на реакцію перерожденія. Естественно, что электрическое изслѣдованіе вслѣдствіе толстаго слоя подкожнаго жира затруднительно.

Другія мышцы верхнихъ конечностей сохранили нормальный объемъ; ихъ

сократительность не затронута. Это особенно относится къ возвышеніямъ большого пальца и мизинца.

Что касается ококолопаточныхъ мышцъ, то онѣ ничего аномальнаго не представляютъ, за исключеніемъ развѣ того, что фарадическая сократительность въ большой грудной мышцѣ, можетъ быть, нѣсколько ослаблена.

Я долженъ вамъ замѣтить еще, что движенія верхнихъ конечностей немного болѣзненны. Кромѣ того, они сопровождаются такъ называемой интенціональной дрожью, дрожью съ толчками, впрочемъ, довольно слабо выраженной, но которая усиливается, когда больная приближается къ намѣченной ей цѣли.

Состояніе лѣвой руки съ минуты на минуту измѣняется—то оно хорошо, то плохо. Большой палецъ и слѣдующіе три пальца проявляютъ мало силы, когда больная пробуетъ сжать какой-либо предметъ. Чтобы удержать этой рукой стаканъ и донести его до рта, больная вынуждена сжать его мизинцемъ.

Нижнія конечности.—При осмотрѣ голеней наблюдаются, главнымъ образомъ справа, рубцы, оставшіеся послѣ бывшихъ варикозныхъ язвъ. Ножные пальцы отклонены кнаружи. Обѣ нижнія конечности, какъ и верхнія, обременены жиромъ. Вы видите, что онѣ фиксированы въ вынужденномъ разгибательномъ положеніи. Нужно употребить нѣкоторое усиліе, чтобы согнуть различные сегменты одни на другіе, вслѣдствіе той тугоподвижности, на которую здѣсь на-
талкиваешься.

Колѣнные рефлексы замѣтно усилены. Кожные рефлексы нормальны. Съ обѣихъ сторонъ довольно легко получить порядочно выраженное спинальное дрожаніе. Мышечной атрофіи, за исключеніемъ атрофіи дельтовидной мышцы нѣтъ; нѣтъ, собственно говоря, и трофическихъ разстройствъ. Въ обоихъ колѣнныхъ суставахъ имѣется выраженное хрустѣніе, остатокъ сухого артрита; но оно не болѣзненно.

При походкѣ проявляется одновременно затрудненіе и тугоподвижность; лѣвая нога остается какъ бы прикованной къ землѣ, правая голень нѣсколько приподнимается надъ поломъ, но соотвѣтствующая конечность очень мало перемѣщается. Короче, явно существуетъ нѣкоторая степень спазматической парализаціи. Мимоходомъ, скажу объ одной подробности.

Въ Февралѣ 1895 г. больная подверглась операціи удаленія вросшаго ногтя. При этомъ она испытывала очень сильныя боли: эта подробность въ нѣкоторомъ родѣ имѣетъ важное значеніе. Дѣйствительно, мы подозреваемъ у этой женщины болѣзнь—синдромъ, которая обыкновенно сопровождается аналгезіей, нечувствительностью къ боли, особенно на пальцахъ.

Начиная съ этого времени особенно рѣзко обозначилась слабость нижнихъ конечностей, которая прогрессивно усиливалась.

Туловище. На туловищѣ существуетъ ясное искривленіе верхней дорзальной области съ скручиваніемъ позвоночнаго столба по его оси до такой степени, что лѣвое плечо представляется сильно выдающимся впередъ.

Функция сфинктеров хороша. Слухъ, обоняніе, вкусъ не представляютъ никакихъ уклоненій.

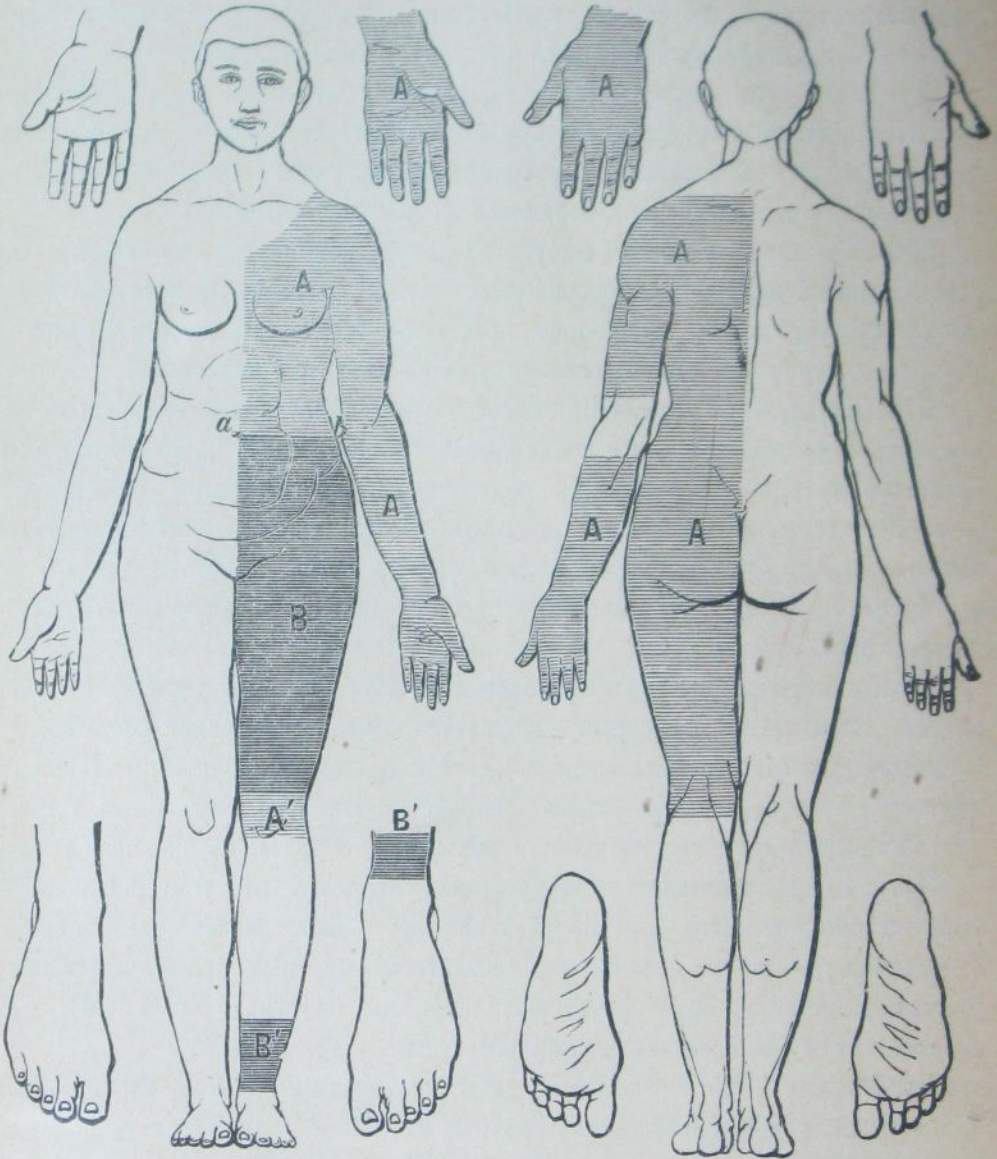


Рис. 64.

Рис. 65.

Тактильная и болевая чувствительность.—Въ бѣлыхъ мѣстахъ чувствительность не затронута; въ темно заштрихованныхъ мѣстахъ тактильная и болевая чувствительность утрачена; въ слегка заштрихованныхъ мѣстахъ только одна болевая чувствительность утрачена.

Чувствительность.—Остается опредѣлить состояніе чувствительности. Я прежде всего указываю вамъ на отсутствіе разстройствъ субъективной чув-

ствительности: эта женщина не испытывает ни болей, ни ощущенія сдвливанія, ни ощущеній парестезіи. По ея словамъ, она никогда, ни въ какой данный моментъ, не чувствовала развитія своей болѣзни.

Наоборотъ, объективная чувствительность глубоко нарушена. Въ въ этомъ

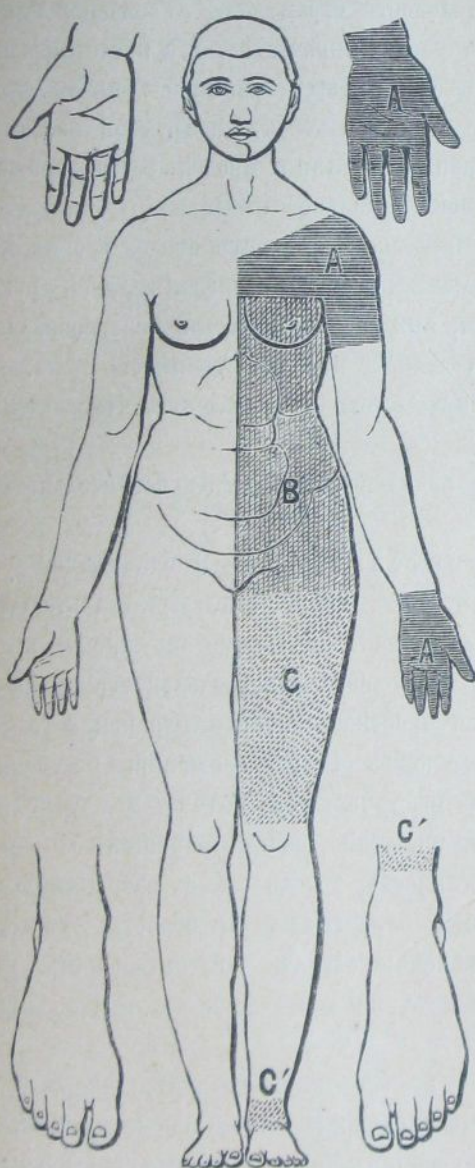


Рис. 66.

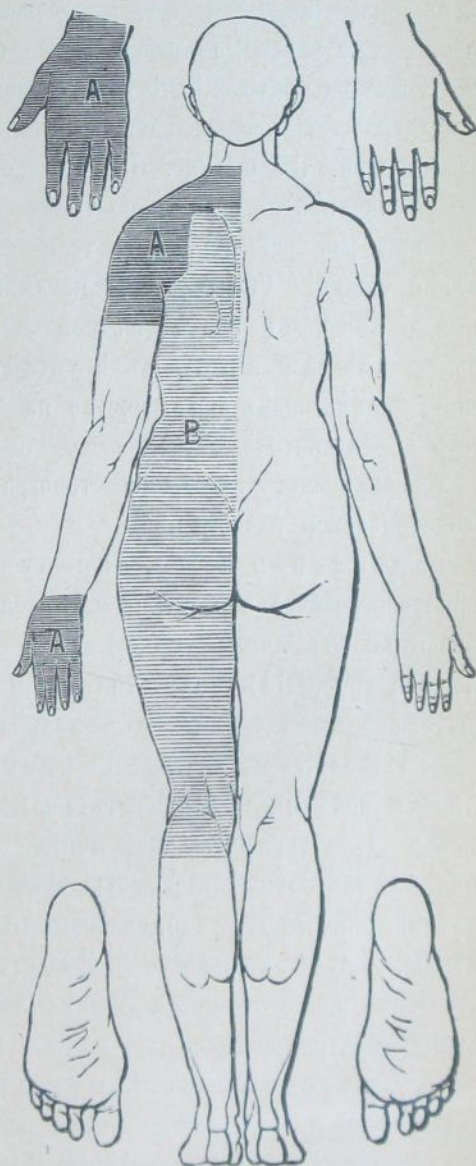


Рис. 67.

Термическая чувствительность.—Въ бѣлыхъ мѣстахъ термическая чувствительность сохранена; въ мѣстахъ темно заштрихованныхъ больная не чувствуетъ ни холода, ни тепла, въ мѣстахъ полусѣно заштрихованныхъ она не чувствуетъ холода, а тепло ощущается, какъ-бы это былъ уколъ; въ мѣстахъ, запунктированныхъ свѣтло, она чувствуетъ холодъ, но не воспринимаетъ ощущеній тепла.

убѣдитесь сами во очію при изслѣдованіи, которому я сейчасъ подвергну больную. Находящіеся предъ вами рисунки (Рис. 64, 65, 66 и 67) даютъ шематическое представленіе о результатахъ, къ описанію которыхъ я сейчасъ приступлю.

Обратите вниманіе сначала на слѣдующую весьма замѣчательную особенность; въ настоящее время разстройства чувствительности ограничены лѣвой половиной тѣла. Разсматриваемыя вообще, т. е., безъ различія качества, онѣ представляютъ слѣдующее распредѣленіе: сверху и спереди онѣ имѣютъ границей кривую линію съ выпуклостью кверху, идущую отъ середины верхней трети грудной кости до области шеи. Сзади (Рис. 65) эта демаркаціонная линія продолжается горизонтально, начиная съ области плеча до средней дорзальной линіи.

Внизу разстройства чувствительности прекращаются почти около уровня коленной чашки. Спереди они наблюдаются на всемъ протяженіи лѣвой руки; гораздо ниже, въ надлодыжечной области, они появляются въ кольцеобразной формѣ, имѣющей высоту въ 5 снтм. На задней поверхности лѣвой руки, въ поясѣ, занимающемъ пространство на 2 снтм. выше и ниже локтя, чувствительность нормальна.

Теперь посмотримъ, какова топографія этихъ разстройствъ чувствительности, разсматриваемой качественно.

Тактильная и болевая чувствительность.—Я сначала займусь лишь разстройствами тактильной и болевой чувствительности. Представьте себѣ горизонтальную линію *a b*, идущую отъ пупка къ лѣвому наружному краю туловища (рис. 64). Надъ этой линіи въ *A* болевая чувствительность спереди уничтожена, между тѣмъ какъ тактильная чувствительность сохранена. То же самое наблюдается на протяженіи небольшого пояса *A'*, расположеннаго на уровнѣ колѣна и подъ нимъ. Наоборотъ на всемъ пространствѣ *B*, слѣва, между этимъ поясомъ *A*, и горизонтальной линіей *a b*, анестезія распространяется одновременно на тактильную и болевую чувствительность; то же самое наблюдается и на уровнѣ пояса *B'*, занимающаго спереди надлодыжечную область; сзади тактильная чувствительность повсюду сохранена; болевая чувствительность утрачена въ поясѣ *A*, который какъ вы видите на поставленномъ предъ вами рисункѣ, заштрихованъ ясно.

Термическая чувствительность.—Разстройства термической чувствительности представляютъ весьма различное распредѣленіе. Спереди (рис. 66) и сзади (рис. 67) чувствительность къ ощущеніямъ тепла и холода совершенно утрачена на уровнѣ ручной кисти и на нѣсколько снтм. выше запястья (*A*), затѣмъ въ области надплечья и въ верхней трети плеча (*A*). Такимъ образомъ, мы тутъ имѣемъ хорошо извѣстное распредѣленіе анестезіи въ формѣ манжетъ и эполетъ.

Спереди, въ поясѣ (*B*), близко соприкасающемся сверху съ предъидущимъ,

нижнюю границу которого составляет паховая складка, больная не ощущает холода. Тепловые ощущенія вызываютъ ощущение укола. Наконецъ, въ другомъ поясѣ *C*, который занимаетъ пространство отъ паховой складки до колѣнной чашки, больная ощущаетъ холодъ, но не воспринимаетъ тепловыхъ ощущеній.

Сзади, помимо термо-анестезическихъ зонъ въ формѣ манжеть и эполетъ, чувствительность къ теплу уменьшена въ поясѣ (*B*), соприкасающемся кверху съ анестезіей въ формѣ эполетъ, нижняя граница которого расположена на нѣсколько смтм. ниже подколѣнной ямки; въ томъ же самомъ поясѣ (*B*) чувствительность къ холоду сохранена.

Вотъ, въ общемъ, какова совокупность очень сложныхъ чувствительныхъ разстройствъ, на которыхъ я нѣсколько долго задержался потому, что они до нѣкоторой степени имѣютъ весьма большое значеніе.

Теперь, когда вы ознакомлены съ главными клиническими данными случая, я повторю въ нѣсколькихъ словахъ существенныя черты синдрома, представляемаго этой женщиной. Между только что сейчасъ рассмотрѣнными нужно особенно замѣтить три симптоматическихъ элемента, а именно:

Функциональное затрудненіе во всѣхъ четырехъ конечностяхъ, которое не доходитъ до полного паралича; дрожаніе, вызываемое преднамѣренными движеніями.

Бульбарныя явленія, т. е., лицевой полупарезъ, отклоненіе языка влѣво, геміатрофія его, затрудненіе рѣчи, сосудо-двигательныя разстройства на лицѣ.

Разстройства чувствительности, ограничивающіяся лѣвой половиной и затрогивающія въ одной и той же области, отнюдь не повсюду, въ одинаковой степени всѣ три рода проявленія чувствительности; короче, имѣется дѣло съ анестезіей, носящей характеръ расчлененной анестезіи.

Діагнозъ.—Съ какой же, слѣдовательно, болѣзью у этой женщины мы имѣемъ дѣло? Отвѣтить на этотъ вопросъ не такъ легко.

Имѣющійся предъ намъ синдромъ не воспроизводитъ ни одной классической картины изъ извѣстныхъ болѣзней; онъ заимствуетъ составляющіе его элементы изъ симптоматики различныхъ заболѣваній. Это то я прежде всего и попытаюсь выяснить. Я такимъ образомъ приступаю къ обсужденію вопроса, не имѣемъ ли мы тутъ дѣло съ атипической формой одного изъ этихъ заболѣваній. Дабы ограничить поле гипотезъ, я начну сначала съ исключенія.

Первое по времени болѣзненное явленіе, на которомъ раньше должно остановить наше вниманіе, составляетъ частичная и неполная геміанестезія, которая щадитъ спеціальныя чувства. Уже эти отличительные признаки говорятъ намъ, что дѣло не идетъ объ истерической анестезіи. Дѣйстви-тельно, въ очень большомъ числѣ случаевъ анестезія, имѣющая истерическое происхожденіе, задѣваетъ общую чувствительность во всѣхъ ея различныхъ видахъ проявленія. Когда она ограничена одной половиной, она захватываетъ эту поло-

вину на всемъ ей протяженіи и поражаетъ при этомъ спеціальныя чувства. Наконецъ, она часто распространяется на глубокія части, на мышцы, на ткани суставовъ, на кости.

У нашей больной, наоборотъ, анестезія, я повторяю, щадитъ спеціальную чувствительность; она частичная, расчлененная; это значитъ, что мѣстами она поражаетъ только одинъ или два вида проявленія общей чувствительности — болевую, тактильную, чувствительность къ температурнымъ ощущеніямъ. Она ограничена лѣвой половиной, но занимаетъ только извѣстныя области этой половины, другія же области щадитъ. Ея интензивность отнюдь не повсюду одинаковая, хотя въ нѣкоторыхъ областяхъ эта анестезія полная. Сверхъ того при уколѣ кожи не получается расширенія зрачковъ, какъ это бываетъ у истериковъ, у которыхъ раздражаютъ геміанэстезированную половину.

Слѣдовательно, здѣсь имѣется дѣло съ органической геміанэстезіею.—Въ силу того же факта, что анестезія щадитъ органы чувствъ, мы можемъ исключить гипотезу о симптоматической геміанэстезіи мозгового, коркового, подкоркового или капсулярнаго пораженія. Это заставляетъ насъ перенести мѣсто нахожденія органическаго пораженія назадъ, по сю сторону средняго и задняго мозга въ *bulbo-protuberanti*альную область, или въ спинной мозгъ.

Но есть заболѣваніе, локализирующееся безразлично въ спинномъ или въ продолговатомъ мозгу, (выпуклость котораго, Вароліевъ мостъ, составляетъ до нѣкоторой степени лишь его продолженіе), которое въ очень большомъ числѣ случаевъ именно выражается частичной расчлененной анестезіею. Такимъ заболѣваніемъ является *синдромъ* *Міэлія*, о которой я уже имѣлъ случай нѣсколько разъ бесѣдовать съ вами.

Правда, въ случаяхъ *синдромъ* *Міэлія* расчлененная анестезія наблюдается обыкновенно въ нѣсколько иной формѣ, чѣмъ у нашей больной: она затрагиваетъ особенно или только одну термическую чувствительность, или одновременно съ ней и болевую чувствительность, между тѣмъ какъ тактильная чувствительность бываетъ сохранена, или едва притуплена. Таково, господа, правило, но это правило допускаетъ многочисленныя исключенія; объ этомъ я много говорилъ вамъ въ одной изъ моихъ предыдущихъ лекцій ¹⁾.

Мнѣ казалось, что тѣхъ изъ васъ, которые слушали меня въ тотъ день, я тогда убѣдилъ въ томъ, что въ случаяхъ *синдромъ* *Міэлія* анестезія можетъ принимать весьма различныя свойства.

Ничто, слѣдовательно, не противорѣчитъ тому, чтобы расчлененную анестезію въ той формѣ, въ какой она представляется у нашей больной, отнести къ си-

¹⁾ Смотри XXIV лекцію.

рингоміэліи. Посмотримъ теперь, согласуется ли эта гипотеза съ другими патологическими явленіями, констатированными нами въ данномъ случаѣ.

Займемся сначала двигательными расстройствами. Уже давно эта женщина испытываетъ функциональное затрудненіе во всѣхъ четырехъ конечностяхъ, которое постепенно усиливалось, не доходитъ до полного паралича. Это есть неравномѣрно распредѣленный въ различныхъ сегментахъ конечностей парезъ; онъ особенно выраженъ въ области надплечья; онъ занимаетъ также и лѣвую половину лица. Больная, вслѣдствіе спазматической тугоподвижности въ нижнихъ конечностяхъ, ходитъ съ трудомъ; она едва можетъ стоять. Ей не удается поднять руку такимъ образомъ, чтобы заложить ее за голову. Сжиманіе кисти руки производится безъ достаточной энергіи.

Когда больная лежитъ на спинѣ, на своей постели, она можетъ поднимать голени и бедра; она можетъ перекладывать ихъ справа налѣво. Стопы фиксированы въ разгибательномъ положеніи, правая больше, чѣмъ лѣвая; больная не въ состояніи двигать ими, также какъ и пальцами. Сверхъ того, невозможно произвести и пассивнаго выпрямленія стопъ. Когда больная сидитъ, то это выпрямленіе можетъ быть до извѣстной степени выполнено. Пассивныя движенія въ другихъ областяхъ возможны; они не сопровождаются болями, кромѣ насильственного сгибанія по направленію къ бедру. Въ этомъ же самомъ положеніи больная можетъ сгибать свою правую голень подъ прямымъ угломъ по отношенію къ бедру. Сгибательныя движенія лѣвой голенью производятся въ болѣе широкихъ границахъ. Эти движенія сопровождаются хрустѣніемъ въ колѣнахъ.

На верхнихъ конечностяхъ всѣ пассивныя движенія возможны. Лѣвая конечность оказываетъ этимъ пассивнымъ движеніямъ болѣе сопротивленіе, чѣмъ правая. Что касается активныхъ движеній, то больной удастся безъ труда положить свою лѣвую руку на голову. Она испытываетъ настоящее затрудненіе при выполненіи того же самаго движенія правой верхней конечностью вслѣдствіе слабости дельтовидной мышцы съ этой стороны. Наконецъ, слѣдуетъ замѣтить то важное обстоятельство, что всѣ преднамѣренныя движенія вызываютъ дрожаніе. Развѣ что-либо подобное встрѣчается при сирингоміэліи?

Есть авторы, господа, которые, если вы обратитесь къ нимъ за совѣтомъ по этому вопросу, дадутъ вамъ отрицательный отвѣтъ. Эти авторы полагаютъ, что двигательное безсиліе въ случаямъ сирингоміэліи всегда находится въ соотвѣтствіи съ мышечной атрофіей, которая, какъ вамъ извѣстно, занимаетъ первое мѣсто въ клинической картинѣ сирингоміэліи. Но у нашей больной нѣтъ видимой мышечной атрофіи на туловищѣ и на конечностяхъ, кромѣ атрофіи правой дельтовидной мышцы.

По моему мнѣнію, господа, авторы, приписывающіе въ случаяхъ сирингоміэліи двигательное безсиліе мышечной атрофіи, не правы. Я могъ бы въ доказательство этого своего мнѣнія привести вамъ нѣсколько наблюденій сирингоміэліи.

Впрочемъ, Шлезингеръ ¹⁾ въ своей монографіи, столь хорошо обставленной фактами, уже обратилъ вниманіе на тотъ фактъ, на который я только-что вамъ указывалъ. Вотъ что онъ пишетъ по этому поводу:

«Уменьшеніе двигательной силы далеко не всегда идетъ параллельно съ хо-
оомъ и развитіемъ атрофіи мышцъ. Очень часто незначительное уменьшеніе силы
предшествуетъ атрофіи въ мышцахъ, которыя будутъ охвачены ею. Въ такомъ
случаѣ могутъ быть хорошо выполняемы только тѣ движенія, которыя не тре-
буютъ большой затраты силы, между тѣмъ какъ, ослабѣвшія мышцы пасуютъ
при малѣйшемъ сопротивленіи. Это уменьшеніе функциональной способности,
весьма часто составляющее лишь предвѣстникъ стойкаго уничтоженія функцій
въ связи съ исчезновеніемъ мышцъ, совершенно отличается отъ паралича, разви-
вающегося часто внезапно, который захватываетъ одинъ сегментъ, или цѣлую
конечность, или нѣсколько конечностей. Сначала въ конечностяхъ, которыя бу-
дутъ охвачены параличемъ, въ теченіе короткаго времени испытываются аном-
альныя ощущенія; потомъ развивается сильная слабость и черезъ нѣсколько
дней и даже часовъ она переходитъ въ полный параличъ. Этотъ парезъ можетъ
носить моноплегическій характеръ, или же онъ можетъ поражать руку и ногу съ
одной и той же стороны, вызывая картину спинальной гемиплегіи; или же по-
ражаются внезапной параплегіей обѣ нижнія конечности. Этотъ парезъ можетъ
ограничиться даже нѣсколькими группами мышцъ. Острый параличъ такого рода
можетъ развиваться подъ вліяніемъ двухъ причинъ. Когда только-что произошло
кровоизліяніе въ новообразованную ткань спинного мозга, то парезъ конечности
можетъ быть послѣдствіемъ или повышеннаго давленія, или разрушенія извѣст-
наго количества спинно-мозговой ткани. Дѣйствительно, въ спинномъ мозгу до-
вольно часто встрѣчаются остатки болѣе или менѣе обширныхъ кровоизліяній.
Между тѣмъ, когда процессъ тянется уже давно и проявился парезомъ верхнихъ
конечностей, то коллатеральный отекъ, образующійся въ спинномъ мозгу, вокругъ
новообразованной ткани, можетъ вызвать сдавленіе перекрестившихся пирами-
дальныхъ пучковъ; такимъ образомъ можетъ развиваться парезъ ногъ. Особенно
легко разрѣшается гипотеза о параличѣ такого происхожденія въ тѣхъ случаяхъ,
гдѣ имѣется чисто транзиторный параличъ».

Шлезингеръ прибавляетъ, что въ верхнихъ конечностяхъ часто конста-
тируется уменьшеніе двигательной силы, которое развивалось постепенно и кото-
рое можетъ быть въ противорѣчій съ состояніемъ полной цѣлости мышцъ. Онъ
самъ сознается, что предшествующія объясненія вовсе не примѣнимы къ этому
параличу со столь медленнымъ развитіемъ; въ этомъ послѣднемъ слѣдуетъ искать
другой причины. Очень часто въ случаяхъ сирингомієліи пораженія достигаютъ

¹⁾ Schlesinger.—Die Syringomyelie. Leipzig. 1895. p. 10.

особенно большой интензивности въ шейной части спинного мозга; перекрестившіеся пирамидальныя пучки бываютъ болѣе или менѣе задѣты; это пораженіе выражается разрушеніемъ многочисленныхъ нервныхъ волоконъ и послѣдовательнымъ нисходящимъ перерожденіемъ. Часто это перерожденіе достигаетъ значительной степени. Понятно, слѣдовательно, что на нижнихъ конечностяхъ спастическія явленія появляются одновременно съ уменьшеніемъ двигательной силы. Спастическая тугоподвижность и двигательный парезъ могутъ распространяться также и на верхнія конечности, когда перекрестившіеся пирамидальныя пучки поражены выше шейнаго утолщенія.

Я давно опубликовалъ случай сирингоміэліи, о которомъ упоминаетъ Шлезингеръ, гдѣ при жизни больного была констатирована общая спастическая ригидность. Къ этому случаю во время этой лекціи я возвращусь.

Такимъ образомъ, вы видите, что двигательный парезъ, которымъ страдаетъ больная, и сопровождающія спастическія явленія ничуть не противорѣчаютъ гипотезѣ сирингоміэліи, а также и частичной, ограниченной геміанестезіи.

Остаются другія явленія, а именно: лицевой гемипарезъ, отклоненіе языка, геміатрофія его, затрудненіе рѣчи, краснота лица и проч., не считая намека на nystagmus. Все это, въ общемъ, такія явленія, которыя можно назвать бульбарными въ силу предполагаемаго мѣстонахожденія поражений, отъ которыхъ онѣ зависятъ. Я вамъ повторяю, и уже говорилъ въ теченіе этой лекціи, что пораженія при сирингоміэліи безразлично занимаютъ спинной и продолговатый мозгъ. Поэтому нѣтъ ничего удивительнаго, что бульбарныя явленія наблюдаются часто, очень часто во время теченія сирингоміэліи. Въ началѣ этой лекціи я вамъ упоминалъ, что въ прошломъ году намъ встрѣтился случай бульбарной формы сирингоміэліи; по этому поводу я сдѣлалъ обзоръ многочисленныхъ бульбарныхъ явленій, которыя были наблюдаемы до этого времени при этой болѣзни и вамъ сейчасъ ихъ быстро резюмирую.

Всѣ аппараты, говорю я, всѣ органы и всѣ ткани, иннервируемые продолговатымъ мозгомъ могутъ быть поражаемы въ случаяхъ сирингоміэліи.

Такимъ образомъ, наблюдается расчлененная анестезія на лицѣ, въ областяхъ, иннервируемыхъ тройничнымъ нервомъ, встрѣчаются расстройства чувствительности слизистыхъ оболочекъ, особенно же анестезія гортани.

Рѣже вы будете наблюдать вкусовую анестезію на всей поверхности языка или на одной половинѣ его; расстройства слуха, чаще всего субъективнаго, порядку, а именно: шумъ, звонъ, свистъ въ ушахъ; концентрическое суженіе поля зрѣнія, неравномѣрность зрачковъ, т. е. односторонній mydriasis или myosis. Боковой nystagmus составляетъ относительно частое явленіе.

То же самое можно сказать про опущеніе верхняго вѣка и про диплопію, — явленія, которыя указываютъ, первое — на параличъ одной изъ вѣточекъ глазодвигательнаго нерва, а вторая — на параличъ прямой наружной мышцы, иннер-

вируемой шестой нервной парой, отводящимъ нервомъ. Менѣе часто наблюдается параличъ другихъ наружныхъ мышцъ глаза.

Наблюдается еще геміатрофія лица, пониженіе мѣстной температуры, уменьшеніе носовыхъ отверстій, а также сосудо-двигательныя разстройства, локализирующіяся на лицѣ.

Между бульбарными разстройствами сирингоміэліи встрѣчаются также лицевой параличъ безъ или съ контрактурой парализованныхъ мышцъ, гемипарезъ и геміатрофія языка, параличъ одной половины или всего мягкого неба, дисфагія, икота.

Со стороны гортани наблюдаются одновременно и чувствительныя разстройства, анестезія и гиперэстезія, и, чаще двигательныя разстройства: односторонній или двухсторонній параличъ *n. recurrentis*—параличъ, ограничивающійся одной изъ *m. m. crico-arytaenoidei* съ одной стороны, не считая атрофіи одной или обѣихъ голосовыхъ связокъ.

Наконецъ, какъ исключеніе, наблюдаютъ въ ряду другихъ бульбарныхъ явленій аритмію, припадки тахикардіи, припадки замедленія пульса, рвоту, поліурію, судороги и даже обмороки, могущіе ускорить роковой конецъ.

У меня нѣтъ времени, дабы покончить съ вопросомъ о діагнозѣ, обсужденіе котораго мной начато, уже изслѣдованіемъ того, насколько имѣющіяся у этой женщины бульбарныя явленія согласуются съ бывающими при сирингоміэліи. Въ пятницу я буду продолжать разсмотрѣніе этого вопроса.

Лекція XXVI.

О случаѣ предполагаемой сирингоміэліи въ формѣ разсѣяннаго склероза ¹⁾.

(Продолженіе).

С о д е р ж а н і е. Краткій очеркъ клиническаго примѣра, послужившаго предметомъ предыдущей лекціи. Обсужденіе вопроса о діагнозѣ случая.—Д і а г н о з ъ (продолженіе). Гипотеза о сирингоміэліи безспорно не можетъ быть принята.—Симптомы склероза въ формѣ бляшекъ; подобные симптомы въ случаяхъ сирингоміэліи встрѣчаются; примѣры. Сирингоміэлія по внѣшнему виду можетъ принимать обыкновенную форму склероза въ формѣ бляшекъ. Склерозъ въ формѣ бляшекъ можетъ развиваться подъ видомъ спастическаго *tabes'a*.—Симптомы спастическаго *tabes'a* могутъ занимать преобладающее мѣсто между проявленіями атипической сирингоміэліи. Клиническій примѣръ, подтвержденный вскрытіемъ.—Другой клиническій примѣръ со вскрытіемъ. Одни и тѣ же разстройства чувствительности могутъ встрѣчаться въ случаяхъ разсѣяннаго склероза и въ случаяхъ сирингоміэліи; клиническія доказательства.—Наличность геміатрофіи языка говоритъ въ пользу діагноза гематоміэліи. Выводъ изъ этихъ разсужденій. Заключение: рассматривае-

¹⁾ Лекція 26-го Марта 1896 г.

мый клинический примѣръ прежде всего относится къ случаю атипической сингломіэліи. Предсказаніе и леченіе.

Мм. Гг.! Въ прошлую пятницу я, за недостаткомъ времени, не могъ окончить разбора патологическаго случая, представляемаго женщиной, которую я сейчасъ покажу вамъ. Позвольте мнѣ, прежде чѣмъ продолжать этотъ критическій анализъ, возстановить въ вашей памяти исторію этой женщины и опредѣлить мѣсто, до котораго я дошелъ въ своемъ разборѣ.

Въ прошедшемъ этой женщины мы обнаружили слѣдующее: въ 1891 году вспыхнули на предрасположенной почвѣ нѣкоторыя болѣзненные явленія, стоящія въ безспорной связи съ настоящей болѣзнью. Такимъ образомъ я подчеркиваю то обстоятельство, что у нашей больной на развитіе болѣзни имѣла несомнѣнное вліяніе невропатическая наслѣдственность; у ней въ дѣтствѣ были золотушные явленія; въ періодъ сформированія у нея былъ хлорозъ и аменорея; въ болѣе зрѣломъ возрастѣ у нея появилось ожирѣніе. Вотъ вамъ стигматы, указывающіе на предрасположеніе.

Въ то время, о которомъ я говорю (1891 г.) эта женщина страдала сильными головными болями, которыя мучили ее безразлично днемъ и ночью. Нѣсколько позже она стала испытывать ощущенія парѣстезіи, онѣмѣнія, боли въ надплечьяхъ и въ плечахъ. Затѣмъ она замѣтила, что лѣвая половина тѣла сдѣлалась нечувствительной. Тѣмъ временемъ у нея былъ приступъ правосторонней гемиплегіи, вѣроятно, спинно-мозгового происхожденія. Былъ моментъ, когда у нея наблюдался синдромъ Броунъ-Секара (перекрестная двигательная геміанѣстезія и гемиплегія). Еще нѣсколько позже, вслѣдъ за операціей удаленія вросшаго ногтя, эта женщина стала испытывать затрудненіе въ походкѣ, которое постепенно усиливалось. Наконецъ, приблизительно около года, рѣчь ея сдѣлалась монотонной, скандированной; ея языкъ сталъ тоньше; сосудо-двигательныя разстройства охватили лѣвую половину лица; на той же сторонѣ обнаружился слабый парезъ нижней вѣтви лицевого нерва. На правой сторонѣ появился mydrasis; лѣвая глазная щель ссузилась, лѣвое глазное яблоко углубилось въ орбиту. Констатированы: уничтоженіе гортаннаго и глоточнаго рефлексовъ, стойкое затрудненіе рѣчи, стойкій спастическій параличъ нижнихъ конечностей, сохранность функціи сфинктеровъ. Такимъ образомъ, въ рассматриваемомъ случаѣ этой женщины установленъ синдромъ, въ которомъ принимаютъ участіе и частичныя разстройства чувствительности, на свойствахъ которыхъ я долго останавливался; вы сразу можете уловить ихъ при взглядѣ на поставленные предъ вами шематическіе рисунки (смотри лекцію XXV).

Припомните теперь, на чемъ я остановился при предпринятомъ мной разборѣ этого случая въ надеждѣ придти къ установленію, если не вполне точнаго, то по крайней мѣрѣ допустимаго діагноза. Я сначала рассмотрѣлъ первыя по времени проявленія, которыя въ данномъ случаѣ представляются по своему ходу

нѣсколько необычными. Я говорю объ этой неполной и въ то же время частичной, или расчлененной анестезіи, со свойствами которой я васъ подробно познакомилъ. Мнѣ кажется, что я васъ убѣдилъ, что она не можетъ быть приписана истеріи и что она должна быть органической. Основываясь на ея способѣ распредѣленія, на неучастіи лица и органовъ чувствъ въ этой частичной односторонней анестезіи, я постепенно исключилъ гипотезы, допускающія, что органическая причина этой геміанестезіи локализируется въ мозговой корѣ, въ капсулярномъ или подкапсулярномъ бѣломъ веществѣ, въ среднемъ мозгу. Остается, слѣдовательно, искать таковую причину только въ пораженіи спинного resp. продолговатаго мозга. Эта болѣзнь есть сирингоміэлія, одно изъ главныхъ проявленій которой и составляетъ именно неполная, расчлененная геміанестезія. Несомнѣнно, что свойства этой геміанестезіи у нашей больной отличны отъ тѣхъ, какими они описаны въ нашихъ классическихъ руководствахъ. Но я спѣшу добавить, что въ этомъ отношеніи въ классическихъ руководствахъ есть пробѣлъ; клиника насъ учитъ, что всѣ возможные виды расстройства чувствительности наблюдаются въ случаяхъ сирингоміэліи. Слѣдовательно, изъ того, что чувствительныя расстройства у нашей больной принимаютъ полиморфный характеръ, что они не осуществляютъ собой способа расчлененія, несправедливо рассматриваемаго, какъ таковой, за патогномоническій признакъ сирингоміэліи, нельзя заключать, что послѣдняя не можетъ быть у нашей больной.

Послѣ анализа расстройствъ чувствительности я въ послѣдствіи сдѣлалъ то же самое съ проявленіями другой категоріи, представляемыми нашей больной. Я провѣрилъ, согласуются-ли наблюдаемые у этой женщины двигательныя расстройства съ гипотезой сирингоміэліи, если простое ихъ констатированіе не должно было быть достаточнымъ для выключенія подобной гипотезы. Я пришелъ къ другому, слѣдующему заключенію, а именно: что ни парезъ, поражающій въ неодинаковой степени различныя сегменты конечностей, ни отсутствіе мышечной соотвѣтственной атрофіи, ни спастическая ригидность, соединенная съ парезомъ, которая бываетъ особенно выражена на нижнихъ конечностяхъ, ни повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, ни лицевой гемипарезъ—не противорѣчатъ данной гипотезѣ. Я показалъ, что то, что можно было сказать о лицевомъ гемипарезѣ, приложимо и къ другимъ бульбарнымъ проявленіямъ, которыя мы констатировали у нашей больной, а именно: къ сосудодвигательнымъ расстройствамъ, ограничившимся одной половиной лица, къ геміатрофіи языка и къ отклоненію его, къ нистагмоподобнымъ движеніямъ, къ глазо-зрачковымъ явленіямъ. Я закончилъ прошлую лекцію перечисленіемъ различныхъ категорій бульбарныхъ (или болѣе точно bulbo-protuberant'іальныхъ расстройствъ), наблюдаемыхъ въ случаяхъ сирингоміэліи, при чемъ указывалъ на относительную частоту этихъ проявленій.

Словомъ, въ концѣ концовъ я пришелъ къ заключенію, что изъ симптомовъ, наблюдаемыхъ у этой женщины, ничто прямо не говоритъ противъ пер-

вой, пришедшей на мысль въ виду только тѣхъ чувствительныхъ разстройствъ, которыя я долго анализировалъ, гипотезы о сирингоміэліи; констатированіе же искривленія позвоночника, сколіоза придаютъ еще большую вѣроятность этой гипотезѣ.

Значить-ли это, господа, что этотъ діагнозъ сирингоміэліи долженъ быть принятъ безъ болшихъ словопреній? Я думаю, нѣтъ. По моему мнѣнію, другая гипотеза заслуживаетъ того, чтобы ее выставить и обсудить. Сейчасъ вы поймете, почему это такъ.

У нашей больной между бульбарными проявленіями вообще преобладаетъ и при первомъ изслѣдованіи бросается въ глаза разстройство функціи рѣчи. Эта женщина говоритъ медленнымъ, монотоннымъ голосомъ, скандируя слова. Словомъ, затрудненіе рѣчи носитъ тѣ же самые признаки, какъ въ случаяхъ склероза въ формѣ бляшекъ. Двигательный парезъ съ его способомъ развитія и распредѣленія, съ его различной интенсивностью, съ его, особенно, спастическимъ характеромъ, дрожаніе, вызываемое преднамѣренными движеніями, все это по своему свойству вызываетъ въ нашемъ умѣ гипотезу о склерозѣ въ формѣ бляшекъ. Не имѣемъ-ли въ представленномъ случаѣ дѣло именно съ этой болѣзью? Или предъ нами просто случай атипической сирингоміэліи въ формѣ разсѣянаго склероза? Вы конечно понимаете, что этотъ вопросъ заслуживаетъ того, чтобы его поднять и разобрать. Позвольте мнѣ сначала разсмотрѣть гипотезу объ атипической сирингоміэліи въ формѣ разсѣянаго склероза.

Но, прежде всего, имѣются-ли факты, дающіе намъ право допустить существованіе подобной формы сирингоміэліи—формы, болѣе или менѣе близко напоминающей симптоматику склероза въ формѣ бляшекъ? Да, господа, подобные факты существуютъ; я сейчасъ вамъ докажу это. Въ своей диссертациі одинъ нѣмецкій авторъ, Бруттонъ¹⁾, передаетъ наблюденіе надъ одной 50-лѣтней женщиной, у которой внезапно начались явленія, напоминавшія сирингоміэлію. Черезъ годъ констатировали обезображеніе кисти руки,—когтеобразную форму ея вслѣдствіе атрофіи межкостныхъ мышцъ. Въ то же время походка больной была паретическая и спастическая. Сухожильные рефлексы были повышены, тактильная чувствительность была сохранена, болевая чувствительность и чувствительность къ ощущеніямъ тепла и холода на груди и на плечахъ была сильно измѣнена. Зрачки неравномѣрны, реагировали правильно; пареза нижней вѣтви лицевого нерва не было; рѣчь была скандированная. Слѣдовательно, мы находимъ здѣсь рядъ признаковъ, которые фигурируютъ и въ наблюденіи нашей больной. Тотъ же авторъ сообщилъ наблюденіе надъ 26-лѣтнимъ мужчиной, у котораго болѣзнь началась слабостью лѣвой голени; позже парезъ распространился на пра-

¹⁾ Brutton.—Ein Beitrag zur Casuistik der centralen Gliose des Rückenmarks. (Inaugural Dissertation, Dorpat, 1892).

вое плечо. У него было неравномерное расширение зрачковъ безъ аномаліи ихъ реакціи; наблюдался также nystagmus. Языкъ отклонился влѣво и казался нѣсколько атрофированнымъ на той же самой сторонѣ. Рѣчь была монотонная, скандированная. Не правда ли, какая до сихъ поръ поразительная аналогія между этими двумя наблюденіями и наблюденіемъ нашей больной? Тѣмъ не менѣе я долженъ прибавить, что первая больная Бруттона представляла мышечную атрофію Аранъ-Дюшенневскаго типа, кромѣ частичной расчлененной анестезіи, которая не распространялась на тактильную чувствительность. Въ этомъ случаѣ имѣется два проявленія, до нѣкоторой степени подтвердившія поставленный діагнозъ сирингоміэліи. Другія же проявленія придавали этому случаю неоспоримое сходство съ склерозомъ въ формѣ бляшекъ; къ такимъ явленіямъ относятся: одновременный паретическій и спастическій характеръ походки, чрезмерное повышеніе всѣхъ рефлексовъ, дрожаніе стопы, интенціональная дрожь.

Другое наблюденіе, показывающее, что сирингоміэлія можетъ развиваться по внѣшнему виду довольно сходно со склерозомъ въ формѣ бляшекъ, было опубликовано Розенблаттомъ ¹⁾ изъ Лейпцига. Дѣло касается 43-лѣтней женщины у которой болѣзнь началась большой слабостью и ощущеніемъ тяжести въ рукахъ и въ ногахъ; потомъ ощущеніе тяжести распространилось на ручные и ножные пальцы; позже, больная вслѣдствіе большой мышечной ригидности сдѣлалась безпомощной. Въ то же самое время атрофіей было поражено извѣстное число спинно-лопаточныхъ мышцъ. Затѣмъ двигательный парезъ усилился, атрофія распространилась на мелкія мышцы кисти рукъ. Между другими симптомами были констатированы ptosis, nystagmus, отклоненіе мягкаго неба вправо, дисфагія, повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, клонусъ стопы. Временами преднамѣренныя движенія вызывали дрожаніе въ лѣвой кисти руки. Двигательная слабость была настолько сильна, что больная не могла стоять, ходить и пользоваться руками, чтобы донести пияцу до рта. Эта женщина умерла. Вскрытіе показало существованіе сирингоміэліи, которая, судя по всѣмъ внѣшнимъ признакамъ, развилась вслѣдствіе гипертрофическаго шейнаго пахименингита.

Вы, господа, я думаю, убѣдились въ томъ, что сирингоміэлія въ одной изъ своихъ атипическихъ формъ можетъ представлять большое сходство съ обыкновенной формой разсѣяннаго склероза, съ церебро-спинальной формой этой болѣзни. Случай находящейся предъ вами больной является живымъ доказательствомъ правоты высказаннаго мной. Склерозъ въ формѣ бляшекъ, подобно сирингоміэліи, включаетъ въ себѣ также атипическія разновидности. Такъ отъ начала до конца онъ можетъ развиваться подъ видомъ спастической сухотки спинного мозга. По этому поводу позвольте мнѣ сказать нѣсколько

¹⁾ Rosenblath.—Deutsches Archiv für klin. Medicin, 1893, T. LI, Heft 2 u. 3, S. 210.

словъ. Болѣе 10 лѣтъ тому назадъ я доказывалъ ¹⁾, что спастическій табесъ (Шарко) французскихъ авторовъ, спастическій спинальный параличъ (Эрбъ) нѣмецкихъ авторовъ, не есть самостоятельная болѣзнь. Я снова поднялъ этотъ вопросъ въ моихъ бесѣдахъ въ госпиталѣ Ларибуазьеръ ²⁾ и сравнительно недавно въ этой аудиторіи. Мои взгляды по этому носографическому вопросу можно разсматривать въ слѣдующихъ нѣсколькихъ словахъ: спастическаго табеса, какъ самостоятельной болѣзни, не существуетъ; то, что описываютъ подъ этимъ названіемъ, есть лишь синдромъ, могущій служить выраженіемъ весьма различныхъ органическихъ или неорганическихъ заболѣваній. Въ числѣ этихъ заболѣваній фигурируетъ и склерозъ въ формѣ бляшекъ. Мы знаемъ уже извѣстное число примѣровъ склероза въ формѣ бляшекъ, развивавшагося подъ видомъ спастическаго *tabes'a*. Въ недавней работѣ, сдѣланной подъ руководствомъ Оппенгейма, Лапинскій ³⁾ только что опубликовалъ два новыхъ случая. Дѣло касается двухъ больныхъ, которые при жизни представляли черта за чертой симптоматологію спастическаго *tabes'a*: при вскрытіи ихъ были найдены пораженія разсѣяннаго склероза въ формѣ бляшекъ. Конечно авторъ пришелъ къ тому же заключенію, которое мной было дано уже въ моей работѣ, въ 1885 году, а именно, что синдромъ спастическаго спинальнаго паралича часто бываетъ выраженіемъ склероза въ формѣ бляшекъ.

Слѣдовательно, имѣется понятіе, прочно установленное на фактахъ, что склерозъ въ формѣ бляшекъ, въ одной изъ своихъ атипическихъ формъ, въ одной изъ своихъ незаконченныхъ формъ, развивается подъ видомъ спастическаго *tabes'a*. То, что я сейчасъ сказалъ о склерозѣ въ формѣ бляшекъ, я могу повторить и по поводу сингломіэліи, или сказать точнѣе: симптомы спастическаго *tabes'a* могутъ занимать преобладающее мѣсто между проявленіями атипической сингломіэліи. Въ рядѣ другихъ доказательствъ я сошлюсь на наблюденіе проф. Штрюмпеля ⁴⁾, работу котораго я уже резюмировалъ въ моей первой работѣ о спастическомъ *tabes'ѣ*. У больного, приводимаго въ этомъ наблюденіи, симптоматологія «спастическаго спинальнаго паралича» оказалась идеально осуществленной; при вскрытіи его были найдены центральныя полости на всемъ протяженіи спинного мозга и вторичное перерожденіе перекрестившихся пирамидальныхъ пучковъ и прямыхъ мозжечковыхъ пучковъ.

¹⁾ R a y m o n d. Article: «Tabès spasmodique». (Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales).

²⁾ R a y m o n d. Maladies du système nerveux. Scléroses systématisées de la moëlle. Paris, 1894, p. 352 et suivantes.

³⁾ L a p i n s k y.—Ueber zwei Fälle von spastischer Spinalparalyse. (Zeitschrift für klin. Medicin, 1885. Heft 2 u. 3, S. 362).

⁴⁾ S t r ü m p e l l.—Beiträge zur Pathologie des Rückenmarks. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., T. X, Heft 3, S. 695).

Аналогичные факты были опубликованы Колером¹⁾, Рейзингером²⁾ и Маршаном³⁾. Я съ своей стороны опубликовалъ⁴⁾ наблюдение, относящееся къ той же самой категоріи фактовъ. Я прошу у васъ позволенія о немъ сказать нѣсколько словъ; сейчасъ я вамъ покажу въ проекціи срѣзы спинного мозга, относящіеся къ этому случаю.

Разсматриваемый случай относился къ мужчинѣ 37 лѣтъ, болѣзнь котораго началась аномальнымъ ощущеніемъ холода въ голеняхъ; «какъ будто,—говорилъ онъ,—мои голени опустили въ воду». Кромѣ того, временамъ, онъ испытывалъ



Рис. 68.

Срѣзь, сдѣланный на уровнѣ второго шейнаго корешка.

ощущение мурашекъ и онѣмѣнія въ тѣхъ же самыхъ частяхъ. По истеченіи приблизительно около шести мѣсяцевъ эти первыя проявленія осложнились нѣкоторой степенью пареза нижнихъ конечностей съ контрактурой. Затѣмъ этотъ спастическій парезъ распространился на правое плечо. Въ концѣ концовъ онъ захватилъ всѣ четыре конечности и туловище. Позже еще къ нему присоединились атрофія около-лопаточныхъ мышцъ, повышеніе рефлексовъ, спинно-мозговое дро-

¹⁾ O. Kohler. — Casuistische Beiträge. Paraplegia cervicalis mit eigenthümlichen Sensibilitätsstörungen. Prager medic. Wochenschrift., 1882, № 44, 45.

²⁾ Reisinger et Marchand. — Das Gliom des Rückenmarks. (Virchow's Archiv, T. XCVIII, Heft 3, S. 369).

³⁾ Schlesinger — Loc. cit. p. 212, obs. VII.

⁴⁾ Raymond. — Contribution à l'étude des tumeurs névrogliques de la moelle épinière. (Archives de Neurologie, 1893, № 78, p. 77).

жаніе. Въ то время, о которомъ я говорю, не было констатировано ни малѣйшаго разстройства чувствительности.

Первыя проявленія обнаружилились около четырехъ лѣтъ тому назадъ, когда больной поступилъ въ мое отдѣленіе. Лишь годъ спустя можно было констатировать слѣдующія разстройства чувствительности, а именно: пронизывающія боли въ области крестца и гиперэстезія на правой нижней конечности. Наконецъ, нѣсколько позже, въ первый разъ констатировали расчлененную анестезію на внутренней поверхности лѣвой голени и лѣваго бедра, затѣмъ на поверхности

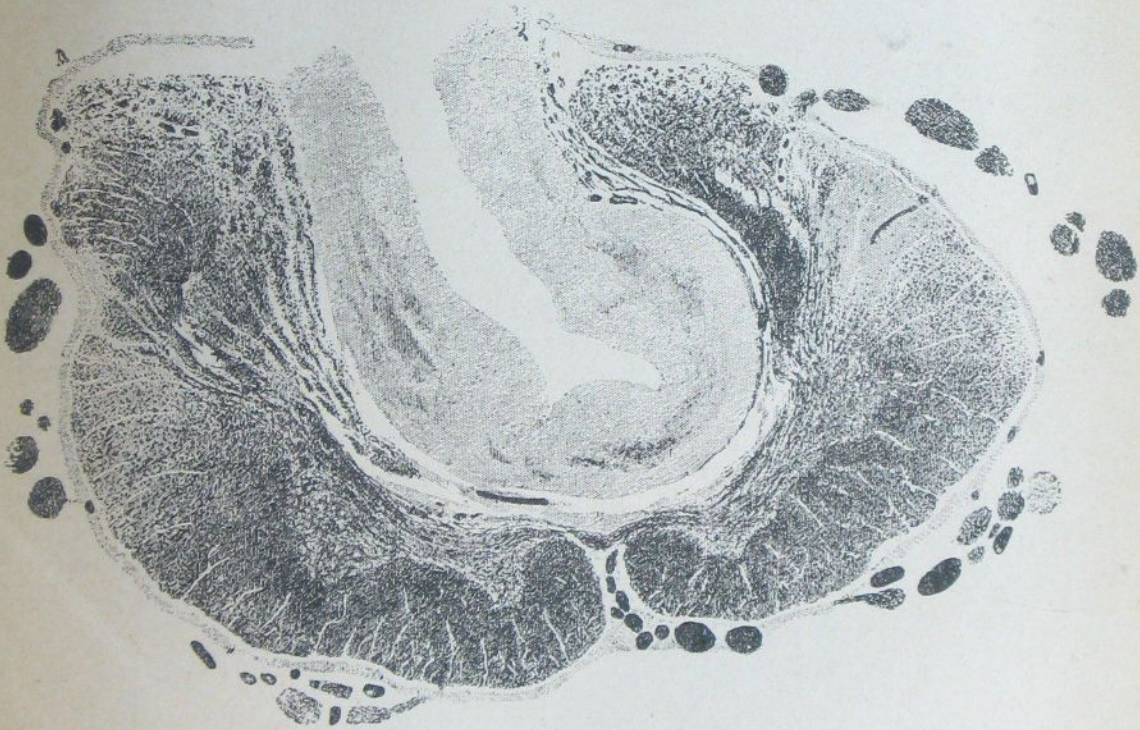


Рис. 69.

Срѣзь на уровнѣ шестого шейнаго корешка.

желудка. Этотъ человѣкъ послѣ операціи, сдѣланной согласно его настойчивому желанію, умеръ. При вскрытіи его мы нашли громадную гліоматозную опухоль въ шейной области. Эта опухоль простиралась вверхъ, не доходя лишь нѣсколькихъ миллиметровъ до кончика *calamus scriptorius*, внизъ она доходила до нижняго края поясничнаго утолщенія. Какъ вы можете убѣдиться на этихъ проэкціяхъ, опухоль виѣдрилась въ шейный сегментъ (Рис. 68, 69 и 70). На уровнѣ 8-го шейнаго корешка (Рис. 70) углубленіе представляетъ неправильную звѣздообразную форму. На уровнѣ 6-го шейнаго корешка опухоль подъ вліяніемъ терпѣваемыхъ ею манипуляцій стремится какъ бы высвободиться изъ окружающихъ ее тканей. На уровнѣ 2-го шейнаго корешка вдавленіе приняло звѣздо-

образную форму. На этомъ уровнѣ ограниченная часть опухоли имѣетъ меньшее протяженіе, чѣмъ ниже. Занимаемый ею отдѣлъ совершенно разрушилъ задніе столбы и переднюю спайку. Передніе рога сильно сдавлены; пирамидные пучки

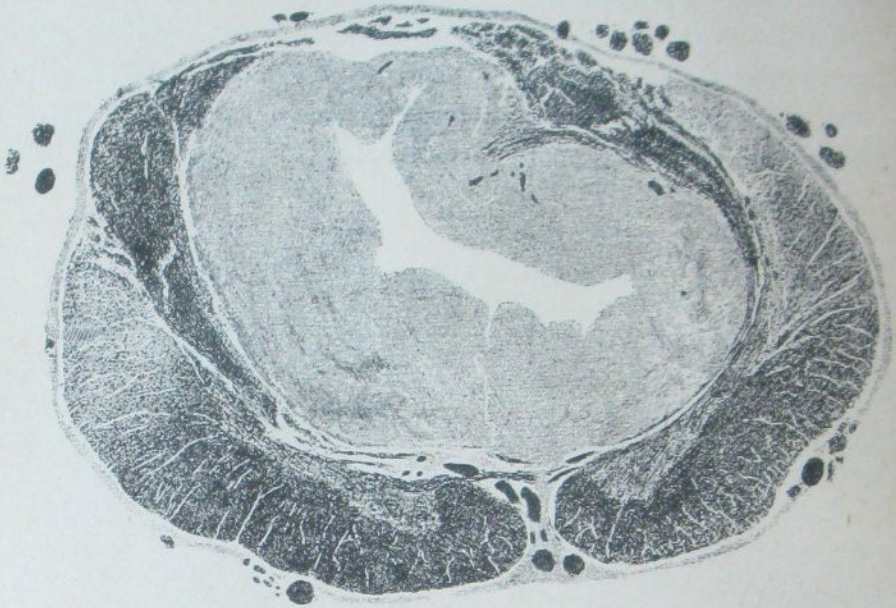


Рис. 70.

Срѣзь на уровнѣ 8-го шейнаго корешка.

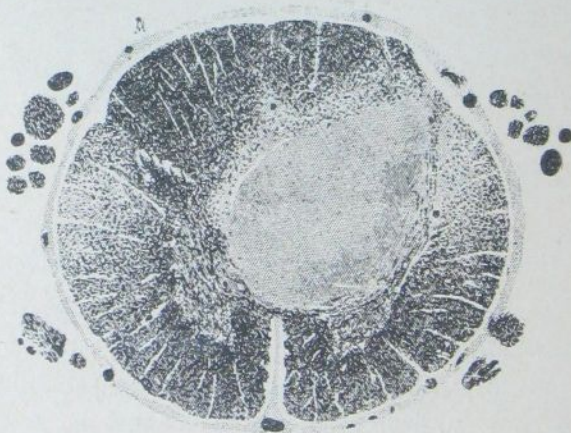


Рис. 71.

Срѣзь на уровнѣ 10-го груднаго позвонка.

также инфильтрированы. Ниже (Рис. 70) вы можете констатировать, что перекрестившіеся пирамидные пучки и прямые мозжечковые пучки сильно перерождены; менѣе ясно перерожденіе въ области пучковъ Гоуерса.

На этихъ двухъ прозкціяхъ (Рис. 71 и 72), которыя представляютъ срѣзы

спинного мозга на уровнѣ 10-го и 12-го грудныхъ корешковъ опухоль не представляетъ больше вдавленія. Вы видите, что она перемѣстилась къ заднимъ столбамъ и что на второмъ срѣзѣ (Рис. 72) она обезглавила задній рогъ. Имѣется перерожденіе пирамидальныхъ пучковъ.



Рис. 72.

Срѣзь на уровнѣ 12-го грудного позвонка.

Наконецъ, на этой послѣдней проекціи (Рис. 73) вы можете убѣдиться, что въ конечномъ конусѣ опухоль представляется въ формѣ разлитой инфильтраціи, расположенной сзади сѣраго центрального вещества, на уровнѣ шейки лѣваго задняго рога.



Рис. 73.

Срѣзь на уровнѣ конечнаго конуса.

Тѣ изъ васъ, которые посѣщаютъ палаты клиники, можетъ быть, вспомнить лежавшую подъ № 2-мъ въ палатѣ Шарко больную, которая 15 дней тому назадъ умерла. По поводу случая этой женщины мы также находились въ нерв-



шительности, имѣемъ ли мы тутъ дѣло со склерозомъ въ формѣ бляшекъ, или съ сирингомизіей ¹⁾. Вы сейчасъ сами обсудите это по тому краткому описанію клинической исторіи больной, которое я вамъ дамъ; впослѣдствіи я укажу на бывшіе у нея при жизни симптомы, стоящіе въ связи съ пораженіями, обнаруженными нами при вскрытіи.

Занимающая насъ женщина умерла 38 лѣтъ. По профессіи она была портниха. Она принадлежала къ одному изъ тѣхъ семействъ, которое можно назвать «нервнымъ». Въ возрастѣ 21 года ея здоровье особенно пострадало. Въ это время она очень сильно утомлялась, ухаживая за своей больной матерью; она сдѣлалась малокровной, малѣйшее усиліе вызывало у нея глубокое изнеможеніе. Состояніе ея нервности въ это время ухудшилось.

Однажды, проснувшись ночью, больная замѣтила, что ея рука сдѣлалась необыкновенно тяжела, ей трудно было шевелить этой рукой. Съ этого времени у нея осталось нѣкоторое затрудненіе при движеніяхъ этой конечностью.

Два года спустя тѣ же самыя явленія произошли въ правой голени, затѣмъ, нѣсколько позже, въ лѣвомъ плечѣ и въ лѣвой голени. Въ концѣ концовъ общая ригидность охватила всѣ четыре конечности. Въ такомъ состояніи эта женщина, родомъ изъ Блуа, обратилась къ намъ въ Сальпетріеръ.

То, что обратило съ самаго начала, при первомъ изслѣдованіи больной, наше вниманіе, это — спастическая тугоподвижность всѣхъ четырехъ конечностей. Эта ригидность была особенно выражена въ нижнихъ конечностяхъ. Можно сказать, что съ этой стороны существовала настоящая спастическая параплегія, которая сопровождалась очень яснымъ повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ и явленіемъ спинальнаго дрожанія. Стопы ногъ были фиксированы въ очень выраженномъ положеніи такъ называемой лошадиной стопы. Никакой замѣтной мышечной атрофіи на нижнихъ конечностяхъ не констатировано. Не было также разстройствъ и со стороны сфинктеровъ.

На верхнихъ конечностяхъ, гдѣ ригидность была меньше, сухожильные рефлексы были также весьма замѣтно повышены. Кромѣ того, въ различныхъ отдѣлахъ этихъ конечностей наблюдалась мышечная атрофія; особенно она была выражена на кистяхъ рукъ.

На туловищѣ и на конечностяхъ мы констатировали расстройства поверхностной чувствительности, которыя состояли въ общей анестезіи, распространявшейся почти по всей поверхности наружныхъ покрововъ.

Наконецъ, языкъ былъ атрофированъ. Въ то время, какъ эта атрофія почти совершенно закончила свое дѣло въ лѣвой половинѣ языка, справа она только начиналась. На поверхности этой послѣдней половины замѣчались фибриллярныя сокращенія.

¹⁾ Смори XXIV лекцію.

Слѣдовательно, мы здѣсь имѣли предъ собой сочетаніе симптомовъ, изъ которыхъ одни принадлежали главнымъ образомъ склерозу въ формѣ бляшекъ (спастическая тугоподвижность съ повышеніемъ рефлексовъ и спинальнымъ дрожаніемъ), другіе (мышечная атрофія, расчлененная анестезія)—къ сирингоміэліи. Вотъ эта-то послѣдняя была тутъ единственной причиной, какъ то показало вскрытіе и какъ въ этомъ я убѣдился еще при жизни больной.

Привожу дословно врученную мнѣ выписку изъ протокола о результатахъ изслѣдованія спинного мозга этой женщины невооруженнымъ глазомъ:

«Въ спинномъ мозгу существуетъ одиночная полость (раздвоенная передне-задней перегородкой только на небольшомъ пространствѣ въ грудной области), которая простирается почти до конечнаго конуса. Стѣнки этой полости

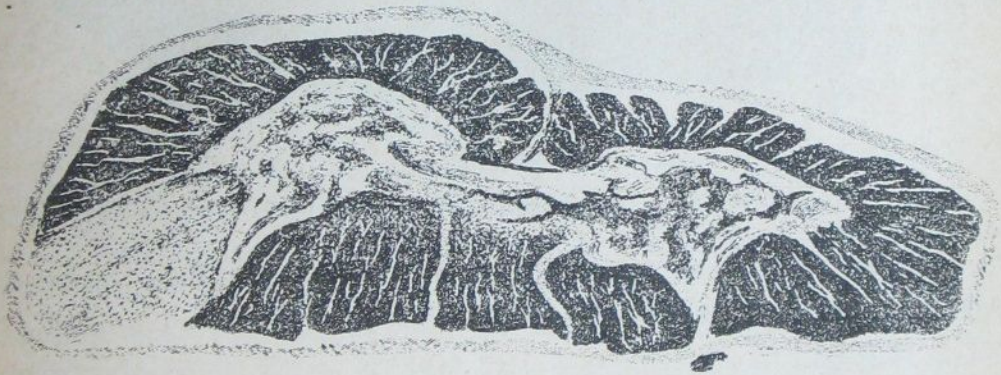


Рис. 74.

Срѣзь на уровнѣ второго шейнаго корешка. Почти полное разрушеніе сѣраго вещества; глубокое перерожденіе заднихъ столбовъ.

не очень толсты. Бѣлое вещество кажется болѣе пострадавшимъ. Имѣется весьма выраженное двухстороннее перерожденіе пирамидальнаго пучка. Въ грудной области спинной мозгъ видоизмѣнился въ настоящую сѣтку съ громадной полостью и очень тонкой стѣнкой».

«Въ продолговатомъ мозгу замѣчается двухстороннее перерожденіе пирамидъ; кромѣ того, правая пирамида почти по всей ея периферіи и снаружи подрыта полостью въ формѣ щели; эта полость, можетъ быть, есть окончаніе спинно-мозговой полости».

«Эта полость, продолжаясь нѣсколько кнаружи, пересѣкаетъ волокна п. hypoglossi вблизи мѣста ихъ выхода».

Съ другой стороны гистологическое изслѣдованіе, произведенное Филиппомъ, дало результаты, вполне согласные съ результатами изслѣдованія простымъ глазомъ и дополняетъ послѣдніе. Вы можете по этимъ прозекціямъ (рис. 74, 75 и 76 ¹⁾) составить себѣ понятіе о расположеніи и о границахъ сирингоміэлическаго

¹⁾ Эти рисунки относятся къ срѣзамъ, окрашеннымъ по способу Вейгерта-Пала.

пораженія. Вы видите, что въ верхней части шейнаго сегмента сѣрое центральное вещество совершенно разрушено; немного ниже передніе рога (рис. 75) возстановляются; задніе рога и задніе столбы значительно уплощены. Пораженіе на



Рис. 75.

Срѣзь на уровнѣ четвертаго шейнаго позвонка.

этомъ уровнѣ играло роль поперечнаго очага, который разрушилъ совершенно заднюю половину,—чувствительный отдѣлъ,—спинного мозга.

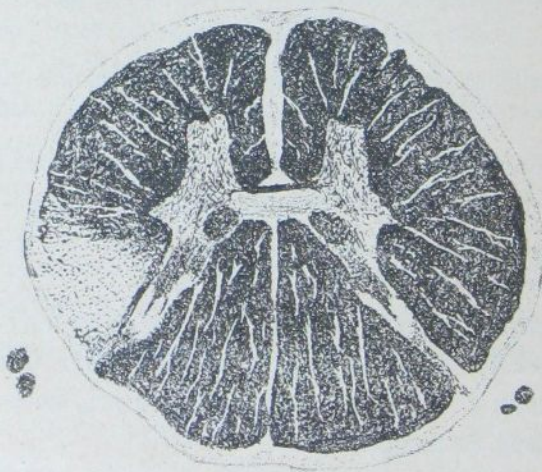


Рис. 76.

Срѣзь на уровнѣ втораго груднаго позвонка.

Наконецъ на другой проэкціи (рис. 76) вы можете убѣдиться, что сирингомиелическое пораженіе не распространяется далѣе нижней границы шейнаго сегмента. Ниже, имѣется лишь вторичное перерожденіе лѣваго пирамидальнаго пучка, которое вы замѣчаете на срѣзахъ, сдѣланныхъ на болѣе высокихъ уровняхъ.

Теперь надѣюсь, вы убѣдились въ основательности слѣдующихъ двухъ положеній:

Сирингоміэлія въ атипической формѣ можетъ представлять болѣе или менѣе большое сходство съ классической картиной склероза въ формѣ бляшекъ.

Она можетъ развиваться подѣ вышнимъ видомъ, напоминающимъ отчасти форму спастическаго *tabes*'а, т. е. синдрома, который можетъ вполне служить маской одной изъ скрытыхъ формъ склероза въ формѣ бляшекъ,

За одно вы должны убѣдиться и въ томъ, что вамъ можетъ представиться необходимость проводить параллель между сирингоміэліей и этими разнообразными склероза въ формѣ бляшекъ.

Затѣмъ, сходныя черты между сирингоміэліей и склерозомъ въ формѣ бляшекъ не ограничиваются только что намѣченными мною, а сюда относятся до нѣкоторой степени и расстройства чувствительности. По этому поводу позвольте мнѣ еще разъ напомнить вамъ о настоящемъ положеніи вопроса о расстройствахъ чувствительности въ случаяхъ сирингоміэліи.

Не очень давно расчлененная анестезія—анестезія, которая исключительно распространяется на термическую чувствительность, или захватываетъ одновременно эту послѣднюю и болевую чувствительность, не касаясь только тактильной чувствительности,—эта расчлененная анестезія, говорю я, считалась собственно принадлежностью сирингоміэліи. Ей до нѣкоторой степени приписывали патогномическое значеніе. Теперь извѣстно, что эта разновидность анестезіи наблюдается при очень различныхъ патологическихъ условіяхъ. Весьма недавно я имѣлъ случай указывать на частоту ея появленія у субъектовъ, страдавшихъ *paralysis alternans* въ связи съ *bulbo-protuberanti*'альнымъ пораженіемъ.

Расчлененная анестезія наблюдается также въ случаяхъ склероза въ формѣ бляшекъ. Сейчас я приведу доказательство этого. Что это бываетъ такъ, вполне естественно. Что можетъ сдѣлать гліоматозная опухоль, или какое-либо другое новообразованіе, какъ, напримѣръ, перерывъ проводниковъ чувствительности, то, понятно, можетъ произвести и всякое поврежденіе, какъ бы оно ни было ограничено, будетъ-ли это геморрагическій фокусъ, или фокусъ размягченія, или склеротическая бляшка. Факты, что такъ бываетъ, имѣются налицо. То, что я высказываю, съ перваго взгляда можетъ показаться удивительнымъ, тѣмъ, кто пронизанъ классическими понятіями, ибо мой знаменитый предшественникъ высказывалъ, какъ бы въ родѣ афоризма, слѣдующее предположеніе: «Расстройства чувствительности не входятъ въ составъ клинической картины склероза въ формѣ бляшекъ». Дѣйствительно, обыкновенно такъ и бываетъ, что теченія разсѣяннаго склероза двигательныя расстройства, порою, дрожаніе развиваются безъ сопровождающихъ расстройствъ чувствительности. Слѣдовательно, упомянутое мной сейчасъ предположеніе въ принципѣ существуетъ. Шарко, однако, сдѣлалъ уже нѣкоторую поправку въ томъ смыслѣ, что допускалъ много исключеній:

Шарко подмѣтилъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ склеротическія бляшки локализируются въ заднихъ столбахъ, можно наблюдать болѣзненную картину, которая до извѣстной степени симулируетъ картину двигательной атакіи, а именно: признакъ Ромберга, двигательную инкоординацію, молніеносныя стрѣляющія боли, гипѣстезію и даже расстройства мочеиспусканія (Эрбъ, Оппенгеймъ). То же самое было въ случаѣ больного, умершаго въ отдѣленіи Гоше (госпиталь Св. Антонія), сообщенномъ мнѣ однимъ изъ моихъ теперешнихъ интерновъ, Клодомъ. У этого мужчины при жизни, кромѣ общей спастической ригидности, были острые боли въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ, зависѣвшія отъ присутствія склеротическихъ бляшекъ въ заднихъ столбахъ и соотвѣствующихъ корешкахъ.

Вообще, дѣло идетъ объ исключительныхъ случаяхъ и ихъ можно поставить въ параллель со случаями сирингоміэліи, въ которыхъ участіе заднихъ столбовъ въ спинно-мозговомъ пораженіи выражалось соотвѣстственными клиническими явленіями.

Помимо стрѣляющихъ болей, помимо гипѣстезіи въ случаяхъ склероза въ формѣ бляшекъ встрѣчаютъ также расчлененную анестезію. Это, по крайней мѣрѣ, вытекаетъ изъ изслѣдованій бреславльскаго врача Фрейнда¹⁾. Этотъ врачъ тщательно изслѣдовалъ состояніе чувствительности у 33 субъектовъ, представлявшихъ симптомы склероза въ формѣ бляшекъ и въ извѣстномъ числѣ случаевъ констатировалъ присутствіе расчлененной анестезіи. Говоря правду, послѣдняя не представляла той ясности, той длительности, какую обыкновенно находятъ въ случаяхъ сирингоміэліи. Чаще всего она состояла въ нечувствительности къ тепловымъ ощущеніямъ, ограничивавшейся какой-либо одной областью конечности, напр., голенью, въ сочетаніи съ тактической гипѣстезіей безъ очень яснаго измѣненія болевой чувствительности. Кромѣ того, эта расчлененная анестезія то исчезала, то вновь появлялась. Сверхъ того, результаты изслѣдованія Фрейнда мы дополнимъ слѣдующими своими разсужденіями.

Въ числѣ наблюденій, приведенныхъ въ статьѣ этого врача, имѣется одно наблюденіе (V-ое), относящееся къ больному, у котораго отмѣчена гипѣстезія, распространяющаяся на всѣ виды поверхностной чувствительности. Въ другомъ наблюденіи (XI-ое) говорится, что результаты, получаемые отъ изслѣдованія чувствительности, каждый день мѣнялись и получались другіе. У субъекта въ XVI-мъ наблюденіи на лѣвой голени наблюдается неувѣренность въ воспріятіи различныхъ категорій ощущеній: такъ, тепловые раздраженія вызывали простое чувство продолжительнаго прикосновенія. Въ наблюденіи XVIII-мъ въ нижней правой конечности отмѣчена почти полная тактильная анестезія; болевая чувствительность и чувствительность къ холоду была сохранена; наоборотъ, чувстви-

¹⁾ Freund.—Ueber das Vorkommen von Sensibilitätsstörungen, etc. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh., 1890, XXXII, Heft 2 u. 3, S. 317 u. 388).

тельность къ теплу была утрачена. Также и у другого больного (наблюденіе XXII-е) ощущенія тепла не были воспринимаемы въ поясѣ, расположенномъ на внутренней поверхности бедра, тактильная же и болевая чувствительность повсюду была сохранена.

Представимъ теперь результаты изслѣдованій, произведенныхъ по моему почину надъ больными изъ клиники, страдающими склерозомъ въ формѣ бляшекъ. Въ данное время мы насчитываемъ 4 больныхъ этой категоріи, лежащихъ въ палатѣ Прусса. У одной изъ этихъ больныхъ мы не могли совершенно обнаружить разстройствъ чувствительности. У трехъ другихъ хотя разстройства чувствительности и существуютъ, но они очень сбивчивы и не вполне опредѣлены. Вообще можно сказать, что простое прикосновеніе, уколы, впечатлѣнія холода хорошо воспринимаются, лишь тепловыя ощущенія вызываютъ ошибочныя воспріятія. Ощущенія различныхъ родовъ ясно локализируются. Въ нѣкоторыхъ областяхъ мы констатируемъ замедленіе въ передачѣ чувствительныхъ впечатлѣній, мало, впрочемъ, выраженное. То тутъ, то тамъ мы встрѣчали пояса анестезіи, площадь которыхъ мѣнялась съ минуту на минуту, въ зависимости отъ состоянія больныхъ—спокойны-ли они, или утомлены, такъ что невозможно точно опредѣлить ихъ границы.

Вы сейчасъ, воочію, сами уясните себѣ свойства этихъ чувствительныхъ разстройствъ на больной, которой я сію минуту вамъ представляю. Эта женщина безспорно представляетъ собой примѣръ склероза въ формѣ бляшекъ. Уже въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ у нея имѣется спастическая параплегія въ нижнихъ конечностяхъ, повышеніе рефлексовъ, спинно-мозговое дрожаніе, дрожь въ верхнихъ конечностяхъ, вызываемая преднамѣренными движеніями. Рѣчь скандированная, немного растянутая; въ глазныхъ яблокахъ наблюдается nystagmus и проч. Уже въ 1895 году у нея отмѣтили существованіе разстройствъ чувствительности: тактильная чувствительность была сохранена. Уколъ вызывалъ болѣзненное ощущеніе, что ясно указывало на нѣкоторую степень гиперэстезіи, въ верхнихъ конечностяхъ, болѣзненное ощущеніе оставалось въ теченіи нѣсколькихъ минутъ. Термическая чувствительность на всей поверхности наружныхъ покрововъ, за исключеніемъ нѣкотораго протяженія на нижнихъ конечностяхъ, была не затронута. Этотъ поясъ терманестезіи начинался на палецъ выше колѣна и спускался внизъ до подъема стопы. Въ поперечномъ направленіи онъ не переходилъ границы передне-наружной области конечности. Этотъ поясъ имѣлъ симметрическое расположеніе на одной и на другой сторонѣ. Кромѣ того, на уровнѣ лѣвой голени ощущенія холода вызывали обыкновенныя тактильныя ощущенія, между тѣмъ какъ прикосновеніе какого-либо тѣла воспринимались, какъ уколъ.

При изслѣдованіи, произведенномъ сегодня (19-го Марта 1896 г.) найдено, что тактильная чувствительность на всей поверхности тѣла, за исключеніемъ передне-наружной и задней наружной поверхности обѣихъ голеней, сохранена; въ

этихъ частяхъ тактильныя ощущенія были воспринимаемы, какъ уколы. Все это еще имѣется налицо, какъ вы въ этомъ можете убѣдиться сами. Кромѣ того, болевая чувствительность сохранена повсюду. Существуетъ даже на всемъ пространствѣ наружныхъ покрововъ нѣкоторая степень гиперэстезіи. Вы видите, что когда больной сдѣлають нѣсколько поверхностныхъ уколовъ, она жалуется на сильныя боли. Чувствительность къ холоду и теплу повсюду сохранена, можетъ быть даже, въ поверхностныхъ частяхъ, повышена. Сверхъ того, на задне- и передне-наружныхъ поверхностяхъ обѣихъ голеней больная довольно часто смѣшиваетъ между собой эти три разновидности ощущеній: боль, тепло, холодъ. Мышечное чувство не затронуто.

Вообще, это наблюденіе подтверждаетъ результаты, сообщенные Фрейндомъ.

Итакъ, въ случаяхъ склероза въ формѣ бляшекъ разстройства чувствительности часто отсутствуютъ. Когда они налицо, то представляютъ измѣнчивый и полиморфный характеръ и, по своему способу проявленія, отличаются отъ тѣхъ же самыхъ разстройствъ въ случаяхъ сирингоміэліи. Здѣсь, при сирингоміэліи, расчлененная анестезія, которая щадитъ тактильное чувство, составляетъ обычное явленіе, она составляетъ правило и доминируетъ въ картинѣ болѣзни; она локализуется въ одномъ поясѣ съ ясно опредѣленными границами. Такъ, въ случаяхъ разсѣяннаго склероза, чувствительныя разстройства въ силу ихъ измѣнчивости и полиморфности, не подчиняются никакому правилу: наблюдаютъ безразлично тактильную анестезію, термо-анестезію, полную или частичную, очень рѣдко аналгезію (обратное тому, что имѣетъ мѣсто въ случаяхъ сирингоміэліи), ошибки въ оцѣнкѣ свойствъ ощущеній, ошибки локализациі, замедленіе воспріятій,— все это непостоянно, быстротечно и поминутно измѣняется. Короче, если представляется справедливымъ сказать, что расчлененная анестезія наблюдается иногда въ формѣ бляшекъ, то не менѣе вѣрнымъ будетъ добавить, что тутъ она обнаруживаетъ свойства, весьма отличныя отъ тѣхъ, которыя у этой расчлененной анестезіи наблюдаются въ случаяхъ сирингоміэліи.

Возвращаясь къ случаю нашей больной, мы отмѣтили значительное пространство, занимаемое у нея анестезіей, опредѣленность и устойчивость разстройствъ чувствительности, относительно большая часть которыхъ относится къ аналгезіи,— все это—доводы, говорящіе въ пользу гипотезы сирингоміэліи и противъ гипотезы склероза въ формѣ бляшекъ.

Между бульбарными проявленіями, о которыхъ я съ вами уже бесѣдовалъ, есть одно, говорящее въ томъ же направленіи, а именно: геміатрофія азыка. Это явленіе, какъ и чувствительныя разстройства, заслуживаетъ того, чтобы на немъ остановиться и оцѣнить его діагностическое значеніе.

Перечисляя въ моей предыдущей лекціи ¹⁾ главныя атипическія формы

¹⁾ См. лекцію XXV.

сирингомієліі, я указывалъ на относительно большую частоту нѣкоторыхъ элементовъ bulbo-protuberanti'ального синдрома этой болѣзни и тогда я вамъ объяснилъ, почему это такъ бываетъ: «излюбленными мѣстами для bulbo-protuberanti'альныхъ поражений при сирингомієліі», говорилъ я вамъ, «кажется, бываютъ ядра восходящей вѣтви тройничнаго нерва, ядра п. п. vagi et hypoglossi, центры иннерваціи зрачка и боковыхъ движеній глазныхъ яблокъ». Поэтому нѣтъ ничего удивительнаго, что между проявленіями сирингомієліі относительно часто фигурируетъ атрофія половины или всего языка; эта атрофія составляетъ лишь послѣдствіе разрушенія одного или двухъ ядеръ п. hypoglossi, центровъ двигательной и трофической иннерваціи этихъ нервовъ. Тѣмъ не менѣе вамъ слѣдуетъ знать, что атрофія языка въ одномъ или другомъ случаѣ бываетъ наблюдаема и при склерозѣ въ формѣ бляшекъ.

Такъ одинъ нѣмецкій авторъ Эбштейнъ ¹⁾ сообщилъ наблюденіе больного, у котораго вслѣдъ за брюшнымъ тифомъ появилось затрудненіе рѣчи съ разстройствомъ координаціи во всѣхъ четырехъ конечностяхъ. Затрудненіе рѣчи состояло въ томъ, что рѣчь была неясная, но не скандированная.

Больной не былъ въ состояніи свистать, потому что онъ не могъ придать своему языку форму, которой требуетъ актъ свистанія.

Нѣсколько позже, Эбштейнъ ²⁾ познакомилъ насъ съ результатами вскрытія этого больного, у котораго уже при жизни была отмѣчена весьма ясная атрофія передней части языка. Два пункта надо запомнить изъ протокола этого вскрытія: прежде всего, оно подтвердило существованіе атрофіи передней половины языка; атрофированныя мышечныя волокна наблюдались также и въ задней половинѣ языка; во вторыхъ, найдены были склеротическія бляшки въ ядрахъ п. hypoglossi и между волокнами внутри-бульбарнаго отдѣла этого нерва.

Затѣмъ я вамъ приведу случай больного, котораго профессоръ Нотнагель представлялъ въ Вѣнскомъ психіатрическомъ и неврологическомъ обществѣ ³⁾. Это былъ мужчина 39 лѣтъ, у котораго кромѣ типическихъ проявленій склероза въ формѣ бляшекъ была весьма выраженная атрофія передней части языка. Мелкія мышцы правой кисти руки были также атрофированы.

Судя по этимъ рѣдкимъ примѣрамъ, оказывается, слѣдовательно, что въ случаяхъ склероза въ формѣ бляшекъ атрофія языка наблюдается крайне рѣдко, занимаетъ переднюю часть этого органа; наоборотъ, въ случаяхъ сирингомієліі, гдѣ она наблюдается относительно часто, эта атрофія языка преобладаетъ въ одной

¹⁾ E b s t e i n. Sprach und Coordinationsstörung in Armen etc. (Deutsches Archiv für klin. Medicin, 1871, T. IX, Heft 4—5, S. 528).

²⁾ Eodem loco, 1872, T. X, Heft 6, S. 595.

³⁾ J e l l i n e k. Ein Fall von multipler Sklerose. (Neurologisches Centralblatt, 1895, № 23, S. 1148).

его половинѣ, или является односторонней. Вы согласитесь, конечно, что констатированіе геміатрофіи языка у нашей больной говоритъ еще болѣе въ пользу діагноза сирингоміэліи.

Искривленіе позвоночнаго столба до нѣкоторой степени подтверждаетъ этотъ діагнозъ.

Я подвожу всему итогъ.

У больной, случай который насъ такъ долго занималъ, мы констатировали двѣ категоріи симптомовъ:

а) одни представляютъ собой составную часть классической картины сирингоміэліи: это расчлененная анестезія, спастическій парезъ конечностей, геміатрофія языка, сколіозъ;

б) другія, какъ извѣстно, встрѣчаются въ нѣкоторыхъ атипическихъ формахъ сирингоміэліи; какъ таковыя, я вамъ приведу: затрудненіе рѣчи, *pustagmus*, неравномѣрное расширеніе зрачковъ, сосудодвигательный параличъ, ограничивающійся одной половиной лица, интенціональная дрожь, усиленіе рефлексовъ и спинно-мозговое дрожаніе.

Различныя проявленія этой второй категоріи представляютъ собой составную часть множественнаго склероза; сюда можетъ присоединиться спастическій парезъ и въ итогъ мы получимъ аномальную разновидность склероза въ формѣ бляшекъ (разновидность въ формѣ спастическаго *tabes'a*), ибо расчлененная анестезія и атрофія языка были наблюдаемы, какъ исключеніе, въ теченіи этой болѣзни.

Вопросъ, являющійся при изслѣдованіи нашей больной, заключается въ томъ, не имѣемъ ли мы тутъ дѣла со случаемъ склероза къ формѣ бляшекъ, — съ атипической его формой. Я этотъ діагнозъ, какъ вы знаете, отклонилъ потому, что у нашей больной анестезія представлялась съ характеромъ такой опредѣленности, протяженія, распредѣленія и расчлененности, которыхъ не бываетъ въ случаяхъ склероза въ формѣ бляшекъ; потому, что атрофія языка ограничена одной половиной его; но особенно потому, что констатированный нами у этой женщины сколіозъ настолько же чуждъ симптоматологіи множественнаго склероза, насколько онъ часто наблюдается въ случаяхъ сирингоміэліи.

При этихъ условіяхъ намъ не остается ничего болѣе, какъ возвратиться къ гипотезѣ о сирингоміэліи въ формѣ множественнаго склероза.

Случай нашей больной, слѣдовательно, присоединяется къ извѣстнымъ рѣдкимъ примѣрамъ этой атипической формы сирингоміэліи.

Допуская, что мой діагнозъ — вѣренъ, данный случай подтверждаетъ то мнѣніе, на которомъ я уже настаивалъ, а именно: что при сирингоміэліи расчлененная анестезія можетъ распространяться на другіе виды чувствительности, какъ на термо-анестезію, на чувствительность къ ощущеніямъ тепла и холода. Онъ подтверждаетъ и другое понятіе, согласно которому при сирингоміэліи двигатель-

ный парезъ можетъ появляться и прогрессировать независимо отъ атрофіи парезированныхъ мышцъ.

Онъ подтверждаетъ то, что, какъ мы уже знаемъ, во время теченія сирингоміэліи часто бываютъ бульбарныя явленія.

Такимъ образомъ вы сами могли убѣдиться въ вѣрности того, что я сказалъ въ началѣ моей предыдущей лекціи относительно часто безъисходной трудности, съ которой иногда сталкивается насъ клиника. Бываютъ случаи, говорилъ я, гдѣ колебаніе не только извинительно, но оно обязательно; это можно примѣнить и къ случаю нашей больной. Поставленный мною діагнозъ есть діагнозъ вѣроятный, но онъ подкрѣпленъ аргументами, значеніе которыхъ, я надѣюсь, вы оцѣнили.

Мнѣ остается сказать лишь два слова о предсказаніи и о леченіи сирингоміэліи и склероза въ формѣ бляшекъ—двѣ болѣзни одинаково неизлечимы; обѣ болѣзни презираютъ наши терапевтическія средства ¹⁾. Всякое длинное по этому поводу разсужденіе будетъ, слѣдовательно, имѣть своимъ эпилогомъ—сознаніе въ безсиліи. Я долженъ даже прибавить, что сирингоміэлія вообще длится гораздо короче, чѣмъ склерозъ въ формѣ бляшекъ, особенно когда она сопровождается бульбарными явленіями, все это заставляетъ насъ сдѣлать довольно мрачное предсказаніе *quoad vitam* въ нашемъ случаѣ.

Лекція XXVII.

Общее развитіе сухотки спинного мозга ¹⁾.

Содержаніе.—Цѣль этой лекціи. —Насколько отъ врача требуется знаніе естественнаго развитія болѣзней вообще и заболѣваній нервныхъ болѣзней въ частности.—Полиморфизмъ симптоматологіи *tabes dorsalis*.—Обычное начало болѣзни.—Разъ болѣзнь началась, она назадъ больше не отступаетъ, но фазы улучшенія возможны.—Развитіе *tabes dorsalis* заключаетъ въ себѣ три періода.—Предатактическій періодъ.—Нѣкоторыя явленія почти никогда не отсутствуютъ во время этого перваго періода, между ними есть такія, которыя могутъ замѣтно преобладать надъ другими.—Атаксическій періодъ.—Нарождающуюся атаксію не всегда легко доказать.—Атаксія развивается съ различной быстротой.—Вообще, она распространяется снизу вверхъ и симметрично.—Періодъ безпомощности.—Главной причиной безпомощности признается двигательная инкоординація.—Она можетъ зависѣть отчасти и отъ мышечной атрофіи.—Главныя симптоматическія разновидности.—Классическая форма *tabes dorsalis* съ восходящимъ направленіемъ.—*Tabes cervicalis* съ нисходящимъ направленіемъ.—Нѣкоторыя табетики не идутъ дальше предатактическаго періода; клиническіе примѣры;

¹⁾ Скажемъ кстати, я склоненъ думать, что въ случаяхъ, принятыхъ за множественный склерозъ и окончившихся выздоровленіемъ, были ошибки въ діагнозѣ.

²⁾ Лекція 10-го Января 1896.

у другихъ табетиковъ сразу появляется двигательная инкоординація; клиническіе примѣры.—Другіе черезъ очень короткое время достигаютъ періода безпомощности; клиническіе примѣры.—Спеціальная категорія заключаетъ въ себѣ случаи, гдѣ къ классическимъ симптомамъ *tabes dorsalis* присоединяются проявленія обыкновеннаго сифилиса нервныхъ центровъ, поддающіяся специфическому леченію.—*Tabes* съ амавротическимъ началомъ; его предсказаніе.—Табетическія явленія, наступленіе которыхъ имѣетъ серьезное прогностическое значеніе.—Признаки, по которымъ въ извѣстной мѣрѣ можно предвидѣть этотъ способъ развитія.—Вліяніе нервной наслѣдственности.—Вліяніе семейнаго предрасположенія; значеніе нѣкоторыхъ добавочныхъ симптомовъ.—Вліяніе причинъ, появившихся во время развитія *tabes'a*.—Заключеніе.

М.м. Г.г. Сегодня я намѣренъ вамъ высказать нѣсколько клиническихъ соображеній относительно развитія *tabes dorsalis*. Дѣлая это, я преслѣдую двоякую цѣль: я хочу сначала указать вамъ опорные пункты, которыми вы будете руководиться, когда вамъ случится высказать ваше мнѣніе относительно предсказанія при *tabes dorsalis*; я желаю затѣмъ, чтобы вы могли сами оцѣнить результаты методовъ леченія,—въ ихъ истинномъ значеніи,—которые вы будете имѣть случай видѣть примѣняемыми, или сами будете примѣнять въ случаяхъ табеса. Сегодняшняя моя лекція будетъ, слѣдовательно, какъ-бы вступленіемъ къ тѣмъ лекціямъ, которымъ я предполагаю посвятить ближайшую и слѣдующую за ней пятницы и въ которыхъ я займусь вопросомъ о методѣ леченія, который вы видѣли въ примѣненіи въ моемъ отдѣленіи—я говорю о методѣ Френкеля, имѣющемъ цѣлью исправить одно изъ проявленій *tabes dorsalis*, именно двигательную инкоординацію, путемъ нѣкотораго перевоспитанія мышцъ.

Начну съ банальной истины, что врачъ, когда онъ поставилъ съ большой или меньшей увѣренностью діагнозъ болѣзни, прежде всего долженъ предвидѣть развитіе этой болѣзни и знать, насколько это въ его силахъ, связь цѣпи симптомовъ съ дальнѣйшимъ ходомъ болѣзненныхъ пораженій, все равно,—идетъ ли болѣзнь къ выздоровленію, или наоборотъ, она имѣетъ склонность къ роковому исходу. Въ этомъ заключается все ученіе о предсказаніи, имѣющемъ столь громадное значеніе для врача-практика.

И это важно не только потому, что репутація врача находится въ прямой связи съ болѣе или менѣе точнымъ и опредѣленнымъ мнѣніемъ, высказаннымъ имъ относительно будущности больного, но и потому, что этотъ вопросъ объ естественномъ развитіи болѣзней представляется самъ по себѣ весьма важнымъ; а также и особенно потому, что для того, чтобы здраво судить о вещахъ, надо знать, обязаны ли достигнутые результаты однимъ только усиліямъ природы, естественному развитію болѣзни, или они должны быть отнесены на счетъ врачебнаго вмѣшательства.

Для всѣхъ болѣзней это такъ, но безъ преувеличенія можно сказать, что

по отношенію къ болѣзнямъ нервной системы и въ частности въ отношеніи хроническихъ нервныхъ болѣзней этотъ взглядъ приобретаетъ преобладающую важность.

Не забывайте, господа, что между этими болѣзнями есть такія, которыя развиваются, имѣя болѣе или менѣе прогрессивное теченіе, въ теченіи 20 лѣтъ и болѣе. Хорошо знать это развитіе, предвидѣть, что будетъ у тѣхъ, или у другихъ больныхъ—я предполагаю, разумѣется, больныхъ, страдающихъ одной и той же болѣзнью,—это значитъ знать, какіе могутъ появиться эпизоды, ухудшающіе или иногда улучшающіе предсказаніе и проч.

Это, господа, въ практической дѣятельности такіе вопросы, которые неизбежно будутъ встрѣчаться и которые каждому изъ васъ не сегодня, завтра придется рѣшать.

Въ сегодняшней лекціи я желаю съ вами разсмотрѣть нѣкоторые изъ многочисленныхъ видовъ, которые могутъ представлять естественное развитіе весьма обыкновенной хронической болѣзни нервной системы, продолжительность которой можетъ быть очень длительная, поступательное впередъ развитіе которой обыкновенно постоянное, но которая временами можетъ представлять кажущуюся приостановку въ развитіи, или же можетъ развиваться съ необыкновенной быстротой—однимъ словомъ, теченіе которой, смотря по случаю, можетъ быть совершенно различно: дѣло идетъ, какъ я вамъ сказалъ, о спинной сухоткѣ, о двигательной прогрессивной атаксiи.

Понятно, что я не имѣю намѣренія исчерпать весь предметъ: я хочу лишь набросать вамъ главныя черты; этого, я думаю, будетъ достаточно, чтобы обнять общую картину случаевъ.

Кто видѣлъ много табетиковъ, кто внимательно ихъ изучалъ и слѣдилъ за ними въ теченіе долгихъ лѣтъ, тому скоро приходится убѣдиться въ томъ, что вообще нѣтъ двухъ табетиковъ, которые бы точно походили другъ на друга. У каждого больного спинная сухотка имѣетъ спеціальную фیزیономію. Несомнѣнно, вамъ придется встрѣтить табетиковъ, представляющихъ одни и тѣ же симптомы, но группировка ихъ, способъ проявленія, а въ особенности поступательное движеніе этихъ симптомовъ будутъ весьма различны, соответственно случаямъ. Ваши классическія руководства дадутъ вамъ и могутъ дать лишь крайне недостаточныя шематическія обозрѣнія, такъ какъ, что всегда слѣдуетъ повторять, патологія совсѣмъ иное дѣло, чѣмъ клиника. Послѣдняя постигается лишь при соприкосновеніи съ больными, я скажу—почти не принимая въ расчетъ книгъ. Вотъ почему вы видите ежедневно, что врачи, сильные въ патологіи, бываютъ весьма слабы у постели больныхъ. Проникнитесь хорошо этой истиной и руководствуйтесь ею при вашихъ занятіяхъ.

Я возвращаюсь къ спинной сухоткѣ. Мы знаемъ, господа, что симптоматологія въ этой болѣзни очень велика: не проходитъ года, чтобы болѣе глубокой клинической

анализъ не открылъ какихъ-либо новыхъ симптомовъ, обогащающихъ симптоματοлогію табеса. Есть нѣкоторыя особенности въ развитіи этой болѣзни, которыя, я вамъ повторяю, весьма важно знать съ практической точки зрѣнія, на которыя можетъ быть недостаточно указывали, и которыя я постараюсь выдѣлить и отѣнить.

Позвольте мнѣ сначала напомнить вамъ, что обыкновенно *tabes dorsalis* подкрадывается незамѣтно. Болѣзнь можетъ уже существовать нѣсколько лѣтъ, между тѣмъ ни больной, ни врачъ не подозреваютъ этого. Это объясняется очень просто тѣмъ, что между первыми симптомами имѣются такіе, какъ симптомъ Аргилля, потеря рефлексовъ и проч., которые не обращаютъ на себя вниманіе настолько, чтобы ихъ изслѣдовать. Другіе же симптомы, какъ-то: стрѣляющіе боли, гиперестезіи и проч.,—не всегда относятся къ настоящей ихъ причинѣ. Вслѣдствіе этихъ ошибочныхъ толкованій больной не придаетъ имъ должнаго значенія и ошибочно думаетъ, что онъ страдаетъ ревматизмомъ, невралгіями и проч. Притомъ, какъ вы знаете, начальныя проявленія *tabes*'а крайне различны въ каждомъ случаѣ.

Возьмемъ, если вы хотите, чтобы лучше сосредоточить свою мысль, случай обыкновеннаго *tabes*'а съ восходящимъ направленіемъ, какъ обыкновенно говорятъ, когда хотятъ сказать, что въ этой разновидности болѣзни первыя проявленія болѣзни обнаруживаются на нижнихъ конечностяхъ. Вы тогда въ ряду первыхъ по времени проявленій констатируете отсутствіе коленного рефлекса, стрѣляющіе боли, подошвенную анестезію и проч. и проч. Позже, въ тѣхъ же самыхъ конечностяхъ появляется двигательная инкоординація. Въ такомъ случаѣ спинно-мозговое пораженіе начинается съ спинно-поясничнаго сегмента спинного мозга, отсюда оно потомъ распространяется вверхъ.

Болѣе рѣдкимъ случаемъ представляется тотъ, гдѣ проявленіе *tabes dorsalis*, включая сюда и двигательную инкоординацію, обнаруживается прежде всего въ верхнихъ конечностяхъ. Въ этомъ случаѣ спинно-мозговое пораженіе начинается въ шейномъ сегментѣ (или болѣе точно въ спинно-шейномъ сегментѣ); вотъ почему эти случаи и называются *tabes cervicalis*. Это названіе впервые введено старымъ Ремакомъ.

Весьма часто, можно даже сказать обычно, *tabes* начинается черепно-мозговыми или бульбарными явленіями, особенно расстройствами со стороны глазъ.

Я затѣмъ прибавлю, что не рѣдко наблюдаются случаи смѣшаннаго табеса: въ этихъ случаяхъ первыя по времени проявленія затрогиваютъ одновременно и черепно-мозговую сферу и нижній отдѣлъ спинного мозга.

Такимъ образомъ бываетъ, что вы обыкновенно въ началѣ болѣзни находите расстройство зрѣнія и въ то же самое время констатируете отсутствіе коленныхъ рефлексовъ, стрѣляющіе боли и проч. Въ моихъ бесѣдахъ въ госпиталѣ Лари-

буазьеръ ¹⁾ и долго останавливался на клиническихъ особенностяхъ этихъ различныхъ разновидностей табеса.

Но вотъ болѣзнь установилась. Она проявляется уже достаточнымъ количествомъ симптомовъ, что позволяетъ опытному врачу распознать ее и слѣдить за ней. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ она развивается крайне медленно, она длится годами. Короче, если какое-либо случайное заболѣваніе не ускоритъ рокового исхода, она не помѣшаетъ больному дожить до глубокой старости. Я приведу вамъ примѣры.

Разъ болѣзнь установилась, она обратно не отступаетъ; она обнаруживаетъ весьма явное стремленіе къ медленному, но прогрессивному ухудшенію; однако изъ этихъ общихъ правилъ бываютъ и исключенія, съ которыми я васъ познакомлю. Обыкновенно, по мѣрѣ того, какъ больные старѣютъ, къ существующимъ уже симптомамъ присоединяются еще новые. Затѣмъ появляется двигательная инкоординація, она также развивается прогрессивно, медленно. Наконецъ наступаетъ время, когда больной оказывается въ безпомощномъ состояніи, что обусловливается тѣмъ, что онъ не въ состояніи цѣлесообразно управлять своими мышцами. Это послѣдняя фаза, фаза безпомощности.

Не подумайте же однако, господа, чтобы *tabes dorsalis*, будучи склоненъ къ прогрессивному ухудшенію, развивался такимъ образомъ однообразно и безостановочно: почти всегда болѣзнь проходитъ попеременно чрезъ фазы улучшенія и ухудшенія.

Въ госпиталѣ мы каждый день видимъ, что эти фазы улучшенія появляются произвольно, благодаря покою, хорошему уходу, меньшей утомляемости, меньшему волненію, что больные находятъ въ нашихъ палатахъ. Затѣмъ *tabes* принимаетъ свое теченіе, онъ ухудшается,—и мы чаще всего не можемъ уловить причину этихъ ухудшеній.

Вообще, разсматривая совокупность случаевъ, представляющихся нашему наблюденію, относящихся къ обыкновенному, обычному развитію табеса, приходится раздѣлить это развитіе на три періода: предатактический періодъ, атактический періодъ и періодъ безпомощности. Позвольте коротко возстановить въ вашей памяти главныя классическія отличительныя черты этихъ трехъ періодовъ.

Періодъ предатактический.—Прежде всего я хочу напомнить вамъ, что симптоматологія *tabes*'а въ предатактическомъ періодѣ по существу полиморфна: сочетаніе симптомовъ, смотря по больному, во время перваго періода гораздо измѣнчивѣе, чѣмъ сами симптомы. Мой учитель и другъ, профессоръ Фурнье, на страницахъ своего сочиненія въ высокой степени ясно и спра-

¹⁾ Raymond. — *Maladies du système nerveux. Scléroses systématiques de la moelle.* Paris, 1894.

ведливо сказалъ: «что ни одна болѣзнь въ такой степени, не склонна къ столь большому разнообразію начальныхъ формъ, какъ *tabes*».

Между тѣмъ когда болѣзнь табетика уже нѣсколько времени установилась, она принимаетъ весьма своеобразную фیزیомію, которая врачу, знакомому съ первыми болѣзнями, указываетъ на діагнозъ. Такимъ образомъ нѣкоторые симптомы, или признаки этого предатактическаго періода никогда, такъ сказать, не отсутствуютъ; къ таковымъ относятся: отсутствіе коленный рефлексъ (признакъ Вестфала), отсутствіе зрачковыхъ рефлексовъ или признакъ Аргилля - Робертсона со суженіемъ зрачковъ, или безъ него, распределенная участками въ излюбленныхъ мѣстахъ анестезія (подошвенная поверхность стопъ и проч.), нѣкоторая степень пареза мочевого пузыря. Замѣьте, что, если желательно констатировать эти симптомы, чтобы ихъ тщательно искать.

Между этими начальными симптомами бываютъ такіе, которые могутъ замѣтно преобладать, заглушая, такъ сказать, всѣ другіе симптомы, такъ что можно не безъ основанія создать еще спеціальныя формы, основанныя на этихъ начальныхъ проявленіяхъ, а именно: болѣзненную форму, характеризующуюся преобладаніемъ стрѣляющихъ болей; гастрическую форму (гастрическіе кризы); амавротическую форму; гортанную форму; суставную форму (артропатіи) и проч.

Я прибавлю, что это преобладаніе того или другого симптома часто, очень часто является для врача, незнакомаго съ дѣломъ, поводомъ къ ошибкамъ въ діагнозѣ.

Періодъ предатактическій, — хорошо въ настоящее время выясненный благодаря клиническому наблюденію, — можетъ обнимать довольно длинный періодъ времени; имъ однимъ можетъ даже ограничиться вся болѣзнь. Я сейчасъ возвращусь къ этому важному вопросу; Фурнье въ своихъ прекрасныхъ лекціяхъ уже указывалъ на то, о чемъ я вамъ только что говорилъ.

Атактическій періодъ. — Установить точно границы между предатактическимъ и атактическимъ періодомъ иногда бываетъ очень трудно. Двигательная атаксія можетъ существовать уже довольно долгое время, прежде чѣмъ будетъ распознано ея существованіе. Такъ бываетъ и въ томъ случаѣ, — что не трудно понять, — когда двигательныя разстройства слабо выражены. Въ этихъ случаяхъ требуется искать эти разстройства, чтобы ихъ обнаружить, такъ какъ больной можетъ весьма легко не сознавать ихъ присутствія. Такимъ образомъ вы должны открыть зарождающуюся атаксію, если такъ можно выразиться. Въ этихъ случаяхъ всегда слѣдуйте методическому плану, намѣченному проф. Фурнье. Заставьте больного ходить по командѣ, потомъ заставьте его сѣсть; попросите его остановиться тотчасъ же, какъ только вы подадите знакъ. Подвергните его затѣмъ «опыту съ лѣстницей», иначе говоря, заставьте его сойти съ лѣстницы, что атактики часто дѣлаютъ лишь съ нѣкоторымъ затрудненіемъ,

сопровождаемымъ чувствомъ боязни, которое можетъ доходить до ужаса. Поизсѣдуйте кромѣ того, можетъ ли больной стоять прямо съ закрытыми глазами. Поступая такимъ образомъ, вы обнаружите атаксію даже въ зачаточномъ состояніи, если она существуетъ. Въ болѣе же ушедшемъ впередъ періодѣ больной, рассказывая вамъ три уклоненія, замѣчаемыя имъ при ходьбѣ,—на невозможность долгое время держаться стоя, не придерживаясь за какую-либо прочную опору, на свое затрудненіе, чтобы сдѣлать первый шагъ, при бѣгѣ, при прыжкахъ, на нѣкоторую неловкость при ходьбѣ въ полумракѣ и проч., поставить васъ на настоящій путь.

Бываютъ всетаки больные, у которыхъ эти различные опыты даютъ лишь сомнительные результаты. Вамъ тогда остается сдѣлать послѣднюю весьма чувствительную пробу: заставьте больного согнуть колѣни и попросите его затѣмъ закрыть глаза, сейчасъ же появляется неустойчивость. На этотъ фактъ обратилъ вниманіе одинъ американскій врачъ.

Впрочемъ знайте, что эта двигательная инкоординація, которая характеризуетъ второй періодъ *tabes'a*, развивается также съ весьма различной быстротой. Обыкновенное ея развитіе медленное, но прогрессивное. Будучи вначалѣ ограничена нижними конечностями, рѣже верхними, какъ исключеніе двигательнымъ аппаратомъ такого органа, какъ гортань, двигательная атаксія въпослѣдствіи обобщается, захватываетъ другія, помимо первично пораженныхъ, группы мышцъ. Но двигательная атаксія можетъ проходить черезъ тѣ же самыя фазы ухудшенія и ослабленія, о которыхъ я вамъ только что говорилъ, когда разсматривалъ общее естественное развитіе болѣзни.

Обыкновенно, атаксія въ своемъ поступательномъ движеніи сохраняетъ симметрическій ходъ; какъ исключеніе, она локализируется въ одной половинѣ тѣла; иногда кажется, что она въ одной половинѣ преобладаетъ. Я сейчасъ представлю вамъ примѣры.

Періодъ безпомощности.—Я называю послѣдній періодъ періодомъ безпомощности потому, что больные въ это время лишены свободнаго употребленія своихъ конечностей вслѣдствіе двигательной инкоординаціи. Инкоординація можетъ осложняться настоящимъ параличемъ. Совсѣмъ не такъ рѣдко наблюдается, что она сопровождается извѣстной степенью атрофіи мышцъ на нижнихъ конечностяхъ. Бессиліе этихъ членовъ можетъ быть таково, что больной бываетъ прикованъ къ постели до конца своихъ дней.

При этихъ условіяхъ наблюдается, что развивается состояніе маразма, кахексіи, обусловливаемое отчасти физическими и нравственными страданіями больного; это состояніе можетъ привести къ роковой развязкѣ.

Главныя симптоматическія разновидности.—Я сейчасъ нарисую вамъ картину классической спинной сухотки—*tabes dorsalis* съ восходящимъ направленіемъ, въ которой атаксическія проявленія, начинаясь съ ниж-

нихъ конечностей, обыкновенно бываютъ сочетаны съ черепно-мозговыми и бульбарными симптомами, а особенно съ симптомами со стороны глазъ.

Какъ на исключеніе изъ этого способа развитія я вамъ указывалъ на клиническую разновидность *tabes'a*, которую старый Ремакъ окрестилъ именемъ *tabes cervicalis*,—разновидность, въ которой развитіе слѣдуетъ нисходящему направленію. Это составляетъ первое исключеніе изъ общаго правила развитія, на которое я вамъ указалъ, но есть много и другихъ. Въ одной лекціи я не могу все очертить; однако я желаю познакомить васъ съ главными изъ нихъ, именно съ тѣми, съ которыми вамъ чаще всего придется встрѣчаться въ частной практикѣ. Эти факты, по моему мнѣнію, имѣютъ важный интересъ для здоровой оцѣнки результатовъ терапіи, примѣняемой съ цѣлью леченія или большаго или меньшаго улучшенія *tabes torsalis*.

Я вамъ уже говорилъ, что вовсе не составляетъ исключенія видѣть, что нѣкоторые табетики не переступаютъ предатактическаго періода, не становятся атактиками. На этотъ фактъ, повторяю я, указывалъ уже въ своихъ лекціяхъ проф. Фурнье.

Этому клиническому факту я, господа, приписываю большое значеніе, потому что онъ намъ показываетъ, насколько слѣдуетъ быть осторожнымъ въ оцѣнкѣ того вліянія, которое могутъ оказывать лекарства на развитіе *tabes'a*. Конечно, понятно, что я здѣсь не имѣю въ виду случаевъ *tabes*, развитіе которыхъ было пріостановлено болѣе или менѣе внезапно смертью отъ какой-либо причины, острыми или хроническими случайными болѣзнями, или какой-либо другой случайной причиной. Я имѣю въ виду только случаи *tabes'a*, относящіеся къ больнымъ, достигшимъ преклоннаго возраста, хотя и не до крайнихъ предѣловъ старости, но не перешедшимъ въ атактическій періодъ. Такихъ случаевъ, опубликованныхъ различными авторами, въ настоящее время извѣстно довольно большое число. Я хочу ограничиться тѣмъ, что приведу изъ нихъ вамъ два, которые я могъ самъ прослѣдить и которые представляются весьма доказательными.

Прежде всего дѣло идетъ о старомъ врачѣ, которому теперь 86 лѣтъ, который еще довольно легко проходитъ пѣшкомъ путь отъ Триумфальной арки до Сальпетріера; позвольте мнѣ кстати замѣтить, что наблюденія такого рода, которыя касаются врачей—наблюденія, производимыя ими самими надъ собой же, безъ всякой предвзятой мысли, имѣютъ важное значеніе для разрѣшенія массы вопросовъ, изъ которыхъ одни относятся къ этиологіи *tabes'a*, а другія касаются связи этой болѣзни съ прогрессивнымъ параличемъ. Я воздержусь въ данный моментъ отъ представленія вамъ статистики, касающейся исключительно только случаевъ *tabes'a* у врачей, т. е., случаевъ, представляющихъ точную гарантію, что трудно найти при другихъ условіяхъ, и возвращаюсь къ своему больному. Изъ его анамнеза обращаетъ на себя вниманіе одна подробность, это то, что отецъ его былъ подагрикъ, очень раздражительный, како-

выми обыкновенно бывают подагрики. До 26 лѣтъ больной пользовался всегда прекраснымъ здоровьемъ; въ это время, будучи врачомъ въ Индіи, онъ заразился сифилисомъ. Женился онъ 32 лѣтъ. Два года спустя его жена родила, почти въ срокъ, мертвого ребенка. Когда ему было почти 40 лѣтъ, онъ началъ испытывать стрѣляющія боли въ нижнихъ конечностяхъ. За нѣсколько времени до этого у него была диплопія, но она весьма скоро прошла. Несмотря на часто появляющіяся у него боли, онъ всетаки продолжалъ свою военную службу.

Нѣсколько позже, около 42-хъ лѣтъ, онъ испытывалъ нѣкоторое затрудненіе при мочеиспусканіи; его половая способность замѣтно ослабѣла; при этомъ, общее состояніе здоровья было всегда очень хорошо. Онъ могъ окончить свою карьеру военного врача, выйти въ отставку и поселиться въ Парижѣ, живя на свою маленькую ренту.

Назадъ тому два года, когда я изслѣдовалъ его, то констатировалъ слѣдующіе симптомы: стрѣляющія боли, потерю колѣнныхъ рефлексовъ, признакъ Ромберга; отсутствіе двигательной инкоординаціи; парезъ мочевого пузыря; слабую подошвенную анестезію. Здѣсь и тамъ на нижнихъ конечностяхъ небольшое замедленіе въ проводимости ощущеній и нѣкоторыя ошибки въ локализациі мѣста, наконецъ признакъ Аргиль-Робертсона—вотъ и все. Но эта совокупность мнѣ казалась болѣе, чѣмъ достаточной, чтобы подтвердить существованіе *tabes dorsalis*. Больного много разъ видѣлъ Шарко, который поставилъ тотъ же самый діагнозъ.

Итакъ, съ 40 лѣтъ, съ начала появленія двигательной атакіи у больного осталась та же, или почти та же, совокупность симптомовъ. Больной съ положительностью утверждаетъ, что у него никогда не было двигательной инкоординаціи.

А вотъ другой, не менѣе типичный случай; онъ относится къ субъекту, умершему 53 лѣтъ отъ пневмоніи. Этотъ больной заразился сифилисомъ 32 лѣтъ, въ 1870 году. На 41-мъ году у него появились диплопія, стрѣляющія и опоясывающія боли. Кромѣ того у него констатировано: потеря колѣнныхъ рефлексовъ, парезъ мочевого пузыря, признакъ Ромберга, признакъ Аргилля. Чтобы установилась эта совокупность симптомовъ, понадобилось всего лишь нѣсколько мѣсяцевъ.

Въ 1880 году къ этимъ симптомамъ присоединилось дрожаніе языка и мышцъ лица, безъ всякаго разстройства интеллекта. Начиная съ этого времени этотъ больной, котораго я видѣлъ много разъ, страдалъ въ весьма сильной степени отъ мучительныхъ стрѣляющихъ болей. У этого больного табесъ съ тѣми характерными симптомами, какъ я только говорилъ вамъ, остался въ томъ же положеніи и дальше не пошелъ вплоть до смерти больного прошлымъ лѣтомъ. У него также никогда не было двигательной инкоординаціи.

Факты подобнаго рода въ настоящее время извѣстны въ очень большомъ числѣ, больше на этомъ я не останавливаюсь.

Я возьмусь теперь за клиническую исторію другой разновидности табетиковъ; менѣе многочисленной, чѣмъ та, о которой я только что бесѣдовалъ съ вами и по отношеніи къ которой она въ извѣстномъ родѣ представляетъ крайнюю противоположность: я говорю о табетикахъ, у которыхъ почти сразу появляется двигательная инкоординація.

Я позаботился дать вамъ замѣтить, что этой фазѣ двигательной инкоординаціи обыкновенно предшествуетъ болѣе или менѣе длинный періодъ, такъ называемый предатактический періодъ, потому что всѣ первые симптомы болѣзни: зрительныя расстройства, потеря рефлексовъ, стрѣляющія боли и проч. могутъ существовать годами, прежде чѣмъ ясно обнаружится собственно атаксія. Я прибавлю, что чаще всего бываетъ очень трудно опредѣлить точно эту продолжительность предатактическаго періода. Объясняется это, какъ я вамъ уже говорилъ, просто тѣмъ, что первыя табетическія проявленія остаются болѣе или менѣе долгое время незамѣченными; однако случается иногда, что болѣзнь бываетъ обнаружена съ самаго начала ея появленія—напр., если домашній врачъ, имѣя предъ собою людей, заботящихся о своемъ здоровьи, слѣдитъ за ними постоянно и знаетъ о малѣйшихъ необыкновенныхъ проявленіяхъ и въ состояніи указать настоящую ихъ причину. Наблюденіе, производимое такимъ образомъ, доказываетъ, что бываютъ табетики, которые страдаютъ всего лишь нѣсколько недѣль, самое большое нѣсколько мѣсяцевъ, стрѣляющими болями, чаще всего въ сочетаніи съ признакомъ Вестфаля, съ признакомъ Аргилль-Робертсона и у которыхъ въ относительно очень короткое время наступаетъ періодъ двигательной инкоординации.

Вотъ примѣры, подтверждающіе сказанное мной.

Уже много лѣтъ я наблюдаю больного, которому теперь 48 лѣтъ. Этотъ больной имѣетъ очень тяжелую наследственность какъ со стороны отца, такъ и со стороны матери. Его отецъ умеръ отъ ряда послѣдовательныхъ мозговыхъ размягченій, которыя скоро довели его до слабоумія. Мать его умерла отъ туберкулеза. У него самого въ дѣтствѣ на кожѣ были золотушные явленія; 20-ти лѣтъ онъ заразился сифилисомъ; 31-го года онъ женился. У его жены не было ни родовъ, ни выкидышей.

Около 35 лѣтъ онъ почувствовалъ стрѣляющія боли въ нижнихъ конечностяхъ; въ то же самое время у него были: подошвенная анестезія, потеря колѣнныхъ рефлексовъ, признаковъ Аргилля, признаковъ Ромберга. Менѣе, чѣмъ черезъ 4 мѣсяца послѣ очевиднаго начала табеса у него появилась значительная двигательная инкоординація, которая имѣется еще и теперь, хотя менѣе рѣзко выражена. Въ теченіи долгихъ лѣтъ больной былъ прикованъ къ комнатѣ вслѣдствіе почти полной невозможности ходить, хотя бы и не много, безъ посторонней поддержки.

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ этотъ больной лечился подвѣшиваніемъ; бла-

годаря этому леченію состояніе его значительно улучшилось. Теперь онъ можетъ ходить, опираясь на двѣ палки. Но фактъ, на который я хочу указать, заключается въ слѣдующемъ: уже черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ начала болѣзни этотъ больной проявлялъ значительную двигательную инкоординацію.

У насъ есть теперь больная, о которой я побесѣдную впоследствии отдѣльно, ибо она представляетъ собой прекрасный примѣръ улучшенія двигательной инкоординаціи подъ вліяніемъ леченія по методу Френкеля. Я извлекаю изъ ея исторіи болѣзни слѣдующія подробности. Этой женщинѣ 31 годъ. Она не замужемъ; по профессіи модистка, и вмѣстѣ съ тѣмъ проститутка: говорю это вамъ для того, чтобы вы дали должную оцѣнку тому, что она отрицаетъ у себя сифились.

Объ ея предшествующей наслѣдственности намъ ничего ни извѣстно. У нея самой, когда ей было 19 лѣтъ, была довольно тяжелая хорея.

Первые симптомы настоящаго заболѣванія обнаружилились въ Сентябрѣ мѣсяцѣ 1893 года. Въ теченіи приблизительно 15 дней эта женщина испытывала очень острые боли въ колѣняхъ; затѣмъ появилось ощущеніе тяжести и слабости въ ногахъ и невозможность опираться на лѣвую ногу. Ея походка сдѣлалась инкоординированной, почти спотыкающейся. Больная кромѣ того жаловалась на болѣзненные судороги въ икрахъ, на ощущеніе сжиманія въ талии и на общее оцѣпенѣніе; у нея были тенезмы со стороны прямой кишки и проч. Изъ всего этого я хочу подчеркнуть то, что у этой молодой женщины почти сразу появилась очень значительная инкоординація.

Въ третью категорію я отношу табетиковъ, которые очень быстро продѣлываютъ первые два періода, и почти сразу достигаютъ періода безпомощности, будетъ ли онъ результатомъ крайней инкоординаціи, наступившей очень быстро, будетъ ли онъ послѣдствіемъ болѣе или менѣе полной парализаціи нижнихъ конечностей,—это все равно.

Я сейчасъ вамъ приведу факты, относящіеся къ одной или другой изъ этихъ двухъ разновидностей. Вотъ весьма сжатая исторія больного, у котораго крайне быстро наступила совершенно полная инкоординація.

Дѣло идетъ о мужчинѣ, которому теперь 48 лѣтъ. Его нервная наслѣдственность крайне тяжелая: его отецъ и дѣдъ были самоубійцы, мать умерла отъ грудной жабы. Самъ онъ въ дѣтствѣ былъ всегда нервнымъ и впечатлительнымъ; около 4-лѣтняго возраста у него были судороги и въ теченіе нѣкотораго времени ночное недержаніе мочи.

19 лѣтъ онъ заразился сифилисомъ. Отъ этой болѣзни онъ тщательно лечился въ теченіи пяти лѣтъ. 26 лѣтъ ему позволено было жениться. У его жены не было дѣтей, не было и выкидышей.

Въ 28 лѣтъ онъ представлялъ симптомы *tabes'a*, а именно: опущеніе праваго вѣка, диплопію, стрѣляющія боли. Менѣе, чѣмъ чрезъ 15 дней онъ пред-

ставлялъ полную картину двигательной атаксіи, выраженную самымъ лучшимъ образомъ. Кромѣ вышеуказанныхъ симптомовъ у него были: парезъ мочевого пузыря, опоясывающія боли, подошвенная анестезія и проч.; онъ не чувствовалъ своихъ ногъ, лежа въ постели; наконецъ, сверхъ всего этого, у него была уже значительная инкоординація — онъ не могъ одинъ пройти по комнатѣ. Кромѣ всего этого онъ сдѣлался морфиноманомъ. Вслѣдствіе рѣзко выраженной двигательной инкоординаціи онъ уже давно былъ не въ состояніи подняться съ постели или съ кресла, въ которомъ проводилъ большую часть дня. Однимъ словомъ, больной съ перваго проявленія у него спинной сухотки сдѣлался совершенно безпомощнымъ.

Вотъ другой больной, у котораго быстро наступило параплегическое состояніе. М. Х. 44 лѣтъ; мать у него была рахитичка, горбатая, умерла нѣсколько лѣтъ тому назадъ отъ пневмоніи; отецъ также умеръ отъ пневмоніи; это былъ человѣкъ, все видѣвшій въ мрачномъ свѣтѣ, ипохондрикъ, всегда занятый состояніемъ своего здоровья, и при томъ очень раздражительный и вспыльчивый. Въ дѣтствѣ былъ хворъ; очень рано онъ началъ жаловаться на желудокъ и на отравленія кишечника, несмотря на то, что онъ всегда былъ воздержанъ, никогда не предавался эксцессамъ. Женившись 28 лѣтъ, онъ имѣлъ несчастье въ первый же годъ женитьбы, когда жена была беременна, измѣнить ей и заразиться сифилисомъ; отъ послѣдняго больной тщательно лечился, и тѣмъ не менѣе, черезъ 5 или 6 мѣсяцевъ сталъ испытывать довольно острые боли подъ лѣвой грудью. Въ этой области кожа была гиперестезирована; малѣйшее треніе рубашки заставляло его кричать.

Затѣмъ очень быстро появились: опущеніе лѣваго вѣка, диплопія, признаки Аргилля, острые боли въ желудкѣ, въ кишкахъ и въ прямой кишкѣ, упорныя запоры, недержаніе мочи, молніеносныя боли, потеря кожныхъ рефлексовъ, признаки Ромберга, подошвенная анестезія и проч.

Менѣе, чѣмъ черезъ два мѣсяца послѣ начала всѣхъ этихъ явленій, развилась почти полная параплегія, которая продолжается еще и теперь (началась она уже 3^{1/2} мѣсяца); параплегія эта вялая, безъ мышечной атрофіи. Начиная съ этого времени больной прикованъ къ постели.

Въ другую категорію я помѣщаю случаи, гдѣ къ классическимъ симптомамъ табеса присоединяются проявленія обыкновеннаго сифилиса нервныхъ центровъ. Вотъ примѣры этой категоріи.

Х., 51 года; онъ увѣряетъ, что его семья свободна отъ всякой невропатической наслѣдственности; у его предковъ былъ только артритъ. Наоборотъ, въ нисходящей линіи, изъ трехъ его дочерей у одной, самой младшей, бываютъ припадки крайне бурнаго гнѣва.

Онъ заразился въ 1865 году сифилисомъ, отъ котораго правильно лечился. Женился онъ въ 1875 году. Его болѣзнь началась черезъ 20 лѣтъ послѣ зара-

женія сифилисомъ, въ 1885 году, довольно острыми головными болями, которыя появлялись и исчезали, продержавшись нѣсколько дней, нѣсколько часовъ. У Х. бывали и головокруженія; затѣмъ, по временамъ, онъ испытывалъ боли въ рукахъ, въ ногахъ, въ формѣ мурашекъ, онѣмѣнія. Потомъ, одна какая-либо конечность, рука или нога внезапно подвергалась на 10 или 15 дней почти полному параличу. Во время этого паретического періода наблюдались расстройства чувствительности, которыя съ исчезновеніемъ паралича также исчезали.

Въ 1889 году у Х. внезапно наступила диплопія, которая продолжалась 15 дней. Въ Сентябрѣ 1890 года онъ сдѣлалъ путешествіе по Швейцаріи; часто въ это время, какъ онъ говоритъ, у него бывали острые мигрени, которыя ему удавалось успокоивать антипириномъ, которымъ онъ злоупотреблялъ.

10-го Сентября онъ былъ въ Э-ле-Ванъ; тамъ у него въ казино, во время музыки, случилось сильное головокруженіе. Онъ все-таки былъ въ состояніи обѣдать, а послѣ обѣда пошелъ въ театръ. Около полуночи головокруженіе возобновилось и замѣнились затѣмъ состояніемъ крайняго возбужденія. Утромъ Х., посмотрѣвшись въ зеркало, замѣтилъ, что его лицо искривлено, языкъ отклоненъ влѣво; кромѣ того, онъ съ трудомъ могъ говорить, оглохъ и чувствовалъ ошущеніе невыносимой слабости въ обѣихъ ногахъ. Врачъ, приглашенный къ Х., діагностицировалъ сифилитическое заболѣваніе мозга. По прошествіи нѣсколькихъ недѣль состояніе походки и слуха улучшилось. Возвратившись въ Парижъ, Х. узнаетъ, что его отецъ только что убитъ. Онъ былъ пораженъ этой новостью и у него развилась неврастенія. Въ 1891 году у него два раза появлялась диплопія, продолжаясь каждый разъ отъ 10—12 дней. Въ настоящее время у больного имѣется искривленіе лица, потеря колѣнныхъ рефлексовъ, признакъ Аргилля. Табетическая походка слабо выражена; расстройства чувствительности также нѣтъ. Я прибавлю, что имѣются обонятельныя расстройства (запахъ чесноку).

Въ настоящемъ случаѣ мы имѣемъ, конечно, дѣло съ сочетаніемъ настоящихъ сифилитическихъ пораженій съ табетическими пораженіями, т. е. парасифилитическими, выражаясь кратко. Въ моихъ бесѣдахъ въ госпиталѣ Ларибуазьеръ я уже указывалъ на факты подобнаго рода и приводилъ много примѣровъ, извѣстныхъ въ то время; съ тѣхъ поръ число этихъ случаевъ разрослось. Я приведу вамъ именно случай, опубликованный На жоттомъ и однимъ изъ моихъ те-перешнихъ интерновъ Леноблемъ. Вскрытіе обнаружило сочетаніе обычныхъ сифилитическихъ и классическихъ для спинной сухотки пораженій.

Бернгардтъ изъ Берлина познакомилъ недавно насъ съ двумя интересными случаями такого же рода. Мнѣ легко привести вамъ и другіе примѣры; но я предпочитаю остановиться на практическомъ значеніи этихъ фактовъ; они намъ показываютъ, что на ряду съ собственно табетическими явленіями могутъ существовать необычныя симптомы, которые въ большинствѣ случаевъ имѣютъ весьма

опредѣленное значеніе: эти симптомы указываютъ на пораженія, съ которыми мы можемъ справиться, потому что это чаще всего бываютъ обыкновенныя сифилитическія, а не парасифилитическія пораженія.

Впослѣдствіи я приведу вамъ категорію случаевъ *tabes'a*, отличающихся спеціальнымъ развитіемъ, а именно начинающихся амаврозомъ. Ш а р к о нѣсколько разъ и по долгу останавливался на особенномъ развитіи, которымъ отличаются эти случаи. Этотъ вопросъ послужилъ предметомъ очень интересныхъ работъ, произведенныхъ Бенедиктомъ (изъ Вѣны) и Ж. Мартэномъ (эта послѣдняя работа сдѣлана подъ руководствомъ Дежерина). Этими работами установлено то мнѣніе, сдѣлавшееся классическимъ, что амбліопія, когда она появляется какъ начальный симптомъ *tabes dorsalis*, указываетъ на относительно благопріятное предсказаніе въ смыслѣ продолжительности жизни субъекта. Изъ 100 табетиковъ въ богадѣльнѣ Бисетра, которыхъ Дежеринъ и Мартэнъ изслѣдовали съ этой спеціальной точки зрѣнія, у 18 была полная слѣпота вслѣдствіе атрофіи соска зрительнаго нерва. Ни у одного изъ 18 больныхъ не было инкоординаціи движеній, между тѣмъ у многихъ изъ нихъ начало спинно-мозговой болѣзни относится къ очень отдаленному времени. Оказывается слѣдовательно, что у этихъ 18 больныхъ табесъ пріостановился въ своемъ прогрессивномъ развитіи; у нѣкоторыхъ изъ нихъ стрѣляющія боли прекратились съ того времени, когда наступила полная слѣпота. Я долженъ прибавить, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ—исключительная случайность,—амбліопія обнаруживается въ атактическомъ періодѣ *tabes'a*, тамъ она остается безъ вліянія на прогрессивное развитіе болѣзни. Весьма недавно Пешино опубликовалъ новыя наблюденія, подтверждающія эти заключенія.

Другая категорія обнимаетъ собой случаи *tabes'a*, въ которыхъ болѣзнь развивается правильно, обычно, но сопровождается появленіемъ нѣкоторыхъ табетическихъ симптомовъ, очень затемняющихъ предсказаніе. Эти проявленія относительно рѣдки; какъ таковыя я вамъ приведу:

Дыхательныя расстройства, появляющіяся вслѣдствіе паралича или двигательной инкоординаціи гортанныхъ мышцъ, что подвергаетъ больного опасности быстрой смерти вслѣдствіе асфиксіи. Параличъ и частичная или полная атрофія діафрагмы принадлежитъ къ тѣмъ же явленіямъ. Я лично наблюдалъ нѣсколько такихъ примѣровъ.

Сердечно-сосудистыя расстройства въ связи съ недостаточностью клапановъ аорты, при которыхъ нужно опасаться внезапной смерти вслѣдствіе остановки сердца или вслѣдствіе отека мозга, разъ пораженіе сердца дошло до той степени, что компенсація невозможна.

Расстройства со стороны мочеотдѣленія, въ связи съ параличемъ мочевого пузыря, которыя, вызывая необходимость прибѣгать къ катетеризаціи, обуславливаютъ появленіе у больного цистита и всѣхъ его нежелательныхъ послѣдствій.

Въ концѣ концовъ всѣ эти разстройства вынуждаютъ больного постоянно лежать въ постели, развиваютъ у него кахексію и дѣлаютъ его воспримчивымъ къ туберкулезу, пневмоніи, пролежнямъ и проч. Я прохожу, господа, не останавливаясь на всѣхъ этихъ особенностяхъ въ развитіи нѣкоторыхъ случаевъ табеса. Нѣтъ необходимости утомлять долго ваше вниманіе этими фактами для того, чтобы вы тотчасъ уловили бы всю практическую ихъ важность.

Я возвращаюсь теперь къ нашей первой категоріи случаевъ. Они, какъ вы помните, заключаетъ въ себѣ: 1) случаи табеса не идущіе далѣе атактическаго періода и не угрожающіе жизни; 2) случаи, въ которыхъ сразу, или почти сразу наступаетъ двигательная инкоординація; 3) случаи, достигающіе очень быстро періода безпомощности, минуя, такъ сказать, первые два періода; 4) наконецъ, случаи, въ которыхъ примѣшиваются необычныя явленія, обыкновенно чуждыя симптоматологіи *tabes*'а. Самое важное—это предвидѣть такое различное развитіе съ перваго момента, когда вы точно констатируете существованіе табеса. Имѣются ли признаки, позволяющіе все это предсказать? Вы понимаете, что этотъ вопросъ весьма важенъ и рѣшеніе его можетъ быть дано только путемъ изученія большого числа больныхъ.

Вотъ чему научаетъ насъ въ этомъ отношеніи наблюденіе—дѣло идетъ, понятно, о наблюденіи, свободномъ отъ всякой предвзятой идеи, какимъ и должно, по моему мнѣнію, пользоваться въ медицинѣ.

А.—Къ числу больныхъ, которые безконечно долго остаются безъ перемѣны въ предатактическомъ періодѣ, относятся тѣ, у которыхъ нервная наследственность весьма мало замѣтна, весьма слабо выражена. Въ моихъ лекціяхъ за прошлый годъ я вамъ показывалъ восходящую гамму признаковъ наследственнаго или приобрѣтеннаго вырожденія. Больные, находящіеся лишь на границѣ нервной наследственности, словомъ больные, у которыхъ нервная система, въ особенности центральная, мало измѣнена — если они заражаются сифилисомъ, а впоследствии у нихъ разовьется спинная сухотка—имѣютъ надежду на то, что болѣзнь ихъ застынетъ, закристализуется, такъ сказать, въ этомъ первомъ періодѣ. Это самые счастливые больные, они могутъ еще жить обыкновенной жизнью и испытывать лишь молніеносныя боли, иногда проходящую диплоцію и т. д. Я вамъ приводилъ много такихъ клиническихъ примѣровъ, которые, я полагаю, теперь вамъ уже достаточно выяснены.

Б.—Наоборотъ, индивидуумы съ весьма тяжелой нервной наследственностью находятся въ опасности, что если появились у нихъ *tabes* въ то время, когда они находятся подъ безспорнымъ вліяніемъ сифилиса, то *tabes* у нихъ будетъ быстро прогрессировать: иногда предатактический періодъ весьма коротокъ, а сразу, или почти сразу начинается атактический періодъ. Въ этихъ случаяхъ вы наблюдаете ту чрезвычайную двигательную инкоординацію, которая съ самаго начала болѣзни приковываетъ больного къ постели. Прекрасные примѣры этой кате-

горіи я вамъ показывалъ; къ числу ихъ относится и только что представленная вамъ молодая модистка.

Вы всё, я предполагаю, знаете, что изъ числа видовъ помѣшательства наслѣдственность проявляется больше всего при маніи съ наклонностью къ самоубійству. Наблюденіе намъ показываетъ, что если потомки такихъ больныхъ съ порочной наслѣдственностью заражаются сифилисомъ, то они имѣютъ много шансовъ сдѣлаться табетиками, и у нихъ весьма быстро наступаетъ двигательная инкоординація. То же самое бываетъ у наслѣдственныхъ дегенерантовъ, у всѣхъ субъектовъ съ интеллектуальными и моральными дефектами, невропатическое предрасположеніе которыхъ обнаруживается съ самаго дѣтства умственной неустойчивостью, ночнымъ страхомъ, хореей и проч. Часто также наблюдается, что у этихъ предрасположенныхъ субъектовъ табесъ переходитъ въ прогрессивный параличъ или въ психозъ, но къ этой сторонѣ вопроса я рассчитываю еще вернуться.

В.—Наблюденіе намъ показываетъ еще, что, когда индивидуумъ, болѣе или менѣе отмѣченный нервной наслѣдственностью, насчитываетъ между предками по прямой линіи лицъ, умершихъ отъ рака, отъ туберкулеза, отъ послѣдствій хроническаго алкоголизма, отъ діабета, отъ подагры и проч., словомъ, отъ одной изъ болѣзней, которыя причисляются къ болѣзнямъ конституціональнаго общаго разстройства питанія, когда этотъ же самый большой, помимо своей нервной порочности, представляетъ органическую или конституціональную порочность, то, сдѣлавшись табетикомъ, онъ имѣетъ самые большіе шансы въ очень короткое время достигъ періода безпомощности, иногда вслѣдствіе настоящаго двигательнаго паралича.

Г.—Наконецъ, когда примѣшиваются необычныя явленія, разстройства, которыя чужды обыкновенной симптоматологіи табеса, какъ напримѣръ, нѣкоторыя параплегии, афазія, лицевой параличъ, психозы въ собственномъ значеніи слова (я оставляю въ сторонѣ интеллектуальныя разстройства, которыя должны быть приписаны прогрессивному параличу), то появленіе этихъ особыхъ симптомовъ слѣдуетъ отнести или на счетъ нервной наслѣдственности, или на счетъ сосуществованія обыкновенныхъ сифилитическихъ пораженій. Теперь, я повторяю вамъ, доказано, что на ряду съ обыкновеннымъ табетическимъ пораженіемъ могутъ существовать ординарныя сифилитическія пораженія. Какъ я вамъ уже говорилъ, въ лекціяхъ въ госпиталѣ Ларибуазьеръ я привелъ нѣсколько весьма доказательныхъ наблюденій, относящихся къ этой послѣдней категоріи. Весьма недавно я упоминалъ вамъ также, что въ анатомическомъ обществѣ На жоттъ и Ленобль сообщили случай подобнаго же рода. Эти господа нашли въ передне-боковомъ пучкѣ бляшку сифилитическаго міэлита у табетика, у котораго въ то же время былъ прогрессивный параличъ (см. *Société anat., juin et juillet 1895, № 14, p. 574*). Позвольте кстати замѣтить, что больной не помнилъ, чтобы у него когда либо былъ сифилисъ.

Я вамъ говорилъ, что сифилитическими пораженіями, которыя отчасти инныя, чѣмъ табетическія, объясняются добавочные симптомы, какъ то: параплегія, мышечная атрофія и проч., которые мы иногда встрѣчаемъ въ этой болѣзни.

Что касается появленія у табетиковъ психозовъ, не зависящихъ отъ прогрессивнаго паралича, то тутъ также преобладающую роль играетъ наслѣдственность. Въ подтвержденіе сказаннаго я напому вамъ работы Рея (1875 г.), Ружье (1882 г.), Нибе (1885 г.). Профессоръ Пьерре (изъ Ліона) обратилъ особенное вниманіе на этихъ атактиковъ, которые, страдая стрѣляющими болями и обѣктивируя ихъ, считаютъ, что ихъ преслѣдуютъ. Легко объясняется то, что у лицъ предрасположенныхъ разстройства общей или спеціальной чувствительности могутъ дѣйствовать какъ агенты, вызывающіе бредовыя идеи.

До сего времени господа, я разсмотрѣлъ внимательно только двѣ причины, виновныя въ развитіи табеса: наслѣдственность и сифилисъ. Повятно, есть много и другихъ вліяній, могущихъ участвовать въ этомъ, съ которыми надо считаться съ точки зрѣнія спеціальной фізіономіи *tabes'a*, а именно: алкоголизмъ, физическое и умственное переутомленіе, эксцессы всякаго рода, и проч. и проч. Но всѣ эти чисто случайныя причины, какъ мнѣ кажется, судя по результатамъ моего личнаго наблюденія, не имѣютъ большого значенія, по сравненію съ нервной наслѣдственностью и съ сифилисомъ.

Я прибавлю, что клиническое наблюденіе даетъ намъ возможность до нѣкоторой степени предвидѣть, какой органъ долженъ быть пораженъ первымъ въ случаѣ *tabes'a*. Я видѣлъ много лицъ, страдающихъ, напр., диспепсіей, катарромъ желудка, у которыхъ при заболѣваніи *tabes'омъ* преобладающими и первыми по времени были явленія со стороны желудка, кишекъ и проч. Точно также я часто наблюдалъ табетическія артопатіи, появляющіяся у подагриковъ, у ревматиковъ, предки которыхъ были артритики и проч. Я убѣжденъ, что производя изслѣдованія въ этомъ направленіи, мы натолкнемся на очень интересныя данныя.

Итакъ, можно, слѣдовательно вообще сказать, что чѣмъ тяжелѣ нервная наслѣдственность, тѣмъ раньше появляются симптомы двигательной атаксіи. Но время уходитъ и я отвлекусь слишкомъ далеко, если вздумаю перечислять факты, подтверждающія мое мнѣніе въ этомъ отношеніи. Я расчитываю когда-нибудь возвратиться къ этому вопросу.

Послѣдній вопросъ, который я желаю поднять, заключается въ слѣдующемъ: при какихъ особыхъ условіяхъ наступаетъ остановка въ развитіи *tabes'a*? На этотъ спеціальнй вопросъ нельзя получить вполне категорическаго отвѣта. Однако я имѣю основаніе думать, что давленіе различныхъ добавочныхъ причинъ, такихъ какъ алкоголизмъ, переутомленіе, имѣетъ нѣкоторое вліяніе на появленіе этихъ періодовъ остановки. Они наблюдаются также и у лицъ съ сильнымъ нервнымъ предрасположеніемъ, весьма склонныхъ къ виѣшнему внушенію и самовнушенію.

Мм. Гг., таковы мои соображенія, которыя я долженъ былъ высказать вамъ относительно развитія табеса. Повторяю, что я охотно ограничился-бы нѣкоторой категоріей случаевъ, дабы лучше сосредоточить ваше вниманіе на фактахъ, имѣющихъ, по моему взгляду, важное значеніе съ практической точки зрѣнія, а именно: со стороны правильной оцѣнки терапевтическихъ результатовъ, которыхъ можно достигнуть при леченіи атаксіи.

Теперь я могу приступить съ вами къ изученію нѣкоторыхъ методовъ леченія *tabes'a*, особенно къ изученію новыхъ механическихъ средствъ, примѣняемыхъ уже нѣсколько лѣтъ и которыя иногда оказываютъ больному отличныя услуги въ смыслѣ улучшенія весьма мучительныхъ симптомовъ — я говорю о двигательной инкоординаціи. Къ этому-то предмету я и приступаю въ моей слѣдующей лекціи.

Лекція XXVIII.

Леченіе двигательной инкоординаціи при табесѣ путемъ перевоспитанія мышцъ. Методъ Френкеля ¹⁾.

Содержаніе. Методъ леченія, о которомъ идетъ рѣчь, чисто симптоматическій; онъ направленъ противъ двигательной инкоординаціи. — Клиническіе примѣры: въ первомъ случаѣ *tabes'a* вслѣдъ за примѣненіемъ этого метода наступило почти полное исчезновеніе разстройствъ движенія и статики; разстройства чувствительности суставовъ и мышечной чувствительности пропорціонально уменьшились. — Во второмъ случаѣ улучшеніе отразилось на тѣхъ же самыхъ симптомахъ, но оно было менѣе замѣтно; такъ было и въ 3-ьемъ случаѣ, гдѣ самопроизвольное улучшеніе предшествовало установленію леченія; въ четвертомъ случаѣ одни только двигательныя разстройства ослабли. — Другіе клиническіе примѣры. — Статистическіе результаты, полученные Френкелемъ, введшимъ этотъ методъ леченія.

Мм. Гг., у насъ въ клиникѣ въ настоящее время имѣется четыре больныхъ, страдающихъ *tabes dorsalis*, которыхъ подвергали методу леченія, съ которымъ, вѣроятно, большинство изъ васъ не имѣло еще случая познакомиться. Дѣйствительно, о немъ не говорится въ вашихъ классическихъ руководствахъ и я кромѣ того полагаю, что моя клиника до сего времени — единственная во Франціи, гдѣ это леченіе правильно и систематически примѣняется.

Скажемъ сначала, что дѣло идетъ о чисто-симптоматическомъ леченіи, направленномъ противъ одного изъ табетическихъ проявленій — противъ того, которое включаетъ въ себѣ симптоматологію второго періода этой болѣзни, противъ двигательной инкоординаціи, противъ табетической атаксіи.

¹⁾ Лекція 17-го Января 1896 г.

Посѣщающіе наши палаты знаютъ, насколько атаксія мучительна для табетиковъ, насколько она увеличиваетъ ихъ страданія въ собственномъ смыслѣ слова, когда она настолько выражена, что не позволяетъ больнымъ пользоваться своими конечностями для ѣды, для письма, для выполненія всякаго рода ручныхъ работъ, особенно для ходьбы. Вы поймете, слѣдовательно, насколько должно быть желательно для этихъ больныхъ леченіе, дающее имъ надежду освободиться на болѣе или менѣе продолжительное время отъ этого состоянія безпомощности. Объ этомъ методѣ леченія я и побесѣдую съ вами.

Прежде чѣмъ дать вамъ подробное описаніе этого леченія, позвольте мнѣ сказать два слова: это леченіе, предложенное однимъ швейцарскимъ врачомъ, докторомъ Френкелемъ, заключается въ методическихъ гимнастическихъ упражненіяхъ, имѣющихъ цѣлю перевоспитать мышцы у больныхъ, страдающихъ атаксіей, довести ихъ до состоянія возможности выполнять преднамѣренныя движенія съ желаемою силой. Френкель очень желалъ самъ ввести у насъ свой методъ, онъ самъ началъ леченіе тѣхъ больныхъ, которыхъ я вамъ представляю; это леченіе продолжалось подъ его руководствомъ и дало хорошіе результаты.

Давъ эти предварительныя объясненія, я сейчасъ познакомлю васъ вкратцѣ съ исторіей нашихъ больныхъ и нѣкоторыхъ другихъ табетиковъ изъ города, которыхъ пользовалъ этимъ методомъ леченія подъ моимъ наблюденіемъ завѣдывающій моею клиникой, старшій врачъ Сукъ, въ настоящее время директоръ клинической лабораторіи. Такимъ образомъ я скоро сообщу вамъ, что можно ожидать отъ даннаго леченія при табетической атаксіи.

Первая больная, которую я вамъ сейчасъ представляю, портниха 59 лѣтъ; она поступила въ Сальпетріеръ 3-го Апрѣля 1888 года. Въ настоящее время она лежитъ на койкѣ № 8-мъ въ палатѣ Рэйера. Въ ея личномъ прошломъ обнаруживается, что она на 21-мъ году заразилась сифилисомъ. Все, что она ждала, чтобы обезопасить себя отъ послѣдствій своей сифилитической инфекціи, ограничилось шестипедѣльнымъ леченіемъ.

Первыя проявленія ея настоящей болѣзни относятся къ концу 1887 года. Въ это время эта женщина, сидя за столомъ, вдругъ стала косить и видѣть каждый предметъ вдвойнѣ. Лица, окружавшія ее, говорили, что глаза у нея перекошились, какъ у умирающей. Этотъ припадокъ диплопіи продолжался лишь одну минуту и впослѣдствіи больше не возобновлялся.

Въ концѣ марта 1888 года наша больная во время работы почувствовала ощущение мурашекъ въ ладонной поверхности кистей рукъ и на подошвахъ ногъ; эти ощущенія мурашекъ оставались въ теченіи трехъ дней. По прошествіи этого времени больная утромъ, вставая съ постели, упала на полъ. Она не была въ состояніи держаться на ногахъ и ходить, при этомъ у нея не было паралича, такъ какъ она могла двигать ногами. Ее перевезли въ Сальпетріеръ, гдѣ она была помѣщена въ отдѣленіе моего предшественника Шарко. Съ этого вре-

мени ея клиническую исторію можно резюмировать въ слѣдующихъ нѣсколькихъ словахъ: больную мучили стрѣляющія боли во всѣхъ четырехъ конечностяхъ; эти боли локализовались на поверхности кожи; онѣ усиливались при малѣйшемъ прикосновеніи къ кожѣ. Кромѣ того больная испытывала опоясывающія боли и ощущение сжатія какъ бы огненной кольчугой въ теченіе всего перваго года своего пребыванія въ госпиталѣ. У нея была дизурія безъ недержанія и упорный запоръ. Со стороны глазъ констатировали суженіе зрачковъ и признакъ Аргиль-Робертсона. У нея было отсутствіе коленныхъ рефлексовъ, кожныхъ и подошвенныхъ рефлексовъ съ обѣихъ сторонъ. Больная не въ состояніи была ни стоять, ни ходить и пользоваться своими руками, чтобы что-либо взять: ее нужно было кормить. Важно замѣтить, что, состояніе подвижности въ верхнихъ конечностяхъ улучшилось само по себѣ, но всетаки больная не въ состояніи была ни писать, ни шить.

2-го Декабря 1895 года, когда къ больной было примѣнено леченіе Френкеля, общее ея состояніе было вполне удовлетворительно. Стрѣляющія боли совершенно исчезли. Чувствительность и мышечная сила верхнихъ конечностей были не нарушены. Самое большее, что пальцы правой руки обнаруживали нѣкоторую инкоординацію, когда больная застегивала пуговицы, или что-нибудь завязывала. На нижнихъ конечностяхъ чувствительность и мышечная сила также были совершенно сохранены, за исключеніемъ того, что у больной не было сознанія движеній, сообщаемыхъ ея лѣвой голени и стопѣ. Кромѣ того у больной была гиперэстезія въ области подошвъ, обнаруживаемая при быстромъ проведеніи ногтемъ по подошвѣ стопъ. Кстати, я обращаю вниманіе на этотъ способъ для обнаруженія симптома гиперэстезіи. Когда больную заставляли выполнять движенія нижними конечностями, то констатировали, что правая нога выполняла совершенно правильно всѣ требуемыя движенія, даже безъ контроля со стороны глазъ. Наоборотъ, движенія лѣвой ногой были сильно инкоординированы, эта инкоординація замѣтно усиливалась, когда больная закрывала глаза.

Вотъ что можно сказать про отдѣльныя движенія нижнихъ конечностей. Что касается остального, то больная не въ состояніи была держаться на ногахъ увѣренно, безъ поддержки. Когда ее двое поддерживали, то она касалась пола лишь правой стопой, сильно отбрасывая туловище назадъ. Лѣвая стопа вслѣдствіе ослабленія мышцъ передне-наружной области лѣвой голени приняла положеніе лошадиной стопы и болталась, какъ будто была парализована. Лѣвая стопа касалась пола лишь носкомъ—одинаково, какъ въ стоячемъ положеніи, такъ и тогда, когда больная сидѣла. Ходить безъ помощи больная не могла; когда ее поддерживали двое помощниковъ, она могла подвигаться впередъ, подскакивая на правой ногѣ, или скользя подошвой правой стопы. Лѣвая нога болталась во всѣ стороны, оставаясь совершенно инертной.

Леченіе, начатое въ вышеупомянутое время, состояло въ томъ, что больную

заставляли продѣлывать нижними конечностями по командѣ сначала весьма простыя, а впослѣдствіи все болѣе и болѣе сложныя движенія. Первые сеансы больная продѣлывала въ постели. Какъ только она была въ силахъ держаться на лѣвой ногѣ, эти упражненія производились внѣ постели.

1-го Апрѣля 1895 года дѣло стояло такъ: больная была въ состояніи уже прогуливаться по палатѣ безъ посторонней помощи и безъ помощи палки. При помощи же палки она могла садиться и вставать по своему желанію. Нѣсколько позже она могла стоять увѣренно и ходить съ закрытыми глазами. Ея походка сдѣлалась нормальной, или близкой къ этому. Замѣчалась при этомъ нѣкоторая еще степень потери чувствительности въ суставахъ лѣвой голени.

Въ Іюнѣ мѣсяцѣ было еще болѣе выраженное улучшеніе: больная могла теперь одна пройти черезъ весь госпитальный дворъ, пройти пѣшкомъ до Орлеанскаго вокзала, входить и выходить изъ омнибуса, была въ состояніи навѣщать одну изъ подругъ, живущую въ пятомъ этажѣ и пѣшкомъ возвращаться въ госпиталь.

Въ настоящее время въ состояніи этой женщины наступило, какъ вы сами въ этомъ убѣдитесь, значительное улучшеніе. Я приказываю ей встать, вы видите, что она это дѣлаетъ безъ всякаго затрудненія. Теперь она свободно ходитъ предъ вами. Самое бѣльшее, что она слегка качается, но кромѣ этого ничто въ ея походкѣ не указываетъ на какіе либо слѣды двигательной инкоординаціи. Если, когда больная стоитъ, я прикажу ей закрыть глаза, то она держится увѣренно. Короче, разстройства движенія и статики почти совершенно исчезли. Я прибавлю, что параллельно и разстройства суставной и мышечной чувствительности улучшились въ одинаковой пропорціи, т. е., теперь они свелись почти къ нулю. Какой контрастъ съ тѣмъ состояніемъ, какое было едва годъ тому назадъ! Понятно, что другія табетическія проявленія, какъ-то отсутствіе кожныхъ рефлексовъ и признаки со стороны глазъ продолжаютъ существовать. Но объ этомъ больная особенно не печалится.

Вторая больная, которую я вамъ сейчасъ покажу, также швейка, 47 лѣтъ. Она отрицаетъ, что когда-либо имѣла сифилисъ. Въ личномъ ея прошломъ и въ прошломъ ея родственниковъ не находимъ ничего особеннаго, кромѣ одного довольно любопытнаго обстоятельства, что мужъ ея, 48 лѣтъ, умеръ атактикомъ въ 1889 году. Вслѣдствіе этого, зная тѣсную связь *tabes dorsalis* съ сифилисомъ, мы позволили себѣ предположить, что мужъ этой женщины былъ, вѣроятно, старый сифилитикъ и что онъ могъ заразить свою жену, о чемъ она могла и не знать.

Какъ бы то ни было, эта вторая, здѣсь присутствующая больная замѣтила у себя первыя проявленія *tabes'a* въ 1889 году, за нѣсколько мѣсяцевъ до смерти своего мужа. Въ это время у нея появились жестокіе приступы болей въ области поясницы, въ области почекъ, въ особенности въ области лѣвой почки. Боли продолжались по цѣлымъ днямъ и сопровождались рвотой (нефри-

тическіе ложные припадки); эти болевые припадки потомъ стали появляться чаще. Позже, въ Іюнѣ и въ Іюлѣ 1891 года больная въ первый разъ стала испытывать расстройство мышечнаго чувства: когда она сходила съ лѣстницы, то ей казалось, что она опускается въ пропасть; однако она никогда не падала. Ей стало трудно ходить въ темнотѣ, такъ что безъ контроля зрѣнія она не могла больше сходить съ лѣстницы. При полномъ свѣтѣ и съ открытыми глазами она ходила еще весьма свободно. 13-го Декабря того же 1891 года ей уже было крайне трудно пройти по своей комнатѣ. На слѣдующій день, утромъ, вставая съ постели, она не могла больше держаться на своихъ ногахъ; кромѣ того, она испытывала боли въ пахахъ, какъ будто ихъ у нея разрывали. Спустя 4 дня она была принята въ Сальпетріеръ, въ отдѣленіе Шарко. Съ этого времени она не покидаетъ больше постели.

Подсчетъ табетическихъ проявленій, отмѣченныхъ у нея во время ея пребыванія въ госпиталѣ, можетъ быть резюмированъ такъ: стрѣляющія боли въ бедрахъ и въ ножныхъ пальцахъ, приступы желудочныхъ болей со рвотой; гортанные припадки; небольшая дизурія; признакъ Аргиль-Робертсона; кожная анестезія и гиперестезія; явленія парестезіи въ пальцахъ ногъ; замедленіе въ воспріятіи болевыхъ ощущеній; отсутствіе коленныхъ и подошвенныхъ рефлексовъ.—Впослѣдствіи развилась нѣкоторая степень двигательной инкоординаціи въ пальцахъ рукъ: больная не въ состояніи была больше ни писать, ни шить, ни брать такихъ мелкихъ предметовъ, какъ булавка. Съ большимъ трудомъ ей удавалось застегиваться, сдѣлать бантъ. Она можетъ еще сама разрѣзать себѣ мясо, ѣсть и пить. Мышечная и суставная чувствительность почти не была затронута на верхнихъ конечностяхъ. Не то было на нижнихъ конечностяхъ: дѣйствительно, когда больная закрывала глаза, она не сознавала больше положенія своихъ нижнихъ конечностей. Движенія, выполняемые этими конечностями по приказанію, были замѣтно инкоординированы. Она не могла больше увѣренно стоять на ногахъ, по крайней мѣрѣ требовала поддержки, и тогда ей казалось, что она сейчасъ упадетъ въ пропасть, вслѣдствіе чего она начинала кричать. Когда поддерживающіе ее передвигались, то ноги ея оставались позади, запутываясь одна за другую: она не могла сдѣлать никакого движенія своими ногами. Во время покоя стопы ногъ были фиксированы въ положеніи лошадиной стопы; пальцы ногъ (за исключеніемъ большого пальца) были согнуты; это неправильное положеніе увеличивалось при малѣйшемъ усилии, какое больная пыталась сдѣлать, чтобы произвести какое-либо движеніе ногами.

Начиная со 2-го Декабря 1895 къ этой женщинѣ начали примѣнять леченіе Френкеля. Чтобы избѣжать повтореній, я не буду входить въ подробности по этому предмету. Въ будущую пятницу я вамъ дамъ обстоятельное описаніе техники этого леченія.

Въ данную минуту я ограничусь лишь тѣмъ, что скажу, что по прошествіи

приблизительно мѣсяца у больной удалось исправить неправильное положеніе стопъ. Она можетъ повертываться и садиться на своей постели; у нея имѣется болѣе отчетливое сознаніе своихъ ногъ. Замѣтите, что координація болѣе быстро улучшилась въ правой нижней конечности, чѣмъ въ лѣвой.

Въ Іюнѣ мѣсяцѣ 1895 года больная, которая до этого времени могла стоять на ногахъ, лишь поддерживаемая съ обѣихъ сторонъ, была въ состояніи обойти палату, т. е., сдѣлать 50 шаговъ, опираясь съ одной стороны на кровать, а съ другой поддерживаемая однимъ помощникомъ.

Въ данное время мы констатируемъ въ состояніи двигательныхъ разстройствъ значительное улучшеніе, но все таки не такое, какъ у предыдущей больной. Вы видите, что больная не можетъ одна подняться съ кресла, на которомъ сидитъ; чтобы она могла это выполнить, ей надо помочь. Она можетъ ходить, опираясь на палку, но время отъ времени стопы ея ногъ подвертываются еще внутрь и при этомъ вы видите, какъ она высоко поднимаетъ пятки. Но, однако, она можетъ долго ходить, не испытывая усталости,—это для нея большое удовлетвореніе. Разстройства чувствительности также весьма замѣтно улучшились.

Третья больная, которую вы видите, находится въ нашемъ отдѣленіи съ 16-го Іюня 1894 года; я имѣлъ уже случай говорить о ней. Этой женщинѣ 31 годъ, она не замужняя, по профессіи модистка и въ то же время проститутка. Вы поэтому дадите настоящую оцѣнку ея завѣренію, что она никогда не имѣла сифилиса. Она впрочемъ признается, что вела весьма бурную жизнь, что съ 19 лѣтъ она постоянно посѣщала увеселительныя мѣста и проводила ночи внѣ дома. Въ это время она заболѣла хореей. Эта спастическая болѣзнь началась съ нижнихъ конечностей, а впослѣдствіи распространилась и на верхнія конечности. Она прошла по теченію года, оставивъ, какъ слѣдъ, двухсторонній blepharospasmus, который существуетъ еще и теперь. Появленіе первыхъ симптомовъ данной болѣзни относится къ Сентябрю мѣсяцу 1893 года: въ теченіи 15 дней больная испытывала очень острые боли въ колѣнахъ; затѣмъ въ этихъ областяхъ появилось ощущеніе тяжести, которое прогрессивно усиливалось. Ноги сдѣлались слабыми и скоро больная не въ состояніи была опираться на лѣвую ногу.

Ноги больной согнулись въ колѣнахъ; ея походка сдѣлалась мало увѣренной, почти шатающейся. Она очень жаловалась на болѣзненные судороги въ икрахъ, на ощущеніе сдавленія въ талии. Нижнія конечности отяжелѣли, больная ихъ не чувствовала, когда была въ постели. Она рассказываетъ также, что во время ходьбы, она не чувствуетъ больше почвы, ей кажется, что ея ноги не совсѣмъ вошли въ ботинки; изъ другихъ аномальныхъ ощущеній упомянемъ объ ощущеніи посторонняго тѣла въ прямой кишкѣ съ очень мучительными потугами въ послѣдней. Иногда больная не чувствовала также прохожденія каловыхъ массъ.

Около этого же самаго времени ясно обнаружилась двигательная инкоорди-

нація. Больная рассказываетъ, что когда она сходила съ лѣстницы, то не умѣла соразмѣрить движеній своихъ ногъ съ высотой ступеней; поэтому ей часто приходилось падать.

Вотъ перечень главныхъ симптомовъ, констатированныхъ нами у этой женщины въ моментъ поступленія ея въ отдѣленіе: blepharospasmus (опущенныя вѣки); сѣуженіе зрачковъ, признакъ Аргилль-Робертсона; незначительное ослабленіе слуха слѣва. Измѣненіе вкусовой чувствительности; больная находила дурной вкусъ во всемъ, что она ѣла и пила. Больная потеряла два зуба, которые выпали, не причиняя ей боли. Не констатировано ни малѣйшаго разстройства чувствительности и движеній въ верхнихъ конечностяхъ. На нижнихъ конечностяхъ разстройства кожной чувствительности выражались въ замедленія воспріятія болевыхъ ощущеній. Когда, наприм., больную кололи иглой, она такъ передавала характеръ испытываемыхъ ею ощущеній: она тотчасъ заявляла «вы дотрогиваетесь до меня», и только чрезъ нѣсколько секундъ добавляла: «вы меня укололи». Не было больше и слѣдовъ мышечной и суставной анестезіи; не было также аномальныхъ ощущеній въ прямой кишкѣ. Колѣнные и подошвенные рефлексy были совершенно уничтожены. Больная была не въ состояніи удержаться въ равновѣсіи на своихъ ногахъ; это разстройство статики усиливалось, когда больная закрывала глаза. Когда больная намѣревалась идти, она выбрасывала стопу впередъ, не сгибая колѣна, затѣмъ эта стопа опускалась, какъ-бы повинувая своей собственной тяжести, пятка при этомъ сильно ударялась о полъ. Кромѣ того, въ это время стопы ногъ и голени заплетались одна за другую; тогда больную, чтобы она не упала, нужно было поддерживать. Инкоординація усиливалась, когда больная пробовала повернуться на мѣстѣ; она была больше выражена въ лѣвой ногѣ, чѣмъ въ правой. Съ другой стороны,—больная не въ состояніи была всходить на лѣстницу и спускаться съ нея. Когда больная лежала на спинѣ, то выполняла своими конечностями всѣ движенія, которыя ей приказывали дѣлать, одинаково хорошо, какъ при закрытыхъ глазахъ, такъ и тогда, когда она контролировала свои движенія зрѣніемъ. Съ 23-го Апрѣля текущаго года къ этой больной стали примѣнять леченіе Френкеля; чрезъ мѣсяць ея походка совершенно утратила атактическій характеръ. Она снова была въ состояніи дѣлать продолжительныя прогулки, никѣмъ не поддерживаемая и никѣмъ не сопровождаемая. Она вмѣстѣ съ тѣмъ чувствовала себя увѣренной и сильной на своихъ ногахъ. Говоря правду, эта больная была на пути къ произвольному улучшенію въ то время, когда къ ней начали примѣнять это леченіе: въ то время въ ея разстройствахъ походки до нѣкоторой степени преобладала боязнь, которую она испытывала при одной мысли, что во время ходьбы она упадетъ. Въ настоящее время произвольное улучшеніе, о которомъ я только что сказалъ, все болѣе и болѣе подвигается впередъ. Но достигнутое улучшеніе все-

такъ не такъ блестяще, какъ у первой больной. Дѣйствительно, ея походка имѣетъ еще постоянный отпечатокъ нѣкоторой инкоординаціи и сопровождается весьма замѣтнымъ стучаніемъ о полъ пяткой, но тѣмъ не менѣе эта женщина ходитъ съ гораздо большей увѣренностью, чѣмъ прежде. Она чувствуетъ гораздо больше свободы въ движеніяхъ, особенно когда она не знаетъ, что за ней наблюдаютъ.

Замѣьте хорошо, что благодаря леченію произошли измѣненія только въ двигательной инкоординаціи и въ разстройствахъ чувствительности: самое больше, что признакъ Ромберга, который обыкновенно относятъ къ атаксіи, также нѣсколько уменьшился въ своей интензивности. Но отсутствіе колѣнныхъ явленій, признакъ Аргилль-Робертсона и другія табетическія проявленія остались въ томъ же состояніи, какъ и раньше.

Четвертая больная, которую я надѣялся также вамъ показать, не пришла. Ей теперь 26 лѣтъ. Она по профессіи портниха. Она призналась, что заразилась, сифилисомъ 17 лѣтъ и въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ подвергалась меркуріальному леченію. Первые симптомы *tabes*'а проявились у нея въ Августѣ 1892 года, когда ей было 25 лѣтъ; въ теченіи цѣлой недѣли она испытывала въ нижнихъ конечностяхъ почти постоянныя стрѣляющія боли. Эти боли почти такъ же внезапно исчезали, какъ и появлялись. Въ Февралѣ мѣсяцѣ 1893 года у больной обнаружилась двигательная инкоординація. Сначала она испытывала необычную усталость въ нижнихъ конечностяхъ. По истеченіи 15-ти дней эта усталость была такова, что больная не въ состояніи была больше ходить на работу. Она продолжала свою профессію швеи у себя дома и работала среднемъ числомъ по 10 часовъ въ день безъ труда и безъ большой усталости. Въ концѣ концовъ, 27-го Октября 1893 г. она поступила въ Сальпетріеръ. Въ это время у нея были обнаружены слѣдующія явленія: отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ; признакъ Ромберга; невозможность ходить безъ поддержки и не опираясь на мебель; проходящая слѣпота.

Больную лечили, давая внутрь іодистый калий и подвѣшиваніемъ (каждые два дня,—сеансъ 3 минуты).

14-го Февраля 1894 года больная ходила значительно лучше; стрѣляющія боли, наоборотъ, возобновились.

26-го Апрѣля 1895 года, когда къ больной начали примѣнять леченіе Френкеля, у нея было отмѣчено слѣдующее состояніе: правосторонній *mydriasis* съ уменьшеніемъ остроты зрѣнія на той же сторонѣ; отсутствіе реакціи зрачковъ на свѣтъ и аккомодацию. Блѣдные, цвѣта мѣла, соски зрительныхъ нервовъ. Слабая амблиопія. Частое головокруженіе, сопровождаемое паденіемъ. Шумъ въ ушахъ. Стрѣляющія боли. Весьма ясное замедленіе въ воспріятіи тактильных, болевыхъ, термическихъ ощущеній всюду, за исключеніемъ лица. Гипѣстезія. Отсутствіе глубокой чувствительности. Съ закрытыми глазами больная совершенно утрачивала сознаніе о положеніи, занимаемомъ ею конечностями, и о положеніи,

которое придавали имъ. Когда она лежала въ постели, то движенія, которыя ей приказывали дѣлать, она выполняла крайне безпорядочно; эта инкоординація замѣтно усиливалась, когда больная была лишена контроля зрѣнія. Когда она сидѣла на стулѣ и ей приказывали встать, она поднималась порывисто, отталкивая стулѣ икрами. Съ закрытыми глазами она не могла держаться увѣренно на ногахъ. Ходить ей было менѣе трудно, чѣмъ прежде. Она передвигалась съ прежней поспѣшностью и въ ея походкѣ замѣчалась очевидная порывистость. Кромѣ того, она выбрасывала ногу впередъ сразу и пятки, опускаясь, ударялись о полъ съ нѣкоторой силой. Время отъ времени колѣна внезапно подгибались. Малѣйшее препятствіе заставляло ее спотыкаться и она часто падала. Когда ей приказывали остановиться и измѣнить направленіе, она не могла этого сдѣлать иначе, какъ лишь придерживаясь за одну изъ кроватей, находящихся по близости.

По прошествіи двухъ мѣсяцевъ леченія больная была въ состояніи ходить безъ затрудненія и безъ всякой посторонней помощи; она была въ состояніи подниматься и сходить съ лѣстницъ, прогуливаться въ саду. Она больше не падала; она довольно правильно выполняла гимнастическія упражненія, которыя ее заставляли дѣлать. Кромѣ этого леченіе не оказало никакого улучшенія ни состояніе другихъ симптомовъ. Признакъ Ромберга, равно какъ и разстройства глубокой чувствительности оставались въ прежнемъ состояніи.

Въ число этихъ фактовъ, свидѣтелями которыхъ до нѣкоторой степени были вы, я помѣшу и другіе, говорящіе въ томъ же направленіи, опубликованные за границей, изъ нихъ нѣкоторые были сообщены Френкелемъ, введшимъ въ употребленіе методъ, о которомъ я сейчасъ говорилъ.

Мой прежній завѣдующій клинкой, Сукъ лечилъ табетиковъ изъ моей частной практики по методу Френкеля. Четверо изъ этихъ больныхъ были лечимы въ теченіе двухъ мѣсяцевъ исключительно этимъ методомъ. У троихъ изъ нихъ была весьма выраженная инкоординація, они въ состояніи были ходить только съ поддержкой двухъ помощниковъ. Они проводили жизнь, такъ сказать, сидя въ креслѣ; они не были въ состояніи стоять, перемѣнить мѣсто, сдѣлать нѣсколько шаговъ безъ посторонней помощи. Когда при этихъ условіяхъ ихъ заставляли ходить, они представляли весьма выраженную инкоординацію. Эти трое больныхъ вынесли изъ леченія Френкеля ощутительную пользу: они теперь поднимаются и ходятъ по своимъ комнатамъ одни (опираясь лишь на палку), ихъ походка значительно менѣе инкоординирована. У четвертаго изъ этихъ больныхъ инкоординація была слабо выражена и походка не была затруднена. Этотъ человѣкъ изъ леченія не вынесъ никакой пользы.

Наконецъ, пятый больной былъ подвергаемъ одновременно подвѣшиванію и леченію по Френкелю. У этого человѣка была весьма выраженная инкоординація: онъ постоянно сидѣлъ въ креслѣ, не могъ вставать и ходить безъ помощи двухъ слугъ. Въ настоящее время, послѣ двухъ мѣсяцевъ леченія, онъ въ

состояніи вставать и ходить одинъ, опираясь на палку безъ всякой другой посторонней помощи. Я прибавлю, что у этого больного значительно улучшились расстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки и подошвенная анестезія.

У четырехъ больныхъ, леченныхъ исключительно по методу Френкеля, не получилось никакого измѣненія въ чувствительности, все ограничилось улучшеніемъ инкоординаціи.

Профессоръ Лейденъ изъ Берлина опубликовалъ наблюденіе надъ больнымъ, у котораго симптомы *tabes*'а существовали уже 20 лѣтъ. Этотъ больной могъ стоять, и то лишь нѣсколько секундъ, поддерживаемый съ двухъ сторонъ. Онъ совершенно утратилъ память о необходимыхъ при прогулкѣ движеніяхъ. Тѣ движенія, которыя онъ могъ выполнять своими конечностями, лежа на спинѣ, отличались довольно выраженной инкоординаціей. Больной могъ писать лишь карандашомъ, который держалъ всей рукой. Послѣ девяти-мѣсячнаго леченія по методу Френкеля этотъ больной былъ въ состояніи ходить, опираясь на руку помощника; въ движеніяхъ, которыя онъ, лежа, производилъ нижними конечностями, не было замѣтно ни малѣйшей инкоординаціи. Въ верхнихъ конечностяхъ атаксія значительно улучшилась. Больной могъ снова писать перомъ и имѣлъ прекрасный почеркъ.

Профессоръ В. М. Бехтере въ примѣнялъ съ успѣхомъ методъ Френкеля въ своей клиникѣ; достигнутые имъ результаты изложены въ работѣ, опубликованной однимъ изъ его учениковъ, докторомъ Остановымъ.

Изъ числа наблюденій, сообщенныхъ мнѣ Френкелемъ, и приведу слѣдующія два наблюденія, которыя не появились въ печати и которыя представляютъ существенный интересъ:

Первое относится къ 45-ти-лѣтнему больному, у котораго атактический періодъ *tabes*'а былъ въ полномъ разгарѣ. Этотъ больной могъ еще прогуливаться по своей комнатѣ, опираясь на палку и на плечо помощника. Его походка была сильно инкоординирована. Верхнія конечности не были поражены. Послѣ четырехъ мѣсяцевъ леченія больной снова могъ ходить одинъ, безъ помощи палки въ теченіи приблизительно часа времени. Онъ входилъ и сходилъ съ лѣстницы, не нуждаясь въ посторонней помощи; онъ могъ даже совершать небольшія экскурсіи въ горы. Однимъ словомъ, когда больной выполнялъ сколько нибудь сложныя движенія, когда, напр., онъ входилъ или сходилъ съ лѣстницы, то ему нужно было сосредоточить все свое вниманіе на своихъ ногахъ. По этому только опытный глазъ могъ узнать, что больной былъ табетикъ, настолько ему удалось управлять своими мышечными сокращеніями и исправить свою атаксію. Онъ, впрочемъ, былъ дѣйствительно одаренъ необычайной силой воли.

Второе наблюденіе касается 47-ми-лѣтней дамы, у которой *tabes dorsalis* былъ осложненъ почти полной параплегіей нижнихъ конечностей. Больная, лежа

на спинѣ, съ трудомъ могла поднимать ноги на нѣсколько ситм. выше уровня постели. При этомъ самое малѣйшее усиліе, требуемое при выполненіи этихъ движеній, вызывало боли въ конечностяхъ. Мышцы голеней были дряблы; икроножныя мышцы едва прощупывались.

На верхнихъ конечностяхъ двигательныя разстройства выражались дрожаніемъ лѣвой руки; инкоординаціи въ нихъ не было. По прошествіи четырехъ мѣсяцевъ леченія тѣ простыя движенія, которыя больная, лежа въ кровати, выполняла раньше съ большими усиліями, при чемъ развивалась боль, она выполняла уже совершенно правильно. Выполненіе сложныхъ движеній обнаруживало еще инкоординацію. Больная была въ состояніи ходить, опираясь на плечо помощника; при этомъ условіи она могла пройти разъ 10 вокругъ комнаты.

Итоги метода Френкеля, по наблюденіямъ автора на 30 больныхъ, могутъ быть представлены въ слѣдующемъ видѣ:

Улучшеніе	въ 23 случаяхъ, слѣд.	76,7%
Отрицательный результатъ	» 5 » »	16,6%
Ухудшеніе	» 2 » »	0,7%

Вы видите, что даже въ рукахъ самаго изобрѣтателя данный методъ далеко не всегда приноситъ пользу.

Въ ближайшую пятницу я разсчитываю изложить вамъ технику метода Френкеля и обсудить показанія и противопоказанія къ примѣненію этого метода.

Лекція XXIX.

Леченіе двигательной инкоординаціи при табесѣ путемъ перевоспитанія мышцъ. Методъ Френкеля ¹⁾.

(Продолженіе).

Содержаніе.—Ретроспективныя разсужденія о неизлечимости *tabes dorsalis*.—Программа въ леченіи этой болѣзни.—Извѣстныя медицинскія средства противъ табетической атаксіи; преимущества и неудобства подвѣшиванія. Методъ Френкеля; техника; описаніе аппаратовъ, необходимыхъ при примѣненіи этого метода. Значеніе метода; достигнутые имъ результаты.—Показанія.—Противопоказанія.—Какимъ образомъ этотъ методъ дѣйствуетъ на исправленіе двигательной инкоординаціи.—Что такое координація.—Анализъ табетической инкоординаціи.—Результаты этого анализа выясняютъ намъ нѣкоторыя противопоказанія при примѣненіи метода.—Теорія, по которой табетическая атаксія зависитъ отъ разстройства поверхностной и глубокой чувствительности, не имѣетъ больше достаточныхъ основаній.—

¹⁾ Лекція 24-го Января 1896 г.

Какимъ образомъ координація является функціей головного мозга.—Въ развитіи многихъ симптомовъ табеса играетъ преобладающую роль психическій элементъ; нѣкоторые табетическія анестезіи зависятъ отъ извращенія сознанія.—Онѣ не вызываютъ атаксіи, онѣ находятся вмѣстѣ съ атаксіей и зависятъ отъ той же самой причины.—То же можно сказать и про наблюдаемое у табетиковъ расслабленіе мышцъ.—Это результаты одной и той же причины, мозговой пертурбаціи, совместно и улучшаются подѣ влияніемъ леченія Френкеля.

М.м. Г.г. Сегодня я свою лекцію начну съ того, на чемъ остановился въ прошедшую пятницу—съ вопроса о леченіи табетической атаксіи путемъ перевоспитанія мышцъ.

Въ моихъ бесѣдахъ о *tabes dorsalis* ¹⁾ въ госпиталѣ Ларибуазьеръ я подробно изложилъ леченіе этой болѣзни. Я съ самаго начала объявилъ, что излечимость *tabes*'а мнѣ представляется весьма проблематичной. Я тогда же добавилъ, что несмотря на большое число случаевъ *tabes dorsalis* (почти 400 случаевъ), пользовавшихся мной въ госпиталѣ и въ частной практикѣ, не смотря на мое настойчивое примѣненіе всѣхъ извѣстныхъ средствъ, я не видѣлъ еще ни одного примѣра достовѣрнаго и прочнаго выздоровленія отъ этой болѣзни.

Впрочемъ тороплюсь прибавить, что это проникновеніе въ суть дѣла, какъ-бы мало надежды оно не давало, не должно было меня привести къ простому сознанію безсилія. Я указывалъ на обычную продолжительную длительность *tabes dorsalis*, который можетъ тянуться 15 и 20 лѣтъ, и даже болѣе. Я перечислилъ всѣ мученія, послѣдовательно испытываемыя табетикомъ въ теченіи этого долгаго промежутка времени, а именно: весьма упорныя физическія боли съ крайне разнообразной локализацией, которыя могутъ быть крайне мучительными; нравственные страданія въ связи съ многочисленными неудобствами, съ различными функціональными расстройствами, которыя создаютъ больному тягостное, а иногда невыносимое существованіе. Въ виду такого положенія, прибавлю я, врачу не позволительно складывать оружіе: его прямой долгъ—облегчать физическія страданія, устранять функціональныя расстройства, или лечить ихъ послѣдствія, словомъ сдѣлать такъ, чтобы больной возможно меньше былъ затрудняемъ въ своихъ занятіяхъ и въ своихъ соціальныхъ сношеніяхъ. Программа очень обширная, которая заставляетъ пускать въ ходъ массу симптоматическихъ лекарствъ, которыя я рассмотрѣлъ въ методическомъ порядкѣ, сдѣлалъ имъ соотвѣтственную офѣнку и не намѣренъ снова заниматься тѣмъ же самымъ. Какъ я васъ предупредилъ, я сегодня займусь леченіемъ двигательной инкоординаціи по методу Френкеля. Позвольте лишь напомнить вамъ, какими средствами мы располагали до сихъ поръ противъ табетической атаксіи.

30 лѣтъ тому назадъ, противъ этого проявленія табеса восхваляли Argen-

¹⁾ F. R a y m o n d.—Maladies du système nerveux. (Scléroses systématiques de la moelle). Paris, 1894. O. Doin, éditeur.

тип *nitric*, назначаемое внутрь. Въ настоящее время это лекарство впало въ полную немилость; его значеніе сведено къ нулю и оно имѣетъ неудобства, на которыя я указывалъ въ только что упомянутой мной лекціи.

Нѣсколько позже видѣли въ кровавомъ растяженіи нервовъ героическое средство, могущее преодолѣть атаксію нижнихъ конечностей. Скоро пришлось убѣдиться, что это средство даетъ призрачные результаты и что оно связано съ серьезной опасностью.

Весьма недавно, чтобы побороть двигательную инкоординацію, прибѣгли, и съ успѣхомъ, къ подвѣшиванію, къ методу леченію, который я первый ввелъ во Франціи и познакомилъ съ нимъ. Въ лекціи, о которой я только что говорилъ, я высказался, что подвѣшивание не представляетъ собой средства, излечивающаго *tabes dorsalis*, какъ нѣкоторые это полагали, но оно имѣетъ симптоматическое значеніе; подвѣшивание въ довольно большомъ числѣ случаевъ оказываетъ очень благотѣльное вліяніе на нѣкоторые проявленія *tabes'a* и, въ первой линіи, на стрѣляющія боли, на расстройства со стороны мочеполовыхъ органовъ, на двигательную инкоординацію. Больные, говорилъ я, которые сдѣлались почти безпомощными вслѣдствіе прогрессивнаго развитія двигательной инкоординаціи въ нижнихъ конечностяхъ, весьма легко снова начинаютъ пользоваться своими ногами и снова начинаютъ дѣлать длинныя прогулки, не нуждаясь въ посторонней помощи. На это я лишь указывалъ и долго останавливался на томъ, что подвѣшивание во многихъ случаяхъ не примѣнимо; при примѣненіи его имѣется довольно много противопоказаній; оно сопряжено съ опасностью. Наконецъ, оно требуетъ особаго снаряда и нѣкотораго технического навыка, почему оно не всѣмъ врачамъ доступно.

При этихъ условіяхъ мы охотно принимаемъ другіе терапевтическіе приемы, дающіе намъ надежду излечить больныхъ отъ двигательной инкоординаціи, или ослабить ее, или даже заставить ее исчезнуть. Методъ Френкеля намъ представляется таковымъ. Въ то время, когда я читалъ лекціи въ госпиталѣ Ларибуазьеръ, этотъ методъ только что появился; я не имѣлъ тогда личнаго опыта въ этомъ дѣлѣ и потому удовлетворился тѣмъ, что кратко познакомилъ васъ, въ чемъ заключается этотъ методъ леченія, но воздерживался судить объ его значеніи. Теперь, когда я его примѣнялъ въ своей клиникѣ и частной практикѣ, я могу высказать о немъ свое мнѣніе. Настало, мнѣ кажется, теперь время изложить вамъ подробно технику этого метода, точно сказать вамъ, что, по моему мнѣнію, можно ожидать отъ него при леченіи двигательной инкоординаціи и установить показанія и противопоказанія. Пользуясь случаемъ, я вамъ скажу, какъ я объясняю себѣ благотворное вліяніе, при благоприятныхъ условіяхъ, на табетическую атаксію, получаемое путемъ перевоспитанія мышцъ. Это дастъ мнѣ возможность заняться обсужденіемъ нѣкоторыхъ вопросовъ, относящихся къ патологической физиологіи *tabes dorsalis*.

Техника.—Методъ Френкеля главнымъ образомъ заключается въ методическомъ выполненіи сначала простыхъ, а впослѣдствіи все болѣе и болѣе сложныхъ движеній, при которыхъ со стороны больныхъ требуется ловкость, а не мышечная сила. Эти упражненія должны производиться подъ наблюденіемъ врача.

Когда имѣется дѣло съ исправленіемъ атаксіи въ нижнихъ конечностяхъ, то общая программа упражненій будетъ слѣдующая:

Вначалѣ больной, положенный на спину съ обнаженными нижними конечностями, выполняетъ только простыя движенія сгибанія, разгибанія, приведенія, отведенія,—сначала одной стопой, впослѣдствіи другой, а потомъ обѣими одновременно. Въ тотъ же самый сеансъ онъ продѣлываетъ движенія сгибанія и разгибанія каждой голенью, потомъ обѣими вмѣстѣ, а въ концѣ-концовъ и бедрами.

Эти элементарныя упражненія, утомительныя не вслѣдствіе силы, расходуемой больнымъ, а вслѣдствіе того вниманія, котораго они требуютъ, должны быть повторяемы до тѣхъ поръ, пока субъектъ не овладѣетъ вполне мышечными сокращеніями, необходимыми при этомъ.

Разъ этотъ результатъ достигнутъ, переходятъ къ сложнымъ движеніямъ. Эти упражненія будутъ состоять въ томъ, что заставляютъ больного, ни на что не опираясь, медленно садиться, медленно вставать; заставляютъ его стоять все съ болѣе и болѣе раздвинутыми ногами; заставляютъ его слегка наклониться туловищемъ впередъ и принять затѣмъ вертикальное положеніе; согнуть колѣна и медленно выпрямиться; присѣдать на корточки и приподниматься.

Заставляютъ впослѣдствіи на мѣстѣ продѣлывать движенія, какія требуются при ходьбѣ: вынести ногу впередъ и отвести ее назадъ, то же продѣлать и съ другой ногой; вынести стопу впередъ и поставить ее на прежнее мѣсто; эти два упражненія дѣлать послѣдовательно; сдѣлать по командѣ одинъ шагъ впередъ, потомъ два шага, потомъ три шага. Всѣ эти упражненія дѣлаются сначала, позволяя больнымъ опираться на палки, а потомъ безъ палки. Такимъ образомъ достигаютъ того, что больной начинаетъ ходить правильно безъ палки. Остается тогда заставить лишь упражняться въ ходьбѣ вдоль прямой линіи, начерченной мѣломъ, заставить больного упражняться въ поворотахъ, въ ходьбѣ задомъ и т. д. Вы понимаете, что эту программу можно различнымъ образомъ видоизмѣнять, смотря по случаю. Средняя продолжительность сеансовъ, включая сюда и время отдыха, можетъ быть не менѣе $1\frac{1}{2}$ часа.

Съ цѣлью исправленія атаксіи въ верхнихъ конечностяхъ начинаютъ поступать такимъ же образомъ, т. е., заставляютъ больного сначала выполнять простыя движенія кистями рукъ, предплечьями, движенія сгибанія, разгибанія и проч. Разъ больной дошелъ до того, что управляетъ при выполненіи этихъ элементарныхъ движеній своими мышцами, его заставляютъ продѣлывать упражненія, напоминающія игры для выработки терпѣнія. Съ этой цѣлью Френкель

выдумалъ известное число аппаратовъ. Я вкратцѣ сейчасъ познакомлю васъ съ ними.

Вотъ, напр., кусокъ дерева, имѣющій форму трехгранной призмы, каждая грань



Рис. 77.

которой равна 5 см., длина его 40 см. Она кладется на одну изъ своихъ поверхностей. На одномъ изъ реберъ сдѣланъ желобокъ. Второе ребро представляетъ гладкую

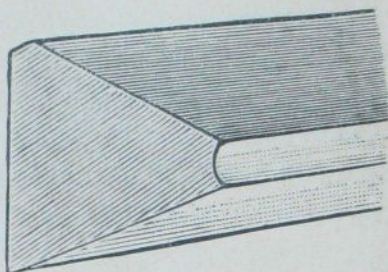


Рис. 78.

поверхность, третье—шероховатую. (Рис. 77 и 78). Этотъ кусокъ дерева кладутъ предъ больнымъ, который держитъ въ рукѣ толстый карандашъ. Ему приказыва-

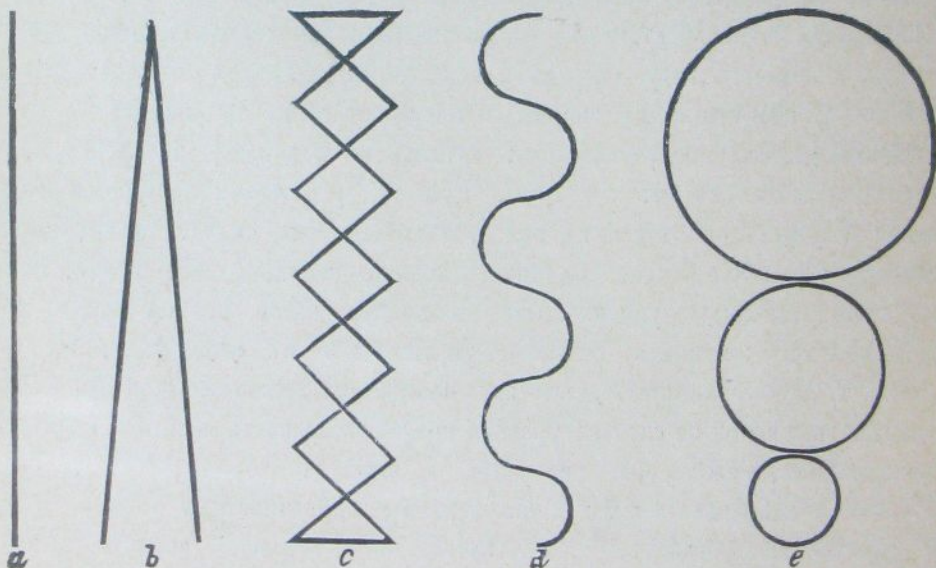


Рис. 79.

ютъ кончикомъ карандаша провести по желобку отъ самой отдаленной отъ его тѣла точки до самой ближайшей отъ него оконечности этого куска, держа

пальцы, а равно и запястье неподвижными. Вначалѣ карандашъ часто выскакиваетъ изъ желобка. Лишь послѣ повторныхъ упражненій больному удается достичь того, что карандашъ остается въ желобкѣ, проводя прямую линію безъ зигзагъ, безъ волнообразныхъ линій.

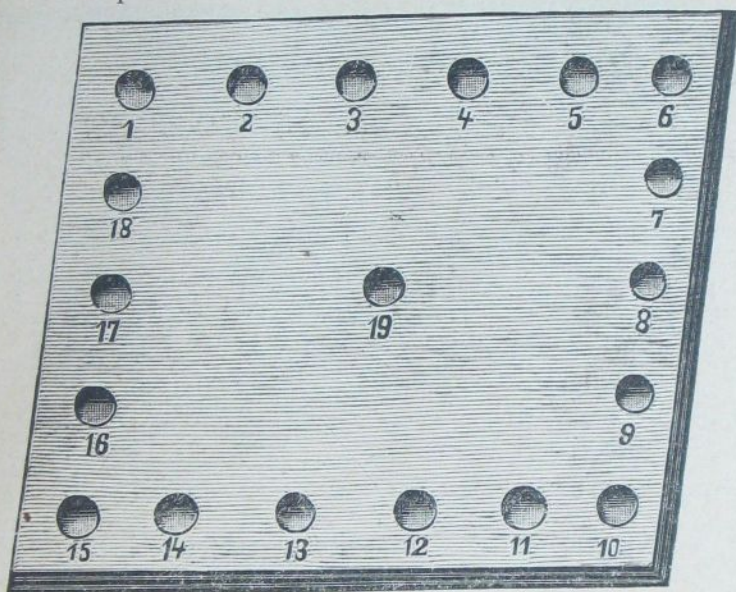


Рис. 80.

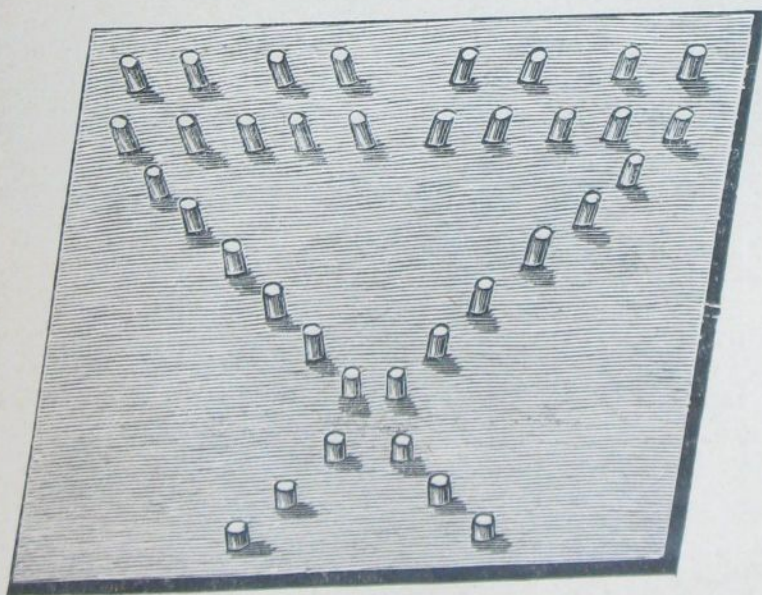


Рис. 81.

Въ промежуткахъ между сеансами, подъ наблюденіемъ врача больной упражняется въ томъ, что перомъ дѣлаетъ рисунки, которые здѣсь изображены (рис. 81). Рисунки эти состоятъ изъ ломанныхъ и кривыхъ линій. Этотъ родъ упражненій

дасть возможность легко узнать, какой успѣхъ достигнуть больнымъ въ отношеніи возстановленія его координаціи.

Другой аппаратъ (рис. 80) представляетъ квадратную доску, шириною въ

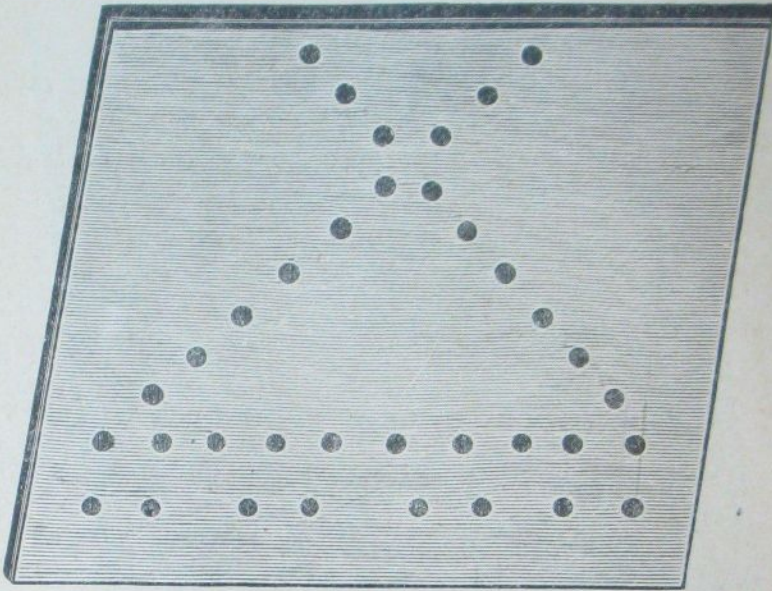


Рис. 82.

25 см., длиною въ 30 см., въ которой на различныхъ разстояніяхъ сдѣланы углубленія, въ которыхъ можетъ помѣститься кончикъ пальца. Эти углубленія перенумерованы. Эта доска ставится предъ больнымъ, который держитъ руку

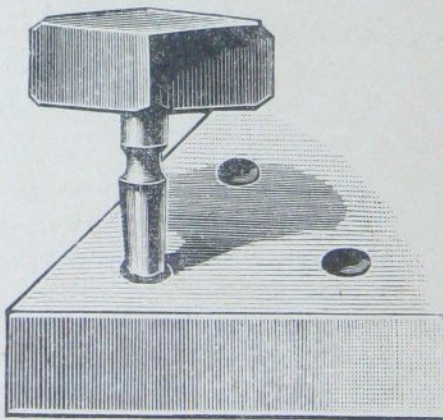


Рис. 83.

приподнятой и указательный палецъ вытянутымъ. Врачъ приказываетъ ему вложить насколько возможно быстро кончикъ этого пальца въ углубленіе, номеръ котораго онъ ему укажетъ. Сначала его заставляютъ часто повторять то же самое

движеніе, выбирая тотъ же самый, или сосѣдній номеръ. Впослѣдствіи дѣлають такъ, чтобы это было все болѣе и болѣе сложнымъ. Позднѣ этотъ аппаратъ замѣняютъ другимъ (рис. 81), въ которомъ продѣланы углубленія, въ которыя больной долженъ вставлять небольшія пробки. Нѣсколько болѣе сложное упражненіе заключается въ томъ, что въ продѣланныя дырки доски (какъ это показано на рисункахъ 82, 83 и 84) заставляютъ вставлять родъ пробокъ, изъ которыхъ каждая снабжена четырехугольной рукояткой. Въ началѣ сеанса пробки должны быть положены сбоку доски.

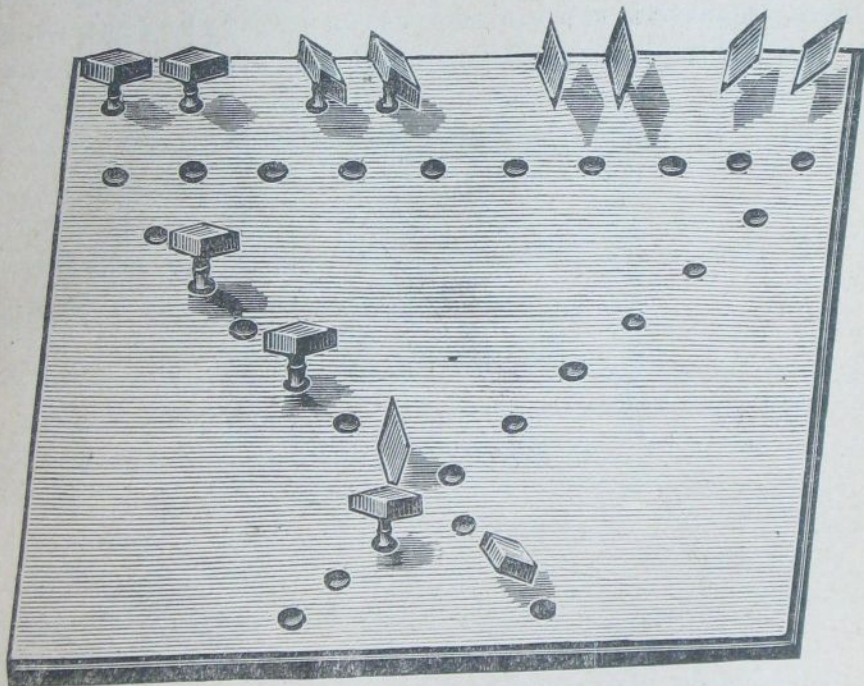


Рис. 84.

Задача больного заключается въ томъ, чтобы пробки собрать одной рукой и вложить ихъ въ дырки, которыя ему указаны. При этомъ ежеминутно мѣняютъ скорость, съ какой исполняется это движеніе и мѣсто, куда пробка должна быть воткнута. Заставляютъ также больного перемѣщать пробки изъ одной дыры въ другую.

Аппаратъ, изображенный на рисункѣ 85, представляетъ вамъ рядъ шариковъ, подвѣшенныхъ на ниточкахъ къ поперечной перекладинѣ, поддерживаемой двумя вертикальными стойками. Для начала заставляютъ качаться одинъ изъ наиболѣе большихъ шариковъ. Въ то время, когда онъ такимъ образомъ качается, приказываютъ больному схватить его такъ, чтобы онъ болѣе не качался. Сначала больному предоставляютъ выборъ момента; позже ему приказываютъ схватить

шарикъ въ опредѣленный моментъ его качательныхъ размаховъ. Заставляютъ продѣлывать тѣ же самыя упражненія съ различными шариками. При этомъ убѣждаются, что чѣмъ меньше шарикъ, тѣмъ труднѣе достигается цѣль.

Можно, понятно, до безконечности разнообразить эти упражненія въ ловкости; я съ своей стороны хочу познакомить васъ съ тѣми, которыя расхваливаетъ иниціаторъ этого метода леченія.

Я только что произнесъ слово «ловкость». Это меня вынуждаетъ сказать вамъ, что Френкель протестуетъ противъ всякаго уподобленія его метода гимнастикѣ. Да, несомнѣнно, такое перевоспитаніе мышцъ, какъ я только что изложилъ вамъ, не имѣетъ ничего общаго съ гимнастикой силы, которая имѣетъ цѣлью лишь развить мышцы и сдѣлать ихъ способными къ самой

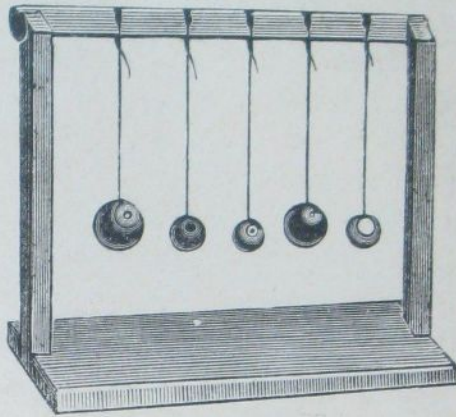


Рис. 85.

большой суммѣ усилій. Но это все же, въ концѣ-концовъ, есть лишь гимнастика ловкости, гораздо менѣе опасная, я соглашаюсь съ этимъ, чѣмъ гимнастика силы, такъ какъ послѣдняя подвергаетъ атактиковъ серьезной опасности; при послѣдней у нихъ легко могутъ случиться переломы, разрывы мышцъ, сухожилій, артропатіи, параличи.

Значеніе метода.—Результаты, достигнутые имъ.—Клиническихъ фактовъ, которые я вамъ изложилъ въ послѣднюю пятницу, я полагаю, достаточно, чтобы укрѣпить въ васъ то мнѣніе, что методъ Френкеля оказываетъ вліяніе всегда только на одно изъ многочисленныхъ проявленій *tabes dorsalis*, а именно на двигательную инкоординацію. Въ этомъ отношеніи онъ все-таки стоитъ ниже подвѣшиванія. Ниже его онъ и съ другой точки зрѣнія; а именно: со стороны относительной медленности, съ которой достигаются результаты, которые онъ можетъ дать. При подвѣшиваніи часто бываетъ достаточно весьма небольшого

числа сеансовъ, чтобы поставить снова табетика въ состояніе управлять своими ногами,— все это достигается безъ прямого вмѣшательства пользующаго врача. Чтобы достичь того же самаго результата при помощи метода Френкеля, надо не менѣе 4—5 мѣсяцевъ леченія; сверхъ того, перевоспитаніе мышцъ требуетъ прямого вмѣшательства врача. Этотъ методъ со стороны врача и со стороны больного требуетъ значительнаго терпѣнія и большой настойчивости, не считая громадной затраты времени.

Наоборотъ методъ Френкеля по качеству своему можетъ считаться болѣе мягкимъ методомъ леченія, чѣмъ подвѣшиваніе. Легко понять, что въ принципѣ менѣе непріятно производить только что описанныя мной упражненія, чѣмъ подвергаться подвѣшиванію, которое больнымъ представляется чѣмъ то устрашающимъ. Оно также представляетъ и опасности, о которыхъ я вамъ сейчасъ говорилъ, чего совсѣмъ не имѣется въ методѣ Френкеля. При примѣненіи подвѣшиванія мы сталкиваемся съ многочисленными противопоказаніями. Что касается результатовъ, достигаемыхъ тѣмъ, или другимъ методомъ, то они имѣютъ существенную цѣнность, если разсматривать вліяніе этихъ методовъ леченія только на двигательную инкоординацію.

Всѣ трое больныхъ, которыхъ я вамъ показывалъ, были не въ состояніи стоять прямо и ходить безъ поддержки двухъ помощниковъ. По прошествіи шести мѣсяцевъ леченія первый больной могъ снова совершать пѣшкомъ длинныя прогулки безъ всякой посторонней помощи. Тотъ же результатъ получился у нашей третьей больной по прошествіи одного мѣсяца леченія. Говоря правду, въ то время, когда у этой больной мы стали примѣнять леченіе Френкеля, двигательная ея инкоординація находилась на пути къ произвольному улучшенію. Наоборотъ у нашей второй больной результатъ былъ менѣе блестящій, такъ какъ по прошествіи шести мѣсяцевъ леченія эта женщина могла лишь обойти вокругъ палаты, при томъ она это могла сдѣлать лишь при поддержкѣ помощника. Что касается нашей четвертой больной, то у нея гимнастическія упражненія по методу Френкеля, лишь помогли улучшенію, достигнутому раньше при помощи подвѣшиванія. Послѣ двухъ мѣсяцевъ примѣненія методическихъ упражненій эта женщина, которая была уже въ состояніи ходить одна, но походка которой носила характеръ связанности, рѣзкости и поспѣшности, могла всходить и сходить съ лѣстницъ, прогуливалась по больничному саду самымъ естественнымъ образомъ.

Вотъ результаты, которыми, повторяю я вамъ, нельзя пренебрегать, когда подумаешь о жалкой участи табетиковъ, о безсиліи нижнихъ конечностей вслѣдствіи атаксіа, о беспомощности, по причинѣ которой больные неделями и мѣсяцами бываютъ прикованы къ постели.

Остается узнать, какъ долго въ среднемъ держатся безъ измѣненія результаты, достигаемые при помощи этого метода леченія. По этому вопросу я не

могу высказать своего мнѣнія, такъ какъ факты, свидѣтелями которыхъ я былъ, имѣли мѣсто крайне недавно.

Показанія.—Возвращаясь къ фактамъ, о которыхъ я бесѣдовалъ съ вами въ предшествующей моей лекціи и свидѣтелемъ которыхъ я былъ. Я возвращаюсь къ нимъ для того, что наглядно показать нѣкоторыя клиническія особенности, которыя, мнѣ кажется, въ состояніи пролить свѣтъ на обстоятельства, при которыхъ методъ Френкеля, какъ кажется, имѣетъ болѣе всего шансовъ быть примѣняемымъ съ успѣхомъ.

У нашей первой больной, повидимому, совершенно почти не было предатактического періода. Первые симптомы табеса проявились въ концѣ 1887 года въ формѣ весьма кратковременной диплопіи. Въ концѣ марта 1888 года у этой женщины появилось ощущеніе мурашекъ въ кистяхъ рукъ и въ стопахъ ногъ. Спустя три дня больная, вставая съ постели, констатировала, что она не въ состояніи стоять на ногахъ и ходить. Правда, она тотчасъ же была помѣщена въ Сальпетріеръ, гдѣ констатировали и другія табетическія проявленія, а именно: *myosis*, признакъ Аргилъ-Робертсона, признакъ Вестфали, т. е., такія явленія, которыхъ больная не могла сознавать и начало которыхъ относится къ весьма отдаленному времени.

У нашей третьей больной двигательная инкоординація проявилась черезъ 15 дней послѣ появленія первыхъ признаковъ табеса; черезъ 10 лишь мѣсяцевъ послѣ этого она поступила въ госпиталь.

Наша четвертая больная замѣтила первые симптомы спинной сухотки въ Августѣ мѣсяцѣ 1892 года, а въ Январѣ мѣсяцѣ 1893 года у нея уже была двигательная инкоординація въ весьма выраженной степени

Наконецъ, у нашей второй больной предатактический періодъ, насколько объ этомъ можно судить по анамнестическимъ свѣдѣніямъ, продолжался менѣе двухъ лѣтъ.

Это постоянство ранней атакіи меня поразило; оно заключаетъ въ себѣ для насъ нѣчто необыкновенное, послѣ того, что я говорилъ вамъ въ предшествующей лекціи о развитіи *tabes dorsalis*. Вообще, періодъ предатактический довольно длиненъ, онъ считается годами. Кромѣ того, болевые проявленія, а именно стрѣляющія боли представляются однимъ изъ наиболѣе частыхъ (ихъ наблюдаютъ въ $\frac{3}{4}$ всѣхъ случаевъ) и однимъ изъ наиболѣе раннихъ явленій предатактического періода. Слѣдовательно, оказывается, что трое изъ нашихъ больныхъ почти сразу впали въ атакическое состояніе, а у четвертой больной двигательная инкоординація какъ будто появилась значительно раньше, чѣмъ это обыкновенно бываетъ.

Надо отмѣтить и другую особенность; у нашихъ четырехъ больныхъ было очень мало времени атакіи ухудшиться до того, чтобы они были не въ состояніи, хотя немного, стоять и ходить. Обыкновенно дѣло идетъ не такъ: въ

преобладающемъ большинствѣ случаевъ медленное и прогрессивное развитіе составляетъ общій отличительный признакъ атактического и предатактического періода. Я указывалъ на то, что атактический періодъ начинается обыкновенно слабо выраженными разстройствами координаціи, которые легко проходятъ незамѣченными, разъ только за ними тщательно не слѣдятъ. Я настаивалъ на томъ, что въ большинствѣ случаевъ инкоординація, незначительная вначалѣ, усиливается въ своей интензивности медленно, но прогрессивно, не вліяя на попере-мѣнное улучшеніе и ухудшеніе, которое наблюдается въ теченіи табеса и которое относится къ совокупности проявленій этой болѣзни.

Третью особенность составляетъ то, что у нашей первой больной двигательная инкоординація была на пути къ произвольному улучшенію въ верхнихъ конечностяхъ въ то время, когда къ ней начали примѣнять леченіе по методу Френкеля. Такъ было и у нашей третьей больной съ инкоординаціей въ нижнихъ конечностяхъ.

У нашей четвертой больной было получено при помощи подвѣшиванія значительное улучшеніе двигательной инкоординаціи, когда къ больной начали примѣнять леченіе Френкеля.

Наконецъ, у четырехъ больныхъ двигательная инкоординація была ясно болѣе выражена въ лѣвой нижней конечности.

Изъ всего этого я, такъ сказать, предварительно заключаю, что къ числу случаевъ табеса, въ которыхъ примѣненіе леченія Френкеля даетъ благопріятные результаты, мнѣ кажется, относятся слѣдующіе: тѣ, гдѣ атаксія ясно обнаруживается весьма рано; тѣ, гдѣ атаксія, составляя преобладающее явленіе, сразу поражаетъ нижнія конечности въ такой степени, что дѣлаетъ невозможнымъ стояніе и ходьбу безъ поддержки; тѣ, гдѣ атаксія послѣ нѣкотораго времени проявляетъ склонность къ произвольному улучшенію.

Я прибавляю, что при благопріятныхъ обстоятельствахъ, въ ограниченности средствъ, которыми мы располагаемъ противъ табетической атаксіи, леченіе Френкеля, мнѣ кажется, должно быть примѣняемо, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ подвѣшиваніе противопоказано. Въ моихъ лекціяхъ о леченіи *tabes dorsalis* я долго перечислялъ противопоказанія при подвѣшиваніи; ихъ можно резюмировать въ слѣдующихъ нѣсколькихъ словахъ: сердечно-сосудистыя разстройства, туберкулезное воспаленіе легкихъ, эмфизема, апоплектиформные или эпилептиформные припадки, склонность къ синкопѣ, ожирѣніе.

Противопоказанія.—Примѣненіе метода Френкеля противопоказано:

1) Въ случаяхъ острого или подострого табеса.—Подъ этимъ я понимаю не тѣ случаи, о которыхъ я только что говорилъ, гдѣ при табесѣ до нѣкоторой степени бываетъ уничтоженъ предатактический періодъ и атаксія обнаруживается почти сразу, а такіе, гдѣ болѣзнь имѣетъ бурное начало, обычные явленія предатактического періода слѣдуютъ съ большой быстро-

той, а нѣкоторыя изъ нихъ, особенно боли, достигаютъ большой интензивности. Этотъ способъ развитія составляетъ полную противоположность обыкновенному подкрадывающемуся теченію *tabes* въ начальной формѣ его предатактическаго періода. Когда затѣмъ, говорю я, обнаружится атаксія, то вы, примѣняя методъ Френкеля въ случаяхъ такого рода, поступаете ошибочно. Между другими фактами, которые я могъ бы привести въ подтвержденіе только что сказаннаго мной, я сошлюсь на случай мужчины, 31 года, который заразился сифилисомъ въ 1889 году. Уже въ 1892 году у больного были разстройства зрѣнія въ связи съ параличемъ нѣкоторыхъ глазныхъ мышцъ. Въ Іюнь 1895 г. у него появились острые стрѣляющія боли. Въ Августѣ онъ замѣтилъ, что ему трудно ходить въ темнотѣ; его мучили постоянныя ощущенія покалыванія въ пальцахъ и въ локтяхъ. Въ слѣдующемъ мѣсяцѣ у него появились недержаніе мочи и припадки болей въ кишкахъ. Въ Декабрѣ мѣсяцѣ того же года этотъ больной обратился за совѣтомъ ко мнѣ. Помимо только что перечисленныхъ симптомовъ у него были: потеря рефлексовъ, очаги анестезіи и гиперестезіи, отсутствіе мышечнаго чувства, разслабленіе мышцъ. При этомъ онъ имѣлъ уже двигательную инкоординацію нижнихъ конечностей, но онъ могъ еще пройти пѣшкомъ порядочное разстояніе, когда шелъ ко мнѣ за совѣтомъ; его лечили по методу Френкеля съ 25-го Марта по 15-е Мая 1895 года; двигательная инкоординація лишь ухудшалась.

2) Когда въ нижнихъ конечностяхъ имѣется табетическая атрофія и когда у больныхъ былъ такъ называемый произвольный переломъ или разрывъ сухожилій.

3) Когда имѣется болѣзнь сердца, особенно недостаточность клапановъ аорты; я вамъ кстати напомню, что это осложненіе наблюдается относительно довольно часто въ случаяхъ табеса.

4) У тучныхъ табетиковъ, у артритиковъ, а также у табетиковъ съ подагрической наслѣдственностью; вообще, больные этой категоріи подвержены артропатіямъ.

5) У табетиковъ, злоупотреблявшихъ морфіемъ, кокаиномъ, алкоголемъ и проч.

6) Наконецъ опытъ показываетъ, что методъ Френкеля не даетъ успѣха у табетиковъ, пораженныхъ амаврозомъ, у тѣхъ, у которыхъ на значительномъ пространствѣ имѣется поверхностная или глубокая анестезія и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ къ двигательной инкоординаціи присоединяется, хотя-бы въ незначительной степени, двигательный парезъ или мышечная атрофія. Сейчасъ я вамъ изложу основанія этихъ неудачъ.

Какимъ образомъ методъ Френкеля дѣйствуетъ на исправленіе двигательной инкоординаціи?—Господа, никогда не слѣдуетъ упускать изъ виду того, что въ развитіи многихъ симптомовъ *tabes dorsalis*

преобладаетъ психическій элементъ. Подъ этимъ я понимаю то, что эти симптомы по большей части обусловливаются извращеніемъ сознанія и воображенія. Этимъ можно объяснить то, что такіе симптомы, какъ анестезія, гиперестезія, явленія парестезіи, параличи глазныхъ мышцъ, двигательная инкоординація устанавливаются и исчезаютъ по днямъ, возвращаются, измѣняютъ мѣсто, ухудшаются и улучшаются, чтобы снова исчезнуть, между тѣмъ, какъ спинно-мозговой процессъ, который, такъ сказать, отвѣтственъ за всѣ проявленія *tabes*'а идетъ обыкновеннымъ ходомъ, постепенно подвигаясь впередъ и занимая большее пространство.

Мы знаемъ факты, показывающіе, что главные симптомы въ теченіи табеса, включая сюда и двигательную инкоординацію, могутъ исчезнуть въ то время, когда склерозъ захватилъ задніе столбы во всей ихъ толщѣ и на всей ихъ высотѣ. Наоборотъ, наблюдается иногда совокупность симптомовъ, напоминающая клиническую картину *tabes*'а въ случаяхъ, гдѣ при вскрытіи не находили поражений, свойственныхъ этой болѣзни. Вы поймете, что въ виду этихъ данныхъ вынуждены были искать объясненія нѣкотораго числа симптомовъ *tabes*'а въ чемъ-либо иномъ, а не въ спинномъ мозгу. Одни искали въ периферическихъ нервахъ, а другіе, по моему мнѣнію, болѣе догадливые, обратились къ головному мозгу.

По поводу разстройствъ чувствительности, зрѣнія и слуха и по поводу двигательной инкоординаціи я долго останавливался—въ моихъ лекціяхъ въ госпиталѣ Ларибуазьеръ на доводахъ, которые можно привести въ пользу центрального происхожденія этихъ явленій. Я называлъ авторовъ, которые производили въ этомъ направленіи опыты и защищали это воззрѣніе; сегодня я займусь, лишь тѣмъ, что имѣетъ отношеніе къ вѣроятному черепно-мозговому происхожденію двигательной инкоординаціи *tabes*'а. Я рассчитываю убѣдить васъ, что факты, о которыхъ я велъ бесѣду въ предшествующую мою лекцію, подтверждаютъ эту теорію и то, что методъ Френкеля является по существу психическимъ леченіемъ, основаннымъ на перевоспитаніи мышцъ, или скорѣе на перевоспитаніи корковыхъ центровъ, которые управляютъ выполненіемъ координированныхъ преднамѣренныхъ движеній. Но сначала необходимо напомнить вамъ въ нѣсколькихъ словахъ, какъ мы представляемъ себѣ механизмъ координаціи и происхожденіе двигательныхъ разстройствъ, которые составляютъ сущность табетической атаксіи.

Координация.—Координацію можно опредѣлить, какъ приспособленіе качествъ преднамѣренныхъ движеній къ желаемой цѣли. По моему мнѣнію, неправильно различаютъ произвольную и непроизвольную координацію, то, что понимаютъ подъ непроизвольной инкоординаціей, болѣе логично называть ассоціаціей. Это врожденная способность, такъ какъ мы обладаемъ ею отъ рожденія; благодаря этой способности мышцы, участвующія въ томъ или иномъ простомъ движеніи—сгибаніи, разгибаніи, пронаціи, супинаціи, сокращаются

одновременно, такъ какъ иннервируются однимъ и тѣмъ же нервомъ и однимъ и тѣмъ же спинно-мозговымъ центромъ.

Полько что родившійся ребенокъ производитъ движенія такого рода безъ малѣйшаго вмѣшательства его воли, т. е. его головного мозга. Мы, дѣйствительно, знаемъ, что въ моментъ рожденія пирамидальный пучекъ, соединяющій корковые центры волевыхъ движеній со спинно-мозговыми центрами, не въ состояніи еще функционировать по той очень простой причинѣ, что волокна этого пучка еще не снабжены миелиновыми влагалищами. Ассоціація есть, слѣдовательно, способность, спинно-мозговая функція, которой мы обладаемъ отъ рожденія.

Послѣ рожденія, разъ закончилось развитіе пирамидальнаго пучка, ребенокъ научается к о о р д и н и р о в а т ь, т. е., его воля вмѣшивается, чтобы придать движеніямъ опредѣленную цѣль. Чтобы достичь этой цѣли, намъ надо правильно комбинировать эти простыя движенія въ болѣе или менѣе сложныя; для этого необходимо сочетаніе сознанія и воли.

Конкретный примѣръ позволить вамъ лучше уловить мою мысль. Я сейчасъ возьму тотъ примѣръ, которымъ я воспользовался въ моихъ лекціяхъ о *tabes dorsalis*, когда излагалъ патологическую физиологію табетической инкоординаціи.

Я предполагаю случай, гдѣ сложное движеніе должно состоять въ схватываніи какого-либо предмета, напр. стакана, при чемъ верхняя конечность лица, которое должно это предѣлать, приложена къ туловищу, предплечье полусогнуто.

Чтобы этотъ актъ завершился, нужно, говорилъ, я, чтобы, было выполнено предварительно двойное условіе; нужно, чтобы сознаніе этого лица было съ одной стороны освѣдомлено о точномъ положеніи достигаемаго предмета, о разстояніи, отдѣляющемъ этотъ предметъ отъ руки, а съ другой стороны,—о точномъ положеніи конечности, которая должна произвести это движеніе, о состояніи сокращенія или расслабленія мышцъ этого члена. Безъ участія сознанія преднамѣренныя движенія невозможны,—все это я старался разъяснить въ своей статьѣ, опубликованной въ 1891 году (*Revue de médecine*, 1891, t. XI, p. 5 et 6).

Я предполагаю, что эти предварительныя свѣдѣнія о положеніи хватаемаго предмета, о состояніи мышцъ, принимающихъ участіе въ исполненіи сложнаго движенія схватыванія, приобрѣтены. Теперь наступаетъ время вмѣшаться волѣ, освѣдомленной и контролируемой сознаніемъ, приказывать производить рядъ простыхъ, элементарныхъ движеній, координировать ихъ въ концѣ-концовъ такимъ образомъ, чтобы стаканъ былъ схваченъ рукой. Эти простыя движенія будутъ слѣдующія:

Движеніе отведенія, въ силу чего плечо отдаляется отъ туловища, къ которому оно было приложено, и поднимается на соотвѣтственную высоту; движеніе разгибанія ручной кисти, непосредственно предшествующее акту достиженія стакана, наконецъ, движеніе сгибанія различныхъ сегментовъ пальцевъ.

Каждое изъ этихъ простыхъ движеній должно выполняться съ извѣстной силой, быстротой, съ извѣстной амплитудой и въ опредѣленномъ направленіи. Реализація этихъ качествъ и составляетъ самую сущность координаціи. Мы въпрочемъ, будемъ легко убѣдить васъ, что табетическая инкоординація именно и заключается въ утратѣ этихъ качествъ.

Анализъ табетической инкоординаціи.—Съ этой цѣлью проанализируемъ то же самое сложное движеніе хватанія у табетиковъ, верхнія конечности котораго поражены атаксіей. Понаблюдайте немного за находящимся предъ вами больнымъ, котораго мы заставимъ выполнять это движеніе.

Вы видите, что онъ въ первое время порывисто отбрасываетъ свою руку въ пространство. Сокращеніе отводящихъ мышцъ произведено слишкомъ быстро, съ преувеличенной скоростью. Затѣмъ видите, что его предплечье, вмѣсто того, чтобы медленно и постепенно вытягиваться, продѣлываетъ это толчками, причемъ въ немъ наблюдаются попеременные толкообразныя движенія разгибанія и сгибанія. Отъ чего это происходитъ? Отъ того, во-первыхъ, что разгибатели предплечья подобно тому, что сейчасъ происходило въ мышцахъ, отводящихъ плечо, сокращаются слишкомъ рѣзко; этому слишкомъ быстрому сокращенію разгибателей соответствуетъ сокращеніе мышцъ-антагонистовъ, сгибателей, которыя должны бы были просто расслабнуть съ цѣлью умѣрить сокращеніе разгибателей. Короче, разгибатели сокращаются слишкомъ быстро и слишкомъ энергично; сгибатели также расслабляются, чтобы затѣмъ сократиться съ одинаковой силой.

Далѣе вы видите, что кисть руки, приблизившись къ стакану, не останавливается у цѣли; она ее переходитъ и начинаетъ возвращаться то назадъ, то впередъ, нѣсколько разъ, прежде, чѣмъ цѣль будетъ достигнута. Слѣдовательно, въ это время происходитъ погрѣшность отъ излишка размаха требуемаго движенія.

Наконецъ, кисть руки достигаетъ стакана, но вмѣсто того, чтобы взять его спокойно, пальцы рукъ такъ судорожно сжимаютъ его, какъ будто хотятъ его раздавить; короче, сокращеніе сгибателей пальцевъ грѣшитъ излишкомъ послѣдности и силы.

Вы теперь имѣете довольно точное представленіе о свойствѣ двигательныхъ разстройствъ, которые составляютъ табетическую атаксію. Мышцы, участвующія въ выполненіи одного и того же простаго движенія, продолжаютъ сокращаться совмѣстно; но эти мышцы сокращаются слишкомъ послѣшно, или слишкомъ сильно, или слишкомъ медленно, и ихъ неправильное сокращеніе вызываетъ несообразное вмѣшательство антагонистовъ. Ассоціація, — функція исключительно спинно-мозговая, незатронута; координація, — функція главнымъ образомъ черепно-мозговая и роль которой заключается въ воспріятіи качествъ преднамѣренныхъ движеній къ достиженію извѣстной цѣли, одна только нарушена.

Но координація составляетъ результатъ воспитанія; для возстановленія ея, въ случаѣ ея нарушенія, нужно, слѣдовательно, перевоспитать мышцы и аппаратъ иннервации, который управляетъ ихъ сокращеніемъ. Слѣдуетъ возстановить нормальныя отношенія между сознательнымъ воспріятіемъ и волей путемъ разумной гимнастики.

Изъ только что изложенныхъ свѣдѣній по нормальной и патологической физиологіи вытекаетъ то первое заключеніе, что при примѣненіи метода Френкеля имѣется основаніе и для противопоказаній. Я вамъ сейчасъ говорилъ, что данный методъ въ отношеніи нѣкоторыхъ извѣстныхъ случаевъ является безуспѣшнымъ, а слѣдовательно, онъ противопоказанъ, а именно:

Въ случаяхъ, гдѣ *tabes dorsalis* осложняется интеллектуальными расстройствами; въ случаяхъ, гдѣ двигательная инкоординація осложняется нѣкоторой степенью мышечной атрофіи и пареза; въ случаяхъ, гдѣ вмѣстѣ съ атаксіей существуетъ или амбліопія, или поверхностная или глубокая анестезія, занимающая большое пространство. Послѣ только что сказаннаго мной это весьма легко понятно.

Дѣйствительно, воспитаніе мышцъ въ смыслѣ координаціи дѣлается подъ управленіемъ и при посредствѣ головного мозга; оно предполагаетъ, слѣдовательно, что функціи головного мозга,—сознаніе и воля, которыя играютъ главную роль въ этомъ воспитаніи,—не затронуты. Слѣдовательно, у табетиковъ, представляющихъ интеллектуальныя расстройства, возстановленіе координаціи не удастся.

Воспитаніе мышцъ предполагаетъ, что эти органы способны сокращаться въ достаточной мѣрѣ; отсюда понятно, что перевоспитать мышцы съ цѣлью возстановленія разстроенной координаціи нельзя, если табетическая атаксія осложняется извѣстной степенью мышечной атрофіи или пареза.

Наконецъ, воспитаніе мышцъ съ цѣлью предназначенія качествъ движеній къ желаемой цѣли можетъ производиться лишь въ томъ случаѣ, если сознаніе постоянно освѣдомлено о положеніи членовъ, выполняющихъ необходимое движеніе, о состояніи сокращенія или расслабленія мышцъ, участвующихъ въ движеніи, о степени сокращенія этихъ мышцъ, о положеніи достигаемой цѣли. Все это предполагаетъ сохранность зрѣнія съ одной стороны, нормальную глубокую и поверхностную чувствительность—съ другой, этихъ двухъ опредѣляющихъ и провѣряющихъ источниковъ, которые въ широкой мѣрѣ могутъ другъ друга дополнять. Понятно, слѣдовательно, что амаврозъ, поверхностная или глубокая анестезія на обширномъ протяженіи будутъ препятствовать перевоспитанію мышцъ, примѣненному съ цѣлью возстановленія координаціи у табетика. Но этотъ пунктъ требуетъ нѣкоторыхъ разъясненій, онъ затрагиваетъ отношенія между табетической атаксіей и расстройствами поверхностной и глубокой чувствительности.

Вы знаете, что было стремленіе поставить табетическую атаксію въ зависи-

мость отъ разстройствъ поверхностной и глубокой чувствительности, которыя такъ часто, чтобы не сказать постоянно, наблюдаются въ случаяхъ *tabes'a*. Эту теорію теперь больше не защищаютъ. Противъ этой теоріи можно между другими доводами выставить и слѣдующій, запоздавшій срокомъ, а именно: отсутствіе разстройствъ чувствительности въ болѣзни Фридрейха, одинъ изъ главныхъ симптомовъ которой и представляетъ именно атаксія ¹⁾.

По этому поводу Френкель въ рукописныхъ замѣткахъ, которыя онъ мнѣ вручилъ, въ свою очередь замѣчаетъ, что въ случаяхъ *tabes dorsalis* находятъ всегда разстройства чувствительности, по крайней мѣрѣ разстройства глубокой чувствительности—чувствительности, принимающей участіе въ выполненіи пассивныхъ движеній—и этого достаточно, чтобы ихъ констатировать и безъ особаго труда ихъ розыскать. Френкель идетъ дальше: онъ утверждаетъ, что разстройства чувствительности находятся въ соотношеніи со степенью атаксіи, на что ясно указываетъ то, что онѣ пропорціональны степени инкоординаціи; то же самое онъ говоритъ и о другомъ мало извѣстномъ явленіи, наблюдаемомъ у атактиковъ, о мышечномъ расслабленіи, о которомъ я только что упоминалъ вамъ.

Значитъ ли это, что табетическая атаксія есть явленіе, подчиненное этимъ разстройствамъ чувствительности? Френкель не осмѣливается утверждать этого, но по тому, что онъ не вдается въ разъясненія этого вопроса, можно догадываться, что онъ такъ думаетъ. Я вамъ повторяю, это мое мнѣніе, что такую теорію защищать нельзя. Доказательствамъ Френкеля, защищающаго, что разстройства чувствительности находятся въ соотношеніи со степенью атаксіи я противопоставлю два другихъ доказательства, которыя не даютъ никакого повода къ двоякому толкованію, а именно:

Атаксія можетъ совершенно отсутствовать у табетиковъ, представляющихъ разстройства поверхностной и глубокой чувствительности; это наблюдается въ предатактическомъ періодѣ *tabes'a*, и я въ предшествующей лекціи вамъ говорилъ, какъ долго можетъ длиться этотъ періодъ.

Атаксія можетъ достигнуть значительной степени у табетиковъ, представляющихъ мало замѣтныя разстройства чувствительности.

Значитъ, если разстройства чувствительности соотвѣтствовали бы двигательной инкоординаціи *tabes'a*, то практическій отсюда выводъ былъ бы слѣдующій: наиболѣе разумная лечебная мѣра, которой нужно слѣдовать, для восстановленія координаціи у табетика должна заключаться въ примѣненіи средствъ, способныхъ пробудить периферическую чувствительность. Слѣдовательно, энергическая фаради-

¹⁾ Эта сохранность чувствительности, по словамъ Френкеля, относится къ поверхностной чувствительности. Въ случаяхъ болѣзни Фридрейха, какъ и въ случаяхъ *tabes dorsalis*, чувствительность, участвующая въ выполненіи пассивныхъ движеній будетъ всегда нарушена.

зація, металлотепаія и проч., какъ средства болѣе простыя, болѣе удобныя и менѣе утомительныя для врача и для больного, должны были бы предпочитаться методу Френкеля.

Френкель, конечно, не согласится съ такимъ выводомъ и, какъ это встрѣчается во всѣхъ его объясненіяхъ, мнѣ возразить, что онъ главную роль приписываетъ головному мозгу въ дѣлѣ примѣненія его метода и что, по его мнѣнію, именно на головной мозгъ и надо дѣйствовать, чтобы возстановить координацію въ случаяхъ *tabes*'а.

Вотъ къ чему я хотѣлъ придти; мы, слѣдовательно, вернулись къ нашей исходной точкѣ, что координація есть функція головного мозга, какъ это признаетъ Френкель. Его вина была лишь въ томъ, что онъ игнорировалъ или забылъ, что Іендрассикъ и я защищали это положеніе и затратили нѣкоторую долю труда, чтобы одержать верхъ. Если координація есть функція головного мозга, то инкоординація *tabes*'а есть головно-мозговое расстройство. Но координація не есть что-либо отдѣльное, единичное, она есть, какъ я вамъ говорилъ, результатъ сочетанія сознанія и воли. Слѣдовательно, инкоординація *tabes*'а должна указывать на расстройство одной изъ этихъ двухъ способностей, или обѣихъ, или ихъ сочетанія.

Нельзя больше встрѣтить образованнаго врача, который бы локализовалъ атаксію въ мышцахъ табетика; мышцы атактика функционируютъ очень плохо, потому что получаемые ими волевые импульсы несовершенны, съ дефектомъ. Если импульсы, которые воля проецируетъ на мышцы, несовершенны, съ дефектомъ, то это можетъ зависѣть отъ трехъ различныхъ причинъ, а именно: или отъ того, что воля плохо распоряжается мышцами, или отъ того, что они плохо освѣдомлены сознаніемъ, или отъ того, что установившаяся вслѣдствіе воспитанія гармонія между волей и сознаніемъ нарушена или пріостановлена. Я думаю, что немного изъ всего этого имѣется при атаксіи, но мнѣ представляется, что тутъ преобладаетъ извращеніе сознанія,—и я это объясню.

Я вамъ сейчасъ сказалъ, что въ развитіи многихъ симптомовъ *tabes dorsalis* играетъ преобладающую роль психическій элементъ. Это именно можно сказать про расстройства чувствительности; припомните, что у табетика они принимаютъ характеръ совершенно особаго полиморфизма. Насколько опредѣленные анестезіи рѣдки, настолько часто встрѣчаются при спинной сухоткѣ бляшки анестезіи, которыя мѣняютъ мѣсто, которыя замѣняются гиперестезическими зонами; затѣмъ вы имѣете ошибки въ локализациі мѣста, раздвоенность воспріятія, замедленіе воспріятія, полиестезію, не считая *harpalgesia*; различные виды парестезіи, гиперестезію, и приступы кишечныхъ и иныхъ болей, не считая глубокихъ анестезій, мышечной, суставной и проч. Блуждающій, измѣнчивый характеръ этихъ чувствительныхъ расстройствъ, а также и ихъ полиморфизмъ,—все это говоритъ въ пользу ихъ корковаго происхожденія. У табетиковъ, несомнѣнно, встрѣчаются пояса анестезіи,

стоящіе въ связи съ периферическими невритами, но въ нихъ обнаруживаются тѣ же самыя черты, какъ и въ анестезіи обыкновенныхъ невритовъ. Рядомъ съ этимъ есть анестезія, которая подобно другимъ чувствительнымъ расстройствамъ при *tabes*’ѣ зависятъ не отъ перерожденія периферическихъ нервовъ, но отъ извращенія сознанія, отъ недостатка воспріятія—это тѣ анестезіи, о которыхъ больной не отдаетъ себѣ отчета, которыя должны участвовать не какъ причина, а какъ одинъ изъ элементовъ двигательной табетической инкоординаціи. Но, въ принципѣ, инкоординація можетъ развиваться безъ того, чтобы было извращеніе сознанія. Достаточно, чтобы была нарушена та гармонія, плодъ воспитанія, которая устанавливается между сознаніемъ и волей; эта гармонія дѣлаетъ то, что заставляетъ сознаніе пробудиться путемъ впечатлѣній, получаемыхъ имъ отъ перемѣщенія конечности или отъ измѣненія отношеній двухъ суставныхъ поверхностей, воля же основывается на этихъ свѣдѣніяхъ, чтобы приноровить къ определенной цѣли импульсы, которые она проэктируетъ на сократительные периферическіе аппараты.

При посредствѣ-ли ассоціаціонныхъ волоконъ, признаваемыхъ за проводники корковыхъ центровъ одного и того же полушарія, устанавливается гармонія, о которой и говорю вамъ и результатомъ которой является координація? Есть ли, поэтому, инкоординація *tabes*’а послѣдствіе динамическаго измѣненія, или поправимаго пораженія этихъ ассоціаціонныхъ волоконъ? Этого я не знаю, но только что изложенный мной вамъ взглядъ на табетическую атаксію лучше всего гармонируетъ съ клиническими данными: онъ очень хорошо объясняетъ намъ, какимъ образомъ, методу, основанному на перевоспитаніи мышцъ, удастся при благоприятныхъ условіяхъ исправить атаксію; онъ въ состояніи даже выяснитъ нѣкоторыя противорѣчія, на которыя я указывалъ въ объясненіяхъ Френкеля.

По мнѣнію Френкеля, какъ я вамъ уже говорилъ, атаксія пропорціально расстройствамъ чувствительности, но анестезія на большомъ пространствѣ составляетъ противопоказаніе для примѣненія метода, основаннаго на перевоспитаніи мышцъ. И между тѣмъ Френкель хвастается, не безъ основанія, что онъ, примѣняя свой методъ, излѣчиваетъ весьма выраженные и въ то же время долго существующія атаксіи. Какъ согласить все это?

Я вамъ сейчасъ сказалъ, что у табетиковъ наблюдаются двоякаго рода расстройства чувствительности:

а) Такія, которыя зависятъ отъ перерожденія периферическихъ нервовъ, или отъ спинно-мозгового пораженія (которое передается на эквивалентные органы чувствительныхъ периферическихъ волоконъ). Чувствительныя расстройства этой первой категоріи, когда они занимаютъ сколько-нибудь значительное пространство, составляютъ препятствіе для успѣха метода Френкеля, ибо они лишаютъ сознаніе источника свѣдѣній, которыя ему необходимы, чтобы содѣйствовать перевоспитанію мышцъ.

6) Такія, которые указывают на извращеніе сознанія и центральнаго воспріятія; эти разстройства, по моему мнѣнію, въ дѣйствительности не имѣютъ причинной связи съ атаксіей; чувствительныя разстройства и атаксія суть слѣдствія одной и той же причины, того черепно-мозгового разстройства, которое играетъ преобладающую роль въ развитіи многихъ табетическихъ симптомовъ. Въ эту вторую категорію входятъ разстройства глубокой чувствительности—чувствительности, о которой говоритъ Френкель, что она принимаетъ участіе въ выполненіи пассивныхъ движеній. Эти чувствительныя



Рис. 86.

разстройства не порождаютъ двигательной инкоординаціи, они сопутствуютъ ей и вмѣстѣ съ ней исчезаютъ подѣ влияніемъ упражненій, назначаемыхъ съ цѣлью перевоспитанія мышцъ. Какъ координація, такъ и чувствительность, которая въ этихъ случаяхъ поражается, составляетъ результатъ воспитанія, упражненія. Когда мы упражняемся въ игрѣ на піанино, мы упражняемъ какъ наши пальцы, такъ и нашъ головной мозгъ; какъ это совершенно вѣрно замѣтилъ Гендрасикъ, плодъ этого упражненія собирается одновременно и сознаніемъ и волей. Онъ выражается одновременно и болѣе утонченной чувствительностью и болѣе ловкостью упражняемыхъ частей; мѣстонахожденіе же этой чувствительности и этой ловкости въ головномъ мозгу.

Я тутъ кстати замѣчу, что, по заявленію Френкеля, состояніе поверхностной и глубокой чувствительности подѣ влияніемъ только что изложеннаго вамъ

леченія улучшается ¹⁾; то же самое уже констатировано и В. М. Бехтеревым ²⁾.

То, что я сейчас вамъ говорилъ объ этой спеціальной чувствительности, которую развиваетъ упражненіе и которая участвуетъ въ мышечныхъ сокращеніяхъ, въ перемѣнѣ отношенія суставныхъ поверхностей, въ перемѣщеніи цѣлой конечности или какого-либо ея отдѣла, приложимо и къ явленію, къ которому я обѣщаль возвратиться, именно къ расслабленію мышцъ, указанному уже Лейде-



Рис. 87.

номъ 30 лѣтъ тому назадъ. Френкелю принадлежитъ та заслуга, что онъ обратилъ наше вниманіе на частоту этого явленія у атактиковъ. Онъ указаль намъ, кромѣ того, и на то, что у этихъ больныхъ расслабленіе мышцъ бываетъ пропорціонально степени атаксіи: если у табетика атаксія болѣе выражена въ

¹⁾ Frenkel.—Behandlung der Ataxie der oberen Extremitäten. (Zeitschrift für klin. Medic. 1895, Heft. I—2. s. 78).

²⁾ Von Bechterew.—Die Bedeutung der Frenkelschen Methode etc. (Neurologisches Centralblatt, 1891, № 18, p. 642).

одной ногѣ, чѣмъ въ другой, то то же самое наблюдается и съ мышечнымъ ослабленіемъ: оно въ соответственной ногѣ бываетъ также болѣе выражено. Не значитъ-ли это, что атаксія зависитъ отъ этого послѣдняго? По моему мнѣнію, нисколько.

Что же это за состояніе ослабленія мышцъ, благодаря которому вы можете перемѣщать всю конечность или часть конечности гораздо дальше границы ея нормальныхъ отправленій? Это—уничтоженіе мышечнаго тонуса. Что же такое мышечный тонусъ? Онъ опять-таки есть результатъ соединенной энергіи сознанія и воли. Эти синергія имѣетъ цѣлью держать мышечныя группы антагонистовъ въ соответствующей степени сокращенія такимъ образомъ, чтобы удержать все



Рис. 88.

тѣло, или всю конечность, или часть ея въ опредѣленномъ положеніи. Приостановите головно-мозговую дѣятельность, приостановите дѣйствіе сознанія и воли, вы тотчасъ же уничтожите мышечный тонусъ. Это же самое наблюдается у человѣка, погруженнаго въ глубокій естественный, или вызванный путемъ усыпленія сонъ. У атактиковъ вы констатируете нѣчто сходное. Какъ показываютъ вамъ эти фотографіи (рис. 86, 87 и 88), снятыя съ больныхъ изъ клиники, атактики могутъ чрезмѣрно широко раздвигать свои нижнія конечности, значительно переходя фізіологическія границы. Почему это? Потому, что когда они производятъ, напримѣръ, сгибаніе бедра по направленію къ тазу, то это движеніе можетъ производиться до крайней своей границы, безъ того, чтобы въ извѣстный данный моментъ сокращеніе сгибателей было бы затруднено или

остановлено мышцами антагонистами-разгибателями: эти послѣдніе могутъ разслабляться до максимума. При нормальныхъ условіяхъ дѣло не такъ обстоитъ: сокращеніе извѣстной группы мышцъ побуждаетъ къ дѣятельности антагониста въ силу той синергій,—плодъ упражненія—о которой я вамъ говорилъ, и которая въ послѣднемъ анализѣ выражается координаціей.

Слѣдовательно, я стою за допущеніе тѣсной связи между явленіями, между разстройствомъ чувствительности (со сдѣланными мной оговорками), разслабленіемъ мышцъ, табетической атаксіей, которыя, по моему мнѣнію, суть слѣдствія одной и той же причины, а именно черепно-мозговой пертурбаціи. Болѣе того, я, надѣюсь, васъ убѣдилъ, что результаты, достигаемые при помощи метода Френкеля въ леченіи двигательной табетической инкоординаціи, представляютъ собой доводы въ пользу защищаемаго мной положенія.

Лекція XXX.

О случаѣ перекрестной геміанэстезіи эмболическаго происхожденія ¹⁾.

Содержаніе.—Что нужно понимать подъ названіемъ *paralysis alternans*.—Главные разновидности этого рода параличей. К л и н и ч е с к і й п р и м ѣ р ъ —Данныя, относящіяся къ прошлому; существованіе сердечнаго пораженія относится еще къ предъидущей беременноти. Начало болѣзни отмѣчено двумя ударами. Потеря чувства въ конечностяхъ съ лѣвой стороны и въ правой половинѣ лица, затрудненіе рѣчи, опущеніе лѣваго вѣка. —Слабый гемипарезъ справа; слѣды геміатрофіи языка слѣва. —Постоянство перекрестной геміанэстезіи; осязательная чувствительность затронута лишь въ очень слабой степени. Д і а г н о з ъ —Существованіе *paralysis alternans* указываетъ чаще всего на bulbo- или *pedunculo-protuberanti*'альное очаговое пораженіе. —Начало въ видѣ удара должно породить мысль о геморрагіи или объ эмболии. Эта идея согласуется съ существованіемъ сердечнаго пораженія. Истерическое происхожденіе перекрестной геміанэстезіи не допустимо: имѣется дѣло съ органической геміанэстезіей. Обзорѣніе топографической анатоміи Вароліева моста. Что надо разумѣть подъ чувствительнымъ ядромъ, подъ восходящей и нисходящей вѣтвью тройничнаго нерва. Очаговое пораженіе, гнѣздящееся въ верхней и дорзальной области половины Вароліева моста, должно повлечь за собой перекрестную геміанэстезію. —Какимъ образомъ эта топографія можетъ объяснять другіе элементы синдрома, констатируемаго въ представленномъ примѣрѣ. —Эмболическое происхожденіе очага. —Распредѣленіе артеріальныхъ сосудовъ въ Вароліевомъ мосту; эти сосуды—артеріи конечныя. —Заключеніе. П р о г н о з ъ и л е ч е н і е. —Имѣется, вѣроятно, дѣло съ непоправимымъ пораженіемъ; существованіе сердечнаго пораженія заставляетъ опасаться возможности

¹⁾ Лекція 31-го Января 1896 г.

возвратовъ.—Средства, примѣняемые противъ существующаго пораженія.—Профактическія предписанія.

Мм. Гг.! Тѣмъ изъ васъ, которые въ теченіе послѣдняго года слѣдили за моими клиническими лекціями, я считаю долгомъ возстановить въ памяти лекцію, посвященную тремъ интереснымъ случаямъ *paralysis alternans* 1). Всѣ вы, я полагаю, знаете, что этимъ названіемъ обозначаютъ сочетаніе гемиплегіи конечностей и туловища съ параличемъ одного или нѣсколькихъ черепныхъ нервовъ. Мы начинаемъ хорошо распознавать этого рода параличи, мы знаемъ, что органическимъ субстратомъ при нихъ обыкновенно бываетъ органическое очаговое пораженіе въ *bulbo-* или *pedunculo-protuberanti*альной области.

Въ лекціи, на которую я только что сослался, я вамъ перечислилъ главные разновидности *paralysis alternans*, примѣры которыхъ были опубликованы. Позвольте мнѣ снова перечислить ихъ, это послужитъ одновременно и вступленіемъ и руководствомъ при изученіи случая перекрестной геміанэстезіи, осложненной двигательнымъ гемипарезомъ, который послужитъ предметомъ сегодняшней лекціи. Я вамъ вначалѣ привелъ двѣ разновидности *paralysis alternans*, которые до сего времени болѣе всего привлекали вниманіе клиницистовъ; онѣ извѣстны подъ названіемъ Милляръ - Гюблеровскаго и Веберовскаго синдромовъ.

Синдромъ Милляръ - Гюблера относится къ разновидности *paralysis alternans*, при которой наблюдается сочетаніе гемиплегіи съ одной стороны съ периферическимъ лицевымъ параличемъ съ противоположной стороны; съ этимъ лицевымъ параличемъ можетъ сочетаться параличъ *n. n. abducens* и *hypoglossus*.

Синдромомъ Вебера называется разновидность *paralysis alternans*, выражающаяся гемиплегіей съ одной стороны и частичнымъ или полнымъ параличемъ третьей пары съ противоположной стороны.

Впослѣдствіи я вамъ представлю больного, представляющаго собой примѣръ *paralysis alternans*, гдѣ симптомы были слѣдующіе: гемиплегія съ одной стороны, параличъ *n. abducentis* (6-я пара) и *n. hypoglossi* съ противоположной стороны.

Какъ другую разновидность *paralysis alternans* я вамъ привелъ такую, которую можно называть чувствительной, потому что при ней поражается только чувствительность; она выражается аніэстезіей лица съ одной стороны и аніэстезіей конечностей и туловища съ противоположной стороны.

Я вамъ говорилъ, что возможны и такіе случаи, гдѣ бываетъ сочетаніе

1) F. R a y m o n d. — Clinique des maladies du système nerveux. — Première série, p. 365.

двигательнаго *paralysis alternans* съ чувствительнымъ *paralysis alternans*. Наконецъ, возможно, какъ я вамъ на то указывалъ, и другое сочетаніе, сочетаніе двухъ одностороннихъ перекрестныхъ параличей. По этому поводу я познакомилъ васъ съ весьма остроумной классификаціей одного англійскаго автора Сигерсона этихъ двустороннихъ *paralysis alternans*; эта классификація слѣдующая:

Параличъ X, состоящій изъ паралича обѣихъ половинъ лица въ сопровожденіи паралича конечностей съ обѣихъ сторонъ;

Параличъ У, т. е., сочетаніе паралича обѣихъ половинъ лица съ параличемъ конечностей только съ одной стороны;

Параличъ Х перевернутый, составными элементами котораго являются параличъ одной половины лица и параличъ конечностей съ обѣихъ сторонъ;

Параличъ V, который выражается параличемъ обѣихъ половинъ лица.

Какъ я вамъ сказалъ, теперь я могу вамъ представить новый примѣръ *paralysis alternans*. Какъ вы сейчасъ увидите, этотъ случай по интересу превосходить тѣ, которые мы имѣли уже возможность изучать, въ силу исключительнаго характера, который приняли распредѣленіе и свойство функціональных разстройствъ. Этотъ случай представляетъ намъ чувствительный *paralysis alternans*, осложненный двигательнымъ *paralysis alternans*. Этотъ послѣдній, правда, существуетъ лишь въ состояніи намека.

Данный случай относится къ только что приведенной сюда женщинѣ, съ патологическимъ прошлымъ которой я васъ сейчасъ познакомлю.

Этой женщинѣ въ настоящее время 37 лѣтъ; по профессіи она прачка. Ея отецъ умеръ 69 лѣтъ отъ воспаленія легкихъ. Ея мать умерла 50 лѣтъ отъ болѣзни сердца. Она имѣетъ двухъ братьевъ, пользующихся хорошимъ здоровьемъ. Это все, что мы могли собрать о прошломъ семьи этой женщины. Вотъ съ другой стороны то, что намъ обнаружило разслѣдованіе ея личной предшествующей жизни.

Больная не помнитъ, чтобы она въ дѣтствѣ болѣла какой-либо серьезной болѣзней. Въ первый разъ регулы появились у нея на 15-мъ году жизни, съ того времени они у нея приходили всегда правильно.

На 20-мъ году жизни у нея была рожа на лицѣ, вслѣдствіе чего она вынуждена была въ теченіи почти 15 дней не выходить изъ комнаты. Два года спустя она по причинѣ брюшнаго тифа должна была поступить въ госпиталь «Неккеръ». Она рассказываетъ, что во время леченія въ госпиталѣ у нея былъ бредъ и что во время теченія брюшнаго тифа она заболѣла плевритомъ. По прошествіи 3-хъ мѣсяцевъ она выписалась изъ госпиталя «Неккеръ».

Во все время, даже во время своего дѣтства, больная была подвержена одышкѣ, которая появлялась при малѣйшемъ мышечномъ усиленіи; у нея нѣсколько разъ было также кровохарканіе. Три года тому назадъ ее выслушивалъ мой товарищъ,

профессоръ Потанинъ, который діагностицировалъ у нея недостаточность двухстворчататаго клапана сердца. Онъ предписалъ ей леченіе, которое требуетъ подобнаго рода сердечное пораженіе. Въ теченіи послѣдняго года у нея было легочное кровотеченіе въ связи съ явленіями легочной гипереміи.

Эта женщина замужемъ 19 мѣсяцевъ. Въ Іюнѣ 1895 года она въ первый разъ родила здороваго и крѣпкаго ребенка, который черезъ мѣсяць умеръ отъ рожистаго воспаленія. Послѣдствія родовъ были правильныя и у больной не было положительно никакихъ явленій, которыя заставляли бы думать о послѣродовой инфекціи. Правда, на второй день послѣ родовъ съ ней случился припадокъ, который мнѣ придется описать, но въ немъ нельзя видѣть ничего общаго съ подобной этиологіей. У нея появилось такое сильное головокруженіе, что ей казалось, что потолокъ кружится надъ ея головой и что она сейчасъ упадетъ въ пропасть. Она даже звала окружавшихъ лицъ на помощь. Въ то же самое время у нея были позывы ко рвотѣ. Въ теченіе 5 — 10 мин. ее рвало слизью; въ концѣ концовъ она стала плохо видѣть. Однако, какъ сама больная утверждаетъ, сознанія она не теряла.

По окончаніи этого припадка она чувствовала крайнюю слабость; въ теченіи послѣдующей ночи она испытывала въ лѣвомъ плечѣ очень острые боли, прекращавшіяся на нѣкоторое время и затѣмъ снова возобновлявшіяся почти черезъ каждые два часа на слѣдующій и на третій день. Кромѣ того ей показалось, что она потеряла въ постели свою правую ногу, она ее толкала, говоритъ она, своей лѣвой ногой, какъ будто это была деревянная нога. Правая рука также была оцѣпенѣлая, но въ меньшей степени, чѣмъ нога. При этомъ больная въ состояніи была двигать своими оцѣпенѣлыми конечностями; другими словами, у нея въ этихъ конечностяхъ было утрачено чувство, но не было двигательнаго паралича. У больной настолько было разстроено зрѣніе, что она не могла больше различать, что она ѣстъ; у нея была какъ бы завѣса предъ глазами, особенно предъ лѣвымъ глазомъ. Ей говорили, что съ той же самой стороны ея лицо, но не ротъ, искривлено, и глазъ отклоненъ кнаружи, причемъ кожа на лицѣ съ лѣвой стороны была не чувствительна.

Спустя нѣсколько дней, когда больная въ первый разъ послѣ родовъ встала, у нея повторился сходный съ первымъ, но менѣе острый и меньшей продолжительности припадокъ. На этотъ разъ ротъ также принималъ участіе въ отклоненіи, чего не было во время перваго припадка; ротъ былъ искривленъ вправо, что указываетъ на параличъ лѣвой половины лица. До вечера у этой женщины было постоянное истеченіе слюны, которое вынуждало ее закрывать ротъ платкомъ. Кромѣ того движенія языкомъ были затруднены, больная при разговорѣ заикалась, но проглатываніе твердой и жидкой пищи происходило безъ всякаго затрудненія.

Въ слѣдующіе дни больная также вставала съ постели, ея правая нога была ясно слабѣе лѣвой. Если она хотѣла идти, то она должна была опираться на ме-

бель не столько вслѣдствіе слабости своей правой ноги, сколько вслѣдствіе головокруженія. Вся правая половина была лишена чувствительности. Мышечная сила въ правой рукѣ не была уменьшена. Разстройство зрѣнія продолжалось. Лѣвое верхнее вѣко было опущено и глазъ отклоненъ кнаружи.

Черезъ 15 дней послѣ родовъ эта женщина поступила въ госпиталь «Лэннекъ», съ цѣлью полечить своего ребенка отъ постигшей его болѣзни, отъ которой онъ и умеръ. Въ теченіе этого второго пребыванія въ госпиталѣ, которое длилось пять недѣль, у нея, говорить она, изслѣдовали языкъ и констатировали сохраненіе вкуса, а также уменьшеніе чувствительности на лѣвой половинѣ лица.

Между тѣмъ разстройства со стороны глазъ постепенно уменьшались; зрѣніе возстановилось; опущеніе вѣка также почти исчезло. Состояніе головокруженія само по себѣ исчезло. Больная снова стала ходить безъ поддержки.

Благодаря любезности Маргуліеса—экстерна въ отдѣленіи моего товарища Ландузи, въ которое эта женщина была принята, мы могли воспользоваться точными свѣдѣніями о результатахъ ея изслѣдованія, произведеннаго 6-го Іюля 1895 года, почти черезъ 10 дней послѣ припадка, о которомъ я только что говорилъ вамъ.

Въ это время констатировали геміанестезію лѣвой половины лица, не переходившую за лобный шовъ, и особенно выраженную въ области эритематозной бляшки, имѣвшейся у больной на лѣвой сторонѣ лба. Нечувствительность распространялась на конъюнктиву лѣваго глаза, на лѣвую половину мягкаго нѣба и языка. Наконецъ, справа на конечностяхъ и на туловищѣ существовала частичная геміанестезія съ расчлененіемъ чувствительности; другими словами, осязательная чувствительность была сохранена, между тѣмъ болевая и термическая чувствительность была притуплена. Со стороны органовъ чувствъ наблюдалось: небольшое опущеніе вѣка слѣва, неравномѣрное расширеніе (правый зрачекъ былъ шире), *nystagmus* лѣваго глаза, особенно замѣтный при сокращеніи прямой внутренней мышцы глаза. Эта мышца, казалось, находилась въ состояніи небольшого пареза. Больная говорила, что по временамъ онъ видитъ плохо. Существованіе болѣзни сердца было распознано въ то время, о которомъ я вамъ говорю.

Больная поступила въ наше отдѣленіе 22-го Января 1896 года. Наканунѣ у нея было носовое кровотеченіе, продолжавшееся $1\frac{1}{2}$ часа. Съ этого времени, кажется ей, онъ видитъ хуже. Вотъ, впрочемъ, въ краткихъ словахъ описаніе ея состоянія въ моментъ поступленія.

Умственные способности нормальны, больная излагаетъ свои мысли правильно и безъ затрудненія. При внимательномъ изслѣдованіи лица констатировано незначительное опущеніе лѣваго вѣка. Движенія глазъ выполнялись хорошо во всѣхъ направленіяхъ; не было ни малѣйшаго слѣда внутренней или наружной офтальмоплегии. Больная сама обратила наше вниманіе на то, что когда ей случалось

плакать, изъ лѣваго глаза совѣтъ не текло слезъ. Наоборотъ, истечение носовой слизи, вытекавшей черезъ ноздри, было одинаково обильно съ обѣихъ сторонъ. Нѣтъ паралича лицевого нерва: больная свиститъ, дуетъ, смѣется, сморщиваетъ лобъ, закрываетъ глаза такъ, какъ это производитъ лицо, у котораго нервы и мышцы функционируютъ нормально. Она высовываетъ языкъ безъ затрудненія; изслѣдованіе этого органа вызываетъ подозрѣніе на начало атрофіи въ лѣвой его половинѣ. Больная заявила, что она не въ состояніи глотить сразу небольшой стаканъ жидкости; ощущение спазма, развивающагося въ горлѣ, заставляетъ ее дѣлать нѣсколько разъ передышку.

Въ верхнихъ конечностяхъ констатировано незначительное уменьшеніе силы справа безъ малѣйшихъ слѣдовъ видимой атрофіи. Никогда, впрочемъ, правая верхняя конечность не была поражена функціональнымъ безсиліемъ.

Въ нижнихъ конечностяхъ были, видимо, тѣ же явленія. Мышечная сила была уменьшена справа; по словамъ больной, это уменьшеніе раньше было гораздо болѣе замѣтно. Обѣ нижнія конечности имѣли одинъ и тотъ же объемъ. Ходитъ больная безъ затрудненія; она не спотыкается; самое большое, что она слегка волочить ногу, когда ей приходится идти нѣсколько скорѣе. Вотъ и всѣ двигательныя кон-разстройства. При изслѣдованіи чувствительности статировано слѣдующее:

Что касается разстройствъ субъективной чувствительности, то больная жаловалась на нѣкоторыя боли въ правой ногѣ, усиливающіяся при ходьбѣ, и на ощущение мурашекъ въ правой стопѣ.

Существуютъ весьма характерныя разстройства объективной чувствительности въ формѣ перекрестной геміанэстезіи, топографія которой представлена на приложенныхъ здѣсь рисункахъ (рис. 89 и 90).

Эта анестезія захватываетъ осязательную чувствительность лишь въ очень слабой степени; наоборотъ, болевая чувствительность и чувствительность къ теплу и холоду были совершенно утрачены на всемъ пространствѣ анестезированнаго пояса.

Въ настоящее время эта женщина въ совершенно такомъ же состояніи, какъ во время своего поступленія въ госпиталь. Вы сейчасъ, впрочемъ, сами убѣдитесь въ этомъ, когда вамъ покажутъ больную. Вы сейчасъ увидите, что топографія и свойства анестезіи у нея таковы, какъ я это сейчасъ вамъ сказалъ; находящійся предъ вами шематическій рисунокъ даетъ вамъ объективное представленіе.

Я говорю, что имѣющійся предъ нами случай весьма интересенъ не только въ отношеніи чистоты клиническаго проявленія, но и по своей рѣдкости. Онъ относится къ числу тѣхъ случаевъ, гдѣ діагнозъ, благодаря прогрессу нашихъ знаній по анатоміи нервныхъ центровъ, легокъ.

Женщина, стоящая предъ вами, имѣетъ болѣзнь сердца. У этой женщины были два апоплектиформные припадки, послѣ которыхъ остались двоякаго рода патологическія явленія.

Намекъ на двигательный *paralysis alternans* (синдромъ Вебера), отъ котораго у нея сохранились кое-какіе еле замѣтные слѣды.

Чувствительный *paralysis alternans*—очень выраженный, который остался почти безъ перемѣны.

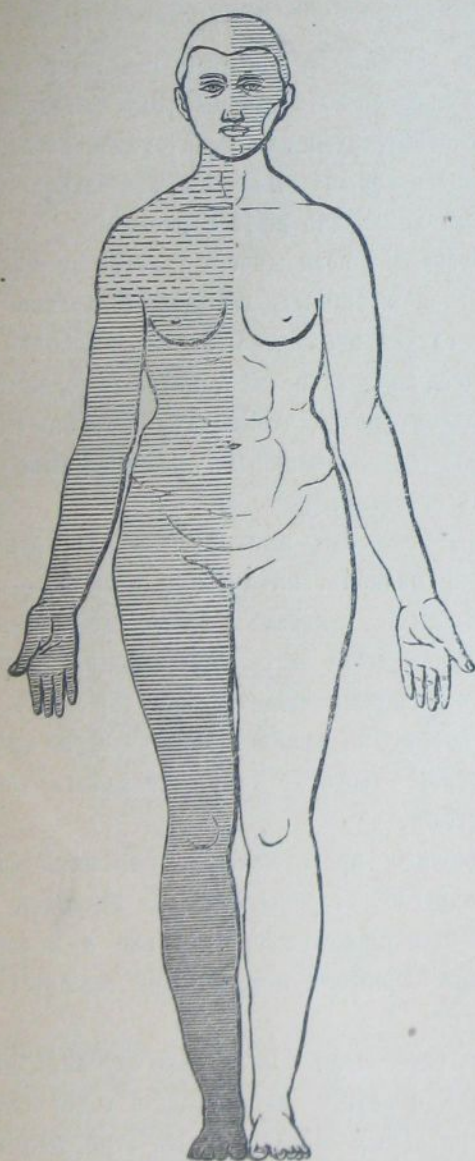


Рис. 89.

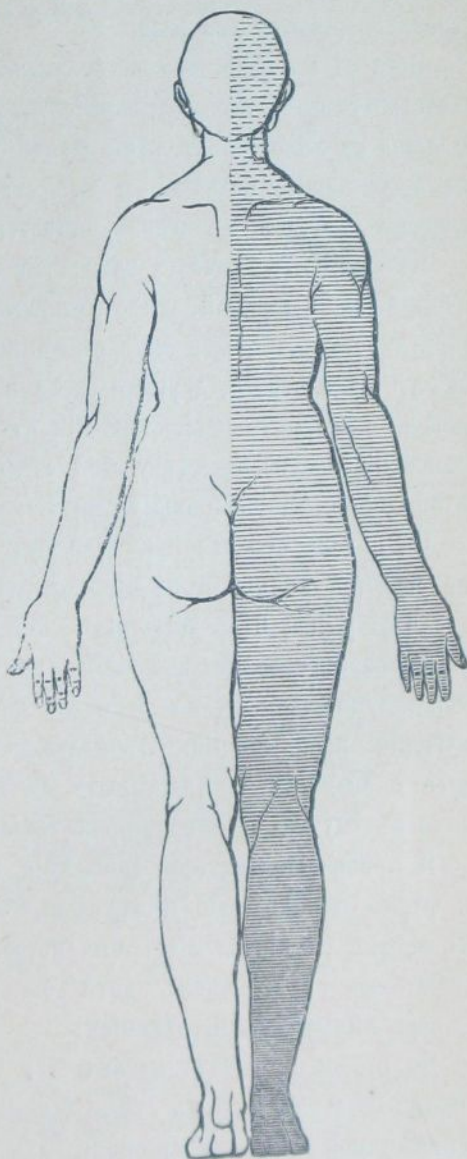


Рис. 90.

Paralysis alternans говоритъ за очаговое bulbo- или pedunculo-protuberanti'альное поражение,—конечно, съ должною оговоркою относительно возможности истерическаго происхожденія явленій.

Очаговое поражение Варолиева моста съ внезапнымъ началомъ въ формѣ припадковъ указываетъ на кровоизліяніе или эмболію. Въ присутствіи столь яснаго поражения вы имѣете у нашей больной цѣпь развившихся явленій; по качеству своей сердечной болѣзни, особенно въ силу характера болѣзни сердца (пораженіе двухстворчатого клапана) она была подъ угрозой эмболіи. Эта угроза осуществилась, кажется два раза.

Представьте себѣ, что закупорилась-бы артерія *in regione protuberantiali*; представьте себѣ, что послѣдствіемъ этого явилась-бы тамъ мѣстная ишемія, повлекшая за собой уничтоженіе функцій, соответствующихъ симптомамъ, наблюдаемымъ у нашей больной, и все становится яснымъ. Мнѣ, слѣдовательно, чтобы исчерпать вопросъ о діагнозѣ, остается выполнить двѣ вещи а именно:

Прежде всего доказать вамъ, что допускаемая возможность участія истеріи въ происхожденіи явленій, представляемыхъ этой женщиной, которая я только что формулировалъ, можетъ быть въ данномъ случаѣ исключена. Затѣмъ выяснить вопросъ о локализациі, другими словами, опредѣлить точно мѣстонахожденіе, которое долженъ занимать очагъ ишеміи въ среднемъ мозгу, чтобы дать намъ ключъ къ объясненію наблюдаемыхъ у этой женщины функциональных разстройствъ, изъ которыхъ одни—проходящія, другія—болѣе стойкія.

По поводу перваго пункта я буду кратокъ. Эта женщина — не истеричка; она никогда не имѣла ни судорожныхъ припадковъ, ни другихъ нервныхъ приступовъ; у нея нѣтъ никакихъ истерическихъ стигматъ. У нея не констатируется фарингеальной анестезіи, по крайней мѣрѣ нѣтъ двухсторонней фарингеальной анестезіи; у нея нѣтъ также ни анестезіи роговой оболочки глазъ, ни суженія поля зрѣнія. Специальныя чувства, по крайней мѣрѣ чувство слуха, вкуса и обонянія, не участвуютъ въ анестезіи—обратно тому, что имѣетъ всегда мѣсто въ случаяхъ истерической геміанестезіи.

Я прибавлю, что если анестезія подобнаго происхожденія появляется часто въ формѣ геміанестезіи и что если,—съ другой стороны,—нельзя отрицать существованіе *paralysis alternans* истерическаго происхожденія, однако я не знаю, чтобы былъ опубликованъ хотя бы одинъ примѣръ истерической геміанестезіи съ переменнымъ распредѣленіемъ.

На второмъ пунктѣ, касающемся топографической діагностики случая, я останавлиюсь дольше. Я вамъ уже вспоминалъ о лекціи за послѣдній годъ, посвященной мной очень интересному случаю *paralysis alternans*. Въ этой лекціи я перечислилъ главныя разновидности *paralysis alternans*, примѣры которыхъ были опубликованы.

Я специально разсматривалъ чувствительный *paralysis alternans*, составными элементами котораго была лицевая геміанестезія въ сочетаніи съ анестезіей конечностей противоположной стороны. Въ этой разновидности, говорилъ я, за органическій субстратъ было признано пораженіе, захватывающее одновременно

и чувствительный пучек и чувствительный корешокъ тройничнаго нерва въ среднемъ мозгу. Слѣдовательно, такую же локализацию нужно считать возможной и въ занимающемъ насъ случаѣ, въ этомъ то вопросѣ намъ и надо постараться разобраться.

Въ своемъ изложеніи я буду придерживаться такого плана: я познакомлю васъ съ анатоміей, чтобы показать вамъ, что одинъ и тотъ же protuberanti'альный

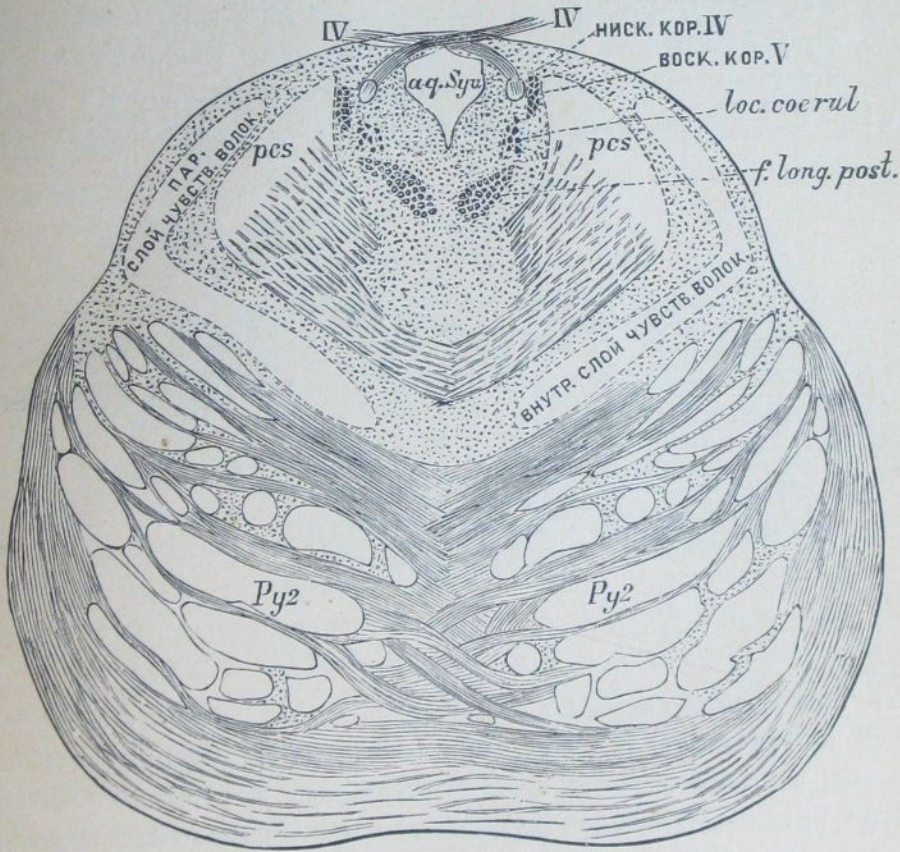


Рис. 91 (по ванъ-Гехухтену).

очагъ можетъ уничтожить функцію чувствительной вѣточки тройничнаго нерва, предназначенной для одной половины лица, и функціи чувствительнаго пучка, иннервирующаго конечности и половину туловища съ противоположной стороны.

Я сейчасъ выясню вамъ, что тотъ же самый очагъ въ состояніи повліять и на двигательные проводники такимъ образомъ, что вызоветъ слѣды двигательнаго paralysis alternans, который мы наблюдали у нашей больной.

Въ виду всего этого я и вынужденъ возстановить въ вашей памяти нѣкоторыя свѣдѣнія объ анатоміи Вароліева моста.

Вы знаете, что чрезъ этотъ отдѣлъ нервныхъ центровъ проходятъ первичныя

волокна весьма различнаго происхожденія и назначенія, и что тут имѣется скопленіе сѣраго центральнаго вещества, называемаго ядернымъ, откуда берутъ начало многіе черепные нервы, не считая нѣкотораго числа скопленій сѣраго вещества, значеніе которыхъ мы пока еще не установили.

Если вы потрудитесь взглянуть на находящійся предъ вами рисунокъ (рис. 91), который вамъ представляетъ поперечный срезъ Вароліева моста, сдѣланный на уровнѣ его верхняго конца, вы замѣтите слѣдующее:

Сверху, въ боковыхъ частяхъ вы замѣчаете съ каждой стороны полосу бѣлаго вещества, которая заключаетъ въ себѣ боковой слой чувствительныхъ волоконъ. Эти два боковыхъ пояса скоро сходятся въ среднемъ поясѣ и образуютъ средній слой чувствительныхъ волоконъ. Совокупность двухъ боковыхъ слоевъ

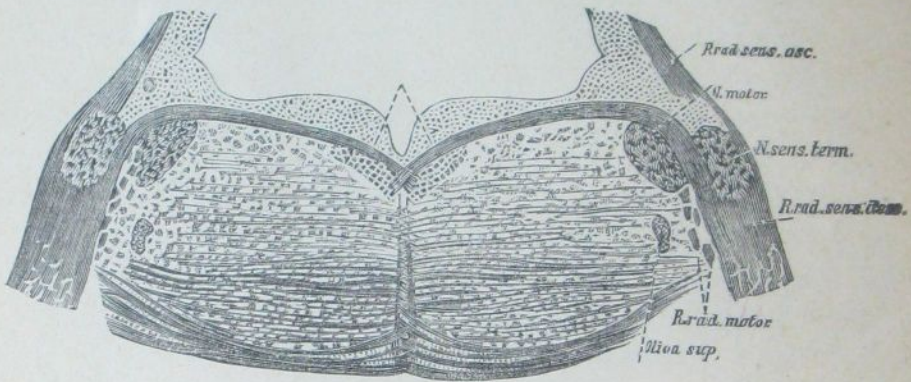


Рис. 91 (по ванъ-Гехухтену).

и средняго слоя данныхъ волоконъ образуетъ то, что въ описательной анатоміи называется мозговой петлей. Петля, какъ вы видите, расположена въ верхнемъ этажѣ ножки; она заключаетъ въ себѣ совокупность чувствительныхъ волоконъ, которыя изъ продолговатаго мозга направляются въ кору мозговыхъ полушарій. Эти волокна въ продолговатомъ мозгу, значительно ниже того уровня, который мы разсматриваемъ на этомъ рисункѣ, перекрещиваются. Предположите теперь поврежденіе, прерывающее, или нарушающее функцію этихъ волоконъ въ верхней части половины Вароліева моста—такое поврежденіе выразится перекрестною геміанестезіей, мѣстомъ нахождения которой будутъ конечности, половина туловища и шея со стороны, противоположной поврежденію. Затѣмъ замѣтите, что въ площади нашего разреза Вароліева моста, въ площади круга, образуемаго боковымъ и среднимъ слоемъ чувствительныхъ волоконъ, виденъ разрезъ восходящей вѣтви тройничнаго нерва. Вы знаете, что то, что именуется восходящей и нисходящей вѣтвью тройничнаго нерва, заключаетъ въ себѣ совокупность чувствительныхъ волоконъ пятой пары. Раньше,—это было

очень недавно,—представляли себѣ, что чувствительныя волокна тройничнаго нерва происходятъ изъ intra-protuberanti'ального ядра (рис. 92) и изъ двухъ ядеръ: одного верхняго, другаго нижняго ядра. Словомъ, за начальныя ядра принимали кучки сѣраго вещества, въ которыхъ заканчиваются конечныя развѣтвленія чувствительныхъ волоконъ.

Въ настоящее время принято и доказано, что всѣ чувствительные нервы имѣютъ дѣйствительное свое начало отъ нервныхъ центровъ. Нервы спиннаго мозга происходятъ изъ внутри-спинно-мозговыхъ ганглій; черепные нервы—изъ внутри-черепныхъ ганглій. Такимъ образомъ чувствительныя волокна тройничнаго нерва выходятъ изъ ganglion Gasseri. Этотъ узелъ состоитъ изъ нервныхъ однополярныхъ клѣтокъ. Единичный отростокъ каждой изъ этихъ клѣтокъ развѣтвляется на двѣ вѣтви (развѣтвленіе въ видѣ Т); одна изъ этихъ вѣточекъ дѣлается осѣво-цилиндрическимъ отросткомъ периферическаго чувствительнаго волокна и входитъ въ составъ ствола тройничнаго нерва, ниже Гассерова узла; другая вѣточка идетъ на образованіе чувствительнаго корешка тройничнаго нерва; она съ этимъ корешкомъ проникаетъ въ Вароліевъ мостъ. Тамъ корешковыя волокна развѣтвляются на восходящую и нисходящую вѣтвь (Рис. 92). Всѣ вмѣстѣ восходящія вѣтви образуютъ восходящую вѣтвь тройничнаго нерва, совокупность нисходящихъ вѣтвей образуетъ нисходящую вѣтвь того же самаго нерва.

Вспомните, что теперь восходящей вѣточкой называютъ ту, которая раньше была нисходящей и *vice versa*. Это зависитъ отъ того ошибочнаго взгляда, о которомъ я только что говорилъ вамъ; вслѣдствіе такого взгляда полагали, что тройничный нервъ и вообще чувствительные нервы берутъ свое начало изъ нервныхъ центровъ, а не изъ внутри-черепныхъ и изъ внутри-спинно-мозговыхъ гангліозныхъ узловъ.

Теперь установлено, что взглядъ, по которому чувствительный тройничный нервъ имѣлъ тройное центральное происхожденіе, былъ ошибоченъ.

Установлено также, что предполагаемая начальныя ядра чувствительнаго отдѣла тройничнаго нерва теперь, какъ извѣстно, суть только мѣста окончанія конечныхъ точекъ чувствительныхъ волоконъ. Такимъ образомъ, нисходящій корешокъ сдѣлался восходящей вѣтвью чувствительнаго тройничнаго нерва. Волокна, составляющія эту восходящую вѣтвь, оканчиваются въ такъ называемомъ пузырьчатомъ столбѣ, въ скопленіи пузырьчатыхъ клѣтокъ, которыя занимаютъ пространство, начиная съ внутренней стороны переднихъ бугровъ четверохолмія до уровня мѣста выхода тройничнаго нерва. Этотъ пузырьчатый столбъ разсматривается, какъ аналогъ пузырькамъ Кларка потому, что на этотъ столбъ пузырьчатыхъ нервныхъ клѣтокъ раньше смотрѣли, какъ на одно изъ начальныхъ ядеръ чувствительнаго тройничнаго нерва (верхнее чувствительное ядро), вслѣдствіе чего пучку, образованному изъ волоконъ, оканчивающихся въ этомъ ядрѣ, и дали названіе нисходящаго корешка.

Важно помнить то, что въ области Вароліева моста, которую мы теперь разсматриваемъ, волокна чувствительнаго тройничнаго нерва, какъ волокна нисходящей, такъ и восходящей вѣтви берутъ начало изъ Гассерова узла, расположеннаго на соотвѣтственной сторонѣ; передаваемые ими чувствительныя впечатлѣнія исходятъ изъ соотвѣтственной половины лица; наоборотъ, чувствительныя волокна, составляющія петлю, на этомъ же самомъ уровнѣ, перекрещиваются на уровнѣ перекреста чувствительныхъ пирамидъ. Эти волокна проводятъ чувствительныя впечатлѣнія, исходящія изъ противоположной стороны тѣла (со стороны конечностей, туловища и шеи).

Слѣдовательно, если вслѣдствіе той или другой причины функція передачи чувствительныхъ волоконъ уничтожена въ этой области Вароліева моста, гдѣ мозговая петля находится вблизи развѣтвляющихся волоконъ чувствительнаго тройничнаго нерва, то послѣдствіемъ этого будетъ *hemianaesthesia alternans*: анестезія половины лица на сторонѣ пораженія, анестезія конечностей, половины шеи и половины туловища на противоположной сторонѣ. Послѣ только что высказанныхъ мной разъясненій относительно хода нервныхъ волоконъ, встрѣчающихся въ этой области Вароліева моста, вы въ этомъ должны ясно убѣдиться.

Итакъ, мы приходимъ къ первому слѣдующему заключенію: *hemianaesthesia alternans*, наблюдаемая у этой женщины, зависитъ отъ очаговаго пораженія, расположеннаго въ верхней и дорзальной области лѣвой половины Вароліева моста. На поперечномъ разрѣзѣ этой области предполагаемый очагъ F расположенъ ближе къ боковой и дорзальной поверхности, чѣмъ къ вентральной поверхности и къ средней линіи, какъ это и показано на находящемся предъ нами рисункѣ (Рис. 93). На этомъ рисункѣ мы видимъ мозговую петлю (П), равно какъ иррадирующіе корешки тройничнаго нерва, сгруппировавшіеся въ пучки, которые представляютъ собой ничто иное, восходящій (В. П.) и нисходящій (Н. П.) корешки этого нерва.

Можетъ ли такой взглядъ на топографію предполагаемаго очага объяснить намъ, другія явленія, наблюдаемыя у нашей больной? Можетъ ли этотъ очагъ объяснить намокъ на двигательный *paralysis alternans*, слѣды котораго мы и теперь еще констатируемъ? Вы сейчасъ увидите, что да.

Но прежде всего не теряйте изъ виду того, что эта женщина страдаетъ порокомъ сердца, у нея—недостаточность двухстворчатаго клапана. Не упускайте изъ виду и того, что у нея было два апоплектиформныхъ припадковъ, послѣ которыхъ именно и обнаружилия явленія, патогенетическій механизмъ которыхъ я теперь и хочу вамъ выяснить. Очевидно, эти припадки происходили вслѣдствіе черепно-мозговой эмболии, вслѣдствіе закупорки мозговой артеріи маленькими сгустками крови. Какое же ближайшее и мѣстное послѣдствіе подобной артеріальной закупорки?

Во-первыхъ, почти полное прекращеніе притока крови въ ограниченной области, по отношенію къ которой закупоренная артерія играетъ роль главнаго питающаго сосуда. Слѣдовательно, тутъ образуется очагъ мѣстной ишеміи; скоро некробіозъ захватитъ анатомическіе элементы въ области, лишенной артеріальной крови, въ ишемическомъ очагѣ въ послѣдствіи образуется очагъ размягченія. Анатомическіе элементы, находящіеся на протяженіи этого очага, подвергнутся полному и стойкому уничтоженію ихъ функціональной дѣятельности.

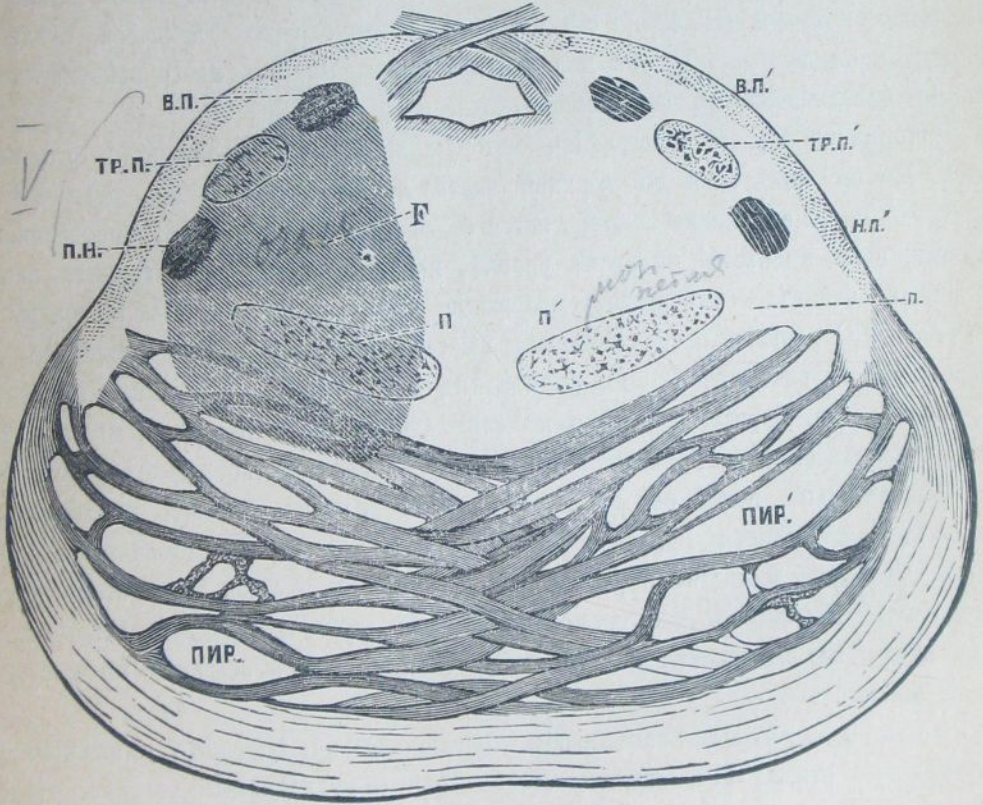


Рис. 93.

Лерхт. Р. В.

Но это не все. По сосѣдству съ поясомъ полной ишеміи образуется поясъ относительной ишеміи. Вслѣдствіе вмѣшательства коллатеральнаго кровообращенія эта ишемія будетъ временная. Въ занимаемой ей области питаніе анатомическихъ элементовъ пострадаетъ, но эта дистрофія не дойдетъ до некробіоза. Функція ихъ будетъ уничтожена, но это уничтоженіе функціи элементовъ будетъ временное, скоротечное, равно какъ и вызывающее ихъ сосудистое разстройство.

Представьте себѣ, что сгустокъ крови закупориваетъ одну изъ артерій, предназначенныхъ для Вароліева моста. Вокругъ очага полной ишеміи съ послѣдовательнымъ некробіозомъ образуется поясъ относительной временной ишеміи, которая вызоветъ функціональное, неполное и проходящее уничтоженіе анатомическихъ

элементовъ (нервныхъ проводниковъ), пораженныхъ этой ишеміей. У нашей больной это функциональное неполное и проходящее уничтоженіе выразилось двигательнымъ правостороннимъ парезомъ конечностей, который постепенно уменьшался, параличемъ мышцы, поднимающей верхнее вѣко, скороисчезнувшимъ парезомъ нижней вѣтви *n. facialis* и *n. hypoglossi*.

Я вамъ сейчасъ докажу, что локализацией, приписываемой нами главному очагу, который долженъ намъ объяснить перекрестную полную и стойкую анестезію, мы въ состояніи также объяснить и этотъ добавочный двигательный *paralysis alternans*, который вслѣдствіе его временнаго, проходящаго характера, слѣдуетъ поставить въ зависимость отъ поправимаго пораженія, отъ пояса относительной ишеміи, находящейся вблизи главнаго очага.

Припомните хорошо топографію, которую мы начертили для этого главнаго очага. Мы его помѣстили въ верхней части лѣвой половины Вароліева моста, тамъ, гдѣ Вароліевъ мостъ соприкасается съ мозговыми ножками. На поперечномъ разрѣзѣ, произведенномъ на этомъ уровнѣ, предполагаемый очагъ долженъ занимать болѣе боковое, чѣмъ среднее положеніе, болѣе дорзальное, чѣмъ вентральное (Рис. 93). Онъ долженъ включать въ себѣ мозговую петлю, восходящій и нисходящій корешки пятой пары (или одинъ изъ двухъ) на этой лѣвой половинѣ Вароліева моста. Короче, онъ долженъ занимать ту часть Вароліева моста, которая непосредственно соприкасается съ верхнимъ этажемъ лѣвой мозговой ножки.

Слѣдовательно, поясъ относительной ишеміи долженъ обнимать прилегающую часть этой же области Вароліева моста и ножекъ, другими словами, нижній этажъ. Что намъ извѣстно о расположеніи нервныхъ волоконъ въ этомъ нижнемъ этажѣ? Мы знаемъ, что тутъ имѣется три другъ подлѣ друга расположенныхъ пучка, изъ которыхъ, при данныхъ условіяхъ, насъ особенно интересуютъ два, а именно:

Средній пучекъ, занимающій приблизительно $\frac{3}{5}$ части вышеупомянутого нижняго этажа; онъ заключаетъ въ себѣ пирамидальныя волокна, двигательныя волокна, подвергающіяся при дальнѣйшемъ ходѣ перекресту въ продолговатомъ мозгу и продолжающіяся затѣмъ до передняго столба спинного мозга противоположной стороны.

Внутренній пучекъ, называемый также колѣнчатымъ пучкомъ; онъ содержитъ корковобульбарныя волокна *n. hypoglossi*, нижней вѣтви *n. facialis* и двигательной вѣтви *n. trigemini*. Разсматриваемыя волокна перекрещиваются на уровнѣ гораздо болѣе высоко, чѣмъ пирамидальныя волокна (Рис. 94).

Слѣдовательно, ограниченное пораженіе, мѣстонахожденіе признаваемого нами за главный очагъ, локализирующееся въ верхней части Вароліева моста, можетъ оказывать дѣйствіе на разстояніе на этотъ отдѣлъ задняго мозга, черезъ который проходятъ пирамидальныя волокна, предназначенныя для противоположной же стороны, а именно волокна нижней вѣтви *n. facialis*, *n. hypoglossi* и двига-

тельной вѣтви *n. trigemini*. Такимъ образомъ объясняется парезъ лица, затрудненіе рѣчи и заиканіе, констатированныя у этой женщины и носящія чисто транзиторный характеръ, и неполный двигательный парезъ съ правой стороны, слѣды котораго имѣются еще и теперь, какъ послѣдствія второго апоплектиформнаго припадка.

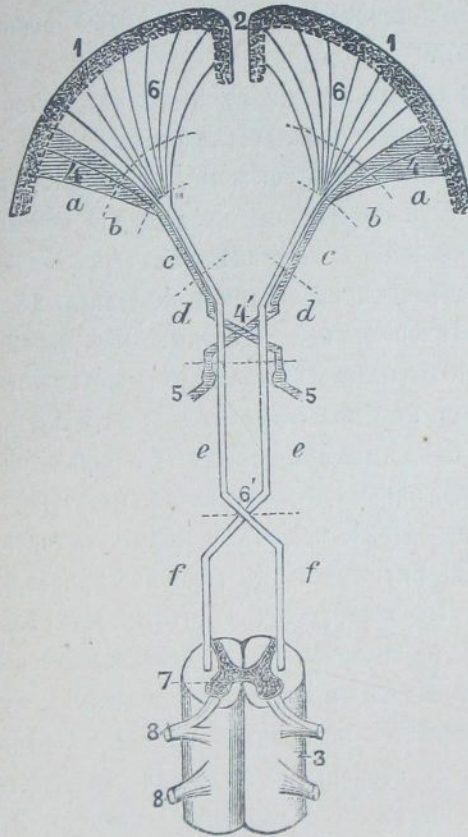


Рис. 94.

Сравнительный ходъ двигательныхъ и бульбарныхъ волоконъ и двигательныхъ волоконъ спинного мозга (по анатоміи Тестю). 1—мозговая кора (двигательный пояс); 2—расщелина между полушаріями; 3—отрѣзокъ спинного мозга; 4—двигательныя бульбарныя волокна; 4'—ихъ перекрестъ въ нижней части четверохолмія; 5—бульбарное ядро съ выходящимъ изъ него нервомъ; 6—двигательныя спинномозговыя волокна, составляющія пирамидный пучекъ; 6'—ихъ перекрестъ въ нижней части продолговатаго мозга; 7—передніе корешки спинного мозга; а—*centrum semiovale*; б—внутренняя капсула; с—мозговая ножка; d—четверохолміе; е—продолговатый мозгъ; f—спинной мозгъ.

При этихъ условіяхъ только *ptosis* лѣваго глаза нельзя объяснить. Верхнее вѣко иннервируется вѣтвью 3-й пары, глазо-двигательнымъ нервомъ. Стволъ этого нерва выходитъ изъ внутренней поверхности мозговой ножки (Рис. 102). Вверхъ отъ мѣста своего выхода этотъ нервъ направляется по пути къ продол-

говатому мозгу и Вароліеву мосту и на этомъ пути онъ вступаетъ въ тѣсную связь съ находящимися вблизи волокнами внутреннего и среднего пучка. При этомъ понятно, что вѣточка общаго глазо-двигательнаго нерва можетъ быть парализована отдѣльно, если допустить, что составляющія этотъ нервъ волокна на своемъ пути чрезъ Вароліевъ мостъ и продолговатый мозгъ остаются независимыми другъ отъ друга (См. рис. 101).

Такимъ образомъ, намъ пришлось пополнить наше первое заключеніе и формулировать его теперь такъ:

У нашей больной произошла эмболія въ одной изъ артерій, предназначенныхъ для Вароліева моста. Органическимъ послѣдствіемъ этой эмболіи была полная ишемія съ послѣдовательнымъ некробіозомъ территоріи, которая, въ верхней области Вароліева моста, служитъ мѣстомъ прохода для чувствительныхъ нервныхъ волоконъ, а именно для волоконъ, составляющихъ мозговую петлю, задача которыхъ заключается въ передачѣ впечатлѣній, получаемыхъ съ конечностей и съ половины туловища противоположной стороны; для иррадирующихъ волоконъ чувствительнаго тройничнаго нерва, передающихъ ощущенія съ противоположной же стороны лица,—отсюда *hemianaesthesia alternans*.

Очагъ, развившійся при вышеназванныхъ условіяхъ, на разстояніи оказалъ дѣйствіе на сосѣдную территорію Вароліева моста, на территорію, которая составляетъ продолженіе нижняго этажа ножекъ и черезъ которую проходятъ слѣдующія двигательныя волокна: пирамидальныя волокна, направляющіяся къ противоположной половинѣ спинного мозга, cortico-protuberanti'альныя волокна противоположной же стороны, не включая сюда составныхъ волоконъ 3-й пары. Результатомъ этого является двигательный *paralysis alternans*, но параличъ со стороны конечностей не полный; вмѣстѣ съ этимъ будетъ неполный и быстротечный параличъ со стороны слѣдующихъ затронутыхъ черепныхъ нервовъ: нижняго лицевого нерва, n. hypoglossi, вѣточки 3-й пары, идущей къ мышцѣ, поднимающей верхнее вѣко.

Можемъ-ли мы продолжать дальше нашъ анализъ, можемъ-ли мы, на основаніи того, что знаемъ о распредѣленіи сосудовъ въ среднемъ мозгу, точно опредѣлить артеріальную вѣточку, въ которой произошла эмболическая закупорка?

Я уже имѣлъ случай познакомить васъ вкратцѣ съ распредѣленіемъ артеріальныхъ сосудовъ въ Вароліевомъ мозгу. Сегодня я по этому вопросу сообщу вамъ нѣсколько дополнительныхъ свѣдѣній. Эти свѣдѣнія мной заимствованы изъ очень интересной работы о кровообращеніи въ области ножекъ и Вароліева моста, которую опубликовалъ японскій врачъ С. Шимамура¹⁾.

Уже издавна извѣстно, что артеріальные сосуды, предназначенные для Варо-

¹⁾ S. Shimamura.—Ueber die Blutversorgung der Pons-und Hirnschenkel-
gend, etc. (Neurologisches Centralblatt., 1894, № 20—21).

лѣва моста, происходятъ изъ ствола *art. basilaris* прямо или черезъ посредство верхнихъ и заднихъ мозжечковыхъ артерій, которыя отходятъ отъ ствола *art. basilaris* въ верхней его части (Рис. 95). Отдѣлъ Вароліева моста, граничащій съ мозговыми ножками, получаетъ свои артеріи изъ мозжечковыхъ вѣточекъ и отчасти изъ задней соединяющей артеріи. На фронтальномъ срѣзѣ, проходящемъ

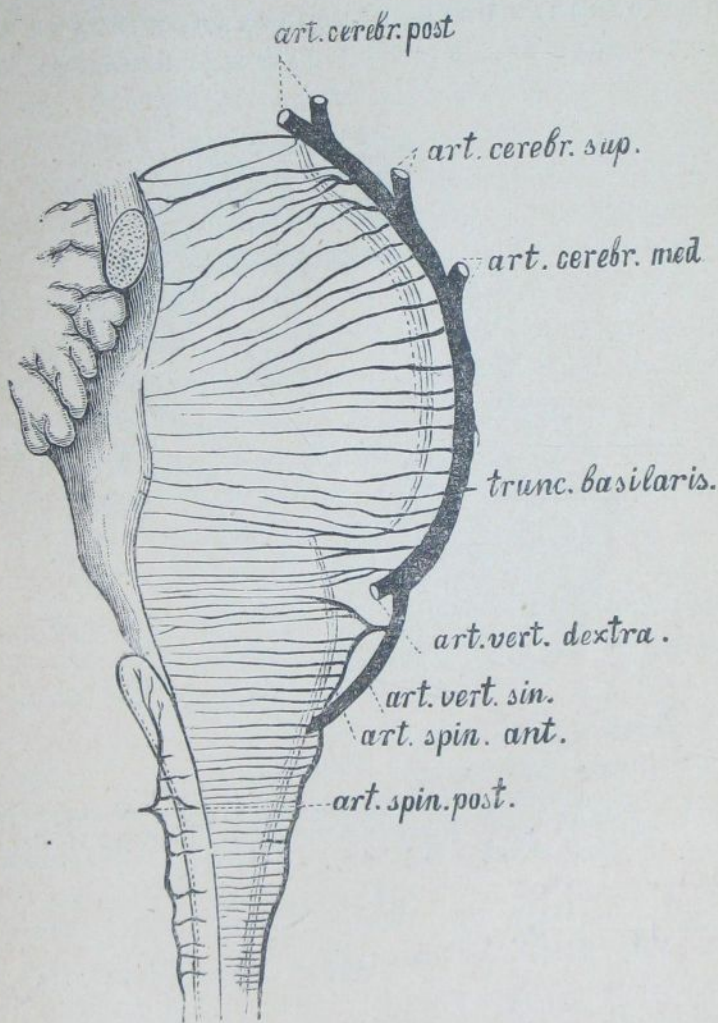


Рис. 95.

черезъ бугры четверохолмія и верхнюю часть Вароліева моста, можно точно выяснить себѣ ходъ и распредѣленіе артерій Вароліева моста. Вы имѣете предъ собою воспроизведеніе подобнаго срѣза, заимствованное изъ работы Шимамура. Разсматривая этотъ срѣзъ, вы можете убѣдиться, что артеріи Вароліева моста бываютъ двухъ видовъ: одни, среднія, проникаютъ непосредственно въ Вароліевъ мостъ съ каждой стороны по средней линіи его нижней или вентральной поверх-

ности; другія артерій—боковыя; эти послѣднія идутъ отъ вентральной къ дорзальной поверхности Вароліева моста, огибая его наружную поверхность. По имѣющемуся предъ вами рисункѣ нарисованы черной краской средняя и боковая артерій лѣвой половины Вароліева моста. Отъ каждого изъ этихъ сосудовъ, какъ вы видите, отходятъ боковыя вѣточки. Вѣточки, отходящія отъ средней артерій, идутъ впередъ вѣточекъ, отдѣляющихся отъ боковой артерій, но средняя и боковая сѣти, образованныя этими вѣточками, не анастомозируютъ другъ съ другомъ. Болѣе того, вѣточки, отходящія

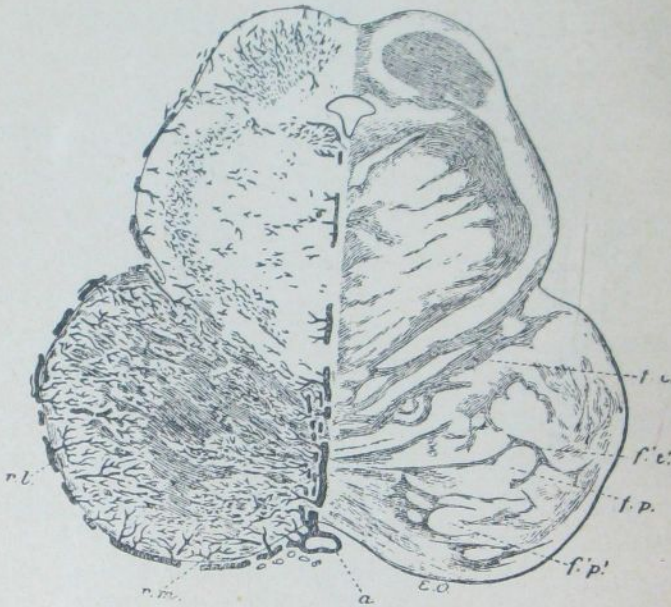


Рис. 96.

а. артерія Вароліева моста.—*rm.* средняя вѣтви.—*rl* боковыя вѣтви.—*ft, ft'* поперечныя волокна.—*fp, fp'*—пирамидальныя волокна.

на различныхъ высотахъ отъ одной и той же средней, или боковой артерій, образуютъ сѣти, расположенныя этажами однѣ надъ другими. Эти сѣти также въ извѣстной степени независимы другъ отъ друга и отдѣлены пучками поперечныхъ волоконъ Вароліева моста, черезъ которые проходитъ только небольшое число соединяющихъ сосудовъ. То же самое распредѣленіе найдено и въ мозговыхъ ножкахъ, какъ это видно изъ результатовъ изслѣдованій Алеза и д'Астро ¹⁾, предшествующихъ работѣ Шимамура. Изъ этихъ именно изслѣдованій видно, что различныя мелкаго калибра артерій, происходящія изъ задняго мозга

¹⁾ Alezais et d'Astros.—Les artères nourricières des noyaux de l'oculomoteur commun et du pathétique. (Société de biologie, 4 juin 1892.—L. d'Astros.—Pathologie du pédoncule cérébral, etc. (Revue de médecine, 1894, № 1--2).

и предназначенны для различныхъ ядеръ 3-й пары и для ядеръ 4-й пары, не представляютъ между собой никакого анастомоза на своемъ пути внутри ножекъ; онѣ составляютъ вполне независимую отъ другихъ артерій ножекъ систему, онѣ составляютъ единственный артеріальный источникъ сѣрыхъ ядеръ п.п. *oculomotorii* и *abducens*. Словомъ, это—конечная артерія. Я прибавлю еще, что судя по изслѣдованіямъ тѣхъ же самыхъ авторовъ, верхній этажъ ножки, черезъ который проходятъ чувствительныя волокна, болѣе богатъ сосудистыми элементами, чѣмъ нижній этажъ.

Теперь, мы, какъ мнѣ кажется, обладаемъ достаточными данными, чтобы объяснить, какимъ образомъ эмболія, локализовавшаяся въ указанномъ мной сейчасъ мѣстѣ, въ моментъ своего развитія можетъ вызывать тѣ разстройства, которыя мы наблюдали у этой женщины. Предположите, что небольшой сгустокъ попалъ-бы въ *art. basilaris*; предположите, что онъ далѣе проникаетъ въ одну изъ мозжечковыхъ вѣтокъ, чтобы остановиться въ боковой *art. pontobasilaris* верхней части Вароліева моста. Этотъ сгустокъ можетъ подняться довольно высоко и не закупорить отдѣлъ сосуда, питающаго нижній этажъ Вароліева моста. Остановка кровообращенія, слѣдовательно, будетъ полная только въ верхнемъ этажѣ, въ области, пересѣкаемой чувствительными волокнами. Очагъ ишеміи и некробіоза, зарождающійся въ этой области, можетъ отразиться и на сосѣдней области, которую пересѣкаютъ двигательныя волокна такимъ образомъ, какъ я вамъ сейчасъ указалъ.

Какъ-бы то ни было, всѣ данныя въ занимающемъ насъ случаѣ говорятъ въ пользу эмболіи, вызвавшей некробіотическій очагъ въ верхней, боково-дорзальной области лѣвой половины Вароліева моста.

Два слова о предсказаніи. Этотъ вопросъ должно разсматривать съ двойкой точки зрѣнія. Я выскажусь яснѣе: поправимо-ли очаговое пораженіе, которое имѣется у этой женщины? Несомнѣнно, да. Это поправление мы должны ожидать въ особенности отъ усилій самой натуры больной, которымъ мы должны помочь средствами, о которыхъ я сейчасъ буду говорить. Эта женщина еще молода; общее ея состояніе весьма удовлетворительно; слѣдовательно, она имѣетъ много шансовъ поправиться отъ послѣдствій бывшихъ у нея двухъ апоплектиформныхъ припадковъ. Но что ожидаетъ ее въ будущемъ? Это—второй пунктъ, который нужно обсудить и я не могу скрыть отъ васъ, что патологическое будущее этой женщины я рисую себѣ въ довольно мрачныхъ краскахъ. У нея такое же органическое пораженіе сердца, какое и у ея матери. Она страдаетъ такой формой сердечнаго пораженія, которая, какъ извѣстно, болѣе другихъ располагаетъ къ эмболіямъ. Поэтому мы можемъ сказать, что если разъ были апоплектоидныя припадки, то они будутъ и вновь. Болѣе того, можно предвидѣть, что будущія эмболіи въ силу необходимости не ограничатся малозначущими разстройствами, какъ то было при предшествующихъ припадкахъ; нужно думать, что онѣ могутъ

достичь до такихъ центровъ, уничтоженіе функцій которыхъ несовмѣстимо съ продолженіемъ жизни.

Вы видите, слѣдовательно, что предсказаніе въ этомъ случаѣ благопріятное, если судить лишь со стороны взятой нами первой точки зрѣнія, но оно оказалось очень серьезнымъ, когда мы стали на эту вторую точку зрѣнія. Вы понимаете также, что наше вмѣшательство должно имѣть въ виду эту двойную точку зрѣнія и преслѣдовать поэтому двойную цѣль.

Мы должны сначала заняться существующими разстройствами, чтобы помочь ихъ исчезновенію. Эти разстройства указываютъ на органическое пораженіе, на которое мы непосредственно не въ состояніи дѣйствовать; мы можемъ лишь помогать условіямъ натуры въ дѣлѣ произвольнаго поправленія. По этому мы назначимъ іодистый калий, или натрій, который, справедливо или нѣтъ, слыветъ за средство, способствующее рассасыванію некробіотическихъ очаговъ, происшедшихъ вслѣдствіе закупорки сосудовъ. Мы назначимъ также, какъ отвлекающее, точечное прижиганіе затылка.

Чтобы, насколько возможно, отдалить опасность, угрожающую этой женщинѣ въ будущемъ, мы назначимъ ей леченіе, употребляемое при пораженіи двухстворчататаго клапана сердца. Наконецъ, мы обратили ея вниманіе на опасность, которую представляетъ для нея беременность. При новой беременности имѣется весьма много шансовъ на ухудшеніе органическаго пораженія, которымъ страдаетъ эта женщина и, при этихъ условіяхъ, появленіе новыхъ эмболій почти неизбежно.

Лекція XXXI.

О случаѣ чувствительной *hemiplegia alternans* вслѣдствіе черепно-мозговой опухоли¹⁾.

Содержаніе. — Ретроспективный взглядъ на случай, который былъ предметомъ предшествующей лекціи; дѣло шло о примѣрѣ чувствительнаго *paralysis alternans*, осложненнаго двигательнымъ *paresis alternans*. — Возможность поставить топографическій діагнозъ въ случаяхъ такого рода. — Рѣдкость случаевъ чувствительнаго *paralysis alternans*. Новый клиническій примѣръ. — Анамнестическія данныя. Начало болѣзни припадкомъ головокруженія; ощущеніе онѣмѣнія въ правой сторонѣ; лѣвосторонній *ptosis*; перекрестная анестезія. — Послѣдующіе припадки; паденіе на правую сторону. — Быстротечная лѣвосторонняя двигательная гемплегія. *Glucosuria*. — Настоящее состояніе: перекрестная аналгезія, осложняется термической гипоанестезіей; сохранность осязательной чувствительности и мышечнаго чувства. — Отсутствіе двигательнаго паралича; отличительныя черты походки. Постоянство лѣво-

¹⁾ Лекція 7-го Февраля 1896 г.

сторонняго ptosis; nystagmus transversalis.—Выводъ. Діагнозъ. Дѣло очевидно идетъ о заболѣваніи Вароліева моста.—Истерія не можетъ быть признана за причину.—Является предположеніе о простомъ, или осложненномъ очаговомъ пораженіи. а) Свойство пораженія. Внезапное начало выдвигаетъ гипотезу объ эмболии или тромбозѣ. Доводы, которые борются противъ подобной гипотезы; нѣкоторыя клиническія данныя заставляютъ подозрѣвать существованіе опухоли. б) Точнѣе мѣстонахожденіе пораженія. Оно должно занимать лѣвую половину средняго мозга; оно должно сдавливать среднюю или верхнюю мозжечковую ножку; оно должно дѣйствовать на центръ glycosuria; оно должно задѣвать центръ, или начальныя волокна вѣтви 3-й пары, предназначенной для п. oculomotorius. Одинъ и тотъ же очагъ можетъ реализовать эти различныя условія; подтверждающія анатомическія данныя. Предсказаніе и леченіе. Всѣ предположенія говорятъ въ смыслѣ неизлечимости случая. Палліативныя средства, употребляемыя въ данномъ случаѣ. Исторія и патогенезъ hemianaesthesia alternantis.—Экспериментальныя изслѣдованія Ляборда. Главныя клиническія примѣры чувствительнаго paralysis alternans. Случай, давшій поводъ къ анатомическому вскрытію. Заключение.

Мм. Гг. Въ послѣдній вторникъ я вамъ показалъ женщину, которая представляла собой весьма любопытный примѣръ paralysis alternans. Дѣло шло,—вы конечно помните, о случаѣ перекрестной геміанестезіи, которая захватывала въ преобладающей мѣрѣ, если не исключительно, болевую чувствительность и чувствительность къ температурнымъ ощущеніямъ. Къ этой геміанестезіи присоединился двигательный гемипарезъ анестезированныхъ конечностей вскорѣ исчезнувшій, который при своемъ началѣ сопровождался быстро прошедшимъ лицевымъ гемипарезомъ и опущеніемъ верхняго вѣка съ противоположной стороны. Словомъ, въ извѣстный моментъ hemianaesthesia alternans осложнилась двигательнымъ hemiparesis alternans, отъ котораго теперь остались лишь слѣды.

Я полагаю, что я вамъ доказалъ, что на основаніи нашихъ знаній о ходѣ чувствительныхъ волоконъ въ нервныхъ центрахъ и о топографіи сѣрыхъ ядеръ, откуда исходятъ, или въ которыхъ оканчиваются черепные нервы, умѣстно было отнести эти патологическія явленія на счетъ очаговаго пораженія, локализованнаго въ передней трети верхняго этажа Вароліева моста. Я полагаю, вы убѣдились, что это очаговое пораженіе, принимая въ соображеніе развитіе явленій и наличіе у данной женщины пораженія двухстворчататаго клапана, должно было произойти вслѣдствіе эмболии. По всей вѣроятности этотъ рядъ патологическихъ явленій имѣлъ своей исходной точкой беременность и роды, на значеніе которыхъ я указалъ при разборѣ этого случая.

Что касается остальнаго, то внѣ всякаго сомнѣнія, что эмболическая закупорка protuberanti'альнаго сосуда могла вызвать синдромъ, составные элементы котораго я вамъ только что перечислилъ.

Результаты недавнихъ анатомическихъ изслѣдованій, съ сущностью которыхъ

я васъ познакомиль, для насъ въ этомъ отношеніи были крайне поучительны.

Подводя всему итогъ, мы должны сказать, что *hemianaesthesia alternans* довольно рѣдка и я могу считать себя счастливымъ, что имѣю возможность показать вамъ больного съ перекрестной геміанэстезіей, сочетанной съ другими симптомами, говорящими въ пользу существованія заболѣванія среднего мозга.

Я сейчасъ познакомлю васъ съ исторіей болѣзни этого субъекта, послѣ чего я подвергну его случай аналитическому разбору, подобно тому, какой я сдѣлалъ съ той же цѣлью въ прошедшую пятницу, т.-е., я постараюсь оправдать діагнозъ, который мы установили относительно мѣстонахожденія и характера пораженія, подозрѣваемого нами у этого человѣка.

Наконецъ, я рассчитываю пересмотрѣть главные примѣры *hemianaesthesia alternans*, опубликованные за это послѣднее время, дабы поставить ихъ въ параллель съ нашими двумя случаями. Изъ этого сопоставленія я постараюсь извлечь разъясненіе относительно семіологій заболѣваній среднего мозга, а также и относительно анатоміи и фізіологіи чувствительнаго пути въ головномъ мозгу.

Находящійся предъ вами больной 43 лѣтъ, по профессіи механикъ. Изъ свѣдѣній, которыя онъ сообщилъ намъ о прошедшемъ своихъ родителей и ближайшихъ родственниковъ, я хочу обратить ваше вниманіе на слѣдующее: его отецъ былъ большой пьяница; въ теченіе послѣднихъ 18 мѣсяцевъ своей жизни онъ былъ пьянъ почти каждый день. Онъ предавался своей привычкѣ къ пьянству и до рожденія своего сына. У матери бывали столбняки, она умерла 70 лѣтъ отъ рака грудной железы. Двое дѣтей, родившихся одинъ за другимъ послѣ нашего больного, умерли въ очень раннемъ возрастѣ.

Вотъ, съ другой стороны свѣдѣнія, сообщенныя о его личной прошедшей жизни. Судя по словамъ его родителей, онъ родился своевременно. На 5-мъ году жизни у него была корь, а на 8-мъ году—крупъ. Онъ посѣщалъ первоначальную школу съ 8 лѣтъ до 13 лѣтъ; учился онъ хорошо. Потомъ онъ поступилъ въ обученіе къ механику. До своей женитьбы онъ велъ трезвый образъ жизни и никогда не предавался половымъ излишествамъ.

Онъ женился 23 лѣтъ. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ женитьбы у него въ теченіе нѣсколькихъ недѣль были безлихорадочныя сочленовныя боли. У него было четыре ребенка, три мальчика и одна дѣвочка, про здоровье которыхъ нельзя сказать ничего особеннаго.

Въ теченіе 15 лѣтъ Х. имѣлъ привычку каждое утро выпивать по стаканчику водки; при этомъ онъ ежедневно выпивалъ около литра вина, что въ его глазахъ не представляло ничего чрезмѣрнаго. Три года, какъ онъ сталъ пить абсентъ, приблизительно 3 раза въ недѣлю.

Х. утверждаетъ, что онъ никогда не болѣлъ венерическими болѣзнями; два

года тому назадъ у него былъ заглоточный нарывъ. Въ то время, какъ этотъ абсцессъ развивался, мягкое небо не функционировало; питье, которое больной хотѣлъ проглотить, выливалось обратно чрезъ носовыя отверстія.

Все это, кажется, не имѣетъ никакого прямого отношенія къ данной болѣзни этого человѣка. Но вотъ, въ Сентябрѣ мѣсяцѣ 1894 года, прогуливаясь съ друзьями въ своемъ саду, больной вдругъ на нѣсколько секундъ пересталъ хорошо видѣть. Въ слѣдующіе дни онъ ощущалъ боли средней интенсивности на уровнѣ прикрѣпленія діафрагмы и въ лѣвой половинѣ груди. Эти боли усиливались при движеніяхъ; по прошествіи двухъ или трехъ недѣль отъ нихъ остались лишь слѣды. 30-го Сентября больной, подъ утро, проснулся съ ощущеніемъ тяжести въ головѣ. Несмотря на это онъ отправился на фабрику, которой онъ завѣдывалъ. Тамъ у него случилось головокруженіе и онъ, не теряя сознанія и способности владѣть своимъ конечностями, упалъ на правую сторону. Его привезли домой и посадили въ кресло. Въ этотъ моментъ онъ почувствовалъ ощущеніе, какъ бы «жидкость» переливалась снизу вверхъ по лѣвой половинѣ лица—какъ будто въ эту область шприцемъ впустили жидкость, по собственному выраженію больного. Затѣмъ у него открылась рвота. Вскорѣ онъ замѣтилъ, что его обѣ правыя конечности оцепѣли.

Онъ улегся въ постель, не нуждаясь посторонней въ помощи ни для того, чтобы раздѣться, ни для того, чтобы лечь. Между тѣмъ, онъ замѣтилъ, что его правая нога немного волочится.

Онъ оставался въ постели 3 или 4 дня. Въ это время его глаза имѣли наклонность отклониться влѣво. Опадающее лѣвое вѣко закрывало почти совершенно глазное яблоко. Больной могъ пить лишь втягивая жидкость черезъ соломенку. Когда онъ пилъ изъ стакана, у него сейчасъ же дѣлался припадокъ удушья, какъ будто жидкость попала въ дыхательные пути.

Когда больной всталъ, онъ замѣтилъ, что при ходьбѣ онъ сильно разставляетъ ноги; однако правой ногой онъ больше совсѣмъ не волочилъ. Во время, о которомъ я говорю, врачъ, лечившій этого человѣка, констатировалъ присутствіе полной аналгезіи на правой половинѣ тѣла и на лѣвой половинѣ лица. Осязательная чувствительность была сохранена въ этихъ мѣстахъ; чувствительность къ температурнымъ ощущеніемъ была отчасти уничтожена. Больной плохо видѣлъ.

Немного позже у него появились припадки, которые начинались свистомъ въ ушахъ и ощущеніемъ тяжести въ головѣ и которые кончались паденіемъ, если въ это время около него не было никого, кто бы поддержалъ его. Всегда онъ падалъ на правую сторону, не теряя сознанія. Это, вообще, были припадки головокруженія, которые повторялись въ теченіе одного дня до пяти разъ и болѣе.

20-го Января 1895 года, послѣ нѣсколькихъ часовъ недомоганія, больной снова нѣсколько разъ испытывалъ ощущеніе, похожее на прохожденіе жидкости черезъ лѣвую половину лица, о которомъ я вамъ только что говорилъ. Затѣмъ у него

сдѣлалось сильное головокруженіе и обильная рвота. Его, безъ натуги, рвало зеленоватой, клейкой массой. Онъ снова долженъ былъ лечь въ постель. Спустя нѣсколько дней, вслѣдъ за сильнымъ ознобомъ, онъ замѣтилъ, что его лѣвая рука и нога, равно какъ и лѣвая половина лица были лишены движенія; онъ испытывалъ также большое затрудненіе при движеніи языка. Парализованныя конечности были вялы; чувствительность на ихъ уровнѣ была сохранена.

По прошествіи уже нѣсколькихъ дней подвижность на лѣвой сторонѣ возстановилась. Въ это время нѣсколько разъ дѣлали анализъ мочи больного; въ ней нашли большое количество сахара, но бѣлка не было. Вслѣдствіе этого врачи назначили ему леченіе, направленное противъ діабета.

Въ теченіи послѣдующаго года больной былъ очень озабоченъ состояніемъ своей мочи, уд. вѣсъ которой колебался между 1022—1030 и количество которой за 24 часа не превышало литра. Зрѣніе улучшилось. Въ общемъ, состояніе этого человѣка стало очень удовлетворительнымъ. По временамъ у него бывали припадки головокруженія, сопровождаемые тѣмъ же самымъ ощущеніемъ тяжести въ головѣ, о которомъ я вамъ говорилъ. Кромѣ того, за 6 или 7 мѣсяцевъ до поступленія въ госпиталь у него были въ лѣвомъ надплечьи довольно острые боли, распространяющіяся до концевъ пальцевъ; по прошествіи четырехъ, пяти дней эти боли значительно утратили свою интенсивность. Наконецъ, съ Января мѣсяца больной испытываетъ нѣсколько повышенное половое возбужденіе.

Х. былъ принятъ въ наше отдѣленіе 8-го Января. Его состояніе въ то время существенно не отличалось отъ настоящаго его состоянія.

Въ данное время интеллектуальныя способности и память сохранена, но на предлагаемые вопросы Х... отвѣчаетъ съ торопливостью, которая поражаетъ. Сверхъ того, больной отличается весьма большой впечатлительностью. На правой его сторонѣ, на уровнѣ туловища, шеи и конечностей, констатируется весьма выраженная аналгезія (рис. 97). Эта аналгезія находится и на лѣвой сторонѣ лица; тутъ она ограничена областью иннерваціи r. ophthalmici тройничнаго нерва. Повсюду аналгезія осложняется ослабленіемъ и извращеніемъ термической чувствительности: приложеніе холоднаго тѣла вызываетъ ощущеніе тепла, а тепло воспринимается довольно неясно. Осязательная чувствительность всюду сохранена. То же самое можно сказать и про мышечное чувство. Нужно отмѣтить, что правое яичко не чувствительно, даже при сильномъ сжатіи его.

Двигательнаго паралича нѣтъ ни въ конечностяхъ, ни на туловищѣ, ни на лицѣ. При изслѣдованіи динамометромъ правая кисть руки даетъ 44 килограм., лѣвая—32. Я сейчасъ заставляю больного ходить. Вы видите, что онъ при этомъ сильно разставляетъ ноги. На ногахъ онъ держится увѣренно, но не въ темнотѣ. Онъ испытываетъ нѣкоторое затрудненіе при быстромъ выполненіи полукруговаго оборота. Колѣнные рефлексы вполне сохранены, подошвенные рефлексы съ обѣихъ сторонъ ослаблены.

При изслѣдованіи специальныхъ чувствъ обнаруживается только небольшое опущеніе лѣваго вѣка и незначительный поперечный nystagmus, который проявляется въ то время, когда больной сильно сокращаетъ свои прямыя внутреннія

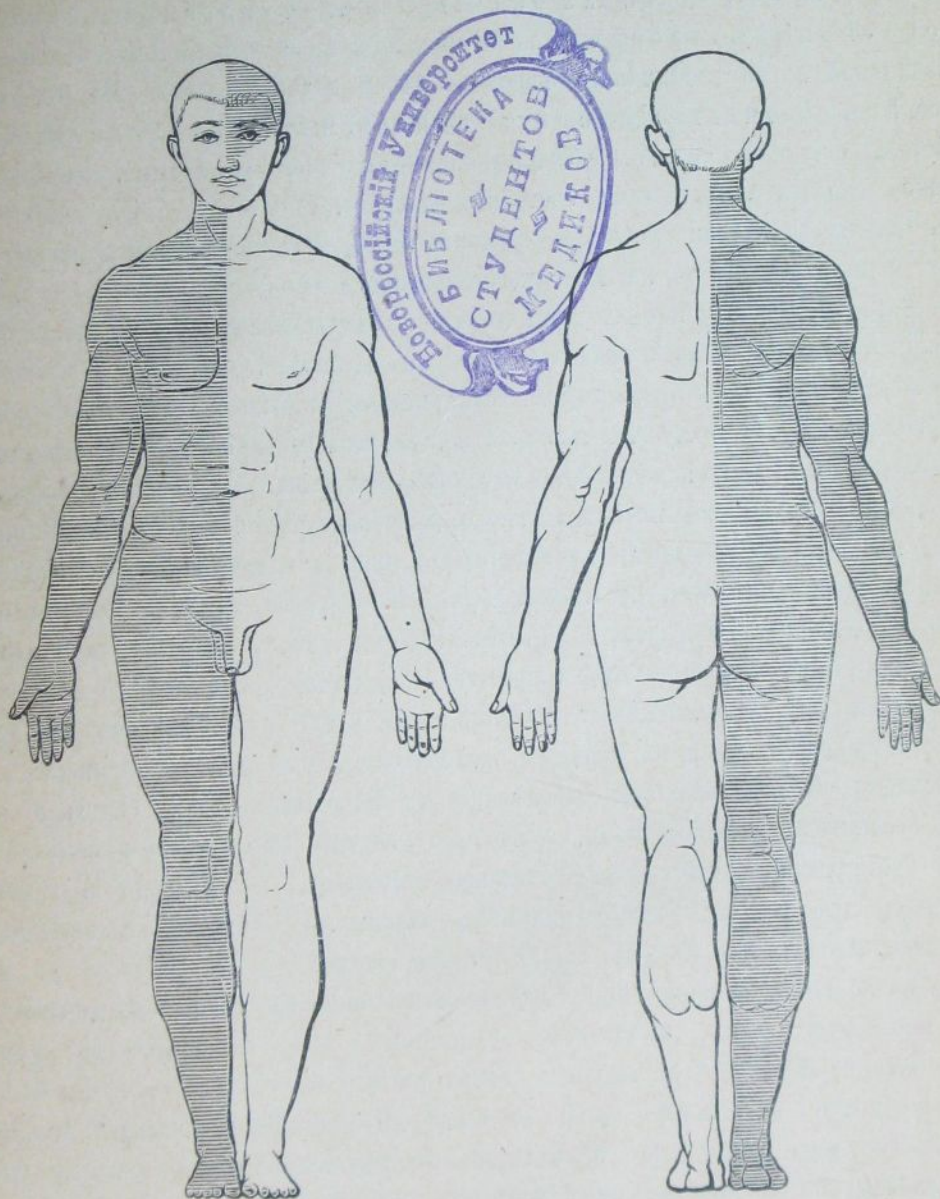


Рис. 97.

и наружныя мышцы. Конъюнктивальный рефлексъ слѣва отсутствуетъ. Изслѣдованіе другихъ органовъ чувствъ не обнаруживаетъ ничего особеннаго.

При аускультациіи сердца выслушивается удлинненіе перваго звука въ области аорты съ распространеніемъ его въ верхней части груди и по направленію аорты;

пульсъ правильный и нормальной частоты. Моча не содержитъ сахара, ни бѣлка. Въ итогѣ этотъ больной реализуетъ весьма выраженный синдромъ, который можно характеризовать слѣдующими словами: расчлененная анестезія, при которой сохранена осязательная чувствительность, съ переменнымъ распредѣленіемъ и которая ограничивается областью глазничной вѣтви тройничнаго нерва въ лѣвой половинѣ лица. Къ этой переменной анестезіи присоединяется незначительный ptosis лѣваго глаза и небольшой боковой nystagmus. Это все, что можно сказать о настоящемъ состояніи больного.

Что же за болѣзнь, которой страдаетъ этотъ мужчина? Этотъ вопросъ сложный, а потому и отвѣтъ на него многосложный.

Если вы, господа, помните еще то, что я вамъ сказалъ въ моей предъидущей лекціи о семіологическомъ значеніи *paralysis alternans* вообще, то у васъ на предложенный мной вопросъ первый отвѣтъ долженъ быть уже готовъ. Вы должны себѣ сказать: у этого мужчины, вѣроятно, имѣется заболѣваніе Вароліева моста—такое же, съ каковымъ мы имѣли въ случаѣ женщины, о которомъ я бесѣдовалъ съ вами въ послѣднюю пятницу. Таково, дѣйствительно и мое мнѣніе. Я не буду возвращаться къ доводамъ, приведеннымъ мною раньше противъ истерическаго происхожденія анестезіи, представляющей тѣ свойства, которыя мы находимъ у этого человѣка. Разъ участіе истеріи отклонено, то въ виду перекрестнаго, переменнаго распредѣленія, которое представляетъ геміанестезія на лицѣ и въ остальной части тѣла, не навязывается-ли само собой у того, кто знакомъ съ ходомъ чувствительныхъ путей въ нервныхъ центрахъ, во всей ихъ совокупности, предположеніе объ ограниченномъ заболѣваніи въ Вароліевомъ мосту. Когда я говорю объ ограниченномъ заболѣваніи, я въ этомъ случаѣ разумѣю заболѣваніе, имѣющее органическимъ субстратомъ очаговое пораженіе. Прежде всего я разсмотрю возникающую гипотезу объ единичномъ очагѣ; эта гипотеза выдвигаетъ два слѣдующихъ вопроса, которые можно выразить такъ:

Каково свойство пораженія? Какое должно быть его точное мѣстонахожденіе въ Вароліевомъ мосту, чтобы этотъ единичный очагъ объяснилъ всѣ элементы синдрома, который мы наблюдаемъ теперь у этого человѣка?

Каково свойство пораженія?—Чтобы найти желаемый отвѣтъ на этотъ вопросъ, прежде всего принять въ соображеніе развитіе болѣзни. Что же мы узнали изъ анамнестическихъ данныхъ, сообщенныхъ намъ самимъ больнымъ? Мы узнали, что его настоящая болѣзнь началась внезапно точно такимъ же образомъ, какъ это было у больной, которая была предметомъ предъидущей лекціи: однажды, утромъ, когда этотъ человѣкъ прогуливался въ своемъ саду, онъ вдругъ сталъ плохо видѣть, но это ослѣпленіе продолжалось всего лишь нѣсколько секундъ. Немного позже Х., проснувшись утромъ, испытывалъ тяжесть въ головѣ; потомъ, когда онъ съ трудомъ пришелъ на фабрику, гдѣ онъ работалъ, съ нимъ тамъ

случилось головокруженіе, онъ упалъ на правую сторону, не теряя сознанія и способности пользоваться своими конечностями; когда его привезли домой, появилась рвота,—я васъ прошу, обратите вниманіе на эту подробность—его рвало безъ усилій зеленоватой слизью. Въ то же самое время онъ испытывалъ особенное ощущеніе въ лѣвой половинѣ лица и оцѣпенѣніе въ конечностяхъ съ правой стороны. Послѣ нѣсколькихъ часовъ покоя, во время которыхъ Х. замѣтилъ, что его верхнее лѣвое вѣко опущено и что глаза по временамъ отклоняются въ ту же самую сторону, силы его снова возстановились. Но теперь онъ при ходьбѣ широко разставлялъ ноги. Помимо этого, пользующій его врачъ констатировалъ у него присутствіе перекрестной анестезіи и расчлененной анестезіи, въ которой не участвовала осязательная чувствительность.

Затѣмъ припадки головокруженія возобновились, предвѣстникомъ ихъ являлся свистъ въ ушахъ. Эти головокруженія влекли за собой паденіе больного на правую сторону, при этомъ сознаніе никогда не утрачивалось; головокруженія сопровождались обильной рвотой, происходящей безъ всякихъ усилій, рвало зеленоватыми массами. Послѣ одного изъ такихъ припадковъ наблюдался скоропроходящій лѣвосторонній парезъ. Наконецъ, въ то же самое время, въ его мочѣ констатировали присутствіе довольно большого количества сахара.

Все это было за годъ до того, какъ больной явился къ намъ на консультацию. Въ промежуткѣ, головокруженія у него вновь появлялись, въ теченіи нѣсколькихъ дней онъ испытывалъ острые боли въ лѣвомъ надплечьи, распространяющіяся лучеобразно до пальцевъ.

Къ какому же заключенію мы должны придти, имѣя въ виду такое развитіе болѣзни?

Въ одинъ день этотъ больной замѣтилъ у себя перемежную геміанестезію, развившуюся вслѣдъ за припадкомъ головокруженія. Даетъ ли право это внезапное начало діагностицировать пораженіе съ быстрымъ развитіемъ и можетъ ли быть въ этомъ случаѣ вопросъ о кровоизліяніи, или о закупоркѣ сосудовъ вслѣдствіе эмболіи или тромба? Я съ своей стороны этого не думаю по двоякаго сорта основаніямъ:

Прежде всего мы не обнаруживаемъ у этого человѣка признаковъ вполне опредѣленнаго сердечнаго заболѣванія, каковымъ было заболѣваніе двухстворчататаго клапана у показанной мною вамъ женщины. Слѣдовательно, не имѣется никакого положительнаго основанія приписывать эмболіи явленія, представляемыя больнымъ, котораго вы теперь видите предъ собой.

Этотъ человѣкъ не былъ алкоголикомъ въ общепринятомъ значеніи слова, у него не было никогда также и сифилиса; ощупываніе поверхностныхъ артерій исключаетъ всякое подозрѣніе объ атероматозѣ. Для гипотезы о геморрагіи или тромбозѣ, равно какъ и для гипотезы объ эмболіи нѣтъ, слѣдовательно, объ-
активнаго основанія.

Съ другой стороны, у этого человѣка не было удара въ обыкновенномъ значеніи, приписываемомъ этому слову; все выражалось слабыми намеками на ударъ, въ формѣ приступовъ головокруженія. Эти приступы повторялись весьма много разъ. Если бы они находились въ связи съ кровоизліяніями, или съ закупоркой сосудовъ, то вѣсь всякаго сомнѣнія мы увидѣли бы, что устанавливаемая симптоматологія сложилась бы иначе и была менѣе однородной въ своемъ теченіи, чѣмъ та, которую мы констатируемъ у нашего больного. У него мы находимся въ присутствіи развитія болѣзни, всегда одинаковой какъ въ своихъ постоянныхъ элементахъ, такъ и въ своихъ явленіяхъ, наступающихъ пароксизмами.

У больного были не только припадки головокруженія, которые можно считать за абрисы удара, но онъ падалъ на правую сторону, и всегда только на эту сторону, не теряя сознанія. У него была потеря зрѣнія; у него были,—на этомъ я особенно настаиваю,—рвоты, которыя заканчивались изверженіемъ слизистыхъ, зеленоватыхъ массъ. Въ извѣстный моментъ у него была констатирована весьма выраженная гликозурия; онъ имѣлъ сочетанное отклоненіе глазъ влево, у него кромѣ того былъ лѣвосторонній ptosis и поперечный nystagmus. Все это, вмѣстѣ взятое, вызываетъ въ умѣ мысль о внутри-черепной опухоли. Вся эта симптоматологія, включая сюда и развитіе, т. е., внезапное повидимому начало болѣзненныхъ явленій, переменчивость нѣкоторыхъ проявленій, быстро проходящій характеръ другихъ изъ нихъ,—все это, говорю я, заставляетъ усматривать въ этомъ случаѣ опухоль головного мозга. Мы имѣемъ, слѣдовательно, дѣло у нашего больного съ фокуснымъ пораженіемъ Вароліева моста, которое есть ничто иное, какъ опухоль. Остается точно опредѣлить мѣстонахожденіе ея.

б) Какое точное мѣстонахожденіе пораженія?—Не теряйте изъ виду того, что преобладающій элементъ синдрома, представляемого этимъ человѣкомъ, заключается въ hemianaesthesia alternans, которая захватываетъ конечности и туловище съ правой стороны. Отсюда мы можемъ уже заключить, что пораженіе захватываетъ лѣвую сторону среднего мозга, въ томъ отдѣлѣ его, гдѣ проходятъ проводники чувствительности. Сейчасъ я рассмотрю вопросъ, какимъ образомъ должно быть расположено пораженіе, если принять во вниманіе распредѣленіе чувствительности въ лѣвой половинѣ лица.

Изъ того, что больной подверженъ головокруженіямъ съ паденіемъ на правую сторону, мы можемъ заключить, что пораженіе, путемъ сдавленія, должно дѣйствовать на среднюю или верхнюю мозжечковую ножку; существованіе поперечнаго nystagmus говоритъ въ пользу этого патогенетическаго взгляда.

Изъ того, что у больныхъ въ извѣстный моментъ была довольно обильная гликозурия, мы вправѣ заключить, что пораженіе Вароліева моста дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на центръ, при уколѣ котораго, какъ извѣстно, экспериментально вызывается гликозурия.

Наконецъ, то обстоятельство, что у этого человѣка съ самаго начала его болѣзни было опущеніе верхняго вѣка съ лѣвой стороны, вынуждаетъ насъ заключить, что пораженіе должно захватывать центръ иннерваціи мышцы, поднимающей верхнее вѣко лѣваго глаза, или нервную вѣточку, выходящую изъ этого центра, которая входитъ въ составъ ствола общаго глазо-двигательнаго нерва.

Посмотримъ, можетъ ли такой единичный фокусъ, какъ опухоль, занимающій лѣвую половину средняго мозга, удовлетворить только что указаннымъ мной условіямъ.

Посмотрите на находящійся предъ вами рисунокъ (рис. 98); онъ представляетъ срѣзъ Вароліева моста въ верхней трети. На этомъ срѣзѣ, непосредственно подъ дномъ IV-го желудочка, и съ каждой стороны *raphe*, вы замѣчаете слой

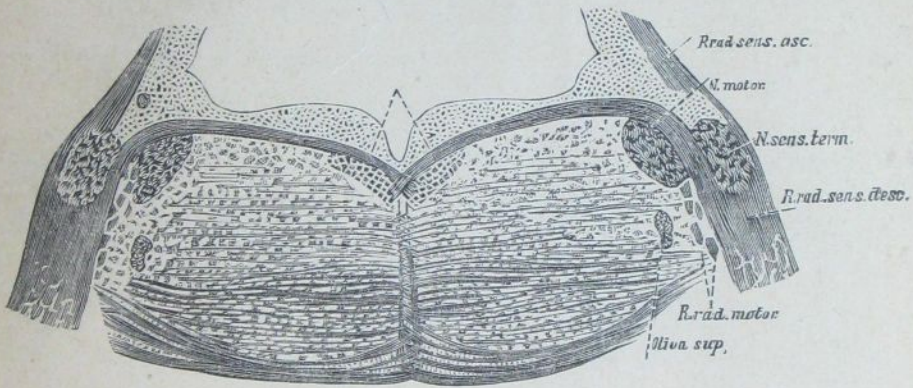


Рис. 98 (по ванъ-Гехухтену).

продольныхъ волоконъ, которыя ничто иное, какъ чувствительныя волокна, выходящія изъ ядеръ Бурдаха и Голля.

Эти волокна подвергаются перекресту на уровнѣ продолговатаго мозга; они вслѣдствіе этого передаютъ въ головной мозгъ чувствительныя ощущенія, получаемыя съ противоположной стороны тѣла, за исключеніемъ лица. Слѣдовательно, пораженіе, захватывающее эти волокна въ лѣвой половинѣ Вароліева моста, вызоветъ геміанестезію шеи, туловища и конечностей съ правой стороны. Но пораженіе не можетъ гнѣздиться на этомъ уровнѣ, такъ какъ при этомъ оно не могло бы объяснить намъ нѣкоторыхъ другихъ элементовъ синдрома, представляемаго нашимъ больнымъ.

Если теперь вы посмотрите на этотъ другой рисунокъ (рис. 99), который представляетъ вамъ дѣйствительное происхожденіе чувствительныхъ волоконъ тройничнаго нерва, вы поймете, что по пути чувствительнаго корешка этого нерва внутри Вароліева моста нервныя волокна, выходящія изъ глазничной вѣтви занимаютъ верхнюю часть этого корешка. Если вы сравните этотъ второй рису-

нокъ съ третьимъ, который (рис. 100) представляетъ срѣзь изъ Варолиева моста, произведенный на уровнѣ верхняго его конца, вамъ тогда легко будетъ понять, какъ одинъ и тотъ же очагъ дѣйствуетъ одновременно и на боковой слой чувствительныхъ волоконъ, и на наружный отдѣлъ восходящаго и нисходящаго корешковъ тройничнаго нерва, который содержитъ въ себѣ волокна, и сходящія изъ глазничнаго нерва, и на верхнюю мозжечковую ножку (рис.).

Болѣе того, срѣзь на разсматриваемомъ нами уровнѣ заключаетъ въ себѣ поперечный разрѣзь Сильвиева водопровода; подь этимъ водопроводомъ находятся

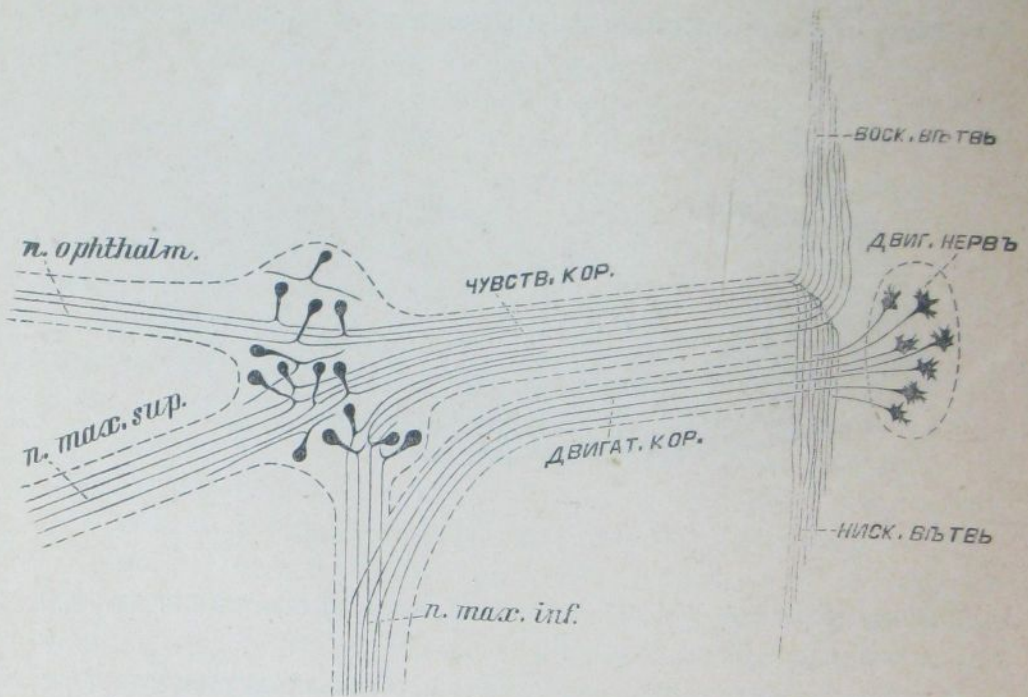


Рис. 99 (по ванъ-Гехухтену).

расположенными въ рядъ начальныя ядра 3-й пары, откуда исходятъ пучки нервныхъ волоконъ, предназначенныхъ для мышцъ глаза, иннервируемыхъ общимъ глазо-двигательнымъ нервомъ. Четвертый изъ рисунковъ, находящихся предъ вами (рис. 101), показываетъ, что различныя волокна, идущія на образованіе ствола этого нерва, сохраняютъ свою самостоятельность по *pedunculo-protuberanti*альному пути.

Представьте себѣ теперь, что пораженіе, реализирующее только что высказанныя мной условія, находилось бы въ лѣвой половинѣ верхней области Варолиева моста: въ такомъ случаѣ оно должно было бы вызвать параличъ нервныхъ вѣточекъ, предназначенныхъ для мышцы, поднимающей верхнее вѣко съ

той же стороны; возможно, что это поражение будет раздражать вѣточки, предназначенныя для прямыхъ внутреннихъ мышцъ; оно также объяснило бы поперечный *nystagmus*, констатированный у нашего больного, когда заставляють его устремлять взглядъ по направленію горизонтальной плоскости. Впрочемъ, *nystagmus* составляетъ обычное явленіе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ поражение дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на верхнюю или среднюю ножку.

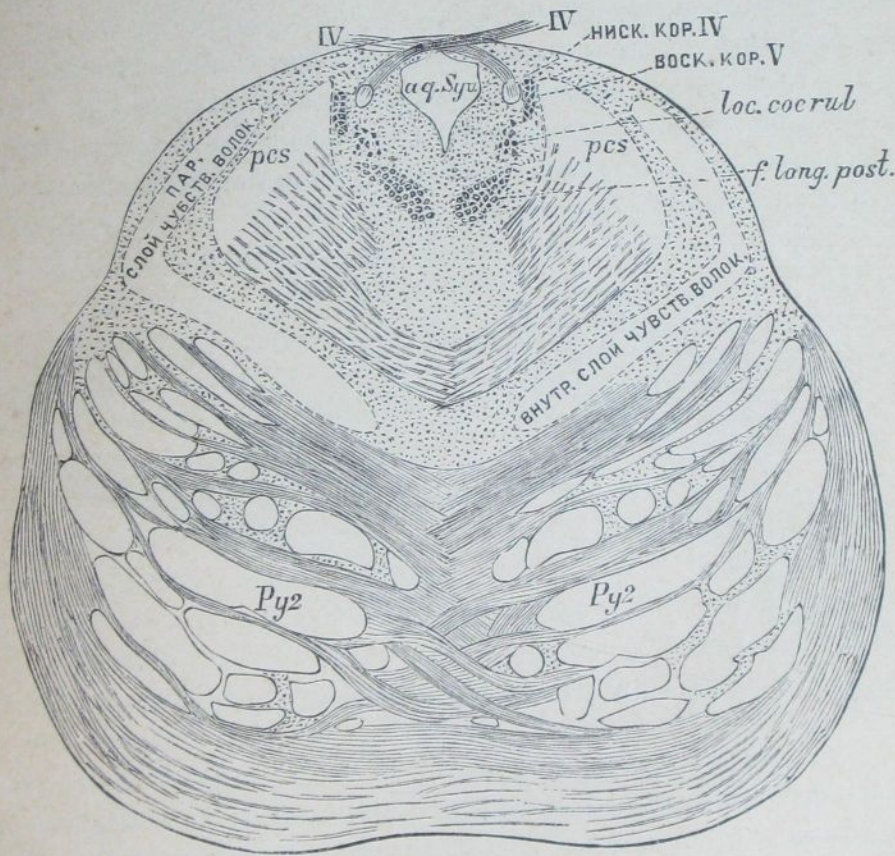


Рис. 100.

Вы видите, что предполагаемая мной локализация вполне удовлетворительно выясняетъ различные составные элементы представляемаго нашимъ больнымъ синдрома. Есть однако эпизодъ изъ его патологическаго прошлаго, который не можетъ быть прямо отнесенъ на счетъ пораженія, представляющаго только что указанную топографію. Я говорю о весьма скоротечныхъ припадкахъ двигательнаго гемипареза съ лѣвой стороны, который былъ у больного съ годъ тому назадъ. Несомѣнно, что тутъ имѣлось дѣло съ припадкомъ конгестивнаго происхожденія, при чемъ застойная гиперемія преобладала въ правой половинѣ Вар-

ліва моста. Подобные конгестивные приливы наблюдаются, впрочемъ, во всѣхъ случаяхъ внутри-черепныхъ опухолей; ихъ можно объяснять временнымъ увеличеніемъ давленія, которое новообразование производитъ на сосуды.

Скажемъ теперь нѣсколько словъ о предсказаніи въ случаѣ нашего больного. Этотъ вопросъ о предсказаніи тѣсно связанъ съ характеромъ опухоли, если таковая имѣется. Начнемъ, слѣдовательно, съ обсужденія этого пункта.

Изъ опухолей Вароліевомъ мосту наблюдаются преимущественно туберкулы, гуммы, саркомы и гліомы.

Нашъ больной не сифилитикъ; гипотеза о гуммѣ можетъ быть исключена, о чемъ я въ виду пользы больного сожалью. Этотъ человѣкъ крѣпкаго сложенія, общее состояніе здоровья удовлетворительно: у него нѣтъ никакихъ признаковъ легочнаго, кожнаго, или костнаго туберкулеза — мы можемъ, слѣдовательно, исключить также и гипотезу о туберкулѣзѣ.

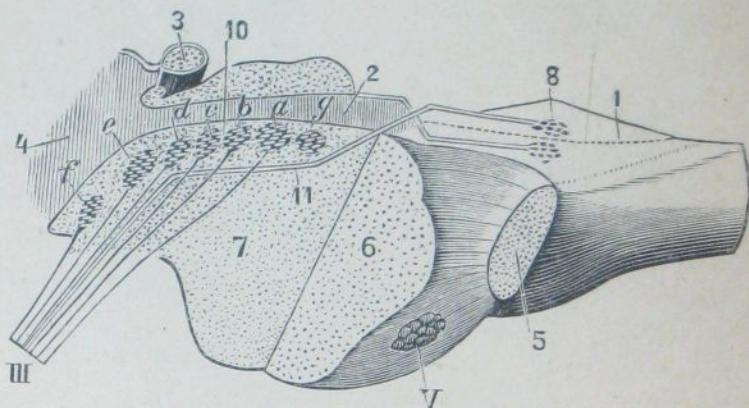


Рис. 101. Анатомія Т е к т у, см. стр. 687.

При этихъ условіяхъ мы вынуждены дѣлать смѣлыя предположенія относительно характера предполагаемой опухоли. Такимъ образомъ, если я воздержусь отъ странствій въ область гипотезъ, то это насъ нисколько не подвинетъ впередъ. Съ того момента, какъ мы сказали, что подозрѣваемая у нашего больного опухоль — не гумма и не туберкулъ, мы совершенно исключили возможность успѣха отъ какихъ-либо лекарственныхъ средствъ. Съ другой стороны, не можетъ быть и вопроса о хирургическомъ вмѣшательствѣ въ виду предполагаемаго мѣстонахожденія опухоли; отсюда, какъ вы видите, само собой вытекаетъ и заключеніе относительно предсказанія: предъ нами имѣется неизлечимый случай, не допускающій врачебнаго вмѣшательства.

Что же дѣлать при этихъ условіяхъ въ смыслѣ леченія? Чтобы успокоить совѣсть, я назначу больному іодистый калий и іодистый натрій, признаваемые, справедливо или нѣтъ, за средства, которыя обладаютъ рассасываю-

щимъ дѣйствиємъ. Я примѣню мѣстное отвлеченіе на затылокъ въ формѣ точечныхъ прижиганій, какъ это мы примѣняли иногда у нашей другой больной, въ надеждѣ предотвратить и ослабить приливы, которымъ этотъ человѣкъ подверженъ. Наконецъ, я предложу испытать леченіе непосредственно противъ геміанестезіи при помощи мѣстной фарадизаціи, примѣняемой осторожно; это леченіе нужно тотчасъ оставить, если оно окажется непригоднымъ.

Чтобы сдержать данное мной въ началѣ этой лекціи обѣщаніе, мнѣ теперь остается сказать вамъ нѣсколько словъ о главныхъ примѣрахъ *hemianaesthesia alternans*, опубликованныхъ другими авторами, и затѣмъ изъ сравненія этихъ фактовъ вывести заключеніе относительно топографической діагностики пораженій, производящихъ *hemianaesthesia alternans*.

Прежде всего позвольте мнѣ указать на работу Ляборда¹⁾, появившуюся въ печати болѣе десяти лѣтъ, которая насъ знакомитъ съ экспериментальнымъ воспроизведеніемъ перекрестной геміанестезіи. Въ этой работѣ авторъ приводитъ опыты, которые доказываютъ, что у животныхъ вслѣдъ за перерѣзкой мозговой ножки наступала перекрестная геміанестезія: геміанестезія лица на сторонѣ перерѣзки; геміанестезія туловища и конечностей на сторонѣ, противоположной перерѣзу. Мозговая ножка представляетъ собой вообще лишь исходную точку, какъ-бы продолженіе Вароліева моста.

Въ эпоху, о которой я говорю, клиницисты уже давно знали о перекрестномъ чувствительномъ параличѣ, о *hemianaesthesia alternans* и о связи ихъ съ пораженіями среднего мозга.

Такъ въ 1856 году французскій авторъ Грене²⁾ опубликовалъ наблюденіе надъ мужчиной, страдавшимъ чувствительнымъ и двигательнымъ параличемъ въ лѣвой половинѣ лица; по истеченіи трехъ мѣсяцевъ параличъ распространился на конечности съ правой стороны.

При вскрытіи этого больного нашли нѣсколько «фибро-пластическихъ» опухолей, одна изъ нихъ находилась въ толщѣ лѣвой половины Вароліева моста, другія были расположены на той же сторонѣ, на наружной поверхности этой части среднего мозга. Въ болѣе ближайшее къ намъ время д-ръ Петрина³⁾ опубликовалъ наблюденіе надъ мужчиной, который представлялъ весьма странныя явленія, развившіяся вслѣдъ за попыткой повѣситься: когда его выпули изъ петли, онъ пробылъ безъ сознанія въ продолженіи двухъ дней. Когда онъ пришелъ въ себя, то замѣтили, что у него имѣется правосторонній лицевой параличъ, параличъ конечностей слѣва, не считая перекрестной геміанестезіи, осложнявшей

1) Laborde.—Société de Biologie, 30 juin 1883.

2) Grenet.—Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1856, № 38.

3) Peirina.—Hämorrhagie in die Brücke, etc. (Prager medicin. Wochenschrift, 1880, № 39).

двигательный параличъ. Позже въ парализованныхъ конечностяхъ, а также и въ лѣвой верхней конечности обнаружилась атаксія. Петрина отнесъ эти явленія на счетъ кровоизліянія въ нижнемъ отдѣлѣ правой половины Вароліева моста.

Наблюденіе, опубликованное Хольмбергомъ ¹⁾, касается 53-хъ-лѣтняго мужчины, исторія котораго заключается въ нѣсколькихъ словахъ.

У этого человѣка внезапно появились головокруженіе, тошнота и рвота. У него констатировали параличъ лицевого нерва, а также суженіе зрачковъ и конъюнктивальную инъекцію слѣва. Движенія конечностей были сохранены. Тактильная чувствительность была всюду сохранена, за исключеніемъ области развѣтвленія первой и второй вѣтви тройничнаго нерва и уровня соединительной оболочки глазъ слѣва; здѣсь была гипестезія съ ошибками въ локализациі. Во всей правой половинѣ (включая сюда и лицо) констатировали аналгезію и терманѣстезію, безъ всякаго нарушенія тактильной чувствительности. Аналгезія и терманѣстезія распространялись и на лѣвую половину лица. Когда больной стоялъ, онъ испытывалъ слабость въ обѣихъ ногахъ.

Спустя семь недѣль болевая и термическая чувствительность въ лѣвой половинѣ лица возстановилась, но осталась нѣкоторая степень замедленія воспріятій и анемѣзія лѣвой конъюнктивы; myosis и конъюнктивальная инъекція справа уменьшилась; во всѣхъ другихъ частяхъ правой половины терманѣстезія держалась десять недѣль, считая отъ начала болѣзни.

Несомнѣнно, прибавляетъ авторъ, что тутъ имѣется дѣло съ заболѣваніемъ лѣвой половины Вароліева моста,—съ небольшой гуммой, тромбозомъ или геморагіей. Лицевой параличъ и myosis указываютъ на эту локализацию. Этотъ субъектъ на 25-мъ году жизни заразился сифилисомъ.

Англійскій авторъ Алленъ Старръ ²⁾ опубликовалъ наблюденіе подѣ 42-мъ-лѣтнимъ мужчиной, пользовавшимся обыкновенно хорошимъ здоровьемъ, который ночью (21-го Февраля 1892 г.) проснулся вслѣдствіе сильныхъ головныхъ болей; ему казалось, что его правая сторона парализована.

Въ теченіе трехъ послѣдующихъ недѣль у этого человѣка болѣ небольшая лихорадка и бредъ. Двигательный парезъ правой стороны быстро исчезъ, онъ сопровождался сочетаннымъ отклоненіемъ глазъ въ лѣвую сторону. Больной былъ осмотрѣнъ авторомъ 1-го Мая 1892 года; у него въ это время не было больше никакихъ слѣдовъ двигательнаго паралича; больной не могъ только увѣренно

¹⁾ H o l m b e r g.—Finska lakaresallsk. handl. 1842, t. XXXIV, fasc. 12, p. 957, (см. также Neurologisches Centralblatt, 1843, № 11, p. 340).

²⁾ A l l e n S t a r r.—A case of alternate hemianalgesia, etc. (Medical Record, 11 February, 1893, vol. XLIII, № 9).

стоять на ногахъ; онъ производилъ впечатлѣніе человѣка, боящагося потерять равновѣсіе. Сухожильные рефлексъ у него были нѣсколько повышены. Наконецъ онъ представлялъ весьма особенныя разстройства чувствительности: по всей поверхности тѣла осязательная чувствительность была сохранена; наоборотъ, болевая и термическая чувствительность были утрачены на всей лѣвой половинѣ лица и на всей остальной правой половинѣ тѣла. Другихъ патологическихъ проявленій этотъ больной не представлялъ.

Въ Февралѣ слѣдующаго года состояніе этого человѣка существенно не измѣнилось. Слѣва была конъюнктивальная анэстезія и появился кератитъ. Лѣвый зрачекъ былъ нѣсколько суженъ. Въ теченіи приблизительно трехъ мѣсяцевъ констатировали постепенно увеличивающуюся полиурію и гликозурию, равно какъ и параличъ лѣвой верхней косої мышцы глаза (n. patheticus).

Алленъ Старръ діагностицировалъ кровоизліяніе въ средней трети, или точнѣе, въ сѣтчатомъ образованіи лѣвой половины Вароліева моста, вблизи мѣста выхода 4-ой нервной пары. Этотъ топографическій діагнозъ онъ основалъ отчасти на результатахъ своихъ предшествующихъ изслѣдованій относительно хода чувствительныхъ путей въ нервныхъ центрахъ ¹⁾.

Вотъ факты, которые въ состояніи положительнымъ образомъ выяснить намъ топографическую діагностику перемѣнныхъ геміанэстезій, такъ во всѣхъ этихъ случаяхъ было произведено тщательное анатомическое вскрытіе.

Прежде всего я приведу наблюденіе Сенатора изъ Берлина ²⁾. Оно касается мужчины, умершаго въ возрастѣ 41 года. У этого человѣка было два припадка—первый за 2 года, а второй за семь или восемь недѣль до его смерти. Вслѣдъ за первымъ припадкомъ больной испытывалъ въ теченіи нѣкотораго времени ощущеніе тяжести въ конечностяхъ съ правой стороны, а также ненормальныя ощущенія въ лѣвой половинѣ лица; кромѣ того, онъ видѣлъ все вдвойнѣ. Диплопія возобновлялась вслѣдъ за вторымъ припадкомъ черезъ извѣстные промежутки времени. Произведенное изслѣдованіе больного обнаружило присутствіе аналгезіи въ области распредѣленія второй вѣтви тройничнаго нерва слѣва, парезъ прямой внутренней мышцы глаза съ той же самой стороны и двигательный парезъ конечностей съ правой стороны. Позже, черезъ 10 дней, вслѣдъ за третьимъ припадкомъ головокруженія, этотъ двигательный парезъ усилился; съ этой же самой стороны осязательная и болевая чувствительность была притуплена, термическая чувствительность и мышечное чувство были совершенно утрачены; языкъ былъ отклоненъ вправо. Затѣмъ параличъ распространился на различныя вѣтви лицевого нерва. Вслѣдствіе постепенно усили-

¹⁾ A. S t a r r.—The sensory tract in the central nervous system. (Journal of nervous and mental diseases, 1884, vol. XL, p. 327).

²⁾ S e n a t o r.—Zur Diagnosis der Herderkrankungen in der Brücke. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., T. XIV, Heft 3, S. 643).

вающейся дисфагии больного нужно было кормить чрез зондъ. Этотъ человекъ умеръ внезапно. При вскрытіи были найдены слѣдующія внутри-черепныя пораженія. Лѣвая позвоночная артерія была закупорена тромбомъ; по поверхности дна 4-го желудочка были разсыяны поверхностныя кровоизліянія. Наконецъ, въ лѣвой половинѣ Вароліева моста находился очагъ размягченія; этотъ очагъ занималъ пространство, начиная съ нижняго конца ядра 6-й пары почти до нижняго конца ядра n. hypoglossi. Этимъ очагомъ были поражены: часть волоконъ, нисходящихъ изъ отводящаго нерва, средняя часть веревчатого тѣла, ядро и волокна, происходящія изъ n. hypoglossi, сѣтчатое образование, ядра слухового и блуждающаго нервовъ, восходящая вѣтвь тройничнаго нерва, одиночный пучекъ.

Вообще, это наблюденіе представляетъ большія затрудненія при обсужденіи, что зависить отъ сложности клинической картины и отъ множественности сѣрыхъ ядеръ и бѣлыхъ пучковъ, затронутыхъ очагомъ. Я васъ прошу удержать въ памяти слѣдующія два обстоятельства:

При жизни у больного была констатирована *hemianaesthesia alternans*, которая занимала лѣвую половину лица (вторая вѣтвь тройничнаго нерва) и правую половину туловища, включая и конечности.

При вскрытіи найденъ въ лѣвой половинѣ Вароліева моста очагъ, который захватывалъ петлю и восходящую вѣтвь тройничнаго нерва.

Второе наблюденіе ¹⁾, опубликованное тѣмъ же авторомъ, способно пролить еще болѣе свѣта на топографическую діагностику очаговыхъ поражений въ области Вароліева моста. Оно предоставляетъ большое сходство съ наблюденіемъ надъ двумя больными, которыхъ я вамъ показалъ, и касается 56-лѣтняго мужчины, болѣзнь котораго началась внезапно головокруженіемъ, дисфагіей и измѣненіемъ тембра голоса. При изслѣдованіи чувствительности обнаружена перекрестная геміанестезія; чувствительность была утрачена на лѣвой половинѣ лица, на правой половинѣ туловища и на конечностяхъ съ той же стороны; двигательнаго паралича не было. Помимо того больной имѣлъ наклонность падать на лѣвую сторону. Онъ черезъ 15 дней отъ начала болѣзни умеръ.

Вскрытіе подтвердило постановленный при жизни этого человека діагнозъ. Лѣвая половина средняго мозга была занята очагомъ размягченія, имѣвшимъ 1 смт. длины по своему наибольшему діаметру, и стоявшимъ въ связи съ тромбозомъ нижней и задней мозжечковой артерій. Точныя границы очага были слѣдующія: его наибольшая ширина соотвѣтствовала уровню, расположенному нѣсколько ниже средней части нижней оливы; здѣсь онъ захватывалъ веревчатое тѣло, восходящую вѣтвь тройничнаго нерва и часть боковаго двигательнаго поля

¹⁾ Senator. — Apoplectische Bulbärparalyse mit wechselständiger Empfindungs lähmung. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkr, 1881, T. XI, Heft 3, S. 712).

кзади отъ нижней оливы. Корешковые волокна блуждающаго нерва были очагомъ разрушены; этотъ послѣдній заключалъ въ своей массѣ переднее ядро этого нерва. Вверху очагъ еле захватывалъ Вароліевъ мостъ.

Эту послѣднюю подробность слѣдуетъ удержать въ памяти. До сихъ поръ сомнѣвались, чтобы бульбарное пораженіе могло вызвать *hemianaesthesia alternans*. Наблюденіе Сенатора, извлеченіе изъ котораго мною только что сообщено вамъ, показываетъ обратное. Не важно, что это наблюденіе имѣетъ значеніе исключительнаго факта по причинѣ самой несложности клиническаго синдрома. У больного Сенатора нѣтъ ни малѣйшаго намека на симптомъ, относящійся къ параличу *protuberanti*ального ядра, что составляетъ противоположность тому, что имѣлось у женщины и мужчины, которыхъ я вамъ показывалъ.

Впрочемъ, я не знаю другого примѣра перекрестной геміанэстезіи съ патолого-анатомическимъ вскрытіемъ, которое обнаружило бы присутствіе исключительно бульбарнаго пораженія, или которое, при жизни больного, не сочеталось бы съ симптомами, находящимися въ связи съ параличемъ одного изъ сѣрныхъ ядеръ, или съ однимъ изъ бѣлыхъ пучковъ, содержащихся въ Вароліевомъ мосту.

Въ случаѣ, опубликованномъ А. Ниденомъ¹⁾, болевая *hemianaesthesia alternans* (правая половина лица и лѣвая половина туловища осложнилась) двигательнымъ *paralysis alternans*, который захватывалъ лицевой нервъ справа и конечности слѣва.

Позже въ параличѣ участвовалъ и *n. hypoglossus*. На вскрытіи обнаружены нѣсколько сложные пораженія, а именно гліо-саркома Вароліева моста и прилегающей части продолговатаго мозга, которая захватывала правую половину этихъ частей на большемъ пространствѣ, чѣмъ лѣвую половину. Кромѣ того два желатинозныхъ шарика выдѣлялись кнаружи отъ правой пирамиды, въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ Вароліевымъ мостомъ.

Наблюденіе, опубликованное Оппенгеймомъ²⁾, представляетъ большое сходство клиническихъ и анатомо-топографическихъ признаковъ съ предъидущимъ наблюденіемъ. Дѣло идетъ также о *hemianaesthesia alternans* (верхняя вѣтвь тройничнаго нерва слѣва, правая половина туловища), осложненной двигательнымъ *paralysis alternans*, который захватывалъ другія вѣтви лицевого нерва слѣва, конечности и нижнюю вѣтвь лицевого нерва справа. При вскрытіи найдены туберкулы, сидящій верхомъ на обѣихъ половинахъ Вароліева моста, но который лѣвую половину этого отдѣла среднего мозга захватывалъ на большемъ пространствѣ, чѣмъ правую половину.

Затѣмъ я приведу вамъ случай двигательнаго и чувствительнаго *paralysis*

¹⁾ N i e d e n. — Archiv für Augenheilkunde, 1891, T. X, p. 4.

²⁾ O p p e n h e i m. — Beiträge zur Pathologie der Hirnkrankheiten. (Charité-Annalen, 1885, p. 342).

alternans, опубликованный Бристоу ¹⁾ гдѣ распредѣленіе чувствительныхъ и двигательныхъ разстройствъ было слѣдующее: справа,—анестезія лица сочеталась съ параличемъ жевательныхъ мышцъ; слѣва, геміанестезія конечностей и туловища осложнялась двигательной гемиплегіей. Субъектъ представлялъ кромѣ того сочетанное отклоненіе глазъ въ лѣвую сторону, шумъ въ ушахъ, неполную глухоту, нѣкоторое затрудненіе глотанія въ связи съ параличемъ мягкаго неба.

Бристоу діагностицировалъ заболѣваніе правой половины Вароліева моста.

Позже больной былъ пораженъ частичной гемиплегіей и лицевымъ параличемъ и правой стороны; онъ не могъ двигать глазами въ горизонтальномъ направленіи. Больной умеръ; при вскрытіи нашли туберкулъ недавняго образованія, расположенный въ Вароліевомъ мосту и осумкованный, на подобіе кисты, очагъ стараго происхожденія, протекавшій скрытно, который занималъ мозжечекъ.

Вотъ краткое резюме наблюденія *paralysis alternans*, опубликованнаго нѣмецкимъ авторомъ Мели ²⁾: у 32-хъ лѣтняго мужчины, подвергавшагося раньше ртутному леченію, внезапно появилась слабость въ лѣвой половинѣ съ диплопией, но безъ потери сознанія. Этотъ гемипарезъ исчезъ, оставивъ послѣ себя ощущеніе холода и тяжести въ лѣвой верхней конечности. У больного развилась ипохондрія и онъ дѣлалъ попытку на самоубійство. Его помѣстили въ лечебницу, гдѣ произведенное изслѣдованіе обнаружило слѣдующее:

Справа былъ легкій парезъ отводящаго нерва съ указаніемъ на параличъ нижней вѣтви лицевого нерва. Мышечная сила на лѣвой сторонѣ была не затронута. Небольшая неувѣренность и дрожаніе проявлялось во время хватательныхъ движеній. На лѣвой сторонѣ, включая и лицо, наблюдалась весьма выраженная аналгезія съ парестезическими ощущеніями въ плечѣ съ той же самой стороны. При ходьбѣ больной испытывалъ большую неувѣренность. По прошествіи четырехъ съ половиной лѣтъ наблюденія больной умеръ. Дѣло шло, въ общемъ, о геміанестезіи цѣлой одной стороны. Тѣмъ не менѣе я полагаю нужнымъ пояснить это наблюденіе пополняющимъ его гистологическимъ изслѣдованіемъ. Это гистологическое изслѣдованіе было произведено авторомъ въ сотрудничествѣ съ моимъ другомъ д-ромъ Маринеско и обнаружило присутствіе главнаго очага въ чепчикѣ Вароліева моста (т. е. въ верхнемъ этажѣ этого отдѣла среднего мозга). Этотъ очагъ исходилъ изъ точки, расположенной непосредственно сзади четверохолмія; онъ распространялся до области ядеръ зрительнаго нерва.

Сѣтчатое вещество было сильно измѣнено въ своей наружной половинѣ. Двигательное ядро тройничнаго нерва и выходящія съ противоположной стороны

¹⁾ Bristowe.—Recent tubercle of the pons Varolii. (Brain. Summer and autumn, 1891).

²⁾ Moeli.—Ueber Erkrankungen in der Haube der Brücke. (Neurologisches Centralblatt, 1892, № 15, p. 436)

волокна, которыя проходятъ по сосѣдству съ этимъ ядромъ, входили въ границы очага. Выше, былъ обнаруженъ весьма ясный ишемическій поясъ въ центрѣ мозговой петли въ переднемъ четверохолміи; ниже, къ спинному мозгу, были встрѣчены два другихъ подобныхъ же пояса, въ срединѣ которыхъ большое число нервныхъ волоконъ было перерождено. Одинъ такой поясъ находился въ предѣлахъ чепчика; онъ распространялся, начиная съ ядра лицевого нерва до края мозговой петли и до трапецевиднаго тѣла, пересѣкая корешокъ отводящаго нерва. Другой занималъ боковое дорзальное положеніе; онъ начинался отъ корешка лицевого нерва и поднимался вверхъ до ядра Дейтерса и до верхняго слоя мозжечковой ножки; онъ былъ усѣянъ небольшими геморрагическими очагами. Мѣли поставилъ это наблюденіе въ параллель съ другими, опубликованными раньше его наблюденіями, которыя относились къ случаямъ очаговыхъ поражений Вароліева моста, гдѣ при жизни больного было произведено правильное изслѣдованіе чувствительности. Онъ пришелъ къ слѣдующему заключенію, на которомъ я нѣсколько останавлиюсь.

Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ поврежденіе щадило мозговую петлю и вентральную часть сѣтчатого образованія, чувствительность находили не затронутой; наоборотъ, расстройства чувствительности находили во всѣхъ случаяхъ, гдѣ петля и вентральный отдѣлъ сѣтчатого образованія были затронуты очагомъ.

Мнѣ остается еще сказать вамъ о наблюденіи, опубликованномъ берлинскимъ профессоромъ Жолли ¹⁾. Оно касается молодой дѣвушки, у которой за два года до смерти развился правосторонній лицевой параличъ, представляющій всѣ признаки периферическихъ параличей. Нѣсколько позже у этой молодой дѣвушки случился припадокъ головокруженія, осложнившійся рвотой и дисфагіей. По прошествіи нѣсколькихъ дней этотъ припадокъ у нея повторился; параличъ продолжалъ держаться.

Въ Декабрѣ мѣсяцѣ тѣ же самыя явленія, сопровождаемыя слабостью зрѣнія, возобновились. Больная была помѣщена въ госпиталь Шарите, въ Берлинѣ.

Въ это время у нея былъ полный лицевой параличъ, а кромѣ того, параличъ отводящаго нерва слѣва и параличъ прямой внутренней мышцы справа. Реакція зрачковъ, равно какъ и глазное дно были нормальны.

Позже наступило затрудненіе въ жевательныхъ мышцахъ слѣва, что затрудняло принятіе больною пищи. Кромѣ того, на лѣвой половинѣ лица наблюдалась весьма ясная гипѣстезія. Языкъ былъ нѣсколько отклоненъ влѣво. Артикуляція словъ была возможна; ни двигательнаго паралича, ни атаксіи, ни анестезіи въ конечностяхъ не было. Впослѣдствіи конечности правой стороны были поражены двига-

¹⁾ Jolly.—Ueber einen Fall von Ponstumor. (Neurologisches Centralblatt, 1894 № 11, p. 429; Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. 1894, T. XXVI, Heft. 3, S. 619).

тельнымъ парезомъ, осложнившимся весьма выраженной гипестезіей. Эта больная умерла отъ пнеймоніи.

Вскрытіе обнаружило присутствіе опухоли, которая слѣва *capite* выступала на днѣ четвертаго желудочка и занимала пространство, начиная отъ передняго конца четвертаго желудочка до *Calamus scriptorius*. На серіи сѣзовъ, сдѣланныхъ послѣ уплотненія мозга, можно было убѣдиться, что своимъ спинальнымъ концомъ опухоль захватывала верхнія части ядеръ *n. hypoglossi* et *n. vagi*; выше она разрушила ядра *n. p. abducentis, facialis* и *trigemini*. Ядро 4-й пары было отодвинуто кзади, не будучи разрушено. Ядро 3-й пары не было затронуто. Мозговая петля и сѣтчатое образованіе были почти совершенно разрушены. Это разрушеніе петли, очевидно, соответствуетъ разстройствамъ чувствительности, констатированнымъ справа.

Изъ совокупности только что разсмотрѣнныхъ мной фактовъ вытекаетъ то первое заключеніе, что *hemianaesthesia alternans* можетъ быть выраженіемъ очага исключительно бульбарнаго; наблюденіе Сенатора, главныя клиническія черты котораго я только что привелъ, представляетъ намъ доказательство этого. Не важно, что случаи *paralysis alternans* исключительно бульбарнаго происхожденія должны наблюдаться крайне рѣдко. Сверхъ того, они отличаются относительно весьма большой простотой, отсутствіемъ всякихъ проявленій, стоящихъ въ связи съ пораженіемъ ядра, или бѣлаго *protuberanti*'альнаго пучка.

Въ весьма большомъ числѣ случаевъ *hemianaesthesia alternans* является выраженіемъ очага въ Вароліевомъ мосту. Извѣстные уже факты доказываютъ, что пораженіе не переходитъ границъ верхняго этажа (тульи или чепчика нѣмецкихъ авторовъ) Вароліева моста въ томъ случаѣ, когда *paralysis alternans* исключительно чувствительный, когда онъ не осложняется двигательной гемиплегіей. Они показываютъ, что мозговая петля бываетъ поражена на болѣе или менѣе большомъ пространствѣ. Это подтверждаютъ данныя, касающіяся роли волоконъ, которыя входятъ въ образованіе этой области Вароліева моста.

Далѣе факты показываютъ, что въ случаяхъ чувствительнаго *paralysis alternans hemianaesthesia* почти всегда принимаетъ характеръ расчлененной. Обыкновенно преобладаетъ аналгезія, но это не постоянно. Участіе мышечнаго чувства въ чувствительномъ *paralysis alternans* отмѣчается въ томъ или другомъ случаѣ, но это не обязательно.

До сего времени мы не располагаемъ достаточнымъ анатомо-патологическимъ матеріаломъ, чтобы освѣтить вопросъ, существуетъ ли опредѣленная связь между отдѣлами петли, которые разрушены, и разновидностью геміанестезіи, наблюдаемой въ данномъ случаѣ. Будущимъ изслѣдованіямъ надлежитъ разъяснить намъ этотъ вопросъ, значительный интересъ котораго съ точки зрѣнія фізіологіи чувствъ мы сами понимаемъ.

Наконецъ, я прибавлю, что *hemianaesthesia alternans*, когда она *protube-*

гангі'ального происхожденія, всегда сочетается съ уничтоженіемъ функцій, которыя выполняютъ черепно-бульбарные нервы, что доставляетъ намъ часто весьма точныя данныя для топографическаго діагноза. Случай нашего больного послужилъ для меня поводомъ показать вамъ, путемъ какого рода анализа достигается разрѣшеніе этого діагностическаго вопроса.

Лекція XXXII.

О случаѣ *paralysis alternans*, ограничившагося лицомъ ¹⁾).

(III, IV и VII нервныя пары).

Содержаніе. — Клиническій примѣръ. — Анамнестическія данныя; двоякое заключеніе, вытекающее изъ нихъ. — Наклонность къ головокруженіямъ. — Начало болѣзни двумя ударами. — Послѣ второго удара—правосторонній ptosis, лицевой параличъ слѣва. — Настоящее состояніе. — Справа существуетъ параличъ третьей пары (мышцы, поднимающей верхнее вѣко, внутренней, верхней и нижней прямыхъ глазныхъ мышцъ; аккомодирующая мышца участвуетъ въ этомъ параличѣ.—Съ этой же самой стороны парезъ 6-й пары.—Слѣва лицевой парезъ, ограничивающійся нижней вѣтвью лицевого нерва. — Другія патологическія проявленія выражаются систолическимъ шумомъ у верхушки сердца. — Резюме. — Діагнозъ. — Способъ начала болѣзни говоритъ за очаговое пораженіе. — Пораженіе должно быть двоякое. — Оно должно занимать область ножекъ и Вароліева моста. — а) Точное мѣсто нахожденія пораженія. — Сдавленіе парализованныхъ нервовъ, по сосѣдству съ мѣстомъ ихъ выхода, не можетъ объяснить даннаго синдрома.—Парализованные нервы должны быть поражены по ходу ихъ внутри мозга; анатомическія разсужденія.—Локализациа очага, при которой можно объяснить лѣвый лицевой парезъ и параличъ 3-й пары справа.—Парезъ 6-й правой пары можно объяснить только при гипотезѣ о существованіи еще второго очага.—б) Характеръ пораженія.—Приводимыя доказательства за или противъ гипотезы мозгового кровоизліянія или эмболии.—Внезапное начало не согласуется съ гипотезой объ опухоли.—Заключеніе:—Весьма много данныхъ говоритъ за двоякое пораженіе эмболическаго происхожденія—въ ножкахъ и въ Вароліевомъ мосту (въ *pedunculo-protuberanti'*альной области). — Предсказаніе и леченіе.—Возможно предвидѣть самопроизвольное улучшеніе болѣзни.—Слѣдуетъ опасаться возвратовъ.—Леченіе будетъ ограничиваться примѣненіемъ разсасывающихъ и отвлекающихъ средствъ и предписаніемъ нѣкоторыхъ профилактическихъ мѣръ.—Историческія разсужденія.—Рѣдкость *paralysis alternans*, ограничивающагося черепными нервами.—Главные извѣстные примѣры.—Заключеніе.

¹⁾ Лекція 27-го Марта 1896 года.

Мм. Гг. Нѣсколько разъ уже, въ своихъ лекціяхъ по пятницамъ я возвращался къ вопросамъ о перекрестныхъ параличахъ, который тѣсно связанъ съ патологіей Вароліева моста. Счастливый случай позволяетъ мнѣ пополнить все изложенное раньше изученіемъ особенно интереснаго случая, такъ какъ тутъ имѣется дѣло съ патологической рѣдкостью; дѣло идетъ о примѣрѣ *paralysis alternans*, ограничившагося черепными нервами. Женщина, представляющая этотъ патологическій курьезъ, была направлена ко мнѣ моимъ товарищемъ и другомъ, Дьеляфуа. Я считаю нужнымъ поблагодарить его публично за эту любезность.

Вотъ эта женщина; ей теперь 39 лѣтъ. До своего поступленія въ госпиталь она занималась выдѣлкой ковровъ.

Въ ея наслѣдственности и личномъ прошломъ я могу указать лишь на два обстоятельства, могущія просвѣтить насъ на счетъ происхожденія болѣзни, краткую картину которой я вамъ сейчасъ набросаю.

Отецъ больной былъ гемиплегикъ, у него была также слабая частичная афазія; онъ умеръ черезъ восемь лѣтъ отъ начала болѣзни. Что касается лично больной, то, когда ей было 5 лѣтъ, она страдала хореей, которую приписывали испугу. Хорея черезъ два года прошла; какъ слѣды ея, у нея осталась нѣкоторая слабость въ нижнихъ конечностяхъ. Изъ этихъ первыхъ свѣдѣній слѣдуетъ вывести двоякое заключеніе: на основаніи болѣзненной наслѣдственности эта женщина предрасположена къ церебральнымъ апоплексіямъ. Вы, я предполагаю, конечно, знаете, что церебральная апоплексія относится къ такимъ органическимъ заболѣваніямъ нервной системы, въ развитіи которыхъ вліяніе прямой наслѣдственности проявляется самымъ очевиднымъ образомъ. Съ другой стороны,—въ личной прошедшей жизни этой женщины, мы обнаруживаемъ болѣзнь—хорею, связь которой съ суставнымъ ревматизмомъ, по мнѣнію однихъ, оспаривается и отвергается, по мнѣнію же другихъ признается весьма тѣсной. Во всякомъ случаѣ какъ хорея, такъ и ревматизмъ осложняются сердечными пораженіями. Вы сейчасъ поймете всю важность этого двоякаго заключенія.

Въ 1879 году эта женщина, которой тогда было 22 года, родила въ срокъ ребенка, котораго кормила сама въ теченіи 15-ти мѣсяцевъ. Беременность и роды протекли правильно. Другой беременности у больной не было. Она до послѣдняго января мѣсяца пользовалась хорошимъ здоровьемъ, за исключеніемъ того, что въ теченіи уже нѣсколькихъ лѣтъ она была подвержена дурнотамъ и головокруженіямъ при пробужденіи утромъ отъ сна. Вставая съ постели, ей случалось испытывать ощущеніе такого головокруженія, что она не могла стоять на ногахъ. Она садилась на стулъ и прикладывала горчичникъ къ нижнимъ конечностямъ, что доказываетъ, что ея сознаніе было вполнѣ сохранено. По прошествіи $1\frac{1}{2}$ часа времени все проходило и больная принималась за свою обычную работу.

Начало болѣзненныхъ явленій, на которыя я желаю обратить ваше вниманіе,

относится къ 1-му Января настоящаго года (1896 г.). Въ это время у нея случилось головокруженіе, но въ этотъ разъ она потеряла сознаніе и впала въ коматозное состояніе, длившееся четыре дня и ее за это время помѣстили въ больницу «Неккеръ». Она не сохранила никакого воспоминанія о томъ, что только что произошло; ей казалось только, что мышцы ея сведены и въ этомъ она не ошибалась. Не считая этого, она чувствовала себя очень хорошо и, выйдя изъ этого коматознаго состоянія, не представляла больше никакого функціональнаго разстройства.

Ея пребываніе въ больницѣ «Неккеръ» продолжалось всего лишь три или четыре дня; въ теченіе послѣдующаго мѣсяца она не испытывала ничего ненормальнаго. 9-го Февраля, утромъ, у нея случилось снова чувство дурноты, которое прошло послѣ приложенія горчичника. Позже, чрезъ нѣсколько время, когда она была на улицѣ, съ ней вновь сдѣлалось дурно; чтобы не упасть, она еле успѣла войти въ аптеку и сѣсть тамъ. Она была безъ сознанія въ теченіи $\frac{3}{4}$ часа. По выходѣ изъ этого синкопальнаго состоянія она испытывала ощущение рѣзкаго холода въ нижнихъ конечностяхъ и нѣкоторое разстройство зрѣнія. Она возвратилась домой пѣшкомъ и, на слѣдующій день, пошла за совѣтомъ къ моему товарищу и другу Дъеляфуа. У нея двоилось въ глазахъ и она жаловалась только на это разстройство зрѣнія. Она не сознавала ни искривленія лица, ни опущенія верхняго праваго вѣка. Она была принята въ отдѣленіе проф. Дъеляфуа; здѣсь констатировали опущеніе праваго вѣка и лѣвый лицевой парезъ,—все это сопровождалось диплопіей. Во время этого вторичнаго пребыванія въ госпиталѣ «Неккеръ» ея состояніе не подверглось никакому измѣненію. Эту женщину прислали къ намъ 27-го Февраля.

Произведенное нами тщательное изслѣдованіе большой обнаружило присутствіе слѣдующаго синдрома, который упорно держится и интересъ и рѣдкость котораго я вамъ сейчасъ выясню:

а) Параличъ 3-й пары, справа, въ которомъ участвуетъ мышца, поднимающая верхнее вѣко, затѣмъ, но въ меньшей степени, прямая внутренняя мышца и, въ еще болѣе слабой степени, верхняя и нижняя прямые мышцы. Аккомодирующая мышца также участвуетъ въ этомъ параличѣ третьей пары: справа констатируется ясно выраженный mydriasis и уничтоженіе обоихъ зрачковыхъ рефлексовъ; это значитъ, что правый зрачекъ не реагируетъ ни на свѣтотовныя впечатлѣнія, ни на аккомодацию. Что же касается косыхъ мышцъ справа, всѣхъ наружныхъ мышцъ и аккомодирующей мышцы слѣва, то всѣ онѣ сохранили функціональную цѣлость. Глазное дно съ обѣихъ сторонъ нормально.

б) Параличъ 6-й пары, справа, также слабо выраженный, но обусловившій съ той же стороны характерную диплоцію. При извѣстномъ направленіи взгляда появляется перекрестная диплоція.

в) Параличъ лѣваго лицевого нерва—вялый, едва замѣтный и,

судя по всѣмъ вѣшнимъ признакамъ, ограничившійся нижней вѣтвью лицевого нерва. Въ спокойномъ состояніи черты лица сглажены; мышечныя очертанія здѣсь менѣе ясно обрисованы, чѣмъ справа, особенно на уровнѣ подбородка. Лѣвая носогубная складка нѣсколько менѣе опущена и имѣетъ меньшую длину, чѣмъ съ противоположной стороны. Средняя часть губъ нѣсколько отклонена вправо. Когда больная слегка сокращаетъ мышцы лица, то оказывается, что сокращеніе мышцъ, поднимающихъ крылья носа, менѣе энергично слѣва, чѣмъ справа. Это искаженіе едва замѣтно даже тогда, когда больная смѣется. При этомъ больная свиститъ и дуетъ нормально; языкъ высовывается по прямой линіи. У нея нѣтъ и никогда не было затрудненія въ рѣчи и ни малѣйшей недовкости при глотаніи. За исключеніемъ разстройства зрѣнія, происхожденіе котораго двигательное, она не представляетъ никакого разстройства съ стороны органовъ чувствъ; на конечностяхъ нѣтъ ни малѣйшаго разстройства движеній, ни малѣйшаго разстройства чувствительности; сухожильные рефлексы вообще и, въ частности, коленные рефлексы нормальны. Глоточный рефлексъ ясно ослабленъ, но всетаки получается. Изслѣдованіе истерическихъ стигматъ дало отрицательные результаты.

Изслѣдованіе другихъ отпавленій обнаружило лишь одну особенность, а именно: налічіе систолическаго шума у верхушки сердца, который, кажется, скорѣе вѣн-сердечный, чѣмъ митральный. Моча не содержитъ ни сахара, ни бѣлка.

Итакъ, предъ нами имѣется синдромъ, настолько же ясный, насколько и простой. Этотъ синдромъ можно резюмировать въ слѣдующихъ нѣсколькихъ словахъ:

Paralysis alternans, ограничивающійся областью иннерваціи черепныхъ нервовъ и захватывающій: справа, извѣстное число вѣточекъ общаго глазо-двигательнаго нерва (3-я пара) и отводящій нервъ (6-я пара); слѣва—лицевой нервъ (7-я пара), или, точнѣе, нижнюю вѣтвь этого нерва.

Случай этой женщины насъ приводитъ, слѣдовательно, къ главѣ нервной патологіи, которая уже нѣсколько разъ была темой моихъ лекцій. Онъ поднимаетъ вопросы топографической діагностики, интересные съ различныхъ точекъ зрѣнія: я говорю о соотношеніи *paralysis alternans* съ очаговыми пораженіями въ *bulbo-pedunculo-protuberanti*альной области.

Что касается спеціально случая нашей больной, то въ присутствіи этого случая возникаетъ у насъ слѣдующій вопросъ: какое должно быть пораженіе, чтобы объяснить перекрестный параличъ, развившійся вслѣдъ за ударомъ и представляющійся намъ въ видѣ намека на лицевой параличъ слѣва, въ видѣ частичнаго паралича 7-й пары съ намекомъ на параличъ 6-й пары справа?

Чтобы рѣшить этотъ вопросъ, мы должны считаться со способомъ начала болѣзненныхъ явленій. При данныхъ условіяхъ этотъ способъ начала болѣзни

далеко не безразличенъ для насъ. Дѣйствительно, констатированная нами у этой женщины столь ясная и столь разграниченная симптоматологія указываетъ на ограниченное пораженіе, называемое очаговымъ пораженіемъ. Пораженія такого свойства, какъ мы видимъ, развиваются вслѣдствіе апоплектоидныхъ припадковъ. У нашей больной было два удара, которые раздѣляли извѣстный промежутокъ времени. У нея, слѣдовательно, можетъ быть два очага, которые въ состояніи объяснить представляемые ею явленія. Мы, слѣдовательно, будемъ вправѣ, если потребуемъ дѣло, сослаться на это двойное мѣстонахожденіе очага.

Съ другой стороны, какъ я вамъ издавна говорилъ объ этомъ, *paralysis alternans* по существу указываетъ на очаговое пораженіе, локализирующееся въ среднемъ мозгу, въ *pedunculo-protuberanti*альной области.

Предлагаемый для разрѣшенія вопросъ содержитъ, слѣдовательно, двѣ задачи, разрѣшеніе которыхъ пополняетъ одна другую и которыя я изложу въ слѣдующихъ выраженіяхъ:

1) Какое мѣстонахожденіе должно занимать въ среднемъ мозгу ограниченное пораженіе, или пораженія, наличие которыхъ нами предполагается у этой женщины, чтобы объяснить родъ имѣющагося предъ нами *paralysis alternans*: парезъ нижней вѣтви лицевого нерва слѣва; частичный параличъ общаго глазо-двигательнаго нерва и парезъ наружнаго глазо-двигательнаго нерва справа?

2) Какія предположенія мы вправѣ сдѣлать относительно натуры этого, или этихъ пораженій, основываясь на патологическомъ прошломъ больной?

Точное мѣстонахожденіе пораженія.—Чтобы найти разрѣшеніе первой задачи, я сейчасъ вынужденъ буду воскресить въ вашей памяти анатомію, которую вспоминалъ уже въ предшествующихъ лекціяхъ, посвященныхъ изученію *paralysis alternans* ¹⁾.

Прежде всего я васъ попрошу взглянуть на находящійся предъ вами рисунокъ. (Рис. 102). Онъ представляетъ вентральную, — переднюю и нижнюю поверхности средняго мозга. Онъ вамъ показываетъ мѣсто выхода нервовъ, пораженныхъ параличемъ въ данномъ случаѣ, которое (т. е. мѣсто выхода) принято называть видимымъ началомъ этихъ нервовъ. При нѣкоторомъ размысленіи вамъ не нужно будетъ много времени, чтобы убѣдиться въ невозможности объяснить наблюдаемый у этой женщины синдромъ гипотезой объ одномъ или двухъ очагахъ, дѣйствующихъ на стволы парализованныхъ нервовъ, вблизи мѣстъ ихъ выхода. 6-я и 7-я пары выходятъ изъ борозды, которая раздѣляетъ Вароліеву мостъ отъ продолговатаго мозга; 3-я пара выходитъ съ внутренней поверхности ножки, вблизи верхушки *inter-peduncul*'арнаго трехъугольника. Пространство, находящееся между этими точками выхода, довольно велико для того, чтобы можно

¹⁾ См. лекціи XXX и XXXI, а также F. Raymond, *Clinique des maladies du système nerveux*, Première série. p. 365.

было допустить гипотезу объ единичномъ очагѣ, который могъ бы отразиться на всѣхъ выше перечисленныхъ нервахъ.

При допущеніи, какъ я предполагаю, единичнаго очага, который сдавливаетъ всѣ три рассматриваемые нерва, мы имѣли бы односторонній, а не перекрестный параличъ. То же самое было бы при допущеніи гипотезы о двухъ очагахъ, дѣйствующихъ съ той же самой стороны.

Если же одинъ изъ очаговъ дѣйствовалъ бы на правый глазо-двигательный нервъ и на лѣвые лицевой и глазо-двигательный нервы, то въ результатъ навѣр-

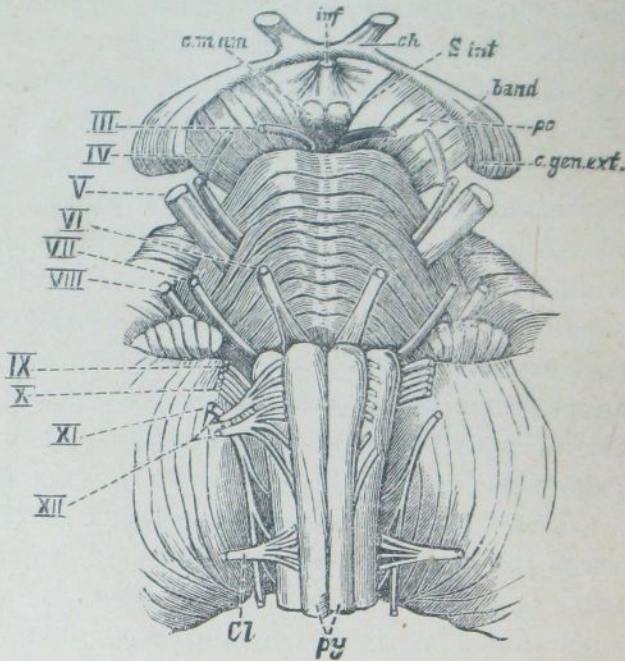


Рис. 102.

C. mam. Corpora mamillaria. *Inf.* Infundibulum. *S. int.* Substantia interpeduncularis.—*Ch.*—перекрестъ зрѣт. нерва; *ps*—мозговая ножка.—*C. gen. ext.*—Corpora geniculata externa. *py*—переднія пирамиды. *ci*—передній корешокъ шейнаго нерва. Отъ III до XII—видимое начало десяти послѣднихъ паръ черепныхъ нервовъ.

ное получился бы *paralysis alternans*, но при этомъ параличъ *n. oculomotorii* будетъ локализоваться справа, параличъ же лицевого нерва слѣва, параличъ 6-й пары наружнаго глазо-двигательнаго нерва также будетъ локализоваться слѣва—какъ разъ обратное тому, что имѣетъ мѣсто у больной.

Только одна гипотеза о тройственномъ очагѣ, захватывающемъ *n. oculo-motorius* и наружный глазо-двигательный нервъ 6-й пары справа, *n. facialis* слѣва, могла бы до извѣстной степени объяснить рассматриваемый нами синдромъ. Помимо того, что подобная гипотеза является вынужденной, невѣроятной, она миѣ

представляется не согласной съ характеромъ паралича 7-й пары, которой плохо выраженъ и притомъ ограничивается нижней вѣтвью лицевого нерва.

Слѣдовательно, мы вынуждены обратиться къ разсмотрѣнію дѣйствительнаго начала парализованныхъ нервовъ и прослѣдить ихъ путь внутри мозга. Прежде всего позвольте мнѣ напомнить вамъ топографію ихъ дѣйствительнаго начала.

Лицевой нервъ имѣетъ свое начальное ядро въ Вароліевомъ мосту, на границѣ этого послѣдняго съ продолговатымъ мозгомъ, между верхней оливой, находящейся кнутри отъ него и нисходящимъ корешкомъ тройничнаго нерва, находящегося кнаружи отъ ядра n. facialis (Рис. 103). Тотчасъ послѣ ихъ начала

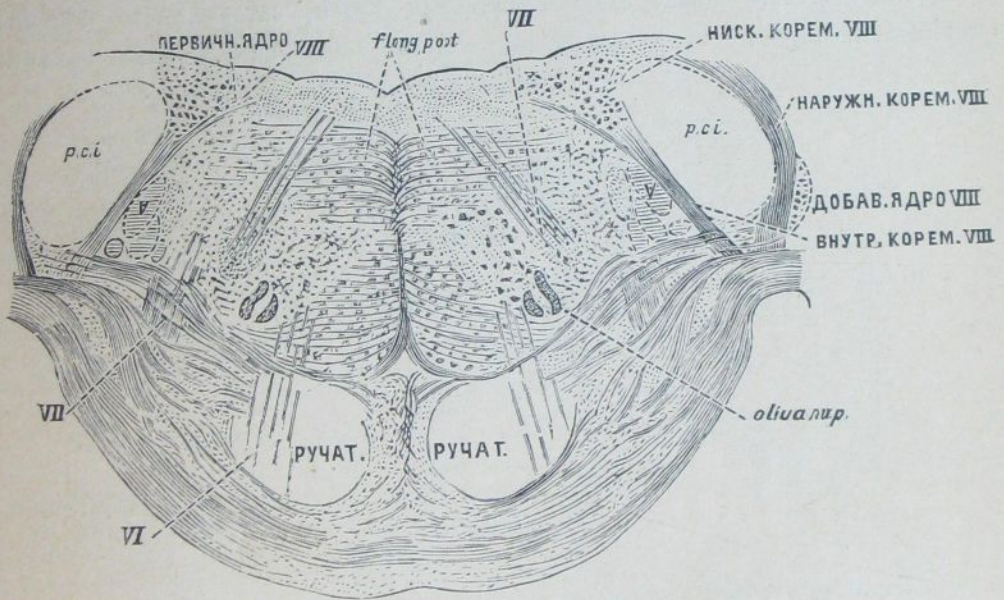


Рис. 103. Срѣзь Вароліева моста на уровнѣ VI и VII пары (по ванъ-Гехухтену)

волокна, составляющія этотъ нервъ, направляются назадъ и внутрь, по направленію къ дну IV-го желудочка. Дойдя почти до raphe, они измѣняютъ направленіе и постепенно принимаютъ восходящее, горизонтальное и нисходящее направленіе; въ концѣ концовъ онѣ достигаютъ борозды, которая отдѣляетъ Вароліевъ мостъ отъ продолговатаго мозга. На пути своемъ внутрь Вароліева моста эти волокна описываютъ, слѣдовательно, какъ бы дугу, называемую петлей лицевого нерва, которая окружаетъ начальное ядро 6-й пары, какъ это вамъ показываетъ рисунокъ 104 й.

Что касается волоконъ наружнаго глазодвигательнаго нерва, то они, тотчасъ по выходѣ изъ начальнаго ядра, направляются внизъ и впередъ и выходятъ также въ бороздѣ, находящейся между Вароліевымъ мостомъ и продолговатымъ мозгомъ (Рис. 102), но ближе къ средней линіи.

Вы теперь понимаете, что одинъ и тотъ же очагъ внутри Вароліева моста, дѣйствующій на оба нерва, на 7-ю и 6-ю пары, не могъ бы вызвать перекрестнаго паралича, а только односторонній параличъ. Подобной локализациі очагъ тѣмъ болѣе не могъ бы задѣть волоконъ, происходящихъ изъ 3-й пары, изъ п. oculomotorius, начальныя ядра котораго расположены значительно выше. Я вамъ сейчасъ припомню точное положеніе этого ядра.

Слѣдовательно, намъ нужно идти выше. Намъ надо рассмотреть тотъ случай, гдѣ поврежденіе среднего мозга захватываетъ пучекъ, соединяющій пучекъ лицевого нерва съ корковымъ центромъ этого нерва. Вы знаете, что эти соединяющія волокна заключены въ колѣнчатомъ пучкѣ; вы знаете, что при своемъ пути черезъ мозговую ножку этотъ колѣнчатый пучекъ заключенъ въ нижнемъ этажѣ ножки внутри отъ пирамидальнаго пучка. Наконецъ я вамъ напомнимъ,

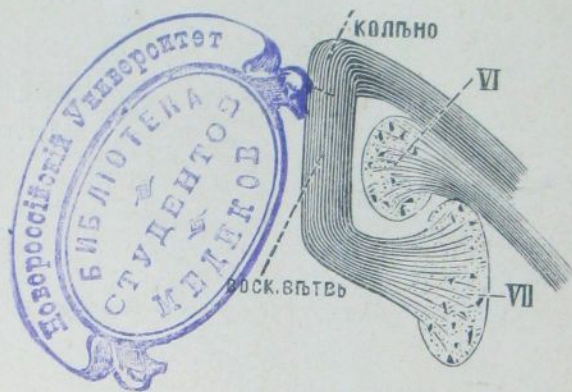


Рис. 104.

что независимо отъ волоконъ, предназначенныхъ для ядеръ лицевого нерва, этотъ пучекъ содержитъ и другія волокна, изъ которыхъ одни предназначены для ядра п. hypoglossi, а другія—для двигательнаго ядра тройничнаго нерва. При исходящемъ отъ головного мозга пути, дойдя до верхней границы Вароліева моста, тѣ изъ этихъ волоконъ, которыя предназначены для лицевого нерва, достигаютъ гарфе и по средней линіи подвергаются перекресту. Слѣдовательно, колѣнчатый пучекъ, съ момента проникновенія въ Вароліевъ мостъ, содержитъ волокна лицевого нерва, предназначенныя для противоположной стороны. Но на этомъ самомъ уровнѣ, т. е. въ точкѣ, гдѣ двѣ мозговья ножки сходятся, дабы въ Вароліевомъ мосту слиться въ одно, вы замѣчаете съ каждой стороны выходженіе 3-й пары, п. oculomotorius. Замѣйте при этомъ, что при своемъ пути черезъ мозговую ножку и Вароліевъ мостъ различныя пучки нервныхъ волоконъ, которые способствуютъ образованію развѣтвленій 3-й пары, стоятъ въ полной независимости другъ отъ друга (Рис. 105-й). Слѣдовательно, одно и то же очаговое поврежденіе можетъ одновременно затронуть нѣсколько изъ этихъ пучковъ и вмѣстѣ съ

тѣмъ и часть колѣнчатого пучка, содержащаго волокна лицевого нерва. Понятно теперь, что одно и то же очаговое поражение въ состояніи будетъ вызывать частичный параличъ 3-й пары соответствующей стороны и параличъ лицевого нерва на противоположной сторонѣ. Возможно также, что развѣтвленіе 3-й пары, которыя найдены у нашей больной парезированными, происходятъ изъ смежныхъ ядеръ; взгляды, брошенный на рисунокъ, который вамъ представляетъ различныя начальныя ядра п. oculomotorius, васъ убѣдитъ въ этой возможности.

Слѣдовательно, очаговое поражение, осуществляющее только что указанныя топографическія условія, въ состояніи было-бы объяснить два элемента изъ

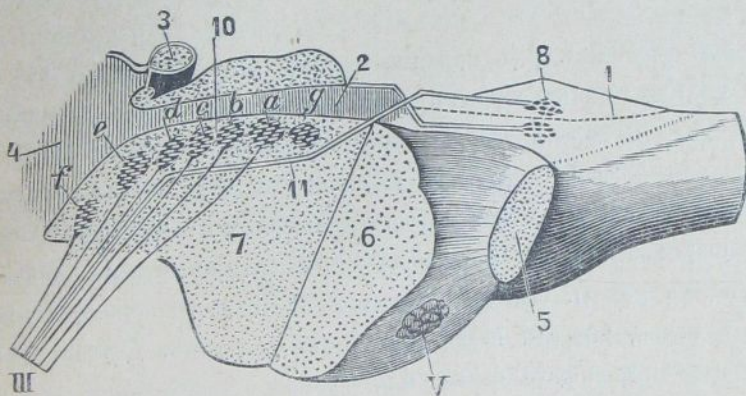


Рис. 105. Дѣйствительное начало п. oculomotorius (Тестю, Анатомія).

III—лѣвый п. oculomotorius V—тройничный нервъ. I—дно 4-го желудочка. 2—Сильвиевъ водопроводъ. 4—средній желудочекъ. 5—разрѣзъ средней мозжечковой ножки. 6—поперечный разрѣзъ лѣвой половины Вароліева моста. 7—вертикально-боковой разрѣзъ Вароліева моста и правой мозговой ножки. 8—ядро наружнаго глазо-двигательнаго нерва. 9—ядро праваго патетическаго нерва. а) центръ лѣвой косой мышцы. б) центръ нижней прямой мышцы. с) центръ верхней прямой и поднимающей вѣко мышцы. d) центръ внутренней прямой мышцы. е) центръ мышцы, сокращающей зрачекъ подъ вліяніемъ свѣта. f) центръ аккомодирующей мышцы.

синдрома, который мы констатируемъ у нашей больной, а именно: парезъ нижняго лицевого нерва слѣва и парезъ извѣстнаго числа вѣточекъ п. oculomotorii справа. Я, разумѣется, стою за гипотезу очага, расположеннаго въ правой половинѣ средняго мозга.

Можемъ-ли мы объяснить и третій элементъ нашего синдрома,—парезъ 6-ой пары справа, относя его на счетъ очага, локализованнаго такъ, какъ я вамъ сейчасъ говорилъ? Я этого не думаю и сейчасъ познакомлю васъ съ моими доводами.

Нѣсколько минутъ назадъ я напомнилъ вамъ, что начальныя ядра 7-ой и 6-ой пары расположены одно надъ другимъ въ нижней части Вороміева моста.

Одинокое поражение, захватывающее эти два ядра можетъ, слѣдовательно, вызвать только параличъ лицевого и отводящаго нервовъ съ одной и той же стороны. Предположимъ, что поражение гнѣздится выше, впереди этихъ двухъ

ядеръ, на пути корково-протуберанціальныхъ волоконъ, которыя изъ мозговой коры направляются къ разсматриваемымъ теперь ядрамъ. Для того, чтобы одиночный очагъ, реализующій это условіе, причинилъ параличъ лицевого и отводящаго нервовъ съ одной и той же стороны, необходимо, чтобы перекрестъ корково-протуберанціальныхъ волоконъ произошелъ для волоконъ, предназначенныхъ отводящему нерву, на болѣе высокомъ уровнѣ, чѣмъ для волоконъ лицевого нерва; необходимо, чтобы поврежденіе локализовалось между двумя пучками перекреста. Мы не имѣемъ никакого положительнаго основанія предполагать, чтобы это было такъ, потому что точно не знаемъ, гдѣ совершается перекрестъ корково-протуберанціальныхъ волоконъ, предназначенныхъ для ядра 6-ой пары.

При этихъ условіяхъ мнѣ кажется самымъ простымъ допустить существованіе двухъ очаговъ, изъ которыхъ одинъ объяснить намъ частичный параличъ 3-ей пары справа и парезъ лѣваго лицевого нерва, а другой будетъ ответственнымъ за параличъ отводящаго нерва справа. Эти два очага должны занимать правую половину средняго мозга: первый долженъ находиться вблизи общей границы Варолиева моста и мозговой ножки, на *intrapuduncular* номъ пути волоконъ, исходящихъ изъ п. *oculomotorius* и на пути корково-бульбарныхъ волоконъ лицевого нерва, впереди перекреста этихъ волоконъ. Другой очагъ долженъ захватывать ядро отводящаго нерва, или волокна, происходящія изъ этого нерва; онъ слѣдовательно, расположенъ ниже, чѣмъ предыдущій очагъ.

б) Свойство пораженія.—Остается намъ узнать, какого свойства это двоякое пораженіе, на счетъ котораго мы должны отнести представляемый нашей больной *paralysis alternans*. Разъ мы признаемъ, что имѣется здѣсь дѣло съ ограниченнымъ пораженіемъ, съ очаговымъ пораженіемъ, поле гипотезъ оказывается ограниченнымъ тремя предположеніями: гипотезой о геморрагическомъ очагѣ, гипотезой объ очагѣ размягченія вслѣдствіе эмболіи и гипотезой объ опухолѣ.

Апоплектиформное начало болѣзни особенно хорошо согласуется съ гипотезой о геморрагіи или эмболіи. Въ доказательство первой гипотезы, мозгового кровоизліянія, мы можемъ сослаться на наследственное предрасположеніе. У отца этой женщины была мозговая апоплексія, въ возрастѣ относительно не старомъ. Упомянувъ въ началѣ этой лекціи объ этой подробности, я вамъ сказала, что предрасположеніе къ подобнаго рода заболѣваніямъ, какъ извѣстно, передается путемъ наследственности.

Съ другой стороны, благопріятный исходъ удара, происшедшаго у нашей больной, узкое разграниченіе паралитическихъ явленій, которыя мы констатируемъ у нея, неполный характеръ параличей,—скорѣе согласуются съ гипотезой объ эмболіи, чѣмъ съ гипотезой о геморрагическомъ очагѣ. Признаюсь, я склоняюсь болѣе къ первой, къ гипотезѣ объ эмболіи, повлекшей за собой прекращеніе притока

крови въ области, пересекаемую волокнами парезированныхъ нервовъ, или занимаемую ихъ ядрами. Припомните при этомъ то, что я вамъ говорилъ объ изслѣдованіяхъ Шимамура относительно распредѣленія сосудовъ въ Вароліевомъ мосту и объ изслѣдованіяхъ Астро относительно артеріальнаго кровообращенія въ мозговой ножкѣ ¹⁾).

Изъ этихъ изслѣдованій видно, что артеріальныя развѣтвленія, питающія Вароліевъ мостъ и мозговую ножку, имѣютъ значеніе конечныхъ артерій; это значитъ, что сплетенія, въ которыхъ оканчиваются эти артеріи, сообщаются между собой только путемъ весьма рѣдкихъ коллатеральныхъ вѣточекъ. Вслѣдствіе этого артеріальная закупорка одного изъ этихъ сосудовъ влечетъ за собой неминуемо уничтоженіе функціи участка, который лишенъ необходимаго ему притока крови и который не можетъ рассчитывать на помощь коллатеральнаго кровообращенія.

Остается гипотеза объ опухоли. Внезапное начало болѣзни согласуется съ этой гипотезой. Новообразование нервныхъ центровъ можетъ оставаться скрытымъ въ теченіи очень долгаго времени; оно можетъ обнаружить свое противодѣйствіе внезапно, а именно въ формѣ апоплектиформнаго припадка, который оставляетъ послѣ себя параличи черепныхъ нервовъ. Такое начало, какъ извѣстно, особенно часто бываетъ въ случаяхъ сифилитическихъ новообразованій, когда имѣется дѣло съ ограниченными гуммами, или съ гуммознымъ инфильтратомъ. Кромѣ того параличи третьей пары, наблюдаемые при этихъ условіяхъ, принимаютъ характеръ расчлененности, что мы находимъ и у нашей больной. Ни собранныя нами объ этой женщинѣ анамнестическія свѣдѣнія, ни произведенное нами изслѣдованіе наружныхъ ея покрововъ, ея рта, задней стѣнки горла,—не дало намъ почти ни малѣйшаго указанія, на основаніи котораго можно было-бы подозрѣвать у нея бывшую раньше сифилитическую инфекцію. Наконецъ, кромѣ паралитическихъ явленій, которыя больная представляла раньше и которыя теперь еще имѣются, у нея не констатируется никакихъ проявленій, которыми выражается мозговой сифилисъ.

При этихъ условіяхъ, я полагаю, мой діагнозъ долженъ быть формулированъ слѣдующимъ образомъ: двоякое очаговое пораженіе въ *pedunculo-protuberanti*альной области, занимающее правую половину средняго мозга, эмболическаго, вѣроятно, происхожденія; одинъ изъ этихъ очаговъ вызвалъ лѣвый лицевой парезъ и частичный парезъ общаго глазо-двигательнаго нерва съ правой стороны, а другой очагъ причинилъ парезъ 6-ой пары съ той же самой правой стороны.

Относительно предсказанія въ случаѣ этой женщины я могу повторить только то, что я недавно говорилъ по поводу случая *paralysis alternans*, гдѣ всѣ предположенія были въ пользу эмболическаго происхожденія. Весьма много шансовъ на произвольное улучшеніе происшедшихъ у нашей больной разстройствъ,

¹⁾ Смотри лекцію XXX.

исключивъ, конечно, гипотезу о сифилитическомъ происхожденіи болѣзни и гипотезу не сифилитической опухоли.

Словомъ, предъ нами имѣется женщина въ расцвѣтъ лѣтъ и съ весьма удовлетворительнымъ общимъ состояніемъ здоровья. Всѣ эти обстоятельства благоприятствуютъ самопроизвольному улучшенію. Съ другой стороны, относительно патологическаго будущаго этой больной нужно сдѣлать тѣ же оговорки, какъ и раньше мы дѣлали. Какъ при гипотезѣ эмболическаго происхожденія болѣзни, такъ и при гипотезѣ геморрагическаго очага нужно опасаться возврата; говоря короче, они почти неизбежны. Тѣмъ не менѣе мы обязаны дать профилактическія предписанія, которыя должны быть направлены къ тому, чтобы опасность рецидивовъ свести до минимума.

Леченіе.—Если-бы мы имѣли положительныя основанія подозрѣвать сифилитическое происхожденіе явленій, наблюдаемыхъ у этой женщины, то мы, колеблясь, провели-бы специфическое іодо-меркуріальное леченіе, но ничто не оправдываетъ такого рода подозрѣнія. Я удовлетворюсь тѣмъ, какъ это я сдѣлалъ по отношенію другой больной, что пропишу іодистый калий, какъ разрѣшающее средство и какъ лекарство, способствующее усиленію кровообращенія по сосѣдству съ болѣзненными очагами. Я предпишу также примѣненіе отвлекающихъ на затылокъ, т. е., по наиболѣе близкому сосѣдству съ предполагаемымъ мѣстонахожденіемъ болѣзни.

Наконецъ мы порекомендуемъ больной то, чего требуетъ состояніе сердца и предрасположеніе ея къ мозговымъ апоплексіямъ. Мы заставимъ ее понять необходимость для нея вести спокойную жизнь, чуждую волненій и физической усталости; мы посоветуемъ ей, если не полное воздержаніе отъ спиртныхъ напитковъ, то по крайней мѣрѣ, большую умѣренность. Мы представимъ ей всѣ выгоды, которыя можетъ имѣть для ея здоровья замѣнъ спиртныхъ напитковъ молокомъ. Наконецъ, въ случаѣ сердечнаго возбужденія, мы предпишемъ ей бромистый калий, т. е. средство, которое по отношенію къ сердцу является прекраснымъ успокоивающимъ лекарствомъ.

Прежде чѣмъ, закончить эту лекцію, я укажу вамъ на рѣдкость разновидности *paralysis alternans*, который представила находящаяся предъ нами больная. Дѣло идетъ, я вамъ это повторяю, о случаѣ *paralysis alternans*, ограничившагося сферой иннерваціи черепныхъ нервовъ. Случаевъ этого рода, до сего времени опубликовано всего 6 или 7, если я не ошибаюсь. Вотъ они:

Я приведу сначала наблюденіе К р о н а ¹⁾, гдѣ авторъ, имѣя слѣдующій синдромъ: *ptosis* и параличъ прямой внутренней мышцы слѣва, лицевой параличъ и параличъ отводящаго нерва справа у пятимѣсячнаго рахитическаго ребенка, діагно-

¹⁾ M. C r o h n. — Zus Casuistik der Erkrankungen des kindl. Nervensystems (Archiv für Kinderheilkunde, 1883, T. IV, Heft 3—4).

стицировалъ одиночный туберкулъ, локализирующійся въ Вароліевомъ мосту. Вскрытіе подтвердило точность этого діагноза; туберкулъ занималъ заднюю треть правой половины Вароліева моста.

Въ наблюденіи Гунніуса ¹⁾ полный параличъ всѣхъ вѣтвей 7-й пары ^{нерва} сочетался съ lagophthalmus праваго глаза; этотъ глазъ представлялся какъ бы инертной массой въ глазной впадинѣ (наружная полная офтальмоплегія); при вскрытіи въ задней части правой половины Вароліева моста найденъ туберкулъ приблизительно въ величину вишневоѣ косточки, который былъ расположенъ непосредственно подъ правымъ пирамидальнымъ пучкомъ.

Наконецъ, наблюденіе Вернике ²⁾, отчетъ о которомъ не оставляетъ желать ничего лучшаго, можно поставить въ параллель со случаемъ нашей больной.

Дѣло шло о 58-ми-лѣтнемъ мужчинѣ, пользовавшемся обыкновенно хорошимъ здоровьемъ, но который за 10 мѣсяцевъ до начала болѣзни, о которой я вамъ теперь говорю, сталъ испытывать большую слабость и у него опухли стопы ногъ. Нѣсколько позже, у него появились ночные поты. За четыре недѣли до поступления въ госпиталь у больного внезапно развилась тупая боль въ головѣ и головокруженіе; въ то же самое время у него двоилось въ глазахъ; это разстройство зрѣнія больной устранялъ, завязывая себѣ лѣвый глазъ. Черезъ три недѣли послѣ этого онъ замѣтилъ, что ему трудно раздвигать челюсти и жевать и, что, кромѣ того, его лѣвый глазъ фиксированъ неподвижно во внутреннемъ углу глазной впадины. Больной увѣренно говорилъ, что онъ никогда не болѣлъ сифилисомъ. Онъ жаловался на головныя боли; сверхъ того, въ первое время его пребыванія въ госпиталѣ, у него разъ или два была рвота.

Произведенное объективное изслѣдованіе этого больного обнаружило слѣдующее:

Слѣва констатировали лицевой параличъ (верхняя и нижняя вѣтви лицевого нерва). Верхнія вѣки прикрывали глазныя яблоки до верхняго края зрачка; они висѣли со стороны наружной спайки, лѣвый глазъ почти не участвовалъ въ морганіи. Когда больному приказывали слѣдить взглядомъ, въ полѣ зрѣнія, за перемѣщаемымъ справа налѣво предметомъ, то лѣвый глазъ оставался неподвижнымъ, а правый глазъ не переходилъ средней линіи. Когда изслѣдовали каждый глазъ отдѣльно, то правый глазъ также не двигался далѣе средней линіи; движенія лѣваго глаза были еще болѣе ограничены. Движенія во всякомъ другомъ направленіи были сохранены съ обѣихъ сторонъ. Зрачки были сужены, лѣвый былъ болѣе суженъ, чѣмъ правый.

Справа, помимо пареза прямой внутренней мышцы, на что я вамъ только что указывалъ, все сводилось къ гипестезіи лица, но только къ впечатлѣніямъ,

¹⁾ H. Hunnius. — Zur Symptomatologie der Brückenerkrank. etc. Bonn. 1881, p. 82.

²⁾ Wernicke. — Ein Fall von Ponserkrankung. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. 1877. T. VII, Heft 3, p. 513).

вызываемымъ уколами и приложеніемъ холода. Наконецъ, больной не могъ раздвигать челюстей болѣе, чѣмъ на 2—3 см., что зависѣло отъ контрактуры лѣвой жевательной мышцы; онъ испытывалъ субъективные расстройства глотанія; тембръ его голоса былъ слегка носовой.

Помимо этого онъ не представлялъ ничего ненормального ни со стороны головы, ни со стороны туловища и конечностей.

Все это, вообще, можно резюмировать въ слѣдующихъ нѣсколькихъ словахъ: параличъ п. п. *facialis* и *abducentis* слѣва, частичный параличъ 3-й пары справа, и гипестезія въ поясѣ развѣтвленія 5-й пары справа; судороги жевательной мышцы. Приблизительно черезъ три мѣсяца послѣ поступленія своего въ госпиталь этотъ больной умеръ отъ плевропневмонии. До конца жизни чувствительныя и двигательныя функціи на туловищѣ и на конечностяхъ были не нарушены.

При вскрытіи черепа нашли опухоль Вароліева моста, которая выдавалась на днѣ IV-го желудочка. Эта опухоль имѣла въ длину $1\frac{1}{2}$ см., а въ ширину 2 см. Ея задняя граница находилась приблизительно на $1\frac{1}{2}$ см. отъ верхушки *calamus scriptorius*; ея передній конецъ приблизительно на 1 см. не доходилъ до четверохолмія.

На поперечномъ разрѣзѣ, произведенномъ чрезъ ея средину, констатировали, что впередъ эта опухоль проникаетъ почти до передняго отдѣла Вароліева моста, что вправо она едва переходитъ среднюю линію, а влѣво не заходитъ за боковыя границы Вароліева моста. Наконецъ, въ спинномъ мозгу гнѣздилась центральная опухоль съ полостными образованіями, которая при жизни субъекта оставалась скрытой.

Въ общемъ, опухоль заключала въ своей массѣ слѣдующіе органы:

Слѣва ядро лицевого нерва и ядро наружнаго глазо-двигательнаго нерва, которыя были совершенно разрушены; пучки, берущіе начало изъ этихъ обоихъ ядеръ, были истончены и атрофированы.

Съ этой же стороны нижняя треть двигательнаго ядра тройничнаго нерва была сильно измѣнена, равно какъ и верхняя треть наружнаго ядра слухового нерва, прилегающая часть веревчататаго тѣла и верхній конецъ ядра п. *glossopharyngei*.

Справа—восходящую вѣтвь (раньше нисходящая) тройничнаго нерва.

Мѣстонахожденіе опухоли вполне объясняетъ то уничтоженіе функцій, которое при жизни больного обуславливалось опухолью.

Случаевъ одиоименнаго паралича (т. е. паралича съ одной стороны), ограниченнаго нѣсколькими черепными нервами, оказывается не очень много. Я могу вамъ привести только два примѣра.

Одинъ изъ нихъ былъ опубликованъ Мержеевскимъ и Розенбахомъ въ Петербургѣ ¹⁾. Больной — мужчина, 33 лѣтъ, при жизни представлялъ

¹⁾ Mierzejewsky et Rosenbach. — Zur Symptomatologie der Ponserkrankungen. (Neurologisches Centralblatt, 1885, № 16--17).

полный параличъ 7-й пары справа, параличъ отводящаго нерва съ той же стороны съ парезомъ прямой внутренней мышцы съ лѣвой стороны. Я вамъ объясню сейчасъ же, что эта недостаточность прямой внутренней мышцы зависѣла отъ паралича наружной прямой мышцы съ противоположной стороны и что по этому невозможно въ этомъ случаѣ видѣть примѣръ *paralysis alternans*. За двѣ недѣли до начала паралича больной постоянно испытывалъ острые головные боли, преимущественно въ области затылка, затѣмъ, у него была рвота. Параличъ лицевого и отводящаго нервовъ проявился внезапно. По истеченіи весьма непродолжительнаго времени больной умеръ отъ легочной чахотки, которой онъ страдалъ. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ обнаружило въ правой половинѣ Вароліева моста круглую опухоль консистенціи спинного мозга, діаметръ ея равнялся 2 снтм. Новообразование отодвинуло въ сторону *raphe* и лѣвую половину Вароліева моста и выдавалось въ 4-й желудочекъ. Его верхняя граница соотвѣтствовала точкѣ, гдѣ четвертый желудочекъ соединяется съ Сильвиевымъ водопроводомъ, внизу оно не доходило приблизительно на 3 снтм. до *striae acusticae*. Вообще оно занимало область чепчика, щадя не только пирамиды, но и весьма большую часть поперечныхъ волоконъ Вароліева моста.

Гистологическое изслѣдованіе показало, что новообразование измѣнило главнымъ образомъ ядра 6-й и 7-й пары справа, затѣмъ, но въ значительно меньшей степени, ядро 8-й пары справа, ядра 6-й и 7-й пары слѣва, наконецъ, въ еще болѣе слабой степени, ядра 9-й, 10-й, 11-й и 12-й паръ. При жизни же больного видимыя проявленія указывали только на измѣненія 6-й и 7-й паръ справа.

Другой случай былъ опубликованъ Вѣнскимъ врачомъ Эльцхольцомъ²⁾. Вслѣдъ за апоплектиформнымъ припадкомъ мужчина, 77 лѣтъ, былъ въ безсознательномъ состояніи перенесенъ въ госпиталь. Онъ пришелъ въ сознаніе на слѣдующій день. При произведенномъ изслѣдованіи констатировано присутствіе полного паралича 7-й пары, паралича отводящаго и подъязычнаго нервовъ съ той же самой стороны. На всемъ остальномъ тѣлѣ чувствительность и двигательная способность были сохранены.

Больной умеръ. При его вскрытіи нашли огромное изліяніе крови въ Вароліевомъ мосту; геморрагическій очагъ пересѣкалъ правую половину этого отдѣла среднего мозга, черезъ всю ея длину, простираясь вверхъ до верхнихъ мозжечковыхъ ножекъ и до правой части четверохолмія.

Дѣло идетъ, вообще, о случаѣ одноименнаго паралича 6-й, 7-й и 12-й паръ.

На основаніи этихъ фактовъ и другихъ, которые я вамъ приводилъ въ моихъ предшествующихъ лекціяхъ о *paralysis alternans*, вы видите, какой сте-

²⁾ А. E l z h o l z. — Ein Fall von Ponshemorrhagie mit isolirter Gehirnnervenlähmung. (Jahrbuch der Wiener Krankenanstalten für das Jahr 1892, p. 635).

пени точности можно достигъ въ топографической діагностикѣ очаговыхъ поражений bulbo-pedunculo-protuberantiальной области.

По этому поводу позвольте мнѣ привести вамъ еще слѣдующій случай. Онъ опубликованъ итальянскимъ авторомъ Де-Винчентисомъ¹⁾. Онъ относится къ 13-лѣтней туберкулезной дѣвочкѣ, которая со стороны нервной системы представляла единственное патологическое проявленіе,—это сочетанное отклоненіе глазъ влѣво. Она умерла; при вскрытіи ея въ лѣвой половинѣ Вароліева моста нашли инкапсулированный туберкулъ, который выдавался въ 4-й желудочекъ. Новообразование, по своему мѣстонахожденію, какъ разъ соответствовало ядру отводящаго нерва. Оно занимало пространство отъ точки, расположенной на 2 миллиметра отъ средней линіи до 7 миллиметровъ передней стѣнки продолговатаго мозга. Этотъ фактъ вынуждаетъ меня вамъ сказать два слова объ участіи прямой внутренней мышцы при параличѣ отводящаго нерва въ явленіи сочетаннаго отклоненія глазъ; на этомъ и закончу эту лекцію.

Вы знаете, что, когда одно изъ глазныхъ яблокъ отклоняется кнаружи вслѣдствіе сокращенія своей прямой наружной мышцы, то другой глазъ отклоняется внутрь вслѣдствіе синергическаго сокращенія своей прямой внутренней мышцы. Это—при бинокулярномъ зрѣніи, понятно. Это синергическое дѣйствіе прямой наружной мышцы съ одной стороны и прямой внутренней мышцы съ другой съ того времени, какъ изслѣдованія Дюваля и Ляборда доказали намъ существованіе анастомотической вѣточки, соединяющей ядро отводящаго нерва одной стороны съ ядромъ нерва для внутренней прямой мышцы противоположной стороны, вполне объясняется. Предположите теперь параличъ отводящаго нерва съ лѣвой стороны; участіе анастомотической вѣточки прекращается; тогда усилія аккомодациі, производимыя лѣвымъ глазомъ, будутъ направлены къ тому, чтобы смотрѣть кнаружи; правый глазъ вмѣсто того, чтобы двигаться кнутри, въ силу синергіи, оцѣли и механизмъ которой я вамъ только что говорилъ, останется неподвижнымъ, какъ будто онъ парализованъ. Этотъ параличъ, какъ вы теперь ясно понимаете, чисто внѣшній. Такимъ же образомъ объясняется и сочетанное отклоненіе обоихъ глазъ въ случаѣ раздраженія или разрушенія ядра отводящаго нерва съ одной стороны.

¹⁾ De Vincentis.—Contribuzione alla strabismo conjugato paralitico, etc. (Annali di Ottalmologia, 1883, t. XII).

Лекція XXXIII.

Опухоли головного мозга и проколъ желудочковъ ¹⁾.

Содержаніе.—При разсужденіи во время настоящей лекціи будетъ принята двоякая точка зрѣнія. К л и н и ч е с к і й п р и м ѣ р ѣ. — Анамнестическія данныя. — Начало болѣзни; разстройство походки (пошатываніе), головныя боли, рвота; по временамъ эпилептиформныя припадки. — Возрастающая амбліопія. — Гематурія и альбуминурія. С и м п т о м а т о л о г і я. — Интеллектуальная отупѣлость: ослабленіе памяти. — Увеличеніе объема головы. — Частыя рвоты безъ всякихъ усилій. Ежедневныя эпилептиформныя припадки. — Ригидность и слабость нижнихъ конечностей; спастическая походка. — Парезъ верхнихъ конечностей, болѣе выраженный справа. — Двухсторонняя атрофія зрительнаго нерва; параличъ прямой внутренней мышцы слѣва; двухсторонній nystagmus. — Потеря обонянія. — Перемежающееся недержаніе мочи. Діагнозъ. — Навязывается гипотеза объ опухоли головного мозга на основаніи въ связи съ мозжечкомъ. Совокупность проявленій говоритъ за эту гипотезу. — Разсужденія о діагнозѣ опухолей мозжечка. — Въ данномъ случаѣ гипотеза уремического происхожденія явленій заслуживаетъ обсужденія. — Доводы, позволяющіе исключить эту гипотезу. — Л е ч е н і е. — Условія, при которыхъ возникаетъ мысль попытаться продѣлать специфическое леченіе. Двѣ подобнаго рода попытки были уже продѣланы безуспѣшно у даннаго больного. — Оперативное вмѣшательство; смотря по случаю, оно преслѣдуетъ двѣ различныя цѣли: или оно имѣетъ въ виду радикальное излеченіе, или, какъ это было въ настоящемъ примѣрѣ, оно стремится лишь устранить увеличеніе внутри-сосудистаго давленія. Методы, примѣняемые для достиженія этого результата: поясничная пункція. — Простая трепанация. — Трепанация съ послѣдовательнымъ дренажемъ желудочковъ. Этотъ послѣдній методъ былъ примѣненъ въ представляемомъ клиническомъ примѣрѣ. — Больной умеръ; результаты вскрытія. И с т о р і я п у н к ц і и ж е л у д о ч к о в ѣ. — Пункція безъ предварительной трепанации у дѣтей. — Пункція, сопровождаемая трепанацией. — Работы Кина, Бергманна и Ястровица. Случаи опухоли головного мозга, гдѣ примѣнялась пункція желудочковъ съ лечебною цѣлью. Сравнительная оцѣнка поясничной пункціи и палліативной трепанации. — Заключение.

Мм. Гг. Сегодняшнюю лекцію я желаю посвятить исторіи патологическаго случая, представляющаго интересъ съ двоякой точки зрѣнія, а именно: онъ представляетъ мнѣ возможность изложить вамъ діагностику опухолей основанія мозга, стоящихъ въ болѣе или менѣе тѣсной связи съ мозжечкомъ. Затѣмъ онъ вынуждаетъ меня поговорить съ вами о способѣ оперативнаго вмѣшательства, исключительно палліативнаго, о которомъ въ послѣднее время было много разговора и который имѣетъ въ виду помочь непосредственнымъ послѣдствіямъ нарастанія внутричерепнаго давленія въ зависимости отъ присутствія опухоли и вторичной водянки головного мозга: я говорю о пункціи желудочковъ. Мнѣ попутно пред-

¹⁾ Лекція 13-го Мая 1896 г.

ставится возможность указать и на другого рода оперативныя вмешательства, которыя пригодны для той же цели.

Больной, о которомъ теперь идетъ рѣчь, поступилъ въ клинику, въ палату Прусса, на койку № 16, 7-го Апрѣля; это молодой человѣкъ, 17-ти лѣтъ, котораго мы представили въ первый разъ на одной изъ моихъ консультацій по вторникамъ.

Изъ его предшествующей наслѣдственности я долженъ указать на слѣдующія данныя: дѣдушка больного со стороны матери страдалъ душевнымъ разстройствомъ, отецъ умеръ молодымъ отъ болѣзни, относительно характера которой мать не могла или не хотѣла дать намъ свѣдѣній. У одной изъ его сестеръ было гное- течение изъ ушей. Такая же болѣзнь была и у больного, когда ему было 7 лѣтъ. Это обстоятельство очень важно отмѣтить въ виду того, что очень часто гнойное воспаление ушей отражается на внутри-черепныхъ органахъ.

До Января 1895 г. у него, кромѣ скарлатины, не было никакихъ другихъ болѣзней; умственные способности его были всегда среднія,—такъ онъ едва подготовился къ поступленію въ нормальную школу. Нѣсколько болѣе года, какъ онъ замѣтилъ, что ходьба вызываетъ у него необыкновенную усталость. На слѣдующій мѣсяцъ это явленіе усилилось. Кромѣ того у больного появилась головная боль и рвота; свѣдѣній о томъ, была-ли у него лихорадка, мы получить не могли.

Головная боль, вначалѣ перемежающаяся и слабая, сдѣлалась затѣмъ постоянной и все болѣе и болѣе острой; два раза у больного было синкопы; походка сдѣлалась шатающейся; зрѣніе ослабло.

Такъ длилось до 4-го Августа 1895 г. Въ это время у больного, послѣ его обѣда, въ полдень, случился эпилептиформный припадокъ, отличавшійся общими судорогами. Потерялъ-ли онъ при этомъ сознание? Точныхъ данныхъ на этотъ вопросъ невозможно было получить. Припадокъ продолжался десять минутъ. Предвѣстникомъ его была очень острая боль головы и онъ начинался крикомъ. Не было ни пѣны изъ рта, ни укуса языка, но только былъ приливъ крови къ лицу во время судорожнаго періода.

Черезъ нѣсколько дней у больного случился новый, подобный первому, припадокъ. Затѣмъ послѣдовали другіе припадки, частота которыхъ увеличивалась, но припадки были менѣе остры, чѣмъ два предъидущіе. По словамъ матери больного, у него было въ среднемъ въ день два или три припадка, которые продолжались не болѣе трехъ минутъ. Онъ не издавалъ крика въ началѣ припадка, у него не выдѣлялась пѣна изъ рта; потеря сознанія, наоборотъ, была полная, вмѣсто общихъ судорогъ въ верхнихъ конечностяхъ наблюдались клоническія подергиванія. Кромѣ того случалось, что больной время отъ времени безсознательно мочился въ постели. Мимоходомъ я замѣчу, что со времени начала его болѣзни онъ страдалъ упорными запорами. Амблиопія постепенно усиливалась и въ то время, когда онъ обратился къ намъ, у него была полная слѣпота, оба глаза

были поражены одновременно. Офтальмоскопическое изслѣдованіе до этого времени не было произведено. Интеллектуальныя способности замѣтно уменьшились, но характеръ больного не измѣнился.

Слѣдуетъ отмѣтить весьма любопытное обстоятельство, относящееся къ развитію болѣзни: въ прошломъ Январѣ мѣсяцѣ у больного въ первый разъ появилась небольшая гематурія. Изслѣдовали его мочу и констатировали присутствіе небольшого количества бѣлка, вслѣдствіе чего предписали больному въ теченіи двухъ мѣсяцевъ молочный режимъ. Въ продолженіи всего этого леченія у него не было ни рвоты, ни судорожныхъ припадковъ. Можно было-бы, слѣдовательно, заподозрить уремическое происхожденіе этихъ явленій, тѣмъ болѣе, что какъ только былъ отмѣненъ молочный режимъ, судорожные припадки возобновились.

Больной поступилъ въ мою клинику 7-го Апрѣля 1896 года. Вотъ главные результаты произведеннаго въ это время тщательнаго изслѣдованія его,

Больной ясно понималъ предлагаемые ему вопросы и отвѣчалъ на нихъ правильно, но отрывисто и съ очевидной неохотой. Его память представлялась очень ослабленной. Въ продолженіи нѣсколькихъ дней послѣ того, какъ онъ поступилъ въ Сальпетріеръ, онъ лежалъ все время въ своей постели, или сидѣлъ въ креслѣ, относясь индифферентно ко всему, что вокругъ него происходило; и не произнося ни одного слова. Но случалось, что онъ пѣлъ и даже непристойныя пѣсни.

Голова больного имѣла объемъ немного выше средняго; ея окружность, измѣренная лентой, проходящей черезъ наружный затылочный бугоръ и черезъ лобные бугры, равнялась 52 смт. Теменные кости не были сращены. Мать, впрочемъ, увѣряла, что объемъ головы со времени начала болѣзни значительно увеличился. Небный сводъ былъ узкій; зубы съ желобками и зазубрены. Не есть ли это признакъ наслѣдственнаго сифилиса? Я вамъ говорилъ про сомнѣнія, которыя тяготѣли надъ нѣкоторыми обстоятельствами жизни и смерти отца, но мать не захотѣла или не могла дать намъ свѣдѣній по этому вопросу. Строеніе и развитіе половыхъ органовъ было нормальное.

Больной ѣлъ съ большимъ аппетитомъ. У него часто бывала рвота, самое наименьшее—черезъ каждые два дня, обыкновенно же каждый день послѣ ѣды. Рвота происходила безъ всякихъ усилій; она содержала пищу и слізъ.

Количество мочи за сутки равнялось приблизительно 600 граммамъ; альбуминурия исчезла.

При изслѣдованіи сердца не обнаружено ничего ненормальнаго. Пульсъ=120 ударовъ въ 1'. Каждый день у больного было два и три припадка эпилепсін. По словамъ прислуги оказывается, что происходила замѣна между рвотой и эпилептиформными припадками; самая большая продолжительность припадковъ была три минуты. Они наступали внезапно, безъ предварительной ауры и безъ начальнаго крика; они сопровождались немедленной потерей сознанія. Чаше всего судоро-

роги ограничивались кистью руки или всей правой рукой, или же онъ распространялся на нижнюю конечность съ той же стороны. Во время пребывания въ госпиталь у больного былъ одинъ припадокъ, гдѣ судорожныя подергиванія ограничились только лѣвой верхней конечностью. Другой разъ, во время припадка, во время котораго намъ удалось присутствовать, ротъ весьма ясно былъ искривленъ влѣво. Въ промежуткѣ между припадками не оставалось ничего отъ этого искривленія, которое могло бы заставить думать о лицевомъ параличѣ.

Нижнія конечности были ригидны и массовый объемъ ихъ уменьшился; развивалась соотвѣтственная двигательная слабость, одинаковая съ обѣихъ сторонъ. Больной скоро утомлялся, когда ходилъ. Оцѣпленіе въ ногахъ подъ вліяніемъ производимыхъ движеній усиливалось; помимо того онъ не въ состояніи былъ ни стоять на ногахъ, ни ходить безъ поддержки. Когда онъ, при поддержкѣ двухъ помощниковъ, двигался впередъ, то его походка была спастическая. Онъ касался пола кончикомъ стопы и ноги его заплетались одна за другую.

На верхнихъ конечностяхъ констатировали еще болѣе замѣтное уменьшеніе силы; этотъ парезъ былъ болѣе выраженъ справа, чѣмъ слѣва.

Колѣнные рефлексы были выражены весьма ясно; вмѣстѣ съ этимъ былъ какъ-бы намекъ на спинальное дрожаніе въ стопахъ.

У больного больше не было головныхъ болей. Не найдено ни разстройствъ субъективной чувствительности, ни разстройствъ объективной чувствительности.

Офтальмоскопическое изслѣдованіе констатировало полную атрофію обоихъ зрительныхъ нервовъ вслѣдствіе сдавленія сосковъ. Существуетъ кромѣ того параличъ прямой внутренней мышцы и nystagmus съ обѣихъ сторонъ.

Изслѣдованіе ушей обнаружило слѣды стараго отита, натуру котораго точно опредѣлить невозможно. Обоняніе было утрачено съ обѣихъ сторонъ; вкусъ былъ нормальный. Изъ числа вазомоторныхъ разстройствъ констатированъ дермографизмъ.

Наконецъ, сфинктеры были затронуты, доказательствомъ чего служитъ перемежающееся недержаніе мочи, на которое я вамъ уже указывалъ.

Какой же болѣзнью страдалъ нашъ больной? Лишь только я познакомился съ развитіемъ болѣзни въ этомъ случаѣ, у меня сейчасъ же явилась мысль объ опухоли головного мозга. Подъ этимъ, понятно, какъ вамъ извѣстно, я разумѣю опухоли, помѣщающіеся въ черепной коробкѣ, какъ на поверхности, такъ и въ глубинѣ собственно головного мозга, а равно какъ на поверхности или въ глубинѣ всякой другой части мозгового вещества, и особенно мозжечка. Есть извѣстное число проявленій, общихъ для внутри-черепныхъ опухолей въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется дѣло съ новообразованіемъ, развивающимся съ относительно большой быстротой въ областяхъ мозга, которыя къ этому не могутъ относиться безучастно. Общія проявленія для энцефалическихъ опухолей, реализирующихъ это двоякое условіе, именно и наблюдаются у нашего больного. Я говорю о головныхъ боляхъ, о рвотѣ, о разстройствѣ

походки и объ уменьшеніи остроты зрѣнія. Сверхъ того, это сочетаніе симптомовъ таково, что позволяетъ большую точность въ смыслѣ топографическаго діагноза: оно даетъ намъ право сказать, что здѣсь, вѣроятно, имѣемъ мы дѣло съ опухолью основанія мозга, дѣйствующей путемъ давленія и на мозжечекъ.

Дѣйствительно, если головныя боли и рвота могутъ наблюдаться при опухоляхъ, гдѣ-бы послѣднія не локализовались, то иначе дѣло стоитъ съ пошатываніемъ—явленіемъ, которое сильно говоритъ въ пользу мозжечковаго пораженія и которое у нашего больного фигурировало въ числѣ начальныхъ явленій. Соотвѣтственно съ этимъ и расстройство зрѣнія, характеризующееся амбліопіей съ прогрессивнымъ ходомъ, стоящее въ связи съ застоемъ сосковъ зрительныхъ нервовъ, наблюдается лишь въ случаяхъ опухоли основанія, дѣйствующей путемъ давленія на нервы или на зрительныя волокна. Констатированіе паралича прямой внутренней мышцы слѣва подтверждаетъ лишь діагнозъ, который, повторяю вамъ, пришелъ мнѣ на мысль тотчасъ же, какъ я ознакомился съ клиническими данными случая, а именно: опухоль на основаніи головного мозга, давящая на мозжечекъ, или составляющая съ нимъ одно цѣлое. Изъ числа другихъ проявленій, представляемыхъ нашимъ больнымъ, ничто прямо не противорѣчитъ этому діагнозу.

Расстройства чувствительности въ случаяхъ опухоли основанія отсутствуют; они отсутствовали и у нашего больного.

Эпилептиформныя припадки наблюдаются при мозговыхъ опухоляхъ, гдѣ бы послѣднія ни локализовались. Тѣмъ не менѣе мы отмѣтимъ, что эти припадки представляютъ соматическіе спеціальныя признаки въ случаяхъ, гдѣ новообразование дѣйствуетъ прямо на психо-моторный поясъ. Въ этомъ случаѣ судороги ограничиваются, вообще, стороной, противоположной мѣсту нахожденія опухоли. Даже когда судороги бываютъ общими, то и тогда онѣ почти всегда начинаются съ этой стороны; способъ распространенія этихъ судорогъ однообразенъ: ихъ предвѣщаетъ аура и предшествуетъ имъ начальный крикъ; очень часто онѣ не сопровождаются потерей сознанія, послѣ нихъ остается болѣе или менѣе полный, болѣе или менѣе стойкій параличъ въ частяхъ, которыя исключительно, или на первомъ планѣ были поражены судорогами, въ частяхъ, которыя получаютъ свою иннервацию изъ территоріи психомоторнаго пояса, на которую дѣйствуетъ опухоль. Короче, это есть Джэксоновская эпилепсія, съ которой при подобныхъ условіяхъ мы обыкновенно имѣемъ дѣло. У нашего больного дѣло происходило совершенно иначе: у него не было никогда предварительной ауры, не было начального крика, по крайней мѣрѣ, въ началѣ припадковъ, которые наблюдались во время его пребыванія въ госпиталѣ. Потеря сознанія наступала немедленно. Припадки не оказывали никакого вліянія на двигательныя расстройства, на параличъ и на контрактуры, о которыхъ мнѣ остается поговорить съ вами.

У нашего больного былъ неполный параличъ обѣихъ нижнихъ конечностей, значительно менѣе выраженный парезъ верхнихъ конечностей; все это сочеталось съ контрактурой. Словомъ, въ этомъ отношеніи констатировали болѣе или менѣе полное сходство съ тѣмъ, что наблюдается въ случаяхъ спастическаго табеса, включая сюда также и спастическую походку. Припомните себѣ, въ самомъ дѣлѣ, что когда нашъ больной могъ еще ходить, поддерживаемый за плечи двумя помощниками, то онъ передвигался на носкахъ стопъ; припомните, что движенія его ногъ были затруднены вслѣдствіе постоянной мышечной контрактуры и вслѣдствіе упорныхъ спазмъ. Въ статьѣ о спастическомъ табесѣ, появившейся болѣе 10 лѣтъ, я въ первый разъ доказывалъ, что это названіе должно быть приписано не цѣлой отдѣльной болѣзни, а простому синдрому, приводилъ факты, устанавливающіе, что данный синдромъ можетъ зависѣть отъ водянки мозга, отъ опухоли средняго мозга, помимо какого либо измѣненія боковыхъ столбовъ спинного мозга. Вы видите, слѣдовательно, что постоянныя двигательныя расстройства,—двигательный параличъ и контрактуры,—вполнѣ согласуются съ нашимъ діагнозомъ опухоли основанія мозга въ связи съ мозжечкомъ. Впрочемъ вполнѣ умѣстно предположить, что нѣкоторая степень гидроцефаліи сосуществуетъ съ этой опухолью; къ этому пункту я сейчасъ возвращусь, говоря о доводахъ, на основаніи которыхъ примѣняется хирургическое вмѣшательство и дѣлается выборъ способа этого вмѣшательства. Предварительно я хочу сдѣлать нѣсколько оговорокъ.

Послѣ только что сказаннаго вы, можетъ быть, подумаете, что не можетъ быть никакого сомнѣнія относительно поставленнаго діагноза въ случаѣ нашего больного. Чтеніе вашихъ классическихъ руководствъ можетъ лишь укрѣпить васъ въ этой соблазнительной мысли. Въ одной изъ главъ недавно появившагося сочиненія, посвященной исторіи опухолей мозжечка, которая, я считаю долгомъ заявить это, прекрасно обработана, Толлемеръ¹⁾ дѣлитъ мозжечковыя опухоли, по степени точности, съ какой можетъ быть установленъ діагнозъ, на четыре группы:

Первая группа заключаетъ скрытые случаи.

Вторая—обнимаетъ случаи, гдѣ симптоматологія сводится къ упорной головной боли, сопровождаемой или головокруженіями, или рвотой.

Въ третьей группѣ собраны случаи, гдѣ къ рвотѣ, къ головокруженіямъ и къ головной боли присоединяются мозжечковое пошатываніе и первый по порядку изъ симптомовъ сдавленія—амавротическія или амблionicескія расстройства.

Наконецъ, четвертая группа обнимаетъ случаи, гдѣ къ предъидущимъ

¹⁾ M. Tollemer.—Traité de médecine, publié sous la direction de Charcot, Bouchardet Brissaud, t. VI, p. 261.

симптомамъ присоединяются другія явленія сдавленія, какъ то: признаки стоящіе въ связи съ повышеніемъ внутри-черепного давленія, а именно: судороги, контрактуры, различные параличи, оупѣніе, коматозное состояніе.

«Только лишь въ случаяхъ третьей группы, прибавляетъ авторъ, можно съ увѣренностью говорить о мозжечковомъ пораженіи; въ этомъ случаѣ головная боль, рвота, головокруженіе, мозжечковое пошатываніе, особенно если присоединяется еще и амбліопія,—позволяютъ поставить діагнозъ». Въ случаяхъ послѣдней группы этотъ вопросъ рѣшается не такъ просто. Чтобы поставить этотъ діагнозъ, нужно основываться на констатированіи слѣдующихъ явленій, а именно: на упорной головной боли, чаще всего, но не всегда, локализирующей въ области затылка, на рвотѣ, на постоянныхъ головокруженіяхъ, на разстройствѣ равновѣсія, на мозжечковомъ пошатываніи, на эпилептиформныхъ судорогахъ, на зрительныхъ разстройствахъ; наконецъ, на полной сохранности общей чувствительности, составляющей контрастъ предъидущимъ симптомамъ и проч.

Вотъ какова совокупность симптомовъ, представляемыхъ нашимъ больнымъ. Таково-ли это сочетаніе симптомовъ, что діагнозъ опухоли основанія мозга въ связи съ мозжечкомъ можетъ быть принятъ безъ всякихъ дальнѣйшихъ разсужденій? Нисколько. Имѣется обстоятельство въ исторіи нашего больного, которое заслуживаетъ, чтобы его выдѣлить. Я вамъ говорилъ, что въ извѣстный моментъ изслѣдованіе мочи обнаружило присутствіе очень небольшого количества бѣлка. Я вамъ говорилъ, что вслѣдствіе этого открытія больному предписали молочный режимъ. Я вамъ говорилъ также, что пока больной соблюдалъ молочную діету, у него не было ни рвоты, ни судорогъ и что, съ другой стороны, исчезли всякіе слѣды альбуминуриі. Альбуминурія, какъ бы она ни была слабо выражена, всегда заставляетъ подозрѣвать заболѣваніе почекъ. Она даетъ право, когда нѣтъ даже и другихъ указаній, подозрѣвать уремическое происхожденіе нѣкоторыхъ явленій, которыя могутъ развиваться во время теченія альбуминуриі. Между другими явленіями уреміи, этой ауто-интоксикаціи въ связи съ недостаточнымъ выдѣленіемъ почекъ, фигурируютъ головная боль, рвота, эпилептиформныя судороги, слѣпота и то состояніе апатіи, интеллектуальнаго оупѣнія, столь выраженнаго у нашего больного во время послѣднихъ дней, проведенныхъ имъ въ госпиталѣ. Не умѣстно ли, слѣдовательно, отнести на счетъ уреміи эти головныя боли, эту рвоту, это разстройство зрѣнія, эти эпилептиформныя судороги, представляемые нашимъ больнымъ, принимая при этомъ во вниманіе, что подъ вліяніемъ молочнаго режима два изъ этихъ явленій,—рвота и судороги,—положительно исчезли въ то время, какъ исчезла альбуминарія? По моему мнѣнію—нѣтъ и вотъ на какомъ основаніи.

Вначалѣ развитіе болѣзни у нашего больного было прогрессивное и въ этомъ отношеніи оно стоитъ въ противорѣчій съ развитіемъ, теченіемъ и припадками, какіе наблюдаются въ случаяхъ уреміи. Рвотныя массы почти исключительно

состояли изъ пищи; ни по виду, ни по запаху онѣ не представляли признаковъ. наблюдаемыхъ въ случаяхъ уреміи, гдѣ въ началѣ рвоты пищевыя массы скоро замѣняются желчными массами, помимо того, что химическій анализъ обнаруживаетъ въ нихъ присутствіе мочевины и амміачной углекислой соли. Сверхъ того, уремическая рвота сопровождается обыкновенно водянистыми жидкими испражнениями, или даже кровавымъ поносомъ.

Амблиопія въ случаяхъ уреміи также быстро исчезаетъ, какъ она и появляется; эта слѣпота не бываетъ связана ни съ какимъ измѣненіемъ глазного дна. Я, понятно, оставляю въ сторонѣ разстройства зрѣнія, которыя у брайтиковъ зависятъ отъ альбуминурическаго ретинита и офтальмоскопическіе признаки котораго совершенно отличны отъ признаковъ оптического неврита вслѣдствіе сдавленія сосковъ, констатированнаго у нашего больного.

Судороги при уреміи могутъ принимать такіе же соматическіе признаки, какіе представляетъ нашъ больной, но онѣ никогда не длятся такъ долго. Во всякомъ случаѣ не наблюдается, чтобы онѣ держались упорно по недѣлямъ, причемъ, чтобы частота ихъ возрастала, какъ это было въ случаѣ нашего больного. Онѣ всегда имѣютъ грозное значеніе въ случаяхъ уреміи и повтореніе ихъ даетъ право на предсказаніе летальнаго исхода въ самый короткій срокъ.

Нѣкоторыя другія проявленія, констатированныя у нашего больного, а именно: параличъ прямой внутренней мышцы слѣва, пошатываніе, парезъ съ контрактурой всѣхъ четырехъ конечностей,—совершенно не свойственны симптоматологіи уреміи.

Наоборотъ, такъ называемыя уремическія явленія, болѣе или менѣе сходныя съ наблюдаемыми у нашего больного явленіями, а именно: головная боль, рвота, судороги, слѣпота почти никогда не появляются у брайтика безъ того, чтобы предварительно не было поверхностныхъ отековъ. Обыкновенно такъ бываетъ, что между отеками и такъ называемыми уремическими явленіями устанавливается нѣкоторая смѣна: уремическія явленія появляются въ тотъ моментъ, когда отеки исчезаютъ. Ничего подобнаго не наблюдалось у нашего больного. Наконецъ, трудно понять, чтобы уремія проявлялась столь тяжелыми явленіями, свидѣтелями которыхъ мы были у нашего больного, когда измѣненіе мочи выражалось почти ничтожной альбуминуріей безъ присутствія форменныхъ элементовъ въ этомъ продуктѣ почечнаго выдѣленія.

Вы видите, какіе доводы выдвигаются противъ гипотезы уремическаго происхожденія явленій, представляемыхъ нашимъ больнымъ. Смѣна, замѣченная у него, между рвотой и судорожными припадками можетъ быть объяснена слѣдующимъ образомъ: рвота имѣла несомнѣнно двойное послѣдствіе,—произвести временное пониженіе внутри-черепного давленія и освободить отъ яда, производящаго судороги, скопленіе котораго въ сокахъ выражалось эпилептиформными припадками. Можно такимъ же образомъ объяснить благотворное вліяніе, оказанное на рвоту

и на судороги молочнымъ режимомъ. Усиливая очищеніе почекъ и отдѣленіе мочи, молочная діета должна одновременно дѣйствовать цѣлбно и на скопленіе яда въ сокахъ, который вызываетъ судороги, и на повышеніе внутри-черепного давленія.

Намъ остается, слѣдовательно, держаться перваго нашего діагноза и согласно этому поступать. Но при выборѣ нашего образа дѣйствій, мы на первомъ планѣ должны считаться съ интеллектуальнымъ отупѣніемъ, въ которое впалъ нашъ больной и съ угрожающей частотой эпилептиформныхъ припадковъ.

Какими средствами мы располагаемъ, чтобы лечить эти явленія?

Въ присутствіи больного, который представляетъ совокупность симптомовъ, указывающихъ на діагнозъ опухоли головного мозга, первый вопросъ, который долженъ возбудить врачъ, призванный неотложно помогать въ виду серьезностей нѣкоторыхъ проявленій, касается свойства опухоли. Какъ бы ничтожны не были основанія, или это—серьезныя предположенія, говорящія въ смыслѣ сифилитическаго происхожденія внутри-черепного новообразованія,—во всякомъ случаѣ необходимо продѣлать специфическое леченіе. Подобное леченіе, когда оно приводится энергично и настойчиво, сообразуясь съ индивидуальными обстоятельствами случая, можетъ повести къ радикальному выздоровленію; оно можетъ дать также лишь простое улучшеніе, оно даже можетъ быть и не удачно, но и это хорошо. Я не настаиваю на этой сторонѣ леченія опухолей головного мозга, хотя у нашего больного имѣются нѣкоторыя основанія продѣлать вновь специфическое леченіе. Я говорю снова потому, что больного въ первый разъ подвергали антисифилитическому леченію, когда онъ былъ у себя, на родинѣ. Потомъ, когда его наблюдали въ клиникѣ, я заставлялъ его въ теченіи нѣсколькихъ дней принимать іодистый калий въ большихъ дозахъ, но безуспѣшно. На такое леченіе меня побудили два обстоятельства: состояніе зубовъ больного, которое до извѣстной степени давало право подозрѣвать наслѣдственный сифилисъ и неизвѣстная для насъ причина смерти отца больного.

При такомъ положеніи дѣла не оставалось больше иного средства, какъ оперативное вмѣшательство, такъ какъ, исключая случаи, гдѣ внутри-черепная опухоль сифилитическаго происхожденія, мы средствами внутренней терапіи ничего не можемъ достичь.

Съ другой стороны терапевтическое вмѣшательство въ случаѣ мозговой опухоли можетъ преслѣдовать двѣ весьма различныя цѣли:

То оно имѣетъ въ виду радикальное излеченіе; это въ томъ случаѣ, когда предполагается удалить новообразованіе.

Другой разъ оно имѣетъ въ виду болѣе скромную цѣль: оно претендуетъ лишь подѣйствовать цѣлбно на повышенное внутри-черепное давленіе и на зависящія отъ послѣдняго явленія.

Въ этомъ случаѣ эффектъ оперативнаго вмѣшательства будетъ палліативный;

но изъ-за этого имъ не слѣдуетъ пренебрегать, такъ какъ этотъ эффектъ можетъ равняться уничтоженію неминуемой опасности и продолженію жизни на нѣсколько мѣсяцевъ и даже на нѣсколько лѣтъ.

У нашего больного не можетъ быть и рѣчи о радикальной помощи. Въ этомъ отношеніи не было ни малѣйшаго колебанія ни съ моей стороны, ни со стороны Потера, госпитального хирурга, къ содѣйствію котораго я обратился въ настоящемъ случаѣ.

Припомните мой діагнозъ: опухоль на основаніи въ связи съ мозжечкомъ. Слѣдовательно, опухоль гнѣздится, по всей вѣроятности, на такой глубинѣ, что было бы трудно добраться до нея, не повредивъ весьма важныхъ по своимъ функциямъ органовъ.

Слѣдовательно, можетъ быть вопросъ лишь о палліативной помощи, имѣющей цѣлью пониженіе внутри-черепного давленія. Чтобы достичь этого результата, мы имѣемъ выборъ между: такъ называемой поясничной пункцией; простой трепанаціей; трепанаціей съ послѣдовательнымъ дренажемъ желудочковъ; трепанаціей съ послѣдовательной пункцией желудочковъ.

Такъ называемая поясничная пункция, рекомендованная и введенная нѣсколько лѣтъ тому назадъ Квинке, заключается въ проколѣ позвоночнаго канала въ поясничной области и извлеченіи нѣкотораго количества cerebro-спинальной жидкости. Терапевтическое значеніе этой пункции въ послѣднее время сильно оспаривается, такъ какъ эта операція далеко не безвредная. Въ прошедшемъ насчитывается уже 6 случаевъ смерти, не считая тѣхъ, о которыхъ я ничего не могъ узнать. Я эту операцію сразу оставляю.

Трепанація, простое вскрытіе черепа, часто оказывалась недостаточной. Это особенно замѣтно было въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ повышеніи внутричерепного давленія, на которое хирургъ предполагалъ дѣйствовать, принимала неоспоримое участіе водянка желудочковъ.

Такъ должно было быть и у нашего больного. Уже одно то обстоятельство, передаваемое его матерью, что черепъ ея сына со времени начала болѣзни увеличился въ объемъ, даетъ право на подобное предположеніе. Отсюда выводъ: къ трепанаціи слѣдуетъ присоединить непосредственное извлеченіе жидкости, которая наполняетъ желудочки. Дренажъ этихъ полостей, даже когда онъ производится со всѣми требуемыми предосторожностями, сопровождается зачастую септическими осложнениями, или другими явленіями. Вотъ примѣръ:

Недавно я видѣлъ въ городѣ молодого человѣка, 20 лѣтъ, который представлялъ совокупность патологическихъ проявленій, оправдывающихъ діагнозъ мозжечковой опухоли. Преобладающимъ симптомомъ была невыносимая по своей остротѣ головная боль, которая, должно быть, являлась послѣдствіемъ сопровождающей мозговой водянки. При этихъ условіяхъ рѣшили на оперативное вмѣшательство.

Одинъ изъ нашихъ наиболѣе извѣстныхъ хирурговъ произвелъ трепанацію съ послѣдовательнымъ дренажемъ подпаутинной полости. Въ первый день послѣ операціи больной чувствовалъ себя значительно лучше. Затѣмъ, чрезъ трепанаціонное отверстіе выпятилась внѣ-черепная опухоль такой же почти величины, какъ голова больного; эта опухоль была наполнена cerebro-спинальной жидкостью, вытекавшей на кожу. Въ нѣсколько пріемовъ мѣшокъ этотъ опорожнили; больной по истеченіи 20 дней умеръ.

Ничего подобнаго нельзя опасаться при простой пункции желудочковъ. Въ послѣднее время опубликовано извѣстное число случаевъ этой операціи съ успѣшнымъ исходомъ.

При этихъ условіяхъ я и Потера рѣшились на пункцию желудочковъ. Операція была произведена 4-го Мая Потера съ искусствомъ, о которомъ я считаю долгомъ публично засвидѣтельствовать.

Крестообразный разрѣзъ былъ сдѣланъ сзади праваго сосцевиднаго отростка. Послѣ чего по ходу вертикальной линіи, проходящей на три снтм. сзади сосцевиднаго отростка, а также на 3 снтм. выше наружнаго слухового прохода, Потера приподнялъ кружочекъ костной ткани, діаметръ котораго равнялся приблизительно діаметру монеты въ 50 сантимовъ. Затѣмъ, не разрѣзая мозговыхъ оболочекъ, онъ сдѣлалъ пункцию праваго бокового желудочка, вонзивъ торакаръ въ глубину на $2\frac{1}{2}$ снтм., въ поперечномъ почти направленіи, но придавая при этомъ инструменту нѣсколько косвенное направленіе сверху внизъ и сзади напередъ. Путемъ высасыванія онъ извлекъ около 30 куб. снтм. прозрачной, безцвѣтной жидкости, содержащей во взвѣшенномъ состояніи нѣсколько плотныхъ комочковъ. Операція, въ общемъ, была очень проста и произведена была съ большою быстротой. Немедленно послѣ этого края кожного разрѣза были соединены при помощи шва.

До слѣдующаго дня, 5-го Мая, въ состояніи оперированнаго ничего не нормальнаго не замѣчалось; но вотъ, въ 5 часовъ утра, у больного внезапно развились коматозныя явленія, наступило интензивное лихорадочное состояніе, температура поднялась до 41° . Мы снова увидѣли больного въ 10 часовъ утра; его дыханіе было стерторозное, оно довольно часто пріостанавливалось, такъ что насчитывалось не больше восьми дыхательныхъ движеній въ 1 минуту. Пульсъ, наоборотъ, былъ очень ускоренъ (140). Лицо было крайне блѣдно. Голова была отклонена въ лѣвую сторону, но яснаго косоглазія не было. Зрачки были неравномѣрны, правый былъ шире лѣваго, они не реагировали. Всѣ мышцы туловища и конечностей были какъ бы безжизненны. Нечувствительность была полная.

Извлеченная пункцией жидкость содержала лишь незначительные слѣды альбумина. Бактеріологическое изслѣдованіе этой жидкости дало отрицательные результаты. То же дала и прививка, сдѣланная двумя кроликамъ.

Больной умеръ въ тотъ же самый день, 5-го Мая, въ $11\frac{1}{2}$ часовъ утра

Вскрытіе его было произведено черезъ 24 часа послѣ смерти. Я сообщу вамъ лишь то, что относится къ состоянію нервныхъ центровъ и ихъ оболочекъ.

Спинно-мозговой каналъ представлялъ свой нормальный видъ. Извлеченіе спинного мозга было произведено безъ затрудненія. При разрѣзѣ твердой мозговой оболочки изъ нижняго конца конскаго хвоста вытекло около 50 куб. смт. спинно-мозговой жидкости; въ этотъ моментъ голова свѣшивалась со стола, въ которомъ производилось вскрытіе. Слѣдовательно, жидкость, заключавшаяся въ спинно-мозговомъ каналѣ, находилась подъ сильнымъ давленіемъ.

Спинной мозгъ представлялъ нормальный видъ по всей своей поверхности и на поперечныхъ разрѣзахъ, за исключеніемъ, однако, мѣстъ между точками выхода 1-й и 2-й пары грудныхъ нервовъ. На этомъ уровнѣ находилось едва видимое черезъ твердую мозговую оболочку небольшое возвышеніе. Это возвышеніе,

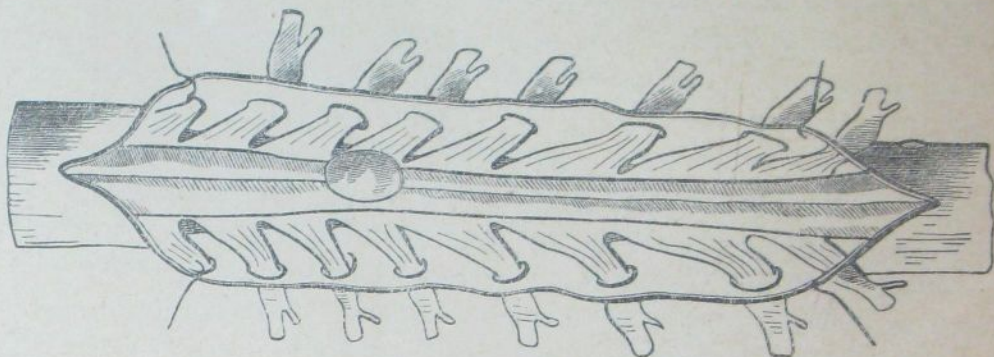


Рис. 106.

въ величину лѣснаго орѣха, соответствовало опухоли (рис. 106), которая слегка обхватывала лѣвую боковую поверхность спинного мозга, цвѣтъ и консистенцію котораго она имѣла. Казалось, впрочемъ, что эта опухоль можетъ быть отдѣлена отъ нервной осн.

Черепная коробка была необыкновенно тонка; она почти всюду просвѣчивала, даже въ области затылочнаго бугра и въ передней части теменныхъ костей. Кости черепа не были соединены костными швами. Лобная кость отдѣлена метопическимъ швомъ. Вѣнечный, сагиттальный и вентральный швы удерживались фиброзной вялой тканью, такъ что костные края, соприкасаясь, могли расходиться на разстояніе отъ 5—6 миллиметровъ. На теменной кости, на 1 смт. отъ внутренняго края этой кости, на 3 смт. отъ вѣнечнаго шва, найдено углубленіе, въ которое входилъ кончикъ мизинца и на уровнѣ котораго кость была до того истончена, что была не толще листа бумаги.

Видъ твердой мозговой оболочки не представлялъ ничего особеннаго. Мягкая мозговая оболочка нормальна и отдѣляется легко. При снятіи мягкой мозговой оболочки вытекло не больше 200 граммъ цереброспинальной жидкости, слегка

окрашенной, но безъ крови. Мозгъ, очень объемистый, имѣлъ жидковатую консистенцію. При осмотрѣ его наружной поверхности можно было убѣдиться, что троакаръ проникъ во 2-ю височную извилину, непосредственно впереди передней затылочной борозды.

При изслѣдованіи средняго мозга, сейчасъ сзади продолговатаго мозга найдена была опухоль (Т) такого же цвѣта, такой же консистенціи и такого же вида, какъ спинно-мозговая опухоль, о которой я вамъ недавно упоминалъ. Эта опухоль въ видѣ подковы обхватывала мѣсто соединенія задней поверхности продолговатаго мозга и мозжечка (рис. 107). Книзу она не переходила нижней

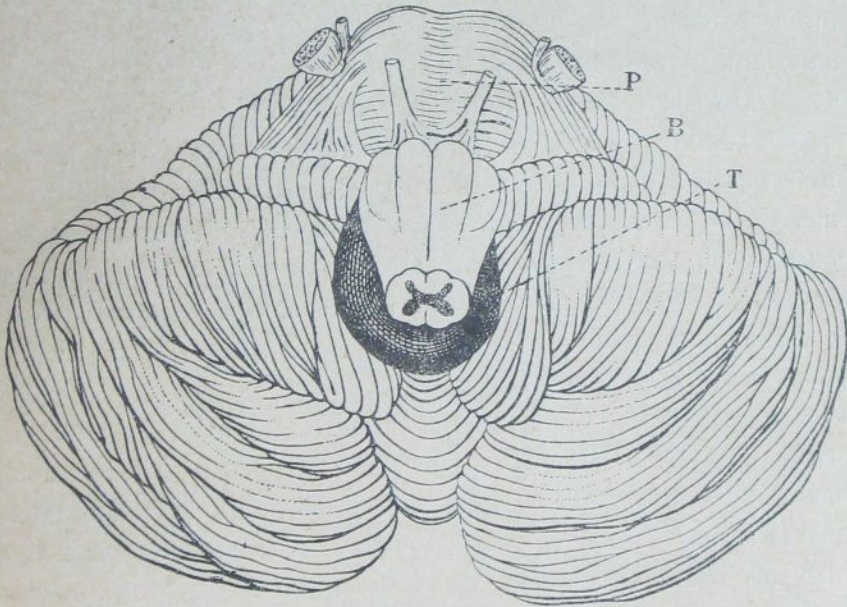


Рис. 107.

Р. Вароліевъ мостъ.—В. продолговатый мозгъ.—Т.- опухоль.

границы продолговатаго мозга, но окаймляла эту послѣднюю справа и слѣва, отодвигая кнаружи миндалевидное ядро мозжечка. Продолговатый мозгъ, заключенный такимъ образомъ въ опухоль, былъ уплощенъ. Головной мозгъ, послѣ извлеченія жидкости, вѣсилъ 1.400 граммъ.

Вы видите, слѣдовательно, что въ результатахъ некроскопическаго изслѣдованія мы не получили данныхъ для объясненія этого непредвидѣннаго исхода. Я не буду прибывать на помощь физиологій для объясненія секрета этого внезапнаго повышенія температуры, этого перемежающагося дыханія и этого быстрого ухудшенія коматознаго состоянія. Самое большое, что я осмѣливаюсь вамъ сказать, что перемѣщеніе опухоли, происшедшее вслѣдствіе извлеченія изъ желудочковъ жидкости, могло вызвать весьма большое сдавленіе этой области, въ которой помѣщаются центръ дыханія и центры, рассматриваемые какъ регуляторы

тепло-отдѣленія. Идти дальше, это значило-бы бродить по почвѣ фантастическихъ гипотезъ, которыми мнѣ не хотѣлось-бы увлекаться. Я предпочитаю представить вамъ доказательство законности нашего поведенія въ отношеніи больного. Это дастъ мнѣ возможность набросать вамъ въ краткихъ чертахъ исторію пункции желудочковъ и другихъ палліативныхъ мѣръ, рекомендуемыхъ при этихъ обстоятельствахъ. Предметъ этотъ, я вамъ повторяю, представляетъ большой интересъ. Я считаю своимъ долгомъ познакомить васъ съ нимъ, что я и исполняю.

Исторія пункции мозговыхъ желудочковъ относится къ наиболее отдаленной эпохѣ, т. е. къ до-Гиппократовскому времени. Между тѣмъ только въ половинѣ этого столѣтія этотъ способъ стали систематически примѣнять при леченіи у дѣтей мозговой водянки. А. Шипо въ своемъ *Traité de chirurgie opératoire du système nerveux* (т. I, р. 702) говоритъ, что онъ могъ собрать болѣе 200 случаевъ дѣтской головной водянки, леченныхъ, въ теченіи времени съ 1825 года по 1860 годъ, пункцией желудочковъ. Короче сказать, во время, о которомъ я говорю, пункция дѣлалась непосредственно черезъ черепную стѣнку, безразлично, въ какой угодно точкѣ этой стѣнки, но предпочтительно на уровнѣ передняго родничка, или по ходу вѣчнаго шва. Этотъ способъ операціи сохранилъ за собой до послѣдняго времени адептовъ, между другими изъ нихъ я укажу на Иллингворта ¹⁾, Тордоффа ²⁾, Винке ³⁾, не такъ давно прибѣгавшихъ къ нему, и не безъ успѣха.

Само собой разумѣется, что подобный оперативный приѣмъ можетъ быть пригodenъ только у дѣтей, у которыхъ роднички и швы еще не окостенѣли; онъ не примѣнимъ у взрослыхъ. Со времени введенія антисептики и асептики трепанация сдѣлалась не опасной операціей. Такимъ образомъ присоединили къ трепанации пункцию желудочковъ какъ у взрослыхъ, такъ и у дѣтей, и расширяли показанія для пункции во всѣхъ случаяхъ, гдѣ, какъ-бы грозны не были явленія, какъ-бы тяжелы не были проявленія вслѣдствіе ихъ повторенія, вслѣдствіе ихъ продолжительности, эти послѣднія вызываются скопленіемъ жидкости въ желудочкахъ, вторичной внутренней водянкой мозга, а, слѣдовательно, и въ случаяхъ опухолей головного мозга.

Насколько мнѣ извѣстно, Американскій хирургъ Кинъ ⁴⁾, первый прибѣгнулъ къ пункции желудочковъ въ случаѣ опухоли головного мозга, имѣя въ виду единственную цѣль, — уменьшеніе внутри-черепного давленія. Случай относился къ 4-хъ лѣтнему ребенку, у котораго была водянка мозга.

Какъ причина, вызывающая головную водянку, была діагностицирована мозжечковая опухоль. Точность этого діагноза позже, при вскрытіи субъекта, вполне

¹⁾ Illingworth.—British medical Journal, 4 Apr. 1892.

²⁾ Tordoff.—Eodem loco, 8 Apr. 1891.

³⁾ Vinke.—Weekly medic. Review. Saint-Louis, 28 Февр. 1891.

⁴⁾ Keen.—Medical News, 20 Дек. 1890.

оправдалась. Вѣнчикъ трепана былъ наложенъ нѣсколько выше и сзади наружнаго слухового прохода, слѣва. Затѣмъ троакаръ былъ введенъ въ головной мозгъ, слѣдуя такому направленію, что конецъ инструмента долженъ-бы выдти съ противоположной стороны на $2\frac{1}{2}$ дюйма выше наружнаго слухового прохода. На глубинѣ около $1\frac{3}{4}$ дюйма сопротивленіе мозгового вещества прекратилось; въ этотъ моментъ произошло истеченіе цереброспинальной жидкости. Кинъ ввелъ затѣмъ въ желудочекъ тройную заволоку и извлекъ троакаръ. Заволока была оставлена на мѣстѣ въ теченіи 15 дней и замѣнена потомъ каучуковымъ дренажемъ. Въ теченіи этого времени симптомы, зависящіе отъ повышеннаго внутри-черепного давленія, исчезли; они возобновились на 28-ой день послѣ операціи. Кинъ сдѣлалъ вторую пункцію желудочковъ справа. Онъ даже промылъ эти полости теплымъ растворомъ борной кислоты; все это дало лишь временное улучшеніе. Ребенокъ на 54-й день умеръ. При вскрытіи его найдена саркома мозжечка; кромѣ того желудочки были растянуты жидкостью. Воспалительной реакціи по ходу пункціи совершенно не было.

Кинъ ¹⁾ уже раньше могъ убѣдиться въ безвредности пункцій желудочковъ въ случаяхъ туберкулезнаго менингита и въ случаѣ острой водянки мозга вслѣдствіе неопредѣленной причины.

Въ то же самое время Берлинскій профессоръ Бергманнъ въ работѣ о хирургическомъ леченіи заболѣваній головного мозга ²⁾, о которой я уже имѣлъ случай вамъ говорить, посвятилъ краткую главу пункціямъ желудочковъ и операціямъ, имѣющимъ цѣлю устранить повышеніе внутри-черепного давленія. Въ этой главѣ Бергманнъ заявилъ, что вопросъ объ оперативномъ вліяніи въ смыслѣ дѣйствія послѣдняго на повышенное внутри-черепное давленіе имѣетъ важное значеніе въ большемъ числѣ черепно-мозговыхъ заболѣваній и что это значеніе было даже рѣшающимъ въ смыслѣ леченія вышеназванныхъ заболѣваній. Между этими послѣдними онъ упоминаетъ на первомъ планѣ черепно-мозговую опухоль, острую водянку желудочковъ, составляющую симптомъ туберкулезнаго менингита на основаніи мозга.

Въ эпоху, о которой я говорю, не было недостатка въ клиническихъ данныхъ, показывающихъ, какую роль въ происхожденіи нѣкоторыхъ черепно-мозговыхъ разстройствъ играетъ повышеніе внутри-черепного давленія и спасительное вліяніе всякаго вмѣшательства, которое имѣетъ цѣлебное дѣйствіе на этотъ патогенетическій элементъ. Извѣстно, что при травматическомъ поврежденіи черепа, сопровождаемомъ изліяніемъ крови между твердой мозговой оболочкой и черепными костями, достаточно трепанировать черепную коробку и удалить

¹⁾ К е е n.—Medical News, 1 Дек. 1888.

²⁾ Von-B e r g m a n n.—Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten. Berlin, 1889.

сгустки крови, образовавшіеся вслѣдъ за разрывомъ средней мозговой оболочки, чтобы тотчасъ-же исчезли проявленія весьма высокой важности, а именно: коматозное состояніе, судороги, замедленіе пульса, замедленіе и перемежающаяся приостановка дыханія. Извѣстно, что въ случаяхъ внутри-черепныхъ поверхностныхъ опухолей, а также въ случаяхъ, гдѣ новообразование исходитъ изъ твердой мозговой оболочки, такіе симптомы, какъ головная боль, рвота, судороги, со дня на день ослабѣваютъ и даже совершенно исчезаютъ, когда эта опухоль, разrostаясь изнутри кнаружи, прободаетъ черепную крышку. Съ другой стороны опытъ показалъ, что, впрыскивая растопленный воскъ въ черепную полость животнаго, наблюдаютъ, что пульсъ замедляется и наступаетъ коматозное состояніе, которое, по мѣрѣ увеличенія посторонней массы, впрыскиваемой въ черепъ, также постепенно усиливается; въ извѣстный моментъ замедленіе пульса замѣняется ускореніемъ и животному тогда угрожаетъ смерть, но достаточно удалить изъ его черепа постороннее тѣло, чтобы приостановить эти угрожающія явленія. Болѣе полувѣка тому назадъ нашъ извѣстный *Ма ж а н д и* ¹⁾ также констатировалъ, что производя крововизліяніе у животнаго въ одномъ изъ полушарій при помощи остраго инструмента, вонзаемаго въ черепъ, вызываютъ параличъ и коматозное состояніе, но достаточно произвести трепанацію черепа и раздраженіе извѣстной области, которую *Ма ж а н д и* называлъ *nodus cursorius*, чтобы животное пришло въ себя и выполняло очень живыя движенія.

При этихъ условіяхъ понятно, что *Я стр о в и ч ѣ* въ работѣ о практическомъ значеніи черепно-мозговыхъ локализаций, опубликованной въ 1888 году, рѣшился заявить слѣдующее: при спинно-мозговыхъ опухоляхъ больные умираютъ гораздо менѣе отъ самой опухоли, насколько эта послѣдняя разрушаетъ нѣкоторыя части мозга, необходимыя для продолженія жизни, чѣмъ отъ высокаго давленія, производимаго новообразованиемъ и отъ являющагося результатомъ разстройства кровообращенія, которое и влечетъ за собою параличъ мозга и смерть.

Понятно также, что оперативное вмѣшательство въ случаяхъ черепно-мозговыхъ опухолей гораздо рѣже рекомендуется съ цѣлью удаленія новообразованія,—что часто невозможно и что еще рѣже достигаетъ радикальнаго излеченія,—чѣмъ съ цѣлью повліять благотворно на увеличеніе внутри-черепного давленія и на ближайшія и отдаленныя его послѣдствія.

Остановимся нѣсколько на томъ, что до сего времени достигнуто при помощи пункции желудочковъ въ случаяхъ черепно-мозговыхъ опухолей, къ которымъ невозможно было примѣнить радикальное вмѣшательство, ихъ удаленіе.

Предпринятая мной библиографическія изысканія съ цѣлью освѣтить вамъ

¹⁾ *Magendie*.—Leçons sur les fonctions et les maladies du système nerveux. Paris, 1836, p. 196.

этотъ вопросъ меня нѣсколько обманули. Всѣ,—какъ авторитетные хирурги, такъ равно и невропатологи высказались въ пользу пункции желудочковъ съ дренажемъ, или безъ онаго въ неоперируемыхъ случаяхъ внутри-черепныхъ опухолей; но много нужно приложить труда, чтобы найти случай, гдѣ это заявленіе было примѣнено на практикѣ.

Я вамъ указывалъ на Кина и Бергманна, какъ на принципиальныхъ сторонниковъ пункции желудочковъ въ неоперируемыхъ случаяхъ внутри-черепныхъ опухолей. Я вамъ укажу еще на Брунса ¹⁾, на Алленъ Старра, которые высказывались въ этомъ же смыслѣ. Во всякомъ же случаѣ, помимо приведеннаго мной раньше наблюденія Кина, я знаю только лишь два примѣра пункции желудочковъ, произведенной въ случаяхъ мозговой опухоли съ цѣлью повліять на повышенное внутри-черепное давленіе. Эти оба примѣра были весьма недавно опубликованы. Одна пункция была произведена въ Берлинѣ хирургомъ Ганомъ ²⁾ у 30-лѣтняго мужчины, который въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ страдалъ нестерпимыми головными болями. Позже онъ совершенно ослѣпъ на лѣвый глазъ, а въ правомъ глазу зрѣніе ослабѣло. Заподозрѣли присутствіе опухоли (цистицеркъ) въ лѣвомъ мозговомъ полушаріи. Вслѣдъ за временной резекціей лобной кости наступило состояніе тяжелаго коллапса. Думая, что послѣдній зависить отъ острой водянки желудочковъ, Ганъ произвелъ пункцию желудочковъ, при чемъ вытекло 120 кубическихъ см. жидкости. Тотчасъ послѣ этого всѣ тяжелые симптомы исчезли и въ то же самое время зрѣніе слѣва улучшилось. Это улучшеніе продолжалось 18 мѣсяцевъ. Затѣмъ явленія, обусловившія необходимость первой операціи, возобновились. На этотъ разъ Ганъ удовлетворился тѣмъ, что сдѣлалъ поясничную пункцию, которая сопровождалась лишь весьма кратковременнымъ улучшеніемъ. Больной умеръ и при его вскрытіи былъ найденъ цистицеркъ въ Вароліевомъ мосту и въ передней половинѣ продолговатаго мозга.

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ Гейдельбергскій хирургъ ф.-Бакъ ³⁾ опубликовалъ три случая пункции боковыхъ желудочковъ, произведенной съ успѣхомъ, изъ которыхъ одинъ относится къ разсматриваемому нами вопросу. Онъ касается 13-лѣтней дѣвочки, у которой была діагностицирована опухоль въ задней затылочной ямкѣ. Больная представляла слѣдующіе симптомы: головную боль, рвоту, головокруженіе, склонность къ паденію вправо, уменьшеніе остроты зрѣнія, ограничившееся сначала лѣвой стороною, перешедшее затѣмъ въ полную слѣпоту,

¹⁾ B r u n s.—Ueber Hirntumoren mit spec. Berücksichtigung ihrer operativen Behandlung. (Neurologisches Centralblatt, 1893, № 11, S. 386).

²⁾ H a h n.—Ein Beitrag zur Chirurgie des Gehirns. (Deutsche medicin. Wochenschrift, 1896, № 14, S. 209).

³⁾ V o n B a c k.—Ueber Punction der Gehirnseitenventrikel. (Münchener medicin. Wochenschrift, 1896, № 10, p. 235).

эпилептиформные припадки съ потерей сознанія, тетаническія судороги въ правой рукѣ. Сдѣлана была временная резекція затылочной кости слѣва и произведена пункція бокового желудочка съ той же стороны, при чемъ было извлечено 40 куб. см. cerebro-спинальной жидкости. Операция была перенесена очень хорошо. Результатомъ ея было моментальное исчезновеніе головной боли и головокруженія и улучшеніе зрѣнія справа—черезъ нѣкоторый промежутокъ времени было сдѣлано еще двѣ пункціи съ такимъ же палліативнымъ успѣхомъ. Больная, когда было опубликовано наблюденіе, была еще въ живыхъ.

Я долженъ вамъ сказать, что знакомство съ этими двумя фактами меня въ концѣ концовъ и побудило сдѣлать пункцію желудочковъ у нашего больного. Быстрота, съ какой наступила роковая развязка, произвела на меня нѣкоторое впечатлѣніе и заставляетъ въ будущемъ меня относиться болѣе недоувѣрчиво, не смотря на аргументы, которые приводили и которые можно привести въ пользу этого палліативнаго вмѣшательства, считаемаго за безвредную сама по себѣ операцию.

Не лучше ли прибѣгать къ поясничной пункціи? Я этого не думаю. Я вамъ говорилъ, въ чемъ заключается эта операция; я вамъ сказалъ, что она пущена, такъ сказать, въ ходъ профессоромъ Квинке изъ Кіля. Ей приписывали одновременно діагностическое и терапевтическое значеніе, но послѣднее было сильно оспариваемо. Въ недавнемъ сообщеніи Фюрбрингеръ¹⁾ привелъ шесть случаевъ смерти, происшедшей вслѣдствіе поясничной пункціи, при чемъ четверо больныхъ умерли внезапно и любопытно то, что эти четыре случая относились къ субъектамъ, страдавшимъ черепно-мозговыми опухолями. Пять изъ этихъ больныхъ были оперированы Фюрбрингеромъ; понятно, что этотъ послѣдній пришелъ къ тому заключенію, что присутствіе черепно-мозговой опухоли составляетъ формальное противопоказаніе для поясничной пункціи. Онъ приписываетъ смертельный исходъ, который можетъ наступить при такихъ условіяхъ, тому, что присутствіе внутри-черепного новообразованія составляетъ препятствіе для восполненія жидкости, удаляемой при помощи пункціи.

Я вамъ сказалъ, что простая трепанация была рекомендована и была примѣняема съ цѣлью врачебнаго воздѣйствія на послѣдствія повышеннаго внутри-черепного давленія въ случаяхъ опухоли головного мозга. Англійскіе хирурги Горслей и Мэкъ-Юенъ²⁾ объявили себя сторонниками этого рода операции и

P. Fürbringer.—Plötzliche Todesfälle nach Lumbalpunktion. (Centralblatt für innere Medizin, 1896, № I, p. 1).

²⁾ Discussion on the treatment of cerebral tumours. Read in the section of surgery at the annual meeting of the British Medical Association, August, 1893, British medical Journal, 23 December 1893.

опубликовали въ пользу ея соотвѣтственные случаи. Б. Брамвэль ¹⁾ въ спорѣ о внутри-черепно-мозговой хирургіи, происходившемъ въ Единбургскомъ Медико-Хирургическомъ Обществѣ, также говорилъ въ пользу трепанаціи; онъ ожидаетъ особенно благотѣльнаго вліянія трепанаціи для зрительнаго неврита, который составляетъ обычное осложненіе опухолей основанія мозга, т. е., опухолей, чаще всего неподдающихся радикальному вмѣшательству. Довольно недавнее наблюденіе, опубликованное Гамбургскимъ хирургомъ Зенгеромъ ²⁾ служитъ доказательствомъ этого мнѣнія. Больной,—мужчина 27 лѣтъ, между другими проявленіями черепно-мозговой опухоли представлялъ признаки двухсторонняго зрительнаго неврита, геміанопсію и алексію; сверхъ того у него были эпилептиформные припадки. Центральное зрѣніе весьма быстро ослабѣвало. Больной былъ трепанированъ. Черезъ семь дней послѣ операціи у него не осталось никакихъ слѣдовъ отека сосковъ; послѣдніе представляли нормальный видъ. При этихъ условіяхъ Зенгеръ, не колеблясь, поддерживаетъ то положеніе, что при наличіи симптомовъ, указывающихъ на присутствіе черепно-мозговой опухоли имѣется полное основаніе дѣлать палліативную трепанацію въ томъ случаѣ, когда зрѣніе больного начинаетъ ослабѣвать и когда предвидится неизбѣжная слѣпота.

Въ противосѣсъ этимъ мнѣніямъ я вамъ приведу мнѣніе профессора Вѣнскаго университета Альберта ³⁾. Альбертъ призвелъ палліативную трепанацію въ трехъ случаяхъ черепно-мозговой опухоли. Онъ заявляетъ, что потерпѣлъ неудачу, что улучшеніе было кратковременное, болѣе же стойкое улучшеніе случилось лишь въ третьемъ случаѣ, гдѣ онъ вынужденъ былъ произвести нѣсколько послѣдовательныхъ трепанацій. Вѣнскій хирургъ называетъ полученные до сего времени при помощи этой операціи результаты «кратковременными и весьма ничтожными» и обращается къ людямъ, извѣстнымъ по своей опытности въ дѣлѣ черепно-мозговой хирургіи, чтобы они рѣшили, умѣстно ли удерживать палліативную трепанацію въ числѣ операцій, примѣняемыхъ въ случаяхъ черепно-мозговыхъ опухолей.

Призывомъ такого же рода я закончу эту лекцію; онъ относится ко всѣмъ вообще палліативнымъ операціямъ, которыя могутъ быть испробованы въ случаяхъ внутри-черепно-мозговыхъ опухолей. Этотъ вопросъ хирургической терапіи очень интересуетъ насъ, врачей, занимающихся спеціально нервными болѣзнями. Помимо случаевъ, гдѣ опухоли имѣютъ сифилитическое происхожденіе, всѣ другія опухоли почти совершенно не поддаются медицинскому леченію. Часто не имѣется никакого шанса на успѣхъ отъ попытки полного или даже частичнаго удаленія

¹⁾ B. B r a m w e l.—On intro-cranial surgery. Edimb. med. and surg. Journal, April, May, et Juny. 1844.

²⁾ S ä n g e r.—Neurologisches Centralblatt, 1895, № 10, S. 472.

³⁾ E. A l b e r t.—Einige Fälle von palliativer Trepanation bei Hirntumoren. Wiener medicin. Wochenschrift, 1895, № 1. 3 u. 5.

опухоли. Большинство явлений, обуславливаемых опухолями, несомненно составляют послѣдствіе повышеннаго внутри-черепнаго давленія; очень часто эти явленія ускоряютъ роковую развязку. Поэтому весьма желательно, чтобы хирурги, которые специально занимаются черепно-мозговой хирургіей, придумали болѣе лучший пріемъ, котораго слѣдуетъ держаться въ случаяхъ черепно-мозговыхъ опухолей, когда палліативное оперативное вмѣшательство является единственнымъ средствомъ, чтобы уменьшить или прекратить жестокия и мучительныя явленія и чтобы замедлить роковую развязку.

Лекція XXXIV.

Системная контрактура у одной изступленной ¹⁾.

Содержаніе. Наблюденіе случая контрактуры ногъ въ разгибательномъ положеніи.—Діагнозъ.—Алкогольный невритъ, разсѣянный въ формѣ бляшекъ склерозъ, истерія.—Общія контрактуры и контрактуры систематическія.—Ученіе П. Жанэ о системныхъ контрактурахъ. Назизчивая идея о распятіи въ связи съ этой контрактурой.—Теорія П. Жанэ. взаимномъ соотношеніи между контрактурой и каталепсией.

Мм. Гг. Случай, ²⁾ который я желаю вамъ показать сегодня, представляется, несомнѣнно, довольно страннымъ и очень рѣдкимъ, но тѣмъ не менѣе крайне интереснымъ для изученія какъ съ медицинской, такъ и съ психологической стороны, такъ какъ онъ составляетъ типъ явленій, чаще встрѣчаемыхъ и болѣе важныхъ, чѣмъ это вообще полагають.

Мы сначала изучимъ общій видъ этой больной, которая была доставлена въ нашу клинику нѣсколько времени тому назадъ и затѣмъ сравнимъ представляемая ею явленія съ тѣми, которыя мы весьма часто наблюдаемъ у нашихъ больныхъ и извлечемъ отсюда нѣкоторыя научныя свѣдѣнія для пониманія нѣкоторыхъ контрактуръ.

Васъ прежде всего поражаетъ то, какъ больная передвигается и какъ она ходитъ по палатѣ. У нея, какъ вы видите, пятки при ходьбѣ очень приподняты отъ пола и она ихъ вовсе не опускаетъ; она ходитъ на кончикахъ пальцевъ, какъ опереточная танцовщица, или, лучше сказать, какъ это дѣлаютъ собаки; она стала пальцеходящей (Рис. 108). Мы сами въ этомъ положеніи можемъ

¹⁾ Лекція эта составлена и редактирована д-ромъ П. Жанэ, директоромъ психологической лабораторіи.

²⁾ Это наблюденіе было также предметомъ сообщенія, сдѣланнаго профессоромъ Раймондомъ и д-ромъ П. Жанэ на конгрессѣ психологій въ Мюнхенѣ, въ 1896 г.

удержаться въ теченіи нѣсколькихъ минутъ, но мы не можемъ сохранять его постоянно, какъ это дѣлаетъ эта особа, для которой при этомъ не слишкомъ трудно передвигаться. Правда, во время прогулки она ходитъ медленно и походка ея нѣсколько затруднена, но она не падаетъ; она сходитъ и поднимается на лѣстницу, не нуждаясь въ посторонней помощи. Правда, она быстро утомляется и испытываетъ потребность въ теченіи нѣсколькихъ часовъ во время дня находиться, растянувшись, на постели. Она никогда не опускаетъ стопъ, чтобы онѣ коснулись почвы, даже и тогда, когда она лежитъ въ своей постели, она не пригибаетъ стопъ къ голени. Если вы прибавите къ этому, что эта странная походка упорно держится безъ измѣненія уже три года, вы тогда согласитесь со мной, что тутъ мы имѣемъ дѣло со страннымъ фактомъ, который намъ рѣдко приходится наблюдать даже при наиболѣе выраженныхъ спастическихъ состояніяхъ нижнихъ конечностей.

Очевидно, какъ это мы констатируемъ при изслѣдованіи мышцъ нижнихъ конечностей, что тутъ имѣется дѣло съ контрактурой ногъ въ разгибательномъ положеніи. Нѣкоторая степень мягкости, которую какъ кажется, представляютъ голени ногъ, пусть васъ не вводитъ въ обманъ: она зависитъ отъ значительной полноты икръ и вы прежде всего ощупываете лишь находящійся подъ кожей жировой слой. Если вы будете настойчивы, то глубже вы прощупаете твердые и сокращенныя икроножныя мышцы. Вы еще легче обнаружите тогда же контрактуру въ приводящихъ мышцахъ бедеръ, которыя нельзя раздвинуть. Дѣло идетъ, очевидно о контрактурѣ нижнихъ конечностей, свойство которой слѣдуетъ опредѣлять. Чтобы пополнить наше изслѣдованіе, припомнимъ вкратцѣ прошлое больной и начало этой болѣзни. Вы увидите сейчасъ, что перечень фактовъ, сообщенной больной, необходимо пополнить другими свѣдѣніями.

Vk. женщина 42-хъ лѣтъ, небольшого роста. Она не сообщаетъ намъ очень интересныхъ свѣдѣній о своихъ родныхъ; ея отецъ страдалъ болѣзью сердца, былъ слабаго сложенія и нервный; ея тетка по отцу въ возрастѣ 36-ти лѣтъ была разбита параличемъ и умерла послѣ этого черезъ 10 лѣтъ.

Мать ея, кажется, была невропатка, у нея была рвота и неудержимая икота; она умерла отъ апоплектического удара. Двѣ сестры больной, кажется, пользовались хорошимъ здоровьемъ, хотя у одной изъ нихъ довольно часто бывали мигрени.

Послѣ кори, бывшей въ дѣтствѣ больная имѣла въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ, отъ 3-хъ до 7-ми лѣтъ, судорожный кашель, который появлялся каждый день приступами, длившимися нѣсколько часовъ. Около 7-ми лѣтнаго возраста эти приступы кашля замѣнились рвотой, которая происходила, не переставая, въ теченіи одного или двухъ мѣсяцевъ; прекращалась на нѣсколько недѣль, и затѣмъ возобновлялась. Эта рвота никогда совершенно не проходила, она существуетъ еще и теперь; въ теченіи мѣсяцевъ у больной удаляется рвотой почти

все, что она съѣдаетъ. Между тѣмъ она отъ такого питанія, доведеннаго до minimum'a, кажется, не слишкомъ страдала и не худѣла.

На другія патологическія явленія больная не указываетъ. Регулы у нея были правильныя; не смотря на рвоту, она чувствовала себя довольно хорошо до 25-ти лѣтъ. Въ это время начались боли, которыя локализовались особенно въ ногахъ и которыя она считала ревматическими болями. Эти боли были жестоки, стопы ногъ горѣли, точно ихъ раздавливали въ тискахъ или какъ бы что пронизывало сквозь нихъ; эти сильныя боли, вначалѣ, появлялись особенно по ночамъ. Утромъ боли уменьшались, но стопы ногъ оставались оцѣпенѣвшими, пальцы какъ-бы мертвыми, т. е. нечувствительными и парезированными.

Эти боли періодически усиливались, затѣмъ на болѣе или менѣе долгій періодъ времени исчезали, но неправильно повторялись въ теченіи 12-ти лѣтъ. Три года тому назадъ, т. е., когда больной было 38 лѣтъ, эти боли были особенно сильны, именно во время зимы, особенно, какъ хорошо это помнитъ больная, въ ночь на Рождество Христово. Вслѣдъ за этими страшными болями мало по малу развилось новое явленіе: больной трудно стало ставить стопу ноги на полъ и она чувствовала, что пятка ея приподнимается все выше и выше. По мѣрѣ того, какъ стопа вытягивалась, боли замѣтно уменьшались. По прошествіи нѣсколькихъ ночей у больной обѣ голени были сведены въ томъ положеніи, какое вы видите и она стала ходить на пальцахъ.

При такой затрудненной походкѣ она въ теченіи двухъ лѣтъ ходила по госпиталямъ и перебивала въ различныхъ отдѣленіяхъ Отель-Дьё, Биша, Неккеръ и другихъ больницъ. Въ каждомъ отдѣленіи болѣзнь ея діагностицировалась различно и, наконецъ, не зная, что больше дѣлать съ ней, послали ее въ Сальпетриеръ, чтобы мы постарались распознать ея болѣзнь.

Въ различныхъ отдѣленіяхъ, гдѣ была больная, ставили у Vк. разный діагнозъ,—мы быстро обсудимъ эти діагнозы. Чаше всего говорили о невритѣ, особенно же объ алкогольномъ невритѣ. Сильныя боли въ стопахъ ногъ, появляющіяся преимущественно по ночамъ, естественно вызывали эту мысль. Между тѣмъ я вамъ напому, что невриты этого рода оканчиваются всегда параличами и часто сопровождаются атрофіей, постояннымъ разстройствомъ чувствительности и разстройствомъ рефлексовъ. Здѣсь мы не видимъ ничего подобнаго, стопа ногъ не была парализована, за исключеніемъ того, что было небольшое оцѣмѣніе въ пальцахъ ноги, но ово было на самомъ началѣ контрактуры: рефлексы нормальны, чувствительность, особенно если разсматривать правую ногу, была не затронута. При этомъ у этой женщины нѣтъ никакихъ признаковъ алкоголизма, имѣющая у нея рвота имѣетъ совершенно другое значеніе. Наконецъ извѣстно, что она совершенно никогда не пила. Уже три года, какъ она находится въ госпиталяхъ, и можно легко констатировать, что она питается исключительно только небольшимъ количествомъ молока и хлѣбомъ. Другіе невриты, какъ, напр., не-

вриты инфекціоннаго происхожденія, мнѣ кажется, въ силу тѣхъ же самыхъ соображеній должны быть исключены.

Я скажу лишь о поставленномъ у нея странномъ діагнозѣ; эту контрактуру считали результатомъ пораженія, вызваннаго выкидышемъ. Я же вамъ заявляю, что эта больная никогда не была беременной, никогда у ней не было выкидыша: больная дѣвственница.

Гораздо болѣе серьезнымъ представляется діагнозъ разлитого въ формѣ бляшекъ склероза, который нѣкоторое время смущалъ также и насъ. Эта болѣзнь, дѣйствительно, часто вызываетъ спастическое состояніе въ нижнихъ конечностяхъ и у насъ въ клиникѣ было нѣсколько такихъ примѣровъ. Я вамъ прежде всего скажу, что множественный склерозъ вызываетъ обыкновенно болѣе обширныя контрактуры, распространяющіяся болѣе неправильно на нижнихъ конечностяхъ. Словомъ, наши больные, имѣющіе контрактуру вслѣдствіе спинно-мозгового склероза въ формѣ бляшекъ, не могутъ ходить и никогда не будутъ такъ держаться на пальцахъ, какъ эта больная. Кромѣ того это спастическое состояніе вслѣдствіе склероза сопровождается, весьма понятно, повышеніемъ колѣнныхъ рефлексовъ и весьма характернымъ спинно-мозговымъ дрожаніемъ. Хотя и трудно провѣрить здѣсь это явленіе по причинѣ ригидности ногъ, но нельзя ошибиться въ томъ, что этихъ двухъ важныхъ признаковъ спинно-мозгового пораженія здѣсь не существуетъ. Нельзя принимать за повышение колѣнныхъ рефлексовъ неправильность, или возбужденіе колѣнныхъ рефлексовъ, которые не имѣютъ ничего характернаго. Наконецъ легко замѣтить, что здѣсь невозможно было констатировать ни одного изъ другихъ симптомовъ склероза въ формѣ бляшекъ.

Исключивъ эти діагнозы, остается признать, что мы, весьма вѣроятно имѣемъ дѣло съ истерической контрактурой. Существованіе этой контрактуры безъ измѣненій въ теченіи трехъ лѣтъ, правильное распредѣленіе въ икрахъ и въ приводящихъ мышцахъ бедеръ, отсутствіе разстройствъ со стороны рефлексовъ, отсутствіе трофическихъ явленій и разстройство со стороны сфинктеровъ,—оправдываютъ это предположеніе.

Внимательно изслѣдуя больную, можно констатировать незначительное разстройство чувствительности, которое можетъ быть замѣчено лишь при употребленіи эстезіометра, но это разстройство выражено довольно ясно. На нижней поверхности праваго запястья больная различаетъ двѣ точки при разстояніи чужекъ эстезіометра на 25 миллиметровъ, на соотвѣтствующемъ мѣстѣ лѣвой стороны она различаетъ двѣ точки лишь при разстояніи ножекъ въ 35 миллиметровъ. Такъ какъ больная—особа интеллигентная, то она хорошо сама сознаетъ это и говоритъ, что ей кажется, что эти точки сближаются, когда, сохраняя то же самое разстояніе, переносятъ инструментъ съ правой стороны на лѣвую. Наконецъ, имѣющійся у больной кашель и особенно постоянныя рвоты, кажется, должны быть отнесены къ неврозу. Но нужно признаться, что эти указанія довольно сбивчивы и мы

могли бы остаться въ неизвѣстности, если бы болѣе полное изученіе этого симптома какъ со спеціальной точки зрѣнія, такъ и съ психологической точки зрѣнія, не привело насъ къ болѣе точному выясненію его значенія и даже его патогенеза.

Если эта контрактура ногъ есть истерическая контрактура, то надо по крайней мѣрѣ признать, что это не банальная контрактура и въ многомъ отличается отъ



Рис. 108.

контрактуръ, которыя мы обыкновенно наблюдаемъ. Нѣтъ ничего болѣе обыденнаго, въ это знаете, какъ контрактура обѣихъ ногъ въ разгибательномъ положеніи у истериковъ; вы будете встрѣчать это очень часто при разныхъ обстоятельствахъ, въ особенности вы можете часто констатировать такую контрактуру во время приступовъ большой истеріи или послѣ нихъ. Вы замѣтите, что эта контрактура общая, т.-е., что она захватываетъ безъ исключенія всѣ мышцы конечностей, изъ которыхъ каждая сильно сведена. Но такъ какъ мышцы-антагонисты имѣютъ неодинаковую силу, то вслѣдствіе этого конечность

принимаетъ извѣстное положеніе, которое почти всегда одно и то же. Бедра не могутъ быть пригнуты къ тазу; они находятся въ разгибательномъ положеніи; животъ выпяченъ впередъ; бедра прижаты одно къ другому вслѣдствіе контрактуры приводящихъ мышцъ (Рис. 108 и 110); голени — въ полномъ разгибательномъ положеніи по отношенію къ бедрамъ вслѣдствіе преобладающаго дѣйствія бедренной четырехглавой мышцы; стопы ногъ находятся также въ разгибательномъ положеніи. Но здѣсь слѣдуетъ прибавить нѣсколько важныхъ за-



Рис. 109.

мѣчаній относительно положенія стопъ: онѣ обыкновенно совсѣмъ не образуютъ прямой линіи съ голенью. Стопа производитъ вращательное движеніе внутрь и подошвенная ея поверхность повернута болѣе или менѣе сильно внутрь, какъ бы если преобладала передняя больше-берцовая мышца. Словомъ, контрактированная стопа у истериковъ чаще всего принимаетъ положеніе, такъ называемой, лошадиной стопы. Наконецъ, прибавимъ, что пальцы сильно согнуты въ направленіи къ подошвенной поверхности. Вы можете констатировать эти признаки или на рисункахъ П. Риче¹⁾, или на этой фотографіи, представляющей полную контрактуру одной изъ нижнихъ конечностей (Рис. 109). Итакъ вы видите, что

¹⁾ Paul Richer.—Etudes cliniques sur la grande hystérie, 1885, p. 14, 40.

контрактура у нашей больной нисколько не соответствует этому описанію. Бедро могут сгибаться по направленію къ тазу; они находятся только въ положеніи приведенія, голени отчасти могут быть пригибаемы къ бедрамъ; стопа образуетъ прямую линію съ голенью, лѣвая только имѣетъ положеніе *pes equinus*, но безъ слѣдовъ *varus equinus*; наконецъ, пальцы не согнуты, они даже подвижны,— это то и позволяетъ больной ходить (Рис. 110).

Надо ли говорить, что это не полная, частичная контрактура. Это слово можетъ быть понимаемо двояко: частичная контрактура есть та, когда она за-

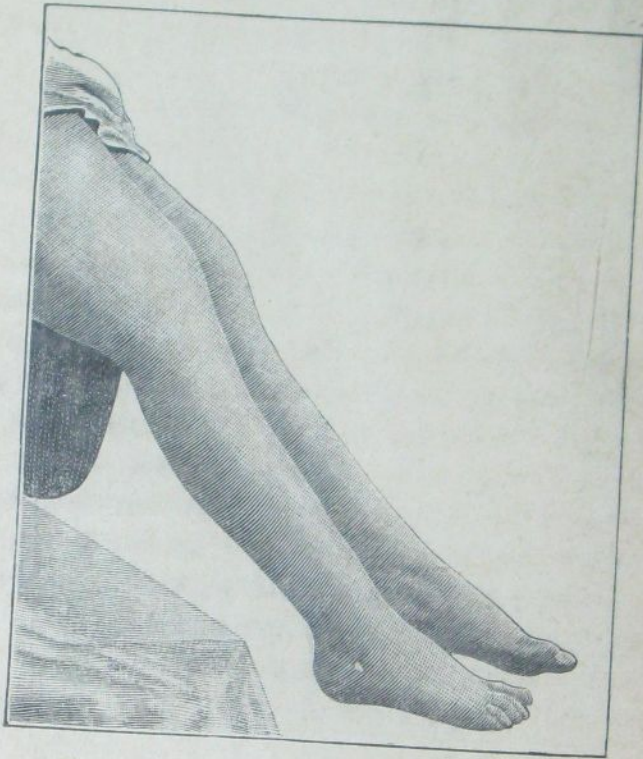


Рис. 110.

хватываетъ лишь одинъ сегментъ конечности, но въ такомъ случаѣ этотъ сегментъ сохраняетъ предъидущіе признаки, стопа находится въ положеніи *varus equinus* со сведенными пальцами и проч.; или же контрактура называется частичной потому, что она не полная и при ней возможны еще нѣкоторыя движенія. Здѣсь не имѣется еще не одной изъ этихъ контрактуръ; спастическое состояніе разсѣяно въ нѣсколькихъ сегментахъ конечности и тамъ, гдѣ находится, оно полное.

Нужно знать, что здѣсь это явленіе имѣетъ совершенно особый характеръ; контрактура не распространяется на всѣ мышцы одинаково, а только на нѣкоторыя изъ нихъ и притомъ неравномѣрно, что и вызываетъ извѣстное положеніе,

соотвѣтствующее дѣйствию мышцъ. Словомъ, сведенныя мышцы образуютъ систему,—контрактура является системной. Системныя явленія хорошо извѣстны въ истеріи и они очень важны, такъ какъ изученіе ихъ по большей части было исходной точкой психологическихъ изслѣдованій при этой болѣзни. Вы хорошо знаете появляющіяся системныя анестезіи, когда больной не узнаетъ больше и не слышитъ голосъ извѣстнаго лица, между тѣмъ какъ онъ видитъ и слышитъ всѣхъ другихъ. Вы знаете также системныя параличи, которые такъ часто встрѣчаются, когда больной не можетъ производить какого-либо одного акта движенія, между тѣмъ, какъ другія движенія онъ хорошо выполняетъ: такъ, онъ не можетъ напимѣрь ходить, но можетъ бѣгать и прыгать и проч. Но менѣе часто указывали на этотъ же самый признакъ, когда онъ появлялся при контрактурахъ. Нѣкоторые авторы, особенно прежніе магнетизеры, указываютъ на него, какъ это мы сейчасъ увидимъ при изученіи каталепсін. Но одно изъ первыхъ точныхъ описаній явленія системныхъ контрактуръ, если я не ошибаюсь, было дано г-номъ Пьеромъ Жане въ его книгѣ о психическомъ автоматизмѣ.

Этотъ авторъ замѣчаетъ прежде всего, что такіе факты, какъ системныя параличи и анестезіи, легко констатируются въ теченіи опытовъ со внушеніемъ. «При тѣхъ же самыхъ условіяхъ, говоритъ онъ, происходитъ иногда, правда, болѣе рѣдко, вмѣсто паралича контрактура. Я хочу съ N возобновить одинъ изъ предъидущихъ опытовъ и внушу ей при своемъ пробужденіи помолиться. Дѣло происходитъ также, какъ и раньше, но она не рѣшается опустить рукъ. Находя, что опытъ продолжался достаточное время, я хочу взять ея руки, чтобы вывести ихъ изъ этого страннаго положенія, но былъ пораженъ, встрѣтивъ большое сопротивленіе; мышцы предплечій и кистей рукъ были совершенно контрактированы и удерживали безконечно предплечья въ этомъ положеніи. Когда больная замѣтила свою контрактуру и начала пугаться, то нужно было ее снова усыпить, и тогда контрактура легко исчезла. L. представляла также аналогичное явленіе, но только одинъ разъ. Я ей внушилъ взять при своемъ пробужденіи цвѣтокъ изъ букета, она безсознательно это исполнила, но черезъ минуту взглядываетъ на свои руки и взвизгиваетъ: кисть руки была контрактирована въ очень трудномъ, но въ красивомъ положеніи: большой и указательный были сближены и держали розу, другіе пальцы слегка согнуты, и были также тугоподвижны ¹⁾).

Я замѣчу, что описанныя П. Жане контрактуры произошли случайно и не были непосредственно внушаемы, вотъ почему они и были наблюдаемы имъ рѣдко. Но если захотятъ вызвать ихъ путемъ прямого внушенія, заявивъ субъекту, что его рука сдѣлается неподвижной и останется въ принятомъ ею положеніи, то можно вызвать произвольно эти вполне характерныя системныя контра-

¹⁾ Pierre Janet.—Automatisme psychologique, 1889, p. 358 et 361.

ктуры. Вотъ кисть больной В. (Рис. 111), которой внушено было держать руку и кисть ея руки контрактурована въ этомъ положеніи. Контрактура, продолжавшаяся часть времени,—очень сильная; каково бы ни было положеніе конечности, контрактура можетъ длиться очень долгое время и, быть можетъ, въ состояніи вызвать серьезное явленіе, если бы его не прервали.

Черезъ нѣсколько страницъ дальше, въ отдѣлѣ *Revue philosophique* ¹⁾, тотъ же самый авторъ описываетъ системныя контрактуры подобнаго рода, которыя произошли естественнымъ путемъ, безъ всякаго экспериментальнаго внушенія. «Женщина 26 лѣтъ, очевидно истеричка, поссорилась съ мужемъ и подняла кулакъ, чтобы его побить; какъ бы въ наказаніе съ неба, правая рука осталась контрактурованной въ положеніи нанесенія удара кулакомъ... Молодой, 19-ти лѣтъ,

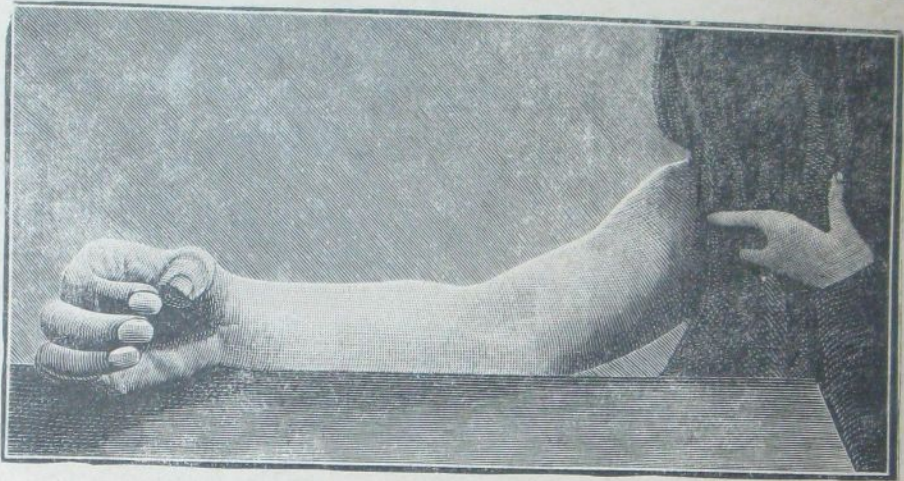


Рис. 111.

морякъ, страдающій истеріей, съ анестезіей почти по всему тѣлу, получаетъ довольно сильный ударъ катившейся по палубѣ бочкой въ нижнюю часть груди. Онъ при этомъ не испытывалъ никакой боли, но остался совершенно согнутымъ впередъ, въ крайне тяжеломъ положеніи, которое сохранялъ въ теченіи цѣлаго мѣсяца, когда Пилъе, главный врачъ любезно предоставилъ мнѣ его поизслѣдовать. Контрактурированы были только переднія грудныя мышцы и мышцы живота, что и обусловливало это положеніе».

Въ своей книгѣ объ истерическихъ параличахъ и контрактурахъ П. Ришэ указываетъ, что нѣкоторыя контрактуры заслуживаютъ того, чтобы ихъ называть психическими, потому что обусловливаемое ими положеніе зависитъ отъ идеи.

Въ своей послѣдней книгѣ о психическихъ явленіяхъ у истериковъ, появившейся въ 1893 году, П. Жанэ затрогиваетъ этотъ важный вопросъ и при-

¹⁾ Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme. (*Revue philosophique*, 1888. Т. 1, р. 243).

водить новые примѣры контрактуръ этого рода, появившихся самопроизвольно ¹⁾. Онъ особенно настаиваетъ на одной изъ своихъ больныхъ, у которой нѣсколько разъ вслѣдствіе извѣстныхъ сновидѣній конечности были фиксированы въ своеобразныхъ положеніяхъ. Ей снилось, что она безъ конца поднималась по лѣстницѣ вверхъ и она проснулась съ ногой, оставшейся на половину согнутой, какъ бы для того, чтобы взойти на ступеньку. Увлеченная изученіемъ игры на пианино, она грезилла экзерсисами и разъ въ теченіе цѣлаго дня ея обѣ кисти рукъ были контрактированы въ положеніи пианиста, когда онъ старается взять октаву; нужно было ее усыпить, чтобы возвратить нормальное положеніе ея пальцевъ.

Въ дѣйствительности такіе примѣры не рѣдки и когда обращено вниманіе на это явленіе, то можно наблюдать ихъ въ большомъ числѣ. Чтобы доказать это, я вамъ скажу, что между больными, изученными за этотъ годъ въ учрежденной при нашей клиникѣ психологической лабораторіи было три весьма точныхъ наблюденія системныхъ контрактуръ, которыя только что мнѣ сообщилъ П. Жанэ.

1) Припомните-ли себѣ этого бѣднаго молодого человѣка R..., котораго я показывалъ вамъ на одной изъ моихъ лекцій по вторникамъ? Онъ уже совершилъ 7 большихъ побѣговъ. Онъ бѣжалъ изъ своей фруктовой лавки, пробродилъ по Франціи въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, нанимаясь въ это время въ качествѣ бурлака, онъ тащилъ барку за веревку въ компаніи съ осломъ; затѣмъ онъ проснулся въ какой-то деревушкѣ, не зная, откуда онъ пришелъ. Онъ легко поддавался внушенію и рассказалъ во время сна свои дорожныя приключенія. Его мало-по-малу научили противостоять этимъ опаснымъ желаніямъ и воспрепятствовали совершать новыя бѣгства. Но мечта о путешествіи тѣмъ не менѣе не переставала существовать у него, и ночью, лежа въ своей постели, онъ своими ногами дѣлалъ такія движенія, какъ будто онъ шелъ. Утромъ онъ проснулся съ ногами, сведенными въ разгибательномъ положеніи; ноги были удалены одна отъ другой, стопа согнута по направленію къ голени—словомъ, въ томъ положеніи, какъ при ходьбѣ. Это положеніе сохранилось и послѣ сна.

2) Vо... женщина, 32 лѣтъ; у нея было нѣчто въ родѣ torticollis, голова была откинута кзади и контрактура шейныхъ мышцъ препятствовала головѣ опуститься. Эта женщина поступила въ госпиталь послѣ того, какъ она присутствовала на похоронахъ человѣка, умершаго отъ тетануса. Она стала объяснять симптомы тетануса и въ это время замѣтила, что она сама страдаетъ тѣмъ же самымъ.

3) Но .. представляетъ точно такое же положеніе, голова сильно отклонена и заднія шейныя мышцы сведены. Но на этотъ разъ—это положеніе

¹⁾ Accidents mentaux des hystériques, 1893, p. 109.

было вызвано другой причиной; больная упала съ лѣстницы, ея шея легла на одну ступеньку, а голову она запрокинула назадъ. Ей кажется, что она падаетъ назадъ, у нея имѣется постоянный страхъ и она безсознательно продолжаетъ одно то же самое движеніе.

Интересно отмѣтить здѣсь, какъ одинъ и тотъ же симптомъ,—откидываніе головы назадъ,—можетъ быть приписанъ такимъ довольно различнымъ психологическимъ фактамъ, какъ навязчивая ипохондрическая идея и воспоминаніе о травмѣ. Измѣняется-ли отъ этого хоть немного предсказаніе, ибо ипохондрическихъ идей я всегда опасюсь? Можетъ быть случайно въ этомъ случаѣ этотъ страхъ оправдался, такъ какъ первой больной гораздо труднѣе излечиться, чѣмъ второй.

Какъ-бы то ни было, вы видите, что эти явленія наблюдаются довольно часто и что контрактура у нашей больной Vк. относится къ категоріи хорошо извѣстныхъ фактовъ, но не смотря на это все-таки остается серьезное затрудненіе. Во всѣхъ предыдущихъ случаяхъ эти контрактуры были вызваны навязчивыми идеями. Какая же можетъ быть навязчивая идея у Vк., чтобы держаться приподнятой на пальцахъ ногъ? Эту идею было трудно обнаружить, такъ какъ больная, не подозрѣвавшая важнаго значенія ея, тщательно скрывала эту идею.

Vк., какъ я вамъ говорилъ,—старая дѣва, которая жило абсолютно одна, безъ родныхъ и безъ друзей; со времени ея дѣтства единственнымъ для нея утѣшеніемъ, единственной думой была религія. Она имѣетъ горячую вѣру, экзальтированное религіозное чувство, которое не лишено трогательности, хотя часто она приближается къ бреду. Жанаэ нужно было выслушать ее, такъ какъ онъ однажды замѣтилъ небольшой отекъ ногъ, и былъ удивленъ, увидѣвъ, что грудь ея покрыта рубцами отъ ожоговъ. Эти большія ожоги изображали буквы J. M. величиной въ 7 — 8 смт., затѣмъ сердце, увѣнчанное крестомъ. Больная увѣряла, что она сама помѣтила себя такъ раскаленнымъ желѣзомъ. Она постоянно носить подъ своей рубашкой большой деревянный крестъ и постоянно она или молится, или занята религіозными мыслями. Поразительно то, что она сохраняетъ большой здравый смыслъ и скрываетъ, насколько то возможно, свои постоянныя религіозныя занятія.

Если мало-по-малу пріобрѣсти ея довѣріе, то она въ концѣ концовъ высказываетъ нѣкоторыя странныя чувства, которыя, помимо ея воли, уже нѣсколько лѣтъ властвуютъ надъ ней. У нея есть чувство, что она приподнята, что она поднимается на небо, но такъ какъ она сохранила здравый смыслъ, то это чувство ей кажется страннымъ и она колеблется между двумя идеями:

«Если это продолжится, говоритъ она, то произойдутъ двѣ вещи: или я разобью носъ, или улечу въ воздухъ. Я не удержусь больше на землѣ, надо, чтобы я дѣлала большое усиліе, чтобы касаться земли концомъ стопы». Всѣ ея иде и

группируются около этой мысли, она любитъ смотрѣть, когда небо чистое, она больна, когда облака закрываютъ небо и пр.; я не могу останавливаться на этихъ подробностяхъ.

При наличіи этихъ фактовъ не естественно-ли предположить, что религіозное чувство, что идея быть взятой на небо вызвала это положеніе, которое принимаютъ часто иступленные—словомъ, что мы здѣсь имѣемъ дѣло съ религіозной навязчивой идеей. Это первое объясненіе, которое предложилъ мнѣ Ж а н э и я склоненъ присоединиться къ нему. Затѣмъ Ж а н э подмѣтилъ новыя подробности и мы должны нѣсколько измѣнить наше мнѣніе, время отъ времени у Vк.—бываютъ и другія явленія, она утрачиваетъ способность двигаться, остается неподвижной, поглощенной своими религіозными мыслями, въ какомъ-то восхищеніи, напоминающемъ какъ-бы истерическіе припадки, или разновидность сомнамбулизма, во время которыхъ, какъ это доказалъ Ж а н э, умъ всецѣло занятъ одной и той же мыслью, что препятствуетъ сознать что-либо другое,—эти припадки вполне подтверждаютъ поставленный нами діагнозъ истеріи, но нѣкоторые изъ припадковъ, наблюдавшихся въ нашей клиникѣ, имѣютъ особенное значеніе. Ночью, сосѣдка больной была удивлена ея положеніемъ, она приблизилась и увидѣла, что Vк. лежала распростертой на кровати, руки ея были раскинуты какъ на крестѣ, въ состояніи полного оцѣпененія: она имѣла такимъ образомъ положеніе распятой на крестѣ. Это положеніе продолжалось нѣсколько часовъ, и до пробужденія больной его невозможно было измѣнить. За Vк. слѣдили во время ночи и констатировали, что очень часто, каждая двѣ или три ночи, такой припадокъ съ этой позой возобновлялся. Больная, разспрашиваемая въ этомъ направленіи, кончила тѣмъ, что объявила, что она постоянно, помимо своей воли, думала о крестѣ и о мученіяхъ Иисуса Христа. Она испытывала чувство, какое бываетъ при пыткахъ, она чувствовала, какъ ее тащили за всѣ четыре конечности, она чувствовала могучую силу, которой растягивали ей руки въ формѣ креста во время ночи и иногда даже во время дня, наконецъ, она испытывала боль въ ладоняхъ рукъ и на тыльной поверхности стопъ; эта боль въ стопахъ была очень острая при началѣ болѣзни, три года тому назадъ, въ ночь на Рождество Христово, когда она чувствовала, что ея ступни какъ-бы были проколоты гвоздями. Вотъ, слѣдовательно, эти знаменитыя боли, принимаемыя въ началѣ болѣзни за ревматическія, за алкогольный невритъ и проч. Они обязаны своимъ происхожденіемъ грезѣ о прикрѣпленіи стопъ и кистей рукъ къ деревянному кресту.

Путемъ одного очень рѣдкаго наблюденія мы могли-бы, впрочемъ, констатировать доказательство того, что мы здѣсь предполагаемъ. Два мѣсяца тому назадъ, по случаю религіознаго праздника, Vк. пришла съ жалобой, что у нея больше стала болѣть правая стопа, она показала намъ небольшое пораженіе эпидермиса, которое образовалось по срединѣ тыльной поверхности стопы; это былъ уже вскрытый пузырь волдыря, изъ котораго вытекало немного кровяной сыворотки. П. Ж а

на въ виду этого явленія ограничился тѣмъ, что наложилъ предохранительную повязку не только на больную стопу, но и на лѣвую стопу, которая была совершенно здорова и закрѣпилъ повязку булавками, прикрытыми восковыми печатями. Все это онъ, господа, создалъ для того, чтобы просто провѣрить, разовьется-ли симметрическое пораженіе на мѣстѣ, вполне защищенномъ отъ произвольныхъ и непроизвольныхъ изъязвленій. Черезъ нѣсколько дней,—печати были совершенно цѣлы,—онъ развязалъ повязку, подъ которой на симметричномъ мѣстѣ нашелъ такой же самый волдырь. Появились дѣйствительные признаки, подтверждающіе свойство постоянной грезы этой больной.

Несомнѣнно, поза Vк. можетъ быть объяснена идеей вознестись на небо, положеніемъ изступленныхъ; дѣйствительно, у больной бывали иногда экстазы съ положеніемъ подобнаго рода, но настоящее положеніе обязано своимъ происхожденіемъ нѣсколько иной навязчивой идеи, а именно: идея страданія Іисуса, идея распятія. Вѣроятно, что въ ночь на Рождество Христово развился большой припадокъ экстаза вмѣстѣ съ грезой о смерти Іисуса Христа и что этотъ припадокъ оставилъ послѣ себя эту навязчивую идею. Идея, мало-по-малу развиваясь, вызывала полусознательно боли въ стопахъ двоякимъ путемъ: 1) путемъ мысли о гвоздяхъ, вонзаемыхъ въ стопы, 2) путемъ образованія контрактуръ, которыя, какъ извѣстно, болѣзненны, когда онѣ не полны и когда больной борется съ ними. Позже эта идея, все болѣе и болѣе укрѣпляясь, благодаря повторяющимся экстазамъ, довершили полную контрактуру голеней, сохраняя систематизированное положеніе. Вы видите, что психологическое изученіе можетъ быть иногда полезно даже для того, чтобы разобраться въ клиническихъ симптомахъ, предъявляемыхъ больнымъ.

Я хотѣлъ бы изъ этихъ фактовъ извлечь нѣкоторыя поучительныя свѣдѣнія о натурѣ истерическихъ контрактуръ и напомнить вамъ ученіе П. Жанэ, которое этотъ случай особенно подтверждаетъ. Этотъ авторъ утверждалъ, что между контрактурой и каталепсіей имѣется большее сходство, чѣмъ это думаютъ, особенно съ частичной каталепсіей, которую раньше описалъ Лазегъ у анестезированныхъ истеричныхъ. Эти два явленія раньше были довольно близки, и Сенъ-Бурденъ въ своей книгѣ о каталепсіи (1841 годъ) говоритъ, что при произвольныхъ приступахъ этого рода конечности то легко подвижны, то сведены. Жанэ доказалъ, что существуютъ всѣ промежуточные степени между восковидной каталепсіей и системной контрактурой, что у одного и того же субъекта одно лицо, производящее ему внушеніе, или имѣющее на него вліяніе, вызываетъ восковидную каталепсію, а другое—контрактуру (впрочемъ, то же самое было и у Vк.) и что одно изъ явленій преобразуется въ другое.

Если это такъ, то можно во многихъ случаяхъ объяснить контрактуры, по крайней мѣрѣ, нѣкоторыя изъ нихъ такимъ же образомъ, какъ и эти каталептическія явленія. Онѣ, очевидно, зависятъ отъ извѣстныхъ мыслей, которыхъ больной часто и не сознаетъ вовсе, онѣ суть проявленія тѣхъ простыхъ бессознательныхъ

идей, которыя при ихъ полномъ развитіи вызываютъ автоматическое писаніе. Системныя контрактуры, вѣроятно, представляютъ собой идентичные факты и ихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно разсматривать, какъ проявленіе извѣстныхъ навязчивыхъ безсознательныхъ идей.

Не надо забывать, что, согласно замѣткѣ того же автора, контрактуры имѣютъ наклонность обобщаться, захватывать мало-по-малу всѣ мышцы конечности и утрачивать такимъ образомъ свой системный видъ ¹⁾). Вотъ почему это объясненіе могло быть примѣнено также и къ нѣкоторымъ контрактурамъ, по внѣшности обобщившимся, но которыя чаще, чѣмъ это думаютъ, были въ началѣ системными. Мы все-таки воздержимся отъ обобщенія и отъ объясненія такимъ образомъ всѣхъ истерическихъ контрактуръ. Это—явленіе довольно сложное, истолкованіе котораго очень трудно. Намъ достаточно начинать понимать нѣкоторыя изъ нихъ.

То, что я сейчасъ вамъ сказалъ, меня освобождаетъ отъ леченія этой болѣзни: это значило бы взяться за трудный вопросъ леченія безсознательныхъ навязчивыхъ идей, о которыхъ я вамъ уже нѣсколько разъ говорилъ. Вы, впрочемъ, догадываетесь, что такой больной, какъ Vк., страдающей уже нѣсколько лѣтъ религіознымъ бредомъ, боящейся всякаго внимательства, столь недовѣрчиво относящейся ко всякому, кто бы онъ ни былъ, кто касается ея религіозныхъ чувствъ,—леченіе почти невозможно. Въ большинствѣ другихъ случаевъ оно наоборотъ легко, но оно не можетъ быть успѣшнымъ безъ психологическаго пониманія клиническихъ симптомовъ.

Лекція XXXV.

Психопатическія разстройства мочеиспусканія ²⁾).

Содержаніе. — Актъ мочеиспусканія. — Наблюденіе случая застѣнчивости мочиться и уретрального спазма. — Діагнозъ пораженія мочевого пузыря и спинного мозга. — Психологическія разстройства мочеиспусканія; абулія мочеиспусканія. — Ученіе I. Пэджета, Гюйона, Жюля Жана о затрудненномъ мочеиспусканіи и о психопатическихъ разстройствахъ мочеиспусканія. — Психологическій механизмъ этихъ случаевъ. — Теорія Жюля Жана. — Леченіе. — Предсказаніе, мочеиспускательная ипохондрія.

Мм. Гг. Разстройства мочеиспусканія, извращеніе акта мочеиспусканія очень часты у нашихъ больныхъ и мы ихъ уже часто встрѣчали. Я сегодня вамъ хочу

¹⁾ Это особенно вѣрно въ отношеніи больной, которая была предметомъ этой лекціи: извѣстно, что контрактура голеней, мало-по-малу усиливаясь, распространилась на пальцы ногъ; я не удивлюсь, если позже она представитъ обычное положеніе истерической контрактуры нижнихъ конечностей.

²⁾ Лекція редактирована д-ромъ Пьеромъ Жанэ, директоромъ психологической лабораторіи.

представить особую форму этихъ разстройствъ мочеиспусканія, которую важно знать, чтобы избѣжать въ послѣдствіи весьма досадныхъ ошибокъ.

Вы всѣ знаете, что разстройства мочеиспусканія зависятъ не только отъ измѣненій мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала, но и отъ различныхъ пораженій нервной системы. Извѣстны, напримѣръ, всѣмъ разстройства функціи мочеиспусканія, которыя могутъ появляться вслѣдствіе пораженія конскаго хвоста, вслѣдствіе спинно-мозговыхъ сдавленій или во время теченія спинной сухотки. Дюшеннъ изъ Булони, Топинаръ въ 1864 году, Фурнье (*Ataxie locomotrice d'origine syphilitique, période préatactique du tabes*, 1882), Гюйонъ (*Cliniques* 1885, p. 47), Шарко (*Leçons* 1888, p. 65), Жеффріэ (*Etudes sur quelques troubles de la miction dans les maladies du système nerveux*, 1884), Ферэ (*Troubles urinaires dans les maladies du système nerveux. Archives de neurologie*, 1894, p. 229) и проч.,—много говорили объ этихъ разстройствахъ мочеиспусканія, которыя представляются классическими.

Но есть разстройства мочеиспусканія, которыя зависятъ отъ болѣе тонкихъ пораженій нервной системы—отъ такихъ пораженій, которыя локализируются въ мозговой корѣ и которыя проявляются лишь измѣненіями фізіологическихъ функцій.

Актъ мочеиспусканія есть съ извѣстной стороны актъ психологическій и насъ не должно удивлять, что мочеиспусканіе есть актъ; это есть дѣйствіе, имѣющее свое единство и требующее вполне согласнаго участія въ этомъ различныхъ органовъ. Болѣе того, вслѣдствіе отношеній и социальныхъ условій, которыя требуютъ извѣстныхъ предосторожностей, соблюденія извѣстныхъ приличій, мочеиспусканіе стало сложнымъ актомъ, для котораго, чтобы выполнить его въ совершенствѣ, требуется принять въ соображеніе весьма много ви́шнихъ обстоятельствъ, оцѣнить и сознательно ихъ комбинировать.

Итакъ, поразительно ли, что мы наблюдаемъ тутъ всѣ измѣненія дѣйствій. Актъ мочеиспусканія можетъ представлять такія же психологическія измѣненія, какъ актъ рѣчи, письма, работы и проч.

Какія же главныя изъ этихъ измѣненій? Дѣйствія, если можно это грубо резюмировать, могутъ быть больше, или меньше измѣнены. Прежде всего бываетъ безсиліе дѣйствовать, столь любопытное во всѣхъ формахъ абуліи; бываютъ затѣмъ дѣйствія помимо воли преувеличенныя, которыя происходятъ помимо насъ и болѣе, чѣмъ мы желали бы. Эти два большихъ измѣненія мы сейчасъ и найдемъ при разстройствахъ мочеиспусканія.

Мы займемся сегодня первыми измѣненіями, безсиліемъ мочеиспусканія и особыми формами, которыя принимаютъ эти системныя абуліи. Мы можемъ какъ разъ показать вамъ замѣчательный случай, на которомъ все это легко прослѣдить.

Вотъ очень интересный больной, котораго можно поставить на первомъ планѣ, какъ типъ психопатическихъ расстройствъ мочеиспусканія. Lz., солдатъ, 24-хъ лѣтъ, представляетъ полную безпомощность, неспособность выполнить нормально актъ мочеиспусканія, это есть системная абулія мочеиспусканія.

Предшествующая наслѣдственность очень ясна; отецъ умеръ въ больницѣ для умалишенныхъ; онъ страдалъ бредомъ преслѣдованія. Мать умерла послѣ родовъ; сестра больного—очень нервная.

Въ дѣтствѣ самъ больной былъ почти нормальный, хотя онъ въ возрастѣ около 4—5 лѣтъ имѣлъ плевроитъ. Замѣтимъ, что въ это время у него не было никакого расстройства мочеиспусканія.

Въ возрастѣ около 9-ти лѣтъ у больного начинается ночное недержание мочи, т. е., какъ это мы докажемъ въ будущей лекціи, появляется непроизвольное или автоматическое, ночное мочеиспусканіе вслѣдствіе грезъ, т. е., актъ мочеиспусканія представляетъ уже аномальный характеръ, онъ менѣе всего зависитъ отъ воли. Это ночное недержание продолжается не долго, менѣе года.

Черезъ нѣсколько времени больной начинаетъ заниматься онанизмомъ; можно тутъ задаться вопросомъ, нѣтъ ли связи между началомъ этой привычки и прекращеніемъ ночного недержанія мочи, между сновидѣніями и автоматическими грезами, принявшими другое направленіе и вызывающими мимовольныя ночныя эрекціи вмѣсто непроизвольнаго мочеиспусканія; мы не настаиваемъ на этомъ, такъ какъ это не существенная часть наблюденія.

Начиная съ 12-ти лѣтъ, вѣроятно, вслѣдствіе повторныхъ упражненій въ онанизмѣ, Lz. сталъ обращать большое вниманіе на свои мочеполовые органы и замѣтилъ прежде всего, что ему нужно быть въ особенномъ положеніи, никѣмъ и ничѣмъ не стѣсняемымъ, чтобы легко помочиться. Особенно онъ не можетъ помочиться, когда около него вблизи есть кто либо. Это стѣсненіе, эта мочеиспускательная застѣнчивость,—столь красивое названіе дано этому симптому профессоромъ Гюйеномъ,—началась у нашего больного очень рано.

«Я не припомню, говоритъ больной, чтобы когда либо я могъ свободно мочиться въ присутствіи постороннихъ». Вѣроятно, что мочеиспускательная застѣнчивость совпала съ онанизмомъ и съ окончаніемъ ночного недержанія: непроизвольное мочеиспусканіе ночью вслѣдствіе заботы о мочеиспусканіи днемъ, затѣмъ затрудненіе мочеиспусканія днемъ вслѣдствіе тѣхъ же самыхъ заботъ, которыя теперь являются какъ ночью, такъ и днемъ.

Все время, почти до 15 лѣтъ, Lz. мочился съ большимъ трудомъ, потому что онъ находился въ школѣ, гдѣ посылають дѣтей мочиться всѣхъ вмѣстѣ. Онъ возвращается обратно, не опорожнивъ своего мочевого пузыря, и тогда дѣлаетъ усилія, чтобы задержать свою мочу до слѣдующей рекреаціи.

Эти расстройства мочеиспусканія держатся попеременно: то мочеиспусканіе замедленное, затрудненное, требующее тысячи предосторожностей, то оно совер-

шенно невозможно, если есть кто-либо, если Lz... нѣсколько взволнованъ. Къ счастью, у него не было никакой венерической болѣзни; трипперъ, какъ извѣстно, особенно ухудшаетъ подобнаго рода состояніе.

Въ возрастѣ 22-хъ лѣтъ, послѣ большой усталости, у больного наблюдалось явленіе, которое имѣло такое же вліяніе на его мочеиспусканіе, какъ бы онъ имѣлъ трипперъ: у него развился весьма ясный циститъ, вызванный, по всей вѣроятности задержкою мочи въ мочевомъ пузырьѣ и инфекціей, исходную точку которой мы теперь опредѣлить точно не можемъ. Мочеиспусканіе, въ началѣ болѣзненное, становится все болѣе и болѣе рѣдкимъ, и наконецъ дѣлается совершенно невозможнымъ. Онъ поступаетъ въ госпиталь, гдѣ его зондируютъ и изъ очень растянутого мочевого пузыря извлекаютъ въ одинъ пріемъ 1200 граммъ мочи. Это явленіе было 2 года тому назадъ и съ того времени онъ можетъ мочиться лишь при помощи катетера: циститъ прошелъ, но задержка мочи осталась полная, больной научился самъ себя катетеризовать.

Но вы скажете, что эта полная задержка мочи, продолжающаяся два года, должна зависѣть отъ какого-либо пораженія уретры или мочевого пузыря и не стоитъ ни въ какой связи ни съ нервной системой, ни съ волей. Это, дѣйствительно, первая и самая естественная мысль, какая возникаетъ при этомъ случаѣ. Lz. былъ тщательно и старательно изслѣдованъ сначала въ Валь-де-Грасъ, а потомъ въ больницы Неккеръ: нѣсколько разъ изслѣдовали эндоскопомъ его уретру и мочевой пузырь; полагали, что эта задержка мочи обуславливается папилломами, находящимися въ области шейки мочевого пузыря. Въ виду этой постоянной задержки рѣшились даже произвести разрѣзъ мочевого пузыря. Операция была произведена въ Валь-де-Грасъ и мочевой пузырь былъ найденъ совершенно здоровымъ. Зашили мочевой пузырь и рана, причиненная этой пробной операцией, совершенно зарубцовалась, но больной мочился не лучше, чѣмъ прежде. Можно сказать еще: хотя нѣтъ грубаго пораженія мочевого пузыря или уретры, но вѣдь эти органы могутъ представлять менѣе замѣтныя пораженія, напр., мочевой пузырь можетъ быть очень растянутъ, его мышечная оболочка такъ напряжена, что не имѣется больше силы прогонять мочу. Противъ такого предположенія говоритъ тотъ фактъ, что симптомы, бывшіе у больного, существовали уже долго до полной задержки мочи, случившейся, когда ему было 22 года. Мы положительно удостовѣряемъ, что мочевой пузырь сохранилъ вполне свою сократительность, какъ въ этомъ можно убѣдиться изъ слѣдующаго простаго опыта: послѣ зондирования мочевого пузыря, вливаютъ при помощи катетера борную воду; когда влито 350 граммъ, мочевой пузырь очень сильно сокращается и выгоняетъ всю жидкость, слѣдовательно, мышца мочевого пузыря—нормальна.

Тогда, можетъ быть, имѣется дѣло съ уретрой? У этого человѣка имѣется лишь простое суженіе уретры? Но въ Валь-де-Грасъ и больницы «Неккеръ» ему вводили безъ всякаго затрудненія цѣлый рядъ зондовъ. Дѣйствительно, въ мочевомъ

пузырь и мочеиспускательномъ каналѣ имѣются лишь функціональныя разстройства, происхожденіе которыхъ иное. Мышцы мочевого пузыря и сфинктеръ функционируютъ во всѣхъ отношеніяхъ правильно; мочевой пузырь перестаетъ сокращаться, когда сфинктеръ сокращенъ, а сфинктеръ сокращается энергично, когда въ свою очередь сжимается мочевой пузырь. Имѣется дисгармонія этихъ деликатныхъ функцій. Такъ какъ гармонія функцій зависитъ отъ нервной системы, то весьма естественно отнести къ нервной системѣ и подобнаго рода разстройства и больного послали въ Сальпетріеръ.

Легко констатировать, что у больного нѣтъ ни одного симптома болѣзни спинного мозга, равно какъ не имѣется и табетическихъ проявленій. Помимо этихъ отрицательныхъ признаковъ, мы могли констатировать нѣкоторые положительные данныя, которыя указываютъ, что спинно-мозговой механизмъ мочеиспусканія нисколько не пораженъ. При нѣкоторыхъ особыхъ обстоятельствахъ у больного наблюдается полная сохранность мочевыхъ функцій. Такъ онъ подъ вліяніемъ впрыскиванія морфія мочится въ теченіи нѣсколькихъ часовъ нормально. Когда онъ имѣлъ половое совокупленіе, что случалось рѣдко, то находилъ, что подъ вліяніемъ этого возбужденія мочеиспусканіе становится свободнымъ. Слѣдовательно, никакого существеннаго пораженія мочевыхъ функцій со стороны спинно-мозгового механизма, которое временами совершенно не возстановлялось бы, нѣтъ.

Нѣтъ, разстройство, если хотите, пораженіе, какъ бы оно ни было мало-извѣстно анатомамъ, гнѣздится выше. Посмотрите, какъ онъ рассказываетъ о томъ, что онъ испытываетъ во время мочеиспусканія.

Когда онъ дѣлаетъ попытку помочиться, онъ принимаетъ извѣстную позу и старается не думать о томъ, что онъ хочетъ дѣлать, ибо онъ по своему давнишнему опыту знаетъ, что чѣмъ больше онъ думаетъ о мочеиспусканіи, тѣмъ меньше это ему удастся. Слѣдовательно онъ думаетъ о другомъ, когда моча отходитъ. Онъ испытываетъ сильное желаніе помочиться, онъ чувствуетъ, какъ моча входитъ въ каналъ, это ощущеніе напоминаетъ ему дѣйствительность; онъ думаетъ, что мочится и этимъ удовлетворяется. Но его вниманіе помимо его воли переносится на мочеиспусканіе, и тогда происходитъ сжатіе, появляется полный спазмъ уретры и все останавливается.

Въ этотъ моментъ больной испытываетъ острую боль, вызываемую, вѣроятно, сокращеніями мочевого пузыря, которыя противодѣйствуютъ спазму уретры, затѣмъ все утихаетъ и Lz. не чувствуетъ больше даже позыва на мочеиспусканіе.

Словомъ, когда онъ думаетъ о томъ, что дѣлаетъ, т.-е., когда онъ забываетъ, что мочится, тогда мочеиспусканіе возможно, когда же онъ думаетъ о томъ, что дѣлаетъ, когда мочеиспусканіе должно быть волевое, то оно становится невозможнымъ.

Я не могу воздержаться отъ сближенія этихъ фактовъ съ фактами, столь извѣстными у другихъ больныхъ. Извѣстно, что абуліей называется невозмож-

ность выполнить волевой акт: больные не могут ходить, говорить, выполнять дѣйствія, нужныя при профессиональных занятіяхъ, они не могутъ рѣшиться дѣлать это по своей волѣ; но эти же самые больные выполняютъ весьма хорошо эти же дѣйствія, если только они дѣлаютъ все это автоматически, безсознательно, то во время сна, то въ состояніи забывчивости.

Интересно отмѣтить, что у Lz. было ночное недержание, которое, по моему мнѣнію, можетъ повториться и теперь еще, что онъ мочится правильно подѣ влияніемъ морфія, послѣ совокупленія, которое для него составляетъ могучее отвлеченіе, — словомъ, въ отношеніи мочеиспусканія онъ ведетъ себя, какъ абудикъ, утратившій сознательные и волевые акты и сохранившій только автоматическіе акты.

Эта странная болѣзнь уже обратила на себя вниманіе ученыхъ, занимающихся болѣзнями мочевыхъ путей. Сэръ Джемсъ Пэдджетъ описываетъ явленія подобнаго рода подѣ именемъ мочевого заиканія. Название довольно мѣткое, оно заставляетъ насъ думать о психологическомъ состояніи, аналогичномъ съ тѣмъ, которое наблюдается у заикающихся индивидуумовъ и, дѣйствительно, имѣется большое сходство между этими больными.

Гюйонъ въ своихъ клиническихъ лекціяхъ о болѣзняхъ мочевыхъ путей (1885 г.) говоритъ о мочевоѣ застѣнчивости и объ уретральномъ спазмѣ. Жюль Жанэ въ своей диссертациі «*Troubles psychopathiques de la miction, essai de psycho-physiologie normale et pathologique*» (1890 г.) наиболее полно описалъ этихъ больныхъ, объясняя ихъ симптомы и разбирая развитіе и предсказаніе, онъ говоритъ, что эти психическія расстройства имѣютъ болѣе серьезное значеніе, чѣмъ можно бы было предполагать.

Мы сейчасъ возвратимся къ діагнозу, который нами уже поставленъ у нашего больного, затѣмъ изучимъ развитіе симптомовъ и капризное, обыкновенно, теченіе этой болѣзни.

Въ виду подобнаго рода фактовъ первый возникающій вопросъ касается специалистовъ по мочевымъ путямъ. Всѣ эти расстройства могутъ быть вызваны матеріальными пораженіями мочевого пузыря и уретры и поэтому нужно быть хорошо освѣдомленнымъ въ этомъ отношеніи. Я настаиваю на важности полного изслѣдованія мочевого пузыря. Не слѣдуетъ очень быстро приписывать психическому расстройству то, что зависитъ отъ простаго суженія. Мы, впрочемъ, возвратимся къ этому важному вопросу, когда будемъ говорить о недержаніи мочи.

Слѣдовательно, нужно убѣдиться, что моча нормальна и не содержитъ гноя и что, слѣдовательно, нѣтъ воспаленія мочевого пузыря.

Нужно убѣдиться, что мочевоѣй пузырь совершенно здоровъ, что онъ не содержитъ камней, папилломатозныхъ разрощеній, наконецъ, что мышечная оболочка пузыря не повреждена, что она не растянута и не напряжена. Смотрятъ, какъ мочевоѣй пузырь реагируетъ на влитыя при помощи зонда 250 грмм. борной воды, убѣждаются, что эта жидкость изгоняется съ большой силой. Наконецъ, изслѣдуютъ

уретру, нѣтъ ли въ ней суженія, препятствующаго введенію изслѣдователемъ соотвѣтственной величины катетеровъ. Слѣдуетъ обращать серьезное вниманіе, чтобы не принять спазма уретры, который у этихъ больныхъ весьма быстро наступаетъ въ моментъ введенія зонда, за настоящее суженіе. Lz..., который приобрѣлъ большую опытность въ искусствѣ зондировать самого себя, замѣтилъ, что онъ долженъ зондировать такимъ же образомъ, какъ онъ долженъ мочиться, т.-е., очень быстро, развлекаясь чѣмъ-либо и неожиданно. Слѣдуетъ вводить зондъ очень быстро, безъ колебанія: дѣло вести такъ, если можно такъ выразиться, чтобы уретра не была предупреждена объ этомъ и раньше не сократалась. Если сфинктеръ оказывается сократившимся, то, какъ вы знаете, Гюйонъ совѣтуетъ нѣжно и постоянно напирать упругимъ зондомъ, который такимъ образомъ преодолеваетъ сопротивленіе сфинктера. Эти спеціальныя изслѣдованія здѣсь необходимы.

Второй діагностическій вопросъ имѣетъ болѣе прямое отношеніе къ намъ, это—изслѣдованіе спинно-мозговыхъ функцій, изслѣдованіе, которое должно быть полнымъ и имѣетъ цѣлью выяснить, не обусловливается ли спазмъ болѣзнию спинного мозга. Вообще, нужно быть очень осторожнымъ при діагностированіи серьезнаго заболѣванія спинного мозга, если только имѣются симптомы со стороны мочевого пузыря: нужно найти цѣлую совокупность симптомовъ прежде, чѣмъ на это рѣшиться. Вы, конечно, всегда будете считаться съ тѣмъ фактомъ, что у этихъ больныхъ, обыкновенно, бываютъ перерывы въ болѣзни, бываетъ совершенно полное временное выздоровленіе, какъ это наблюдается у нашего больного подъ вліяніемъ морфія или послѣ совокупленія. Спинно-мозговое пораженіе, очевидно, можетъ ослабѣть, но оно не можетъ пройти совершенно сразу, чтобы позже снова появиться.

Когда вы исключите всѣ эти предположенія, тогда вы можете заняться послѣдней функціей, психической функціей, которая имѣетъ весьма большое вліяніе на актъ мочеиспусканія. Становясь на эту новую точку зрѣнія, постараемся понять патогенезъ этой необъяснимой задержки.

Безспорно, что головной мозгъ оказываетъ вліяніе на функціи мочевого пузыря. Недавно проф. В. М. Бехтеревъ ¹⁾ пытался опредѣлить нѣсто корковыхъ центровъ для сфинктеровъ задняго прохода и мочевого пузыря. Какова бы ни была ихъ локалізація, мы знаемъ, что наша воля, наша мысль, наконецъ, наше сознаніе имѣютъ вліяніе на выдѣленіе мочи и на задержку ея. Болѣе того, уже издавна скутно знали, что сильными душевными волненіями почти всегда такъ или иначе измѣняются мочеиспусканія. По этому поводу имѣется старинная поговорка: «мочевой пузырь есть зеркало души».

¹⁾ W. von Bechterew. — Ueber die Rindencentra Sphincteris ani et vesicae. (Neurologisches Centralblatt, 1893, № 3, p. 81).

Весьма недавно Моссо и Пеллакани¹⁾, въ своей работѣ о функціи мочевого пузыря, подвергли эту поговорку точной экспериментальной провѣркѣ. «Осязательное ощущеніе, говорятъ они въ заключеніе, необыкновенный шумъ, болевое ощущеніе, всякое душевное волненіе, интеллектуальная работа вызываетъ сокращеніе мочевого пузыря; всякій психическій актъ, всякая умственная работа всегда сопровождаются сокращеніемъ мочевого пузыря».

Жюль Жанэ, въ цитируемой уже диссертациі, болѣе всего настаивалъ на психологическихъ явленіяхъ, которыя участвуютъ въ актѣ мочеиспусканія. Онъ намъ показываетъ, что психологическій механизмъ здѣсь очень тонкій, такъ какъ имѣется дѣло съ актомъ, который не вполнѣ сознательный: воля участвуетъ въ началѣ и при окончаніи мочеиспусканія, но она не участвуетъ и не должна участвовать во время самаго мочеиспусканія, которое происходитъ автоматически.

Другая трудность происходитъ отъ того, что моча содержится между гладкой мышцей пузыря и поперечно-полосатой мышцей, сфинктеромъ перепончатой части уретры, который препятствуетъ ей выдѣляться наружу. Чтобы произошло мочеиспусканіе, необходимъ, слѣдовательно, двоякій актъ: 1) динамогеническій актъ, вызывающій сокращеніе мышечной стѣнки мочевого пузыря и 2) актъ выдѣленія, который расслабляетъ сфинктеръ мочевого пузыря (Жюль Жанэ, р. 11).

Итакъ, чтобы получить параличъ сфинктера, который представляетъ собою поперечно-полосатую мышцу, нужно, насколько возможно больше, отвлечь отъ него наше вниманіе, забыть о немъ. Для мочеиспусканія, слѣдовательно, необходимо на первомъ планѣ психологическое участіе, которое вызываетъ сокращеніе мочевого пузыря, а непосредственно послѣ извѣстное запечатаніе о мочеиспусканіи, расслабляющее сфинктеръ; послѣднее волевое участіе въ концѣ мочеиспусканія дѣлается для того, чтобы выбросить послѣднюю каплю мочи; это—явленіе силы поршня.

Изъ этого механизма вытекаетъ довольно любопытное послѣдствіе—это то, что надобно быть разсѣяннымъ, чтобы хорошо помочиться. Мочеиспусканіе есть типъ тѣхъ довольно многочисленныхъ актовъ, которые выполняются нами совершенно автоматически и которымъ наше внимательное вмѣшательство можетъ лишь вредить. Будемъ ли болѣе правильно писать, если мы будемъ слѣдить при письмѣ за каждымъ словомъ? Будемъ ли лучше ходить, если мы станемъ слѣдить за каждымъ ощущеніемъ, за каждымъ передвиженіемъ нашихъ ногъ? Наоборотъ, мы писать и ходить будемъ гораздо хуже. Но есть акты полу-автоматическіе, которые вниманіе не только измѣняетъ, но совершенно прекращаетъ. Въ этомъ отношеніи я вамъ укажу не только на актъ мочеиспусканія, но и на актъ совокупленія, который представляетъ почти подобный физиологическій механизмъ. Итакъ, въ этой лекціи

¹⁾ Mosso et P. Pellacani.—Sur les fonctions de la vessie. (Archives italiennes de biologie, 1882, t. I).

по поводу мочевых спазмовъ, а въ будущей лекціи по поводу недержанія мочи мы замѣтимъ, что мочеиспусканіе и половое совокупленіе представляютъ почти одни и тѣ же патологическія явленія.

Дѣйствительно, если боязливый и застѣнчивый субъектъ обратитъ большое вниманіе на актъ совокупленія, онъ не въ состояніи будетъ выполнить его. Подобныхъ субъектовъ Гюйонъ правильно называетъ «мужчинами съ осычкой». Такъ бываетъ и при мочеиспусканіи: если индивидуумъ слишкомъ занятъ актомъ мочеиспусканія, если придаетъ ему большую важность, то онъ не сможетъ выполнить этотъ актъ. Это будетъ случаться у тѣхъ людей, которые хотятъ скорѣе помочиться потому, что боятся, что ихъ увидятъ, или потому, что чувствуютъ, что за спиной ихъ въ писсуарѣ кто-либо есть. Чѣмъ больше они спѣшатъ, тѣмъ медленнѣе у нихъ происходитъ актъ мочеиспусканія. Они чувствуютъ потребность развлечься и инстинктивно начинаютъ что-либо считать, или что-либо читать,—газету, афишу, и тогда мочеиспусканіе происходитъ вполне удовлетворительно.

Къ этому первому разстройству мочеиспусканія, которое у нѣкоторыхъ лицъ принимаетъ уже серьезный характеръ, присоединяется очень скоро другое. Эти индивидуумы, очень занятые своимъ мочеиспусканіемъ, всегда боятся, чтобы моча не выдѣлилась помимо ихъ воли. Дѣйствительно, вслѣдствіе излишней заботы и вслѣдствіе малѣйшаго волненія у нихъ появляются частые позывы на мочеиспусканіе; противъ этихъ частыхъ позывовъ они дѣлаютъ усилія, чтобы сократить сфинктеръ при малѣйшемъ нравственномъ волненіи. Такое, по крайней мѣрѣ, объясненіе даетъ Жюль Жанэ. Во всякомъ случаѣ извѣстно, что эти индивидуумы не только сокращаютъ свой мочевоу пузырь, какъ и всѣ, при каждомъ волненіи, но въ то же время также сильно ссжимаютъ и сфинктеръ. Приготовились они уже помочиться, но если въ это время къ нимъ кто-либо подошелъ, сказалъ имъ слово, коснулся ихъ, они тотчасъ же перестаютъ мочиться, и имъ безконечно трудно снова начать прерванное мочеиспусканіе. Эти два явленія, сосредоточенное вниманіе на мочеиспусканіи, что мѣшаетъ имъ забыть о сфинктерѣ и заставить его раскрыться и предрасположеніе закрывать его при малѣйшемъ волненіи, чрезмѣрно осложняютъ столь простой актъ мочеиспусканія. Имъ нужно абсолютное спокойствіе, полное изолированіе, извѣстное положеніе, тысяча предосторожностей и проч. Это становится настоящей болѣзнію. Этотъ интересный симптомъ раньше былъ описанъ Джэмсомъ Пэджемъ (Clinical lectures and essays) подъ именемъ мочевого заиканія и Гюйономъ подъ именемъ мочевоу застѣнчивости. Припомните себѣ, что у нашего больного дѣло началось съ этого симптома.

Но всѣ явленія могутъ еще ухудшиться. Это несвоевременное сокращеніе сфинктера повторяется столь часто, что оно дѣлается все болѣе и болѣе легкимъ и все болѣе и болѣе сильнымъ. Больные въ моментъ мочеиспусканія, или въ

промежутках даже, чувствуют тяжесть, тупую боль въ промежности (Гюйонъ, *Cliniques*, 1885, р. 834); эта боль очень сильна въ моментъ мочеиспусканія, она обращаетъ на себя вниманіе, и мочеиспусканіе становится все болѣе и болѣе затруднительнымъ, или даже невозможнымъ.

Вообще, рѣдко бываетъ, чтобы больной дошелъ до полной задержки мочи. Помѣщенный въ прекрасныя нравственныя условія, что больной знаетъ хорошо, онъ доходитъ до того, что мочится свободно. Струя мочи часто бываетъ нитевидной, прерывистой; выбрасываніе послѣдней струи какъ-бы прерывается, потому что мышцы уретры и промежностныя мышцы уже сократились во время мочеиспусканія и не могутъ уже больше сокращаться. Есть масса разстройствъ мочеиспусканія (Жюль Жанэ, р. 30), но все-таки и такое существуетъ.

Понятно, что, при усиленіи этого же самого симптома, больной можетъ дойти до того, что перестанетъ совсѣмъ мочиться и тогда потребуетъ прибѣгнуть къ помощи зонда, но это рѣдко случается. Жюль Жанэ приводитъ только три случая, и мы замѣтимъ, что во всѣхъ трехъ случаяхъ была полная задержка, продолжавшаяся 8—15 дней; не то мы видимъ у нашего больного, у котораго задержка продолжалась годами. Этотъ человѣкъ представляется намъ, какъ я вамъ это говорилъ, во всякомъ случаѣ совершенно исключительнымъ. Но болѣзнь у него развилась такимъ же образомъ.

Я вамъ скажу нѣсколько словъ о леченіи, которое легко резюмировать въ одномъ словѣ, но которое трудно выполнить на дѣлѣ. Нужно отвлекать вниманіе больныхъ отъ ихъ уретры. Прежде всего, понятно, нужно постараться излечить болѣзнь, которая предрасполагаетъ, устранить истеченіе, если такое существуетъ, такъ какъ оно составляетъ главную причину этихъ заботъ объ уретрѣ, сказать больному, что у него нѣтъ ничего серьезнаго и что онъ, насколько возможно, долженъ меньше объ этомъ заботиться. Если отъ этого получится нѣкоторый успѣхъ, то слѣдуетъ разсѣивать вниманіе больного другими предметами, заставлять его работать и заниматься болѣе серьезными вещами. Слѣдуетъ также урегулировать мочеиспусканія, уменьшить число ихъ, дабы мочеиспусканіе было болѣе обильное и болѣе легкое. Если эти простые приемы не произведутъ желаемого эффекта, можно примѣнить довольно извѣстный способъ, который состоитъ въ томъ, что вводятъ въ уретру 20 капель 5% или 10%-наго раствора *sosai*—навѣрное получится временное облегченіе, такъ какъ больной, менѣе чувствуя прохожденіе мочи, менѣе реагируетъ и менѣе сокращаетъ свой сфинктеръ. Такимъ образомъ можно непосредственно дѣйствовать и на моральную сторону больного, который успокаивается и можетъ кончить тѣмъ, что забудетъ о своемъ мочеиспускательномъ каналѣ; и если онъ больше не будетъ вмѣшиваться, мочеиспусканіе будетъ происходить правильно.

Къ несчастію, нельзя рассчитывать на такой счастливый результатъ. Нашъ больной слишкомъ поглощенъ своимъ мочевымъ пузыремъ и своей уретрой, мы

почти не въ состояніи отвлечь его отъ подобной навязчивой идеи. Вы знаете, какъ, обыкновенно, кончаютъ эти больные: они становятся ипохондриками совершенно особаго характера. Слѣдующее краткое наблюденіе представляетъ примѣръ этого.

Молодой человѣкъ Нк., 28 лѣтъ, представляетъ типъ поллякіурической и мочевою ипохондрии. Вслѣдствіе уретрита, случившагося у него три года тому назадъ, онъ начинаетъ заботиться о своихъ половыхъ органахъ и о своемъ мочеиспусканіи. Онъ увѣряетъ, что ему необходимо мочиться каждый часъ днемъ и каждые два часа во время ночи. Между тѣмъ, когда онъ начинаетъ мочиться, мочеиспусканіе очень затруднительно; малѣйшее ощущеніе, даже всякая мысль останавливаютъ мочеиспусканіе; на каждое мочеиспусканіе ему нужно больше $\frac{1}{4}$ часа времени. Поэтому онъ думаетъ только о мочеиспусканіи. Онъ отказался отъ всякой работы, онъ не хочетъ больше ничѣмъ заниматься изъ-за страха, что онъ можетъ не помочиться; онъ не хочетъ больше ходить, потому что, если остановится, онъ помочится въ штаны. Затѣмъ у него имѣется масса ипохондрическихъ явленій; онъ чувствуетъ дрожаніе, холодный потъ, влажность въ заднемъ проходѣ (!) и проч. проч. Такая ипохондрія, какъ вы знаете, была у Ж. Ж. Руссо; она была изучена Фабромъ (1845 г.), Легранъ-дю-Соллемъ (1885 г.), Малекю (1884), Гюйеномъ (1885 г.). Жизнь этихъ ипохондриковъ отравлена болями, которыя они испытываютъ въ заднемъ проходѣ, и актъ мочеиспусканія дѣлается главной и единственной заботой во время ихъ жизни. Этотъ печальный исходъ,—настоящее душевное разстройство,—можетъ быть присоединенъ къ тѣмъ доводамъ, которые мы дали, чтобы доказать психологическій характеръ этого заболѣванія.

К о н е ц ъ .