

## Правосторонняя гемиплегія съ афазіей на почвѣ сифиліса.

Л. А. Сергѣева (Казань).

15 апрѣля 1904 г., будучи приглашенъ въ больному К—у, я засталъ его неподвижно лежащимъ на спинѣ. При совмѣстномъ изслѣдованіи съ д-ромъ Д. найдено hemiplegia dextra, сглаживаніе правой носогубной складки, опущеніе праваго угла рта. При сморщиваніи лба разницы между больной и здоровой стороной не обнаружено. Языкъ покрытъ бѣлымъ налетомъ, при высовываніи уклоняется въ больную сторону. Больной въ полномъ сознаніи, воспринимаетъ предлагаемые вопросы, исполняетъ возможные требованія. Настроенъ подавленно-пассивно. При малѣйшемъ поводѣ плачетъ. Онъ 45-ти лѣтъ, крѣпкаго сложенія, хорошаго питанія. Въ нижне-заднихъ доляхъ легкихъ влажные хрипы. Тоны сердца чисты. Пульсъ полный, твердый, 80 ударовъ въ 1'. Артеріи склерозированы. Чувствительность сохранена: при уколѣ иглой на парализованной сторонѣ больной указываетъ здоровой рукой мѣсто укола. Колѣнный рефлексъ на парализованной сторонѣ отсутствуетъ. Температура въ предѣлахъ нормы. Стулъ задержанъ. Моча кислой реакціи, бѣлка и сахара не содержитъ.

Изъ анамнеза извѣстно—больной женатъ, до настоящаго заболѣванія не хворалъ, алкоголемъ не злоупотреблялъ. Боль-

шую часть времени проводилъ на свѣжемъ воздухѣ въ работахъ по хозяйству. Заболѣваніе произошло 13 апрѣля. Домашніе, по ихъ словамъ, услышали, что лишь только отецъ (больной) прошелъ со двора въ комнаты, какъ оттуда послышалось, что упало что-то тяжелое. Бросившись въ кабинетъ, они застали больного лежащимъ на полу. Когда положили больного на кровать, онъ очнулся, приподнялся, но снова упалъ на кровать, потерявъ сознание. Вскорѣ онъ открылъ глаза, но на всѣ обращенныя къ нему вопросы отвѣчалъ невнятнымъ мычаніемъ. Лицо было перекошено. Въ день происшествія больной съ утра чувствовалъ себя плохо. Кромѣ того, за полгода приблизительно до этого несчастнаго случая больной жаловался на онѣмѣніе пальцевъ правой руки, незадолго до происшествія разъ какъ-то упалъ, но скоро всталъ съ болью въ поясницѣ, которая держалась нѣсколько дней.

Анализируя данныя нашего случая, имѣемъ полный правосторонній полупараличъ—параличъ руки, ноги, п. facialis, hypoglossi и полную потерю рѣчи. Гемиплегія, мы знаемъ, зависитъ отъ пораженія какимъ-нибудь патологическимъ процессомъ двигательнаго пути гдѣ-нибудь на его протяженіи въ полушаріи, противоположномъ парализованной половинѣ тѣла, у нашего больного въ лѣвомъ полушаріи. Сопутствующія явленія указываютъ, задѣтъ ли пирамидный путь въ корѣ, т. е. въ центральныхъ извилинахъ (lobus centralis anterior, posterior et paracentralis), гдѣ находится центръ этого пути, или во внутренней сумкѣ, мозговой ножкѣ и т. д.; въ виду того, что гемиплегія сопровождалась афазіей, необходимо предположить, что процессъ, обусловившій hemiplegiam, вызвалъ и двигательную потерю рѣчи, т. е., что кромѣ пирамиднаго пути поражена лѣвая третья лобная извилина (gyrus Broca) центръ артикуляціи рѣчи, при чемъ пораженіе захватываетъ кору, а не подкорковыя части мозга (пораженіе въ centrum ovale).

За это говорить во 1-хъ то, что афазія въ зависимости отъ пораженія подкорковыхъ узловъ наблюдается рѣдко и сопровождается другими симптомами, въ зависимости отъ локализаціи патологическаго процесса. Такъ, при пораженіи ближе къ корѣ подъ центральными извилинами наблюдается моноплегія, подъ затылочными долями геміанопсія, ближе къ внутренней сумкѣ—гемиплегія, геміанѣстезія и т. п. Отсутствіе геміанѣстезіи въ нашемъ случаѣ отъ пораженія артеріи зрительнаго ядра (*Dieulafoy* <sup>1)</sup>) говоритъ также за то, что предполагаемый (вскрытія не было) облитерирующій эндоартеріитъ долженъ былъ находиться въ артеріи fossae Sylvii позади отхожденія центральныхъ ея вѣтвей. Да и самая стойкость афазіи, какъ увидимъ дальше, по *Leube* <sup>2)</sup> говоритъ въ пользу пораженія коры.

Что касается вопроса о болѣзненномъ процессѣ, поразившемъ нашего больного, то кровоизліяніе приходилось исключить, потому что оно должно было бы захватить и центральныя извилины, чѣмъ повлекло болѣе сильныя расстройства, болѣе глубокое и продолжительное коматозное состояніе и даже быструю смерть въ виду обширности. По *Strumpel*ю <sup>3)</sup> оно должно бы простираться отъ capsula interna до области 3 лобной извилины. Нашъ больной скоро очнулся и вторично наступившее коматозное состояніе продолжалось не долго. Кровоизліянія въ корковое вещество по *Dieulafoy* <sup>4)</sup> чрезвычайно рѣдки. Кровоизліяніе очень рѣдко сопровождается афазіей. (*Gowers* <sup>5)</sup> *Dieulafoy* <sup>6)</sup> Гемиплегію и афазію часто вызываютъ эмболія или тромбозъ артеріи

1) *Dieulafoy*. Руководство къ внутреннимъ болѣзнямъ. Т. II.

2) *Leube*. Частная діагностика внутреннихъ болѣзней. Т. II.

3) *Штрюмпель*. Частная патологія и терапія. Т. II.

4) *Dieulafoy*. I. с.

5) *Gowers*. Руководство къ болѣзнямъ нервной системы.

6) *Dieulafoy*. I. с.

fossae Sylvii. (*Dieulafoy*<sup>1)</sup>, *Gowers*<sup>2)</sup>, *Strumpell*<sup>3)</sup>, *Leube*<sup>4)</sup>)

Въ нашемъ случаѣ и эмболія должна быть исключена на основаніи отсутствія данныхъ, способствующихъ ея появленію—молодой возрастъ, пороки сердца, заразные заболѣванія, поврежденіе сосудовъ и т. д.

Тромбъ организуется на почвѣ измѣненія состава крови измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ и замедленія кровообращенія—напр., при аневризмѣ, при слабой дѣятельности у стариковъ<sup>5)</sup>. У послѣднихъ играютъ роль оба момента—вмѣстѣ съ замедленіемъ кровообращенія отъ слабости сердца почти всегда существуетъ атероматозное перерожденіе сосудовъ.

Въ нашемъ случаѣ имѣлся лишь артеріосклерозъ, сравнительно недостаточный для объясненія внезапной закупорки. Указанія *Dieulafoy*<sup>5)</sup>, *Schwalbe*<sup>7)</sup> что у сифилитиковъ, вслѣдствіе облитерирующаго эндоартеріита (*Cornil*<sup>8)</sup>), обнаруживающаго особенное предрасположеніе къ поврежденію черепно-мозговыхъ артерій, внезапное появленіе тромба въ болѣе крупныхъ сосудахъ встрѣчается нерѣдко, навело на мысль предположить въ данномъ случаѣ влияніе сифилитической инфекции и попробовать діагностировать *ex juvantibus et nocentibus*. Тѣмъ болѣе, что положеніе больного быстро ухудшалось, онъ становился день ото дня апатичнѣе, появилась неправильная дефекація, а черезъ 5 дней послѣ заболѣванія обнаруженъ *decubitus* посрединѣ ягодицы парализованной стороны—острый злокачественный пролежень *Charcot*. (*Штрюмпель*, *Leube*).

<sup>1)</sup> *Ibidem*.

<sup>2)</sup> *Gowers*. I. с. стр. 439.

<sup>3)</sup> *Strumpell*. Т. II.

<sup>4)</sup> *Leube*. Т. II.

<sup>5)</sup> *Eulenburg*. *Аванасьева*. Реальная энциклопедія. Т. XI.

<sup>6)</sup> *Dieulafoy*. I. с. стр. 786.

<sup>7)</sup> *Schwalbe*. Основы частной патологіи и терапіи. 1902 пер. Зибольда.

<sup>8)</sup> *Cornil*. *Artér. syphil.* journal des connais. med. protiques. 1886 г.

Больному назначенъ *natr. iodat.* и ртутныя втиранія. Черезъ 5 дней состояніе больного начало улучшаться—онъ сталъ оживленнѣе, знаками лѣвой руки показалъ, что 8 лѣтъ тому назадъ онъ также лѣчился 40 дней. По знакамъ можно было предположить, что у него часто болѣла раньше голова и были головокруженія. Сдѣлано 30 фризій по 4 грамма. Строгая питательная діета. Специфическое леченіе скорѣ обнаружило благотворные результаты. Больной, лежавшій совершенно безпомощно, послѣ 2-хъ недѣльнаго лѣченія, могъ самъ, придерживаясь здоровой рукой, подняться на кровати и производить нѣкоторыя движенія парализованной ногой. вмѣстѣ съ тѣмъ больной могъ повторять сказанное слово, хотя не совсѣмъ ясно. Черезъ 5 дней послѣ этого больной могъ производить сгибаніе, опусканіе и легкое поднятіе ноги. Черезъ мѣсяць больной могъ при поддержкѣ пройтись, но движенія парализованной ноги были еще неувѣрены, и при ходьбѣ въ ней замѣчалось-дрожаніе. Въ теченіе 3-хъ послѣдующихъ мѣсяцевъ больной получилъ способность ходить при помощи палки. Движенія въ рукѣ возстановились. Вернулась у больного и рѣчь, хотя говорилъ онъ невнятно. Дальше мы больного не видали.

Болѣзненный процессъ, наблюдавшійся нами, можно представить слѣдующимъ образомъ: въ вышеуказанномъ мѣстѣ артеріи было сифилитическое перерожденіе внутренней оболочки. Кровь, омывающая перерожденныя мѣста, постепенно отлагала на нихъ фибринъ, а въ день апоплетического инсульта, благодаря утомленію, а можетъ быть и временному ослабленію сердечной дѣятельности, свертки фибрина закрыли просвѣтъ сосуда.

Что касается сифилиса, который указывается въ числѣ этиологическихъ моментовъ мозгового кровоизліянія, то тутъ какъ бы вызвала сомнѣніе давность зараженія—8 лѣтъ. Между тѣмъ, какъ въ руководствахъ отмѣчается, что мозговое кровоизліяніе бываетъ при раннихъ формахъ, когда суще-

ствуютъ вторичныя явленія на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ.

Можно было предположить, что страданіе вызвано гумозными образованиями въ двигательной области коры, въ извилинѣ Вроса. Послѣднія, какъ извѣстно, могутъ сопровождаться явленіями афазіи, гемиплегій и др. Но онѣ развиваются медленно, сопровождаются часто сведеніями, падучеобразными приступами и т. п., что у насъ отсутствовало.

Описываемый случай представляетъ интересъ во 1-хъ тѣмъ, что наглядно показываетъ, что отсутствія анамнестическихъ данныхъ и положительныхъ признаковъ перенесеннаго страданія (на кожѣ, слизистыхъ оболочкахъ) недостаточно для отрицанія зараженія, и оно не можетъ служить противопоказаніемъ назначенія специфическаго леченія. Оно говоритъ за то, что наступленіе внезапнаго апоплектического инсульта съ явленіями выпаденія нѣкоторыхъ функцій (афазія, гемиплегія) можетъ развиваться на почвѣ сифилитическаго зараженія.

Въ 3 хъ, изъ него мы видимъ, что сравнительно большія дозы ртути и іодистыхъ препаратовъ при извѣстной предосторожности не вызываютъ побочных явленій.

Нашъ случай также подтверждаетъ положеніе, что области, расположенныя ближе къ пораженной артеріи, поражаются болѣе, чѣмъ болѣе отдаленныя, потому что послѣднія имѣютъ возможность сообщаться съ поверхностными сосудами. Въ виду вышеизложеннаго я и рѣшилъ подѣлиться своимъ наблюденіемъ съ товарищами.