



## Одервенѣлость позвоночника.

(Посвящается академику В. М. Бехтереву)

Прив.-доц. В. И. Руднева,

директора Саратовской Губернской психиатрической лечебницы <sup>1)</sup>.

Описание въ 1892 г. *Бехтеревымъ* <sup>2)</sup> особой клинической формы заболѣванія позвоночника и его соображенія относительно механизма, этиологии и патогенеза одервенѣлости способствовали тому, что невропатологи обратили особенное вниманіе на эту форму, и появилось много наблюденій ея, болѣе клиническаго, чѣмъ патологоанатомическаго характера.

Однако послѣдующія клиническія наблюденія и патологоанатомическія находки учениковъ *Бехтерева* и другихъ авторовъ значительно измѣнили первоначальную картину, нарисованную *Бехтеревымъ* и толкованіе имъ патогенеза этой формы. Одинъ авторъ (*Шайкевичъ*) <sup>3)</sup> говоритъ, что мышечной атрофіи при ней можетъ и не быть, а между тѣмъ было мнѣніе, что именно отъ слабости мышцъ искривляется позвоночникъ.

---

<sup>1)</sup> Прочитано въ научномъ засѣданіи врачей Саратовской психиатрической лечебницы.

<sup>2)</sup> Бехтеревъ. Одервенѣлость позвоночника съ его искривленіемъ. Врачъ 1892 г. Бехтеревъ. Одервенѣлость позвоночника, какъ особая форма заболѣванія. Невропат. наблюденія, изд. 1910 г.

<sup>3)</sup> Шайкевичъ. Къ ученію объ одервенѣлости позвоночника. Врачъ 1899 г.

Другой (*Marie*) <sup>1)</sup> убѣдился, что чувствительныхъ разстройствъ можетъ совсѣмъ не наблюдаться и, слѣдовательно, не обязательно воспаление мягкой или твердой спинномозговой оболочки, вызывающее эти расстройства.

Третій (*Голантъ*) <sup>2)</sup>, что межпозвоночные хрящи атрофируются, истончаются, окостенѣваютъ и потому позвонки сливаются, а четвертый (*Зубовъ*) <sup>3)</sup>, что хрящи безъ особыхъ измѣненій и позвонки не сливаются. Нѣкоторые патологоанатомическія наблюденія (*Трошинъ*) <sup>4)</sup> указали, что позвонки подвижны, не анкилозированы, но измѣнены кости, которыя стали мягкими.

При знакомствѣ съ литературой одеревенѣлости позвоночника, начиная съ 1-ой работы Бехтерева и кончая его послѣдней работой, видна разница во взглядахъ какъ на главные признаки болѣзни, такъ на патогенезъ ея и сущность. Напр., въ началѣ анкилозу позвонковъ было придано второстепенное значеніе, какъ вторичному или даже третичному явленію: парезъ мышцъ, атрофія хрящей, сліянiе позвонковъ, вслѣдствіе чего анкилозъ; потомъ анкилоза позвонковъ и совсѣмъ не требовалось.

Относительно патогенеза въ началѣ было высказано, что онъ отличается отъ патогенеза при *spondylose rhizomélique Marie*, и д-ръ *Трошинъ* отнесъ форму *Бехтерева* къ въ нейропатическимъ, такъ какъ въ своемъ случаѣ онъ не нашелъ анкилоза и центръ тяжести болѣзни перенесъ на мягкость костей. При такомъ положеніи данныхъ, касающихся одеревенѣлости позвоночника, немудрено, что проф. *Г. И. Тур-*

<sup>1)</sup> Marie et Astie. Sur un cas de cyph. heredo—traumat. Press. med. 1898.

<sup>2)</sup> Голантъ. Къ вопросу о неподвижности позвоночника. Русскій врачъ 1913 г. № 29 стр. 1030.

<sup>3)</sup> Зубовъ. Патологическая анатомія при «одеревенѣлости позвоночника». Обзорніе псих. 1907 г. стр. 537.

<sup>4)</sup> Трошинъ. Патологическая анатомія невроп. спондилоза. Врачъ 1903 г. № 19—21.

нерз<sup>1)</sup> не могъ себѣ создать ясной картины одревенѣлости позвоночника типа *Бехтерева*. Причину этого я надѣюсь разъяснить въ дальнѣйшемъ, сказавъ заранѣе, что въ описаніяхъ формы *Бехтерева* авторами въ сущности смѣшивались двѣ клиническихъ картины: 1) одревенѣлость позвоночника типа *Бехтерева* и 2) тугоподвижность позвоночника, симулирующая первую. Этому смѣшенію отчасти способствовалъ и самъ *Бехтеревъ*<sup>2)</sup>, заявивъ, что онъ отказался отъ первоначальнаго взгляда на природу поражения, и какъ въ 1897 г., такъ и теперь полагаетъ, что описанная имъ форма представляетъ одно и тоже страданіе, что и *arthritis deformans*, но въ доказательство этого, собственно, имъ ничего не приведено и *arthritis deformans* по выраженію проф. *Турнера* остается все таки еще таинственной болѣзью. Съ точки зрѣнія невропатологовъ<sup>3)</sup> онъ причисляется къ трофоневрозамъ, и еще недостаточно выяснено, представляется ли онъ тождественнымъ формамъ *Бехтерева* и *Strümpelle-Marie*. На основаніи деструктивныхъ, обезображивающихъ явленій при *arthritis deformans* я, лично, болѣе склоненъ думать, что при *arthritis deformans* имѣется особый, специфическій процессъ.

Что касается формъ *Бехтерева* и *spondylose rhizomélisque Marie*, то еще въ 1899 г. въ своей работѣ объ анкилозѣ позвоночника<sup>4)</sup> я высказалъ взглядъ, что это суть крайніе пункты одного и того же страданія. *Strümpelle u Marie*, какъ извѣстно, не причисляютъ свою форму въ *arthritis deformans*.

---

1) Г. И. Турнеръ. О т. наз. неподвижности позвоночника. Русскій врачъ 1913 г. № 20—21.

2) Бехтеревъ. Объ одревенѣлости позвоночника или сращения позвоночника съ нервнымъ симптомокомплексомъ. Русскій врачъ 1913 г. № 30 стр. 1353.

3) См. Хмѣлевскій. *Spondylose rhizomélisque*. Медицинское Обзорѣніе 1909 г.

4) Roudnew. *Ankylose de la colonne vertebrale et des côtes*. *Nouv. Jéonographie de la Salpêtrière* 1909 № 5.

Въ послѣднее время *Бехтерева*<sup>1)</sup>, признавъ, что его форма представляетъ видъ *arthritis deformans*, полагаетъ, что „нервные“ симптомы, сопровождающіе ее, обособляютъ ее клинически въ особый видъ. Такимъ образомъ, на самостоятельности этой формы, на новой болѣзни, онъ не настаиваетъ, а только на особенностяхъ ея клиническаго проявленія. Значитъ, она должна быть названа *arthritis deformans* съ особымъ нервнымъ симптомокомплексомъ. Однако мнѣ труднѣе было бы доказывать принадлежность ея къ *arthritis deformans*, какъ новой болѣзни и вотъ почему: если понимать *arthritis deformans* буквально, т. е. какъ воспаленіе суставовъ (*arthronarthritis*), то надо доказать, что дѣйствительно въ данномъ случаѣ было воспаленіе суставовъ позвоночника и при томъ не простое а обезображивающее (*sui generis*), а затѣмъ какъ же объяснить тѣ случаи, описанные подъ формой болѣзни *Бехтерева*, гдѣ позвоночникъ не измѣненъ, подвиженъ и не только нѣтъ обезображиванія его суставовъ, но даже нѣтъ и не было воспаленія ихъ.

Проще всего, конечно, тѣ случаи, гдѣ не было на вскрытіи анкилоза позвонковъ и не считать случаями артрита его, тогда ихъ надо выдѣлить особо, хотя они и симулировали при жизни форму *Бехтерева*. Патологоанатомическая картина часто оказывается совсѣмъ не та, какую ожидаешь встрѣтить, что именно и наблюдалось со случаями одеревенѣлости. *Бехтеревъ*, на основаніи патологическаго изслѣдованія перваго случая создалъ патогенезъ описанный имъ формы и въ началѣ былъ увѣренъ, что анкилозъ позвоночника получается, какъ вторичное явленіе, вслѣдствіе слабости мышцъ, поддерживающихъ его, когда онъ въ силу тяжести, надавливая на хрящи, ведетъ къ истонченію ихъ и послѣдующему спаянію костныхъ поверхностей позвонковъ. Такъ какъ при послѣдующихъ патологоанатомическихъ изслѣдованіяхъ трехъ случаевъ

---

<sup>1)</sup> Бехтеревъ. Объ одеревенѣлости позвоночника или сращеніи позвонковъ съ нервнымъ симптомокомплексомъ. Русскій врачъ 1913 г. 1055 стр.

одеревенѣлости позвоночника, анкилоза не было найдено, то о немъ, какъ характерномъ признакѣ одеревенѣлости уже не говорили. Случаи безъ анкилоза, пожалуй, скорѣе способствуютъ мнѣнію о принадлежности этой формы къ „нервнымъ“ страданіямъ и вполне понятно, что д-ръ *Трошинъ* отнесъ свой случай къ „нейропатическимъ“.

Такъ какъ я въ своихъ случаяхъ, описанныхъ мною, встрѣтилъ въ первомъ общій, а во второмъ частичный анкилозъ позвоночника, то убѣдился, что мои случаи подтверждають первое патологоанатомическое наблюденіе *Бехтерева*, главнымъ образомъ относительно анкилоза и измѣненія сп. мозговыхъ оболочекъ, но въ виду того, что какъ въ одномъ, такъ и другомъ моемъ случаѣ безспорно весь центръ болѣзни заключается въ страданіи костной системы, выражающемся въ первомъ случаѣ <sup>1)</sup> въ оссифицирующемъ процессѣ, охватившемъ весь позвоночникъ и реберныя соединенія его, а въ другомъ <sup>2)</sup> въ періоститахъ, остеофитахъ на позвонкахъ и костныхъ пластинкахъ между ними, то, конечно, здѣсь не могло быть и рѣчи о миопатическомъ патогенезѣ анкилоза, *Бехтерева*, впрочемъ, со временемъ оставилъ свой взглядъ на миопатическое происхожденіе анкилоза. Авторы клиническихъ случаевъ склонялись къ отсутствію анкилоза, тогда какъ анатомы и хирурги настаивали на анкилозѣ, какъ основномъ признакѣ одеревенѣлости, и въ работахъ пр. доц. *Кудряшова* <sup>3)</sup>, профф.: *Батуева* <sup>4)</sup> и *Турнера* <sup>5)</sup> говорится, собственно, объ анкилозахъ позвоночника, и болѣзнь *Бехтерева* считается анкилозомъ позвоночника, видомъ arthritis de-

---

<sup>1)</sup> Рудневъ. Анкилозъ позвоночника и реберъ. Труды общ. русскихъ врачей въ Одессѣ 1910 г. Rouddnew. Nouv. iconogr. de la Salp. 1909 № 5.

<sup>2)</sup> Рудневъ. Анкилозъ 5 позвонковъ при одеревенѣлости позвоночника. Неврологическій вѣстникъ 1913 г.

<sup>3)</sup> Кудряшовъ. Объ обезображивающемъ спондилитѣ. Врачъ 1901 № 41.

<sup>4)</sup> Батуевъ. Морфологія и причины развитія синостозовъ 1-го позвонка съ затылочной костью. Русскій Врачъ 1910 г. № 17—20.

<sup>5)</sup> Турнеръ. О т. над. неподвижности позвоночника Русскій врачъ 1913 г. № 20—21.



formans. Установить же при жизни анкилозъ позвонковъ затруднительно и ожидая его встрѣтить навѣрное, можно, ошибиться и даже разочароваться, какъ это мнѣ и пришлось испытать на послѣднемъ (публикуемомъ теперь) случаѣ, и надо замѣтить, что изъ всего числа случаевъ одеревенѣлости позвоночника, типа *Бехтерева*, дошедшихъ до вскрытія, анкилозъ позвоночника былъ найденъ однажды *Бехтеревымъ* <sup>1)</sup> и *Голантомъ* <sup>2)</sup> и дважды мною <sup>3)</sup>, клиническихъ же случаевъ одеревенѣлости позвоночника типа *Бехтерева* описаны цѣлые десятки. Конечно, анкилозъ возможно иногда установить посредствомъ Рентгеновскаго аппарата.

Въ своей настоящей работѣ, которая касается еще 2-хъ новыхъ случаевъ одеревенѣлости позвоночника, я намѣренъ коснуться главнымъ образомъ слѣдующихъ вопросовъ: 1) отношенія формы *Бехтерева* къ анкилозамъ позвоночника при обезображивающемъ артритѣ (arthritus deformans); 2) случаевъ кифоза съ тугоподвижностью или даже неподвижностью позвоночника, симулирующихъ первую форму.

Въ теченіе 6 лѣтъ подъ моимъ наблюденіемъ находится душевно-больная съ одеревенѣлостью, неподвижностью позвоночника; отъ нея получены рентгеновскіе снимки, снятые въ 1912 г. и въ 1914 году. Первый снимокъ, сдѣланный д-ромъ *С. Л. Рашковичемъ* <sup>10)</sup> въ 1912 г. весьма любезно препровожденъ мнѣ при письмѣ, въ которомъ сказано: „сдѣлано два снимка: одинъ въ шейной и верхней части позвоночника грудного отдѣла и другой въ средней части грудного отдѣла. Оба снимка сдѣланы въ косомъ размѣрѣ (лучи направлены спереди и справа, влѣво и взади) такъ, что на снимкахъ имѣются тѣла позвонковъ спереди. Между верхними грудными позвонками промежутковъ, соответствующихъ хрящамъ, не имѣется; слѣдуетъ предположить анкилозъ верхнихъ грудныхъ позвонковъ, кромѣ того имѣется сколиозъ въ грудной части

<sup>1)</sup> Бехтеревъ. Невропатологическія наблюденія, 1900.

<sup>2)</sup> Голантъ, см. Бехтеревъ. Русскій врачъ 1913 г. № 31 стр. 1086.

<sup>3)</sup> Рудневъ. I. с.

позвоночника". Второй снимокъ, сдѣланный 29/IV 1914 г. въ госпитальной хирургической клиникѣ Саратовскаго университета д-ромъ И. Голяницкимъ также весьма любезно присланъ при запискѣ: „на сколько можно судить имѣется: 1) окостенѣніе хрящей 3—7 грудныхъ позвонковъ въ болѣе или менѣе рѣзкой формѣ; 2) шаровидное расширеніе дуги аорты. Остистые отростки повидимому подверглись физиологическому остеопорозу. Интересный случай“.

Исторія болѣзни этого дѣйствительно любопытнаго случая слѣдующая:

Больная Софронова находится въ Саратовской психіатрической лѣчебницѣ съ 1885 г. т. е. 30 лѣтъ, а поступила въ возрастѣ 48 лѣтъ, т. обр. ей 78 лѣтъ. Въ скорбномъ листѣ отмѣчено: діагнозъ *melancholia*. Окружность головы 50,5; затылочно-ушное разстояніе 21,5; лобно—28, теменно—33, подбородочно 28. Продольный обхватъ 28.

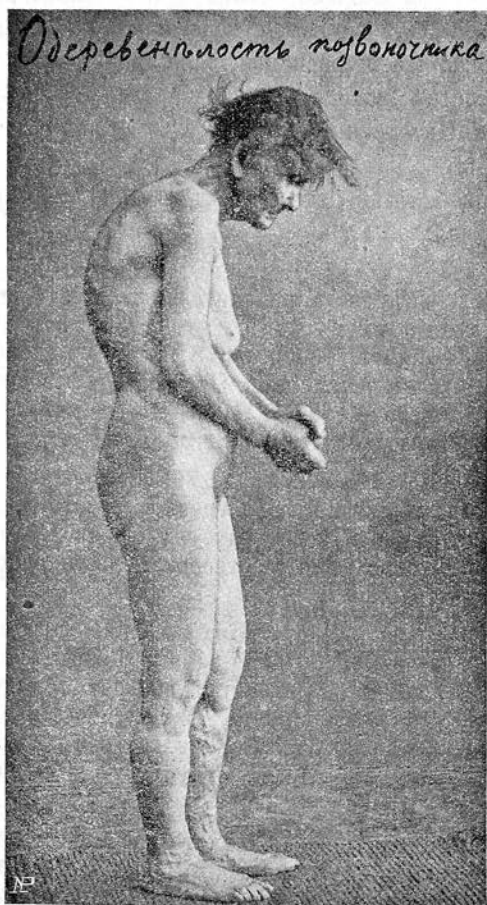
Большой косоі діаметръ 21,75, продольный 16,25, наибольшій поперечный 13,5. Поперечное разстояніе между ушными отверстиями 10,75, между скуловыми дугами 12. Прямое разстояніе отъ ушнаго отверстия до переносицы 10,5. Ростъ 1,55. Окружность груди 77.

Скелетъ слабо развитъ. Кожа вялая, желтая, на спинѣ и бедрахъ звѣздчатые, большіе, бѣлые рубцы, отъ горошины до пяточка величиною. Слизистыя оболочки блѣдныя, слегка ціанотичныя, въ зѣвѣ краснота. Лимфатическія желѣзы шейныя и паховыя увеличены. Сердце здорово. Катарръ верхушекъ легкихъ, запоръ. Не менструируетъ, матка атрофирована. Катарръ рукава.

Чувствительность кожи значительно понижена. Колѣнные рефлексы повышены. Психическое состояніе: жалуется на шумъ въ головѣ; тоску и бессонницу. Не помнитъ, что замужемъ. Говоритъ, что ее испортили, и она оттого точно сумасшедшая. Плачетъ, что много людей загубила. Кланяется въ ноги, просить простить ее. Съ 1-го іюня тоска меньше и постепенно поправляется и выздоравливаетъ. Родословная и анамнезъ. Всегда отличалась странностями, хандрила по време-



намъ и говорила, что она грѣшница, что всё надъ ней смѣются. Пила водку, если некому было удержать ее отъ этого, довольно много, дѣтей не имѣла. Второй разъ находилась въ



лѣчебницѣ съ 30 авг. 1885 г. по 11 ноября 1894 г. Кожа плохо упитана, волосы на головѣ и рѣсницахъ лѣзутъ клочьями. Пульсъ 69, слабый, лѣвая доля печени увеличена. Больная имѣетъ тоскливое выраженіе лица, часто вздыхаетъ, лицо и



фигура малоподвижна. Высказывает бредъ. 29/VI 88 г. Здорова. Поступила служанкой въ слабую палату, ухаживаетъ за больными лучше наемныхъ. 14/1 Упала на дрова, ушибла правый бокъ, но перелома нѣтъ. До 1902 г. заболѣвала периодически и поправлялась.

Въ 1912 г. 76 лѣтъ, видъ ея соответствуетъ возрасту. Ростъ ея 147 ст. Кожа желтовата, дряблая, на лицѣ много морщинъ. На различныхъ мѣстахъ кожи небольшіе звѣздчатые рубцы, руки и ноги цианотичны. На голеняхъ сильно расширены вены. Во рту 2 зуба.

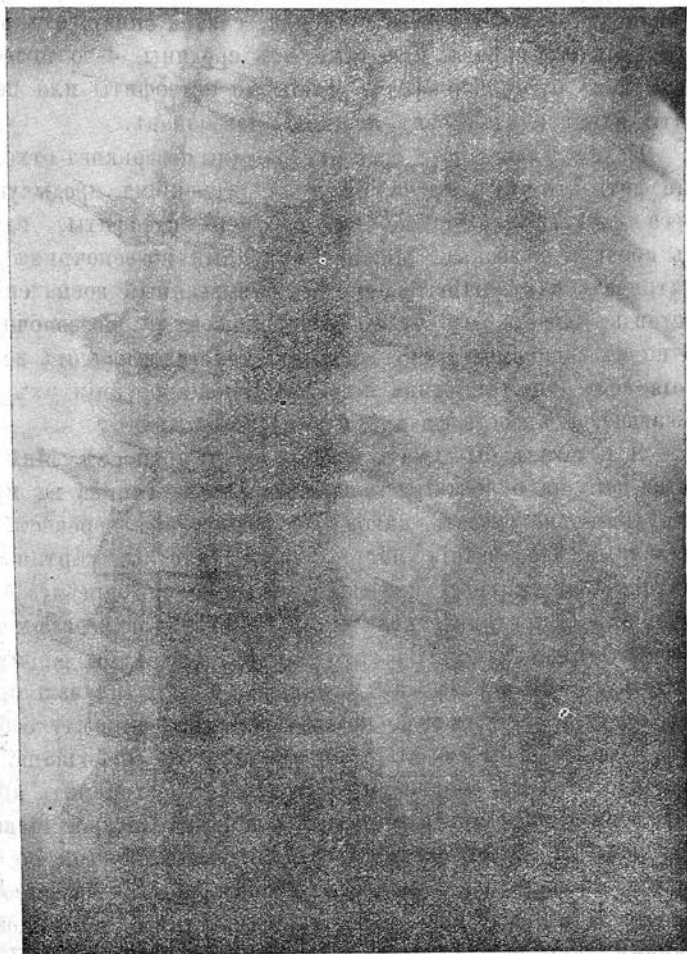
Надълючичныя области сильно втянуты, въ особенности правая. Здѣсь дыханіе не слышно. Въ правомъ легкомъ дыханіе слабѣе. На первомъ тонѣ сердца шумъ. Болевая чувствительность и ощущеніе тепла и холода сохранены. Колѣнные рефлексы повышены. При закрытыхъ глазахъ легкое покачиваніе. Спина выдается назадъ, въ особенности правая половина, наибольшее выпячиваніе начинается пальца на  $1\frac{1}{2}$  ниже угла лопатки. При лежаніи на спинѣ на ровной поверхности образуется 2 дуги, въ области поясницы и въ пространствѣ между затылкомъ и 5-ымъ спиннымъ позвонкомъ. Кости: нижніе 4-е спинныхъ позвонка и крестцовыя уклоняются влѣво и впередъ. Кифозъ рѣзко выраженъ съ весьма незначительнымъ лордозомъ влѣво. Съ правой стороны ребра выступаютъ больше, чѣмъ слѣва. Въ области поясничныхъ позвонковъ замѣтны углубленія, какъ будто остистые отростки совершенно отсутствуютъ. Начиная съ нижнихъ грудныхъ позвонковъ, ощупываніе остистыхъ отростковъ показываетъ, что они также отсутствуютъ или во всякомъ случаѣ атрофированы. 5-й грудной представляетъ нѣкоторую ость, но 4-й 3-й также атрофированы. Рѣзко выступаютъ 6-й 7 позвонки, но безъ острыхъ отростковъ, они представляются сглаженными, и имѣютъ полукруглую поверхность. Позвонки при постукиваніи и суставы не болѣзненны. Лѣвое плечо выше праваго. Стоитъ согнувшись съ выдающейся впередъ головой. Мышцы спинныя и въ особенности ягодичныя представляются атрофированными; на нижнихъ конечностяхъ и рукахъ сохранены. *Musculus ciliaris* развитъ очень хорошо. Шейныя мышцы слѣва кажутся очень атрофированными. Руки до вертикальнаго положенія поднять не можетъ. При наклонѣ туловища впередъ позвоночникъ не сгибается. Головой совершаетъ движенія впередъ, назадъ и въ стороны.



Кожные рефлексы: съ лѣвой стороны на подошвѣ вызываются, съ правой отсутствуют. Брюшные отсутствуют. Коленные повышены, съ лѣвой больше, чѣмъ съ правой. Ригидность нижнихъ конечностей такъ выражена, что нѣтъ возможности согнуть ихъ. Рефлексы сухожильные верхнихъ конечностей въ предѣлахъ нормы. Расширеніе венъ на нижнихъ конечностяхъ. Мышечный валикъ въ особенности хорошо выраженъ на правомъ плечѣ. Тактильная, болевая, температурная чувствительность безъ измѣненій. Мышечное чувство въ порядкѣ. Давленіе на нервные стволы безболѣзненно. Лопаточные рефлексы въ нормѣ. Зрачки неправильной, яйцевидной формы, реакція удовлетворительная. Лобная мышца сокращена. Языкъ фибриллярно дрожитъ. Типъ дыханія смѣшанный, болѣе брюшной. Пульсъ 60, сердечный толчокъ распространенъ, видна пульсація *art. carotis*. Съ лѣвой стороны при дыханіи ребра неподвижны, съ правой движенія ограничены“.

Итакъ, рентгеновскіе снимки показываютъ, что промежутки, между верхними грудными позвонками окостенѣли, вслѣдствіе чего и получилось неподвижность позвоночника. Клиническая картина развитія одеревенѣлости прошла какъ то незамѣтно для лечебницы, и я засталъ больную съ совершенно выраженнымъ кифозомъ и неподвижностью позвоночника. Имѣло ли нѣкоторое влияніе травматическое поврежденіе бока въ 1888 г. не установлено; звѣздчатые рубцы и увеличенныя паховыя желѣзы, измѣненіе зрачковъ, слабоуміе какъ будто бы указываютъ на перенесенной больной сифилисѣ, но реакція *Вассермана* дала отрицательный результатъ. Для появленія одеревенѣлости позвоночника требуется присоединеніе къ сифилису простуды или туберкулеза или другихъ агентовъ. Интереснымъ вопросомъ является состояніе межпозвоночныхъ хрящей: сами ли хрящи измѣнены или же существующая на ихъ мѣстѣ костная ткань есть продолженіе костной ткани позвонковъ, какъ напр. въ случаѣ описанномъ мною, гдѣ хрящи при вываркѣ выпали, а позвонки обзавались спаянными остеофитами, которые отходили или отъ

средины сосѣднихъ позвонковъ или отъ краевъ ихъ, гдѣ образовались костныя хрящевыя утолщенія. Костныя пластинки въ видѣ костныхъ мостиковъ могутъ тянуться отъ одного



позвонка къ другому въ различныхъ отдѣлахъ его. Всмотриваясь въ рентгеновскій снимокъ описываемаго случая, можно

видѣть, что тѣла позвонковъ кажутся уменьшенными въ размѣрахъ, атрофированными, конфигурація ихъ измѣнена; красныя очертанія тѣлъ позвонковъ рѣзко очерчены, что указываетъ на уплотненіе здѣсь костной ткани. Затѣмъ, если я не ошибаюсь, отъ третьяго позвонка, считая снизу, отъ верхняго края его справа или даже отъ середины 4-го позвонка идетъ какъ будто остеофитъ. Такіе же остеофиты или періоститы идутъ и отъ двухъ нижнихъ позвонковъ.

Если это такъ, т. е. если отъ середины позвонковъ отходят остеофиты, то этотъ случай будетъ повтореніемъ предыдущаго моего случая, гдѣ также наблюдались остеофиты, идущіе отъ середины позвонка. Можно ли данный позвоночникъ разсматривать какъ *arthritis deformans*, вызванный воспаленіемъ суставовъ или же это будетъ обезображенный позвоночникъ, но не въ зависимости отъ воспаленія суставовъ, а отъ воспаленія костей позвоночника и послѣдующей продукціи ихъ, выражающейся въ остеофитахъ или періоститахъ.

Я полагалъ бы думать о послѣднемъ процессѣ. Мнѣ кажется, что на основаніи только вида позвоночника въ музеѣ затруднительно сказать, какое заболѣваніе онъ перенесъ, ибо различныя заболѣванія могутъ давать сходныя картины, и анатому или хирургу, имѣющему въ распоряженіи музейный матеріалъ безъ клиническихъ исторій болѣзни, не всегда можно разобраться въ немъ. Въ самомъ дѣлѣ, если бы въ музеѣ встрѣтился препаратъ, аналогичный первому случаю проф. *Бехтерева*, гдѣ нѣсколько позвонковъ слились между собою, можно ли было бы сказать, что это *arthritis deformans*, думаю, что едва ли. Можно было бы только удостовѣрить анкилозъ. Осматривая въ Пироговскомъ музеѣ при Новороссійскомъ университетѣ скелеты, я видѣлъ различные анкилозы, но нѣкоторые положительно ставили въ тушикъ, напр.: два позвонка и соотвѣтствующія имъ ребра анкилозированы, и въ позвоночникѣ нѣтъ больше никакихъ измѣненій. Что это? Неизвѣстно. Анатомы обыкновенно жалуются на то, что имѣются прекрасные препараты, но исторіи болѣзни нѣтъ. Вотъ почему клиническія наблюденія, подтвержденные патологоанатомиче-



скимъ изслѣдованіемъ, являются драгоцѣнными; только благодаря такимъ случаямъ можно разобраться въ музейномъ анатомическомъ матеріалѣ, а не наоборотъ. Клиника въ соединеніи съ патологической анатоміей создаютъ типы, и въ настоящее время имѣется нѣсколько типовъ анкилоза позвоночника, я перечисляя ихъ въ своей предыдущей работѣ, а именно: хроническій простой ревматизмъ, болѣзнь *Strümpell-Marie*, форма *Бехтерева*, хроническій анкилозирующій ревматизмъ позвоночника и *spondillitis deformans*. Нельзя считать каждый анкилозъ позвоночника деформирующимъ артритомъ.

Теперь я перейду ко второму, описываемому мною, случаю одеревенѣлости позвоночника.

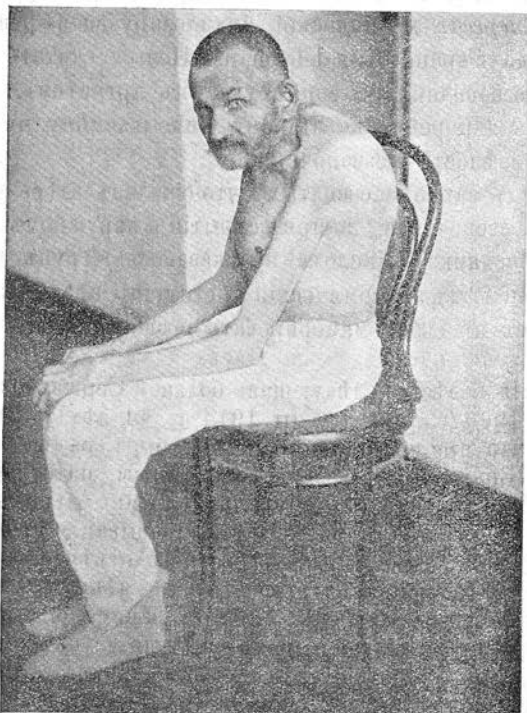
Долженъ заранѣе сознаться, что ожидалъ здѣсь получить анкилозъ позвоночника, но при вскрытіи и наружномъ осмотрѣ всего позвоночника анкилоза не оказалось. Трупъ былъ отправленъ мною въ анатомическій институтъ Саратовскаго университета съ просьбой мацерировать позвоночникъ.

Исторія болѣзни слѣдующая: больной Сержантовъ поступилъ 7/VI 1900 г., умеръ 6/III 1914 г. 44 лѣтъ. Въ листкѣ отмѣчено, что при поступленіи скелетъ былъ развитъ пропорціонально. Зрачковые рефлексы нормальны, пателлярные понижены. Затѣмъ слѣдуетъ описаніе картины душевного расстройства въ теченіе почти 14 лѣтъ пребыванія въ больницѣ. Я опускаю все подробности; у больного отмѣчены бредовыя идеи величія, галлюцинаціи, которыя не мѣшали ему ходить на работу первое время. Въ 1908 г. записано: „походка и поза его имѣютъ довольно характерный видъ: онъ ходитъ согнувшись, дѣлая короткіе шаги, какъ ходятъ старики или страдающіе дрожательнымъ параличомъ (дрожь у 6-го вѣтъ), и при этомъ руку держитъ на подложечной области, какъ будто онъ ощущаетъ тамъ нѣчто болѣзненное или вообще ненормальное. Онъ убѣждаетъ, что кто то грызетъ его внутренности. Физически очень слабъ; верхушка лѣваго легкаго поражена туберкулезнымъ процессомъ, слабо прогрессирующимъ. При неоднократномъ изслѣдованіи больного не удалось объективно констатировать какихъ нибудь измѣненій въ брюшныхъ органахъ, это сдѣлать трудно потому, что онъ сильно напрягаетъ брюшныя стѣнки. Въ 1910 г. отмѣчено: „въ по-



слѣднее время сталъ ползать, очень слабъ на ногахъ, но на боли не жалуется. Чувствительность на ногахъ сохранена, хотя въ виду психическаго расстройства точно изслѣдовать въ этомъ отношеіи нельзя. Колѣнные и пяточные рефлексы отсутствуютъ.

Атаксія нѣтъ (?) Тазовые органы функционируютъ хорошо. Зрачки реагируютъ вяло, равномерно расширены.



*Одереветность позвоночника*

20/ви. Ходить безъ поддержки не можетъ, съ поддержкой походка атактическая; колѣнные рефлексы, болевая чувствительность на ногахъ отсутствуютъ. Слухъ притупленъ. Больной всегда сидитъ на постели, сильно сторбившись; выпрямить позвоночникъ въ шейномъ отдѣлѣ можетъ свободно, въ грудномъ лишь отчасти. Жалуется на боль въ ногахъ. Въ

1913 году отмѣчено мною совмѣстно съ ординаторомъ отдѣленія: „походка атактическая, ходить согнувшись и слегка опустивъ голову и выдвинувъ ее впередъ. При произвольныхъ движеніяхъ спина не сгибается вслѣдствіе неподвижности позвоночника, который представляетъ рѣзкій кифозъ. Движеніе головы совершаются, но требуютъ нѣкоторыхъ усилій для того, чтобы коснуться подбородкомъ груди; влево голову поворачиваетъ меньше, чѣмъ вправо.

При активныхъ движеніяхъ: при подниманіи рукъ, онѣ доводятся до горизонтальной плоскости. При пассивныхъ движеніяхъ: поднять руки можетъ только до горизонтальной плоскости, дальше встрѣчается препятствіе въ плечевомъ суставѣ. Въ колѣнномъ и тазобедренномъ суставахъ движенія свободны. Вытянуть ноги такъ, чтобы онѣ лежали плотно на постели, не можетъ. Атаксіи нѣтъ, правильно касается пяткой указанныхъ мѣстъ.

Мышечное чувство при пассивныхъ движеніяхъ оказывается не разстроеннымъ. Болѣвая чувствительность рѣзкихъ разстройствъ не представляетъ. Мышцы всѣ въ состояніи довольно значительно выраженной атрофіи, болѣе рѣзкая атрофія *m. pectoralis* обѣихъ сторонъ. Атрофія *m. deltoidei* съ обѣихъ сторонъ значительна, но слѣва сильнѣе, чѣмъ справа.

Сухожильные рефлексы отсутствуютъ, кожа суха, драбля, легко собирается въ складки. При пассивномъ разгибаніи и сгибаніи рукъ обнаруживается, что при разгибаніи больной оказываетъ довольно хорошее сопротивленіе, сгибаніе уже совершается почти безъ сопротивленіе б-го.

Правой и лѣвой выжимаетъ по динамометру 45. Чувствительность болевая на передней поверхности бедра и голени слабѣе нѣсколько, чѣмъ на наружной и внутренней поверхности.

Чувствительность болевая въ области верхнихъ конечностей какъ будто хуже, чѣмъ на груди. Мышцы туловища всѣ атрофированы, болѣе рѣзко *m. pectoralis* и *deltoidei*: съ лѣвой стороны атрофія рѣзче; чѣмъ съ правой. При постукиваніи по ребрамъ получаются фибриллярныя сокращенія.

Мышечный валикъ выраженъ хорошо. Ноги въ сидячемъ положеніи выпрямить не можетъ: остается уголь, приблизительно въ  $120^{\circ}$ . Полнаго разгибанія не удается получить и при пассивномъ разгибаніи. На лѣвой наружной поверхности носа бѣлесоватый рубецъ (по словамъ б-го слѣдъ давнишняго ушиба).

Бѣлое пятно, видимо рубцового происхожденія, надъ правымъ глазомъ величиною: въ длину почти  $\frac{3}{4}$  края глазницы и височной у средней линіи около  $\frac{1}{3}$  высота лба. Отъ верхняго конца этой средней линіи верхняя граница идетъ полукругомъ внизъ.

Весь рубецъ имѣетъ форму, похожую на трапецію. Болѣзненность при постукиваніи и подавливаніи на 5 поясничный позвонокъ. Зрачки съ хорошей реакціей на свѣтъ и аккомодацию. Языкъ при высовываніи дрожитъ. Рѣчь нѣсколько скандирована. Преобладаетъ брюшной типъ дыханія, ребра почти неподвижны. На конференціи врачей отмѣчено: тактильная и болевая чувствительность снаружи въ рукахъ лучше, чѣмъ внутри.

Когда б-ой при поддержкѣ стоитъ на ногахъ, на ягодицахъ волнообразно сокращаются отдѣльные мышечные пучки. Вассермановская реакція дала положительный результатъ. + + +

Въ легкомъ туберкулезный процессъ. Истощенъ физически, слабость увеличивается. 6/III exitus letalis. Диагнозъ: *dementia paranoïdes, tabes*. Вскрытіе произведенное 8/III показало: трупъ сильно истощеннаго б-го, подкожнаго жира нѣтъ. Мышцы имѣютъ видъ вывареннаго мяса. Позвоночникъ согнутъ, неподвиженъ. Ступни ногъ немного удлинены; ребра очень ломки, легко перекручиваются, ломаются между пальцами при легкомъ усилии.

Мозгъ головной: твердая и мягкая оболочки макроскопически не измѣнены. Умѣренная атрофія коры, больше выражена въ височныхъ доляхъ. Желудочки нормальны, вѣсъ мозга 1400 грм. Спинной мозгъ макроскопически не измѣненъ, нѣтъ видимыхъ измѣненій и въ оболочкахъ. Въ области верхнихъ грудныхъ позвонковъ слѣва позвоночникъ слегка узурированъ. Въ верхнихъ грудныхъ позвонкахъ, при небольшихъ уколахъ межреберные хрящи кажутся болѣе твердыми, чѣмъ въ другихъ отдѣлахъ. Въ обоихъ легкихъ въ верхушкахъ туберкулезные очаги величиною съ куриное яйцо. Въ легкихъ увеличенное развитіе соединительной ткани, застой. Мышцы сердца въ состояніи бурой атрофіи. Сосуды нормальны: Аорта съ гладкой интимой. Клапаны нормальны. Печень цирротична, застойна. Размѣрами раза въ  $1\frac{1}{2}$  меньше нормальной. Селезенка плотна, съ сильно развитыми трабекулами. Размѣръ въ  $1\frac{1}{2}$  раза меньше нормальной. Со стороны почекъ интерстиціальны нефритъ.



Итакъ изъ двухъ описываемыхъ мною случаевъ, въ одномъ рентгеновскій снимокъ указываетъ на анкилозъ позвонковъ, въ другомъ на вскрытїи этого анкилоза не оказалось, а между тѣмъ оба случая протекали подъ видомъ болѣзни *Бехтерева*. Ни въ томъ, ни въ другомъ случаѣ указанїя на ревматизмъ позвоночника не имѣется, и во второмъ случаѣ нѣтъ никакихъ обезображиванїй, и нужно ли его считать имѣющимъ отношенїе къ *arthritis deformans*. Конечно, второй случай къ *arthritis deformans* не имѣетъ никакого отношенїя, что же касается перваго случая, то онъ, быть можетъ, на вскрытїи окажется такимъ же, какъ послѣднїй мною описанный случай, гдѣ анкилозъ позвонковъ зависѣлъ не отъ измѣненїя и воспаленїя межпозвоночнаго хряща, а отъ разрастанїя остеофитовъ, шедшихъ или отъ краевъ или отъ середины позвонковъ и соединявшихъ два сосѣднихъ позвонка, такъ что обезображиванїе позвоночника получило не вслѣдствїе артрита и не на мѣстѣ сустава, а происходило вслѣдствїе измѣненїя конфигураціи тѣла позвонка вслѣдствїе гипертрофическихъ или гиперпластическихъ процессовъ въ позвонкахъ, при чемъ вновь образовавшїяся костныя массы не представляли губчататаго вещества позвонка, а являлись твердыми, бѣловатыми костями, на подобїе вещества трубчатыхъ костей организма.

Послѣ всего вышесказаннаго я могу отвѣтить на первый, выставленный мною вопросъ: 1) отношенїе формы *Бехтерева* къ анкилозамъ позвоночника при обезображивающемъ артритѣ является отрицательнымъ; по моему мнѣнїю, это скорѣе два различныхъ заболѣванїя, чѣмъ одна и таже болѣзнь. Основанїя для этого заключенїя: патологоанатомическія изслѣдованїя, отсутствїе воспаленїя суставовъ, и происхожденїе анкилоза вслѣдствїе раздраженїя и разрастанїя самыхъ костей въ цѣломъ, а не исключительно въ мѣстѣ суставныхъ поверхностей; отсутствїе при формѣ *Бехтерева* заболѣванїя хрящей, характернаго для обезображивающаго артрита и другїя клиническія явленїя; 2) что касается случаевъ тугоподвижности позвоночника, симулирующихъ форму *Бехтерева*, то прежде

всего въ нихъ отсутствуетъ анкилозъ и неподвижность позвоночника обуславливается другими причинами, напр. мягкостью костей, мышечными атрофіями, какими либо нервными причинами, почему и заслуживаетъ названія „невропатической“ тугоподвижности, хотя такіе случаи имѣютъ нѣкоторое сходство съ формой *Бехтерева*, но многіе характерные симптомы отсутствуютъ при нихъ, и такъ какъ эти случаи рассматривались авторами, какъ болѣзнь *Бехтерева*, то и получилась такая разнообразная смѣсь клиническихъ и патологоанатомическихъ данныхъ, что, дѣйствительно, трудно было разобраться во всемъ этомъ и приходилось приспособливать болѣзнь къ симптомамъ, а не наоборотъ. Что формы неподвижности или одеревенѣлости позвоночника могутъ встрѣчаться безъ анкилоза его, доказали патологоанатомическія изслѣдованія, въ числѣ которыхъ находится и мой, описываемой здѣсь случай б-ого Сержантова. Эти случаи, вѣроятно, со временемъ будутъ выдѣлены въ новую группу подъ особымъ названіемъ невропатическаго кифоза.

Въ заключеніе добавляю, что я, такимъ образомъ, различаю:

- 1) одеревенѣлость позвоночника вслѣдствіе анкилоза при *arthritis deformans*;
- 2) одеревенѣлость позвоночника типа *Бехтерева* съ анкилозомъ позвонковъ;
- 3) одеревенѣлость или кифотическую неподвижность позвоночника безъ анкилоза его.

