

## О сращеніи или одеревенѣлости позвоночнаго столба, какъ особой формѣ заболѣванія.

Проф. В. Бехтерева.

Въ 1892 году я опубликовалъ во Врачѣ и въ Neurol. Centralbl. работу подъ заглавіемъ: „Одеревенѣлость позвоночника съ его искривленіемъ, какъ особая форма заболѣванія“, въ которой на основаніи пяти представившихся мнѣ наблюденій я старался выяснитъ симптоматологію особаго и еще очень мало извѣстнаго въ невропатологической литературѣ пораженія, выражавшагося болѣе или менѣе полною неподвижностью или одеревенѣлостью, дугообразнымъ искривленіемъ кзади позвоночнаго столба и цѣлымъ рядомъ нервныхъ разстройствъ, характерныхъ для этой формы заболѣванія.

Суммарно симптомы описаннаго мною болѣзненнаго состоянія были формулированы мною тогда въ слѣдующихъ положеніяхъ: 1) большая или меньшая неподвижность или по крайней мѣрѣ недостаточная подвижность всего или только извѣстной части позвоночнаго столба при отсутствіи въ немъ рѣзкой болѣзненности при постукиваніи и сгибаніи; 2) дугообразное искривленіе позвоночника кзади, преимущественно въ верхней грудной области, причемъ голова представлялась нѣсколько выдвинутой впередъ и опущенной; 3) паретическое состояніе мышцъ туловища, шеи и конечностей, большею частью съ небольшою атрофіей спинныхъ лопаточныхъ мышцъ; 4) при-

тушение чувствительности преимущественно въ области развѣтвленія кожныхъ вѣтвей спинныхъ и нижнихъ шейныхъ, а иногда и поясничныхъ нервовъ; 5) разнообразные признаки раздраженія со стороны тѣхъ же нервовъ въ видѣ парестезій и болей въ спинѣ и въ шейной области, а также въ конечностяхъ и въ позвоночномъ столбѣ; въ послѣднемъ въ особенности при долговременномъ сидѣннн. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ были очевидно и признаки раздраженія со стороны двигательныхъ нервовъ. Такъ, въ одномъ случаѣ былъ родъ судорожнаго подергиванія рукъ и ногъ, появлявшагося вслѣдъ за чувствомъ щекотанія въ локтевыхъ и подколенныхъ областяхъ. Въ другомъ случаѣ имѣлись сведенія верхнихъ и нижнихъ конечностей.

Къ этому необходимо прибавить, что изъ тѣхъ же наблюденій я убѣдился, что упомянутое выше паретическое состоянн мышцъ туловища и шеи нерѣдко приводитъ къ трудному поддержанн головы, которую клонить впередъ и внизъ, и къ нарушенн дыханн, которое становится исключительно брюшнымъ; при этомъ грудная клѣтка, отчасти вслѣдствн горбатости позвоночника, отчасти же вслѣдствн паретического состоянн межреберныхъ мышцъ, рѣзко уплощается и почти не участвуетъ въ дыханн даже при произвольномъ усиленн дыхательныхъ движеннй.

Надо замѣтить, что вышеприведенное представляетъ собою лишь весьма сжатые итоги клиническихъ симптомовъ этого заболѣванн, которые подробно описаны въ представленныхъ мною отдѣльныхъ случаяхъ. Все, впрочемъ, важное изъ клиническаго описанн отдѣльныхъ случаевъ будетъ приведено мною впоследствии, теперь же замѣчу, что въ этиологн трехъ ранѣе описанныхъ мною случаевъ, въ которыхъ имѣлись анамнестическн свѣдѣнн, отмѣчены мною наслѣдственность и травматическое поврежденн спины, которое играло несомннную роль въ развитн болѣзни въ двухъ случаяхъ; въ третьемъ случаѣ на этотъ этиологическн моментъ не было обращено

вниманія. Что касается наслѣдственности, то она отмѣчена была во всѣхъ трехъ случаяхъ.

Достойно вниманія, что развитіе болѣзни во всѣхъ случаяхъ происходило хотя и медленно, но прогрессивно. Выше описанное заболѣваніе и до сихъ поръ представляется еще весьма малоизвѣстнымъ въ невропатологической литературѣ. Лишь въ недавно вышедшемъ учебникѣ нервныхъ болѣзней проф. Oppenheim'a (1894 г.) мы встрѣчаемъ весьма краткое описаніе, обнимающее не много болѣе одной странички, особой формы пораженія позвоночника, озаглавленное „Die Arthritis deformans der Wirbelsäule“.

Симптоматологія этого пораженія Oppenheim'омъ представлена слѣдующимъ образомъ: „Страданіе сопровождается болями; эти боли локализируются въ позвоночномъ столбѣ и усиливаются при попыткахъ къ движенію. Къ этому нерѣдко присоединяются *корешковые симптомы*; такъ какъ for. intervertebralia, вслѣдствіе новообразованія кости, суживаются, то корешки подвергаются медленно нарастающему сдавливанію, которое приводитъ къ стрѣляющимъ болямъ (*Intercostal-Brachial-Cruralneuralgie*) и къ *атрофическому параличу* въ области мышцъ конечностей. Послѣдній почти никогда не представляется полнымъ. Если одновременно имѣется arthritis deformans остальныхъ сочлененій, то нелегко опредѣлить—можетъ ли быть отнесена мышечная атрофія на воспаленіе нервовъ, или же она стоитъ въ прямой зависимости отъ мѣстнаго пораженія сочлененій. Въ одномъ сомнительномъ случаѣ, который я видѣлъ, дало возможность рѣшить вопросъ электрическое изслѣдованіе. Обнаруженіе реакціи перерожденія говорило за то, что дѣло идетъ о дегенеративной атрофіи, стоящей въ зависимости отъ корешковаго неврита. Только рѣдко самъ спинной мозгъ сдавливается. Но описанъ одинъ случай, въ которомъ обезображивающій артритъ произвелъ столь значительныя разрастанія на зубовидномъ отросткѣ, что это привело къ сдавленію продолговатаго мозга. Страданіе протекаетъ очень хронически, обыкновенно съ послабленіями и обо-

стреніями. Диагнозъ опирается главнымъ образомъ на обнаруженіе arthritis въ суставахъ, на неподвижность большихъ отдѣловъ или всего позвоночника—анкилозъ, остающійся и въ хлороформномъ наркозѣ, и на корешковые симптомы. Иногда ощупываніе приводитъ къ точнымъ результатамъ“.

Вотъ все, что мы встрѣчаемъ, за исключеніемъ прогноза и теченія, въ книгѣ Oppenheim'a относительно arthritis deformans позвоночника. Это описаніе во многихъ отношеніяхъ не можетъ считаться полнымъ, въ нѣкоторыхъ же частностяхъ невольнѣ соотвѣтствуетъ симптоматологіи пораженія, описаннаго мною подъ названіемъ „одревенѣлости позвоночника“, хотя есть полное основаніе думать, что и въ томъ, и въ другомъ случаѣ дѣло идетъ въ сущности объ одномъ и томъ же пораженіи.

Прежде однако, чѣмъ разсматривать симптоматологію этого пораженія, я приведу еще одинъ тяжелый случай сращенія или одревенѣлости позвоночника, наблюдаемый мною въ послѣднее время въ клиникѣ нервныхъ болѣзней.

Больной Э., 52 лѣтъ отъ роду, уроженецъ Ковенской губерніи, отставной фельдшеръ. Отецъ больного пользовался всегда хорошимъ здоровьемъ, не пилъ, велъ постоянно умѣренный образъ жизни и умеръ на тридцатомъ году жизни отъ брюшного тифа. Мать умерла шестидесяти пяти лѣтъ и отличалась всегда крѣпкимъ здоровьемъ. Среди родныхъ больного никогда не было случаевъ заболѣванія душевными или нервными болѣзнями, многіе изъ нихъ отличались долголѣтіемъ, проживая до семидесяти пяти и до восьмидесяти лѣтъ. Самъ больной на 3 году отъ роду перенесъ натуральную оспу, на 10 году болѣлъ корью, а на 37 году заразился сифилисомъ, отъ котораго лѣчился неисправно: принималъ іодистый калий и то не долгое время, втираній же совсѣмъ не дѣлалъ. 10 лѣтъ тому назадъ больной перенесъ брюшную тифъ и кромѣ того страдалъ довольно часто лихорадками. Лѣтъ 6 тому назадъ имѣлъ сильный ушибъ, вслѣдствіе паденія на бокъ. Кромѣ того еще ранѣе, лѣтъ 30 назадъ, онъ также подвергся сильному ушибу. Больной недавно женился и имѣетъ дочь, родившуюся въ срокъ, которая совершенно здорова. Злоупотребленій алкоголемъ никогда не было и больной жилъ всегда



умѣренно. 4 года тому назадъ у него безъ всякой причины появился зудъ на лѣвой половинѣ груди, усиливавшійся во время потѣнія и проходившій отъ растиранія. Черезъ годъ на этихъ же мѣстахъ появились жгучія боли, періодически усиливавшіяся. Отъ растиранія онѣ обыкновенно проходили. Съ февраля мѣсяца 1894 года эти боли приняли стрѣляющій характеръ и распространялись въ видѣ пояса на обѣ половины грудной клѣтки, хотя сильнѣе выражались почти всегда съ лѣвой стороны и обыкновенно сопровождались сильнымъ зудомъ. Боли были настолько сильны и постоянны, что больной совсѣмъ лишился сна и могъ засыпать только съ хлораломъ. Послѣ лѣченія въ теченіе двухъ мѣсяцевъ хлораломъ, салициловымъ натромъ и іодистымъ калиемъ боли стали появляться рѣже, но все еще имѣли колющій характеръ. Лѣтомъ 1894 года больной лѣчился ваннами въ Старой Руссѣ. Вначалѣ онъ чувствовалъ себя хорошо, но къ осени опять появилось ухудшеніе, боли возобновились. Въ настоящее время больной жалуется на сильныя стрѣляющія боли въ окружности лѣваго соска и въ лѣвой лопаткѣ. Боли эти вызываются каждый разъ, когда больной обѣ руки и особенно лѣвую приведетъ къ груди, поэтому онъ всегда держится въ согнутой позѣ съ отведенными отъ туловища руками. Боли настолько иногда бываютъ сильны, что, по его словамъ, вызываютъ даже головокруженіе. Когда у больного развиваются запоры и животъ вздувается газами, то эти боли распространяются въ лѣвую ногу, а иногда и въ лѣвую руку и даже въ правыя конечности и вмѣстѣ съ тѣмъ вызываютъ спазмы въ кишкахъ, а иногда и эрекцію члена. Слѣдуетъ кромѣ того замѣтить, что въ рукахъ и ногахъ больной почти всегда ощущаетъ холодъ, онѣменіе и ползаніе мурашекъ.

При наружномъ осмотрѣ больного при поступленіи въ клинику въ 1895 году было отмѣчено слѣдующее: грудная клѣтка въ передне-заднемъ діаметрѣ немного сужена. Съ передней поверхности она сильно уплощена, реберныя промежутки вдавлены. Напротивъ того, въ боковомъ діаметрѣ и именно въ нижней своей части грудная клѣтка расширена, ребра при дыханіи остаются неподвижными, и дыханіе поэтому представляется исключительно брюшнымъ. Позвоночникъ представляетъ равномерное искривленіе въ грудной своей части съ выпуклостью кзади; при постукиваніи не болѣзненъ; лишь при сильномъ постукиваніи въ области остистаго отростка третьяго груднаго позвонка обнаруживается слабая

болѣзненность. Зрачки нѣсколько сужены. Измѣненій со стороны поля зрѣнія нѣтъ. Больной жалуется на скорую усталость при ходьбѣ, задержку мочеиспусканія и на запоры. Въ грудной части позвоночникъ совершенно неподвиженъ; въ шейной же и поясничной части движенія позвоночника крайне ограничены. Изъ кожныхъ рефлексовъ межлопаточный ясно выраженъ на правой сторонѣ, брюшной и надчревной отсутствуютъ на обѣихъ сторонахъ, ягодичный справа ясно выраженъ, а слѣва отсутствуетъ. Рефлексъ cremaster'a повышенъ, равно какъ и подошвенный. Изъ сухожильныхъ рефлексовъ локтевые (на triceps и biceps), а также и колѣнный на обѣихъ ногахъ сильно повышены. Рефлексы ахиллова сухожилия хорошо выражены оба, но яснѣе съ правой стороны. Мышечная сила правой руки 25 килогр., а лѣвой 24 килогр. Мышечная сила въ нижнихъ конечностяхъ достаточная. Мышечное чувство нигдѣ не нарушено. При изслѣдованіи больного уколами булавки на большей части груди и грудной части спины кромѣ болевого чувства онъ испытываетъ чувство жженія, а при болѣе сильныхъ уколахъ на означенныхъ мѣстахъ является сильный зудъ. Чувствительность къ фарадическому току представляется по вышеуказаннымъ границамъ повышенной. Въ мѣстѣ съ тѣмъ въ области лѣваго соска и въ надлопаточной области обнаруживается легкая анестезія. Осязательная чувствительность представляетъ также извращеніе, такъ какъ вмѣсто осязательнаго раздраженія воспринимается чувство жженія и зуда въ кожѣ. Мѣстами въ тѣхъ же областяхъ наблюдается температурная анестезія, выражающаяся пониженіемъ чувствительности къ холоду и извращеніемъ ощущенія. Въ рукахъ и ногахъ болевая чувствительность ослаблена, особенно она понижена въ рукахъ. Со стороны мочевого пузыря и прямой кишки также существуютъ разстройства функций, выражающіяся у больного небольшой задержкой при мочеиспусканіи и запоромъ.

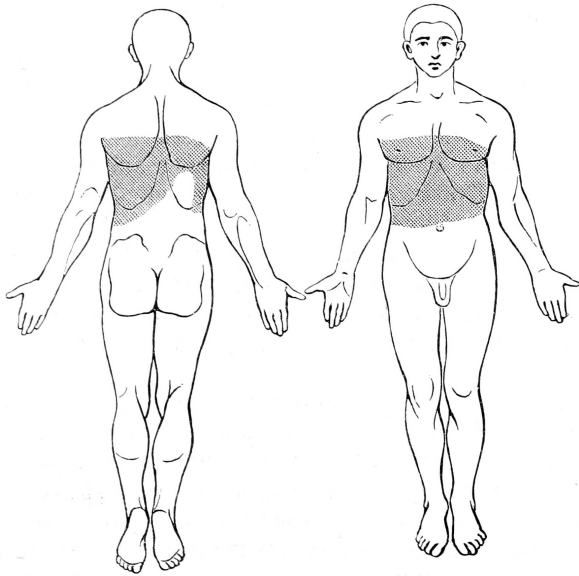
Съ тѣхъ поръ болѣзненное разстройство представляло мало существенныхъ перемѣнъ. Первоначально оказали благоприятное вліяніе на болевья ощущенія въ груди систематически производимыя подвѣшиванія на видоизмѣненномъ мною аппаратѣ Спримона и долговременное примѣненіе іодистаго калия и ваннъ, но со временемъ больной пересталъ переносить подвѣшиванія, вслѣдствіе чего пришлось отъ нихъ отказаться; равнымъ образомъ іодистое лѣченіе и примѣненіе ваннъ оказалось безъ вліянія. Мало по малу состояніе больного нѣ-

сколько ухудшилось главнымъ образомъ въ отношеніи субъективныхъ разстройствъ.

Въ общемъ состояніе больного въ 1896 году какъ во время демонстраціи его въ научномъ собраніи врачей клиники 15 апрѣля 1896 г., такъ и нынѣ представляется однимъ и тѣмъ же, и я поэтому ограничусь здѣсь однимъ общимъ описаніемъ состоянія больного въ теченіе 1896 года. У больного имѣется въ прежней степени округлая горбатость въ верхней части грудного и нижней части шейнаго отдѣла позвоночника. вмѣстѣ съ тѣмъ обращаетъ на себя вниманіе отсутствіе компенсирующаго лордоза въ шейной и поясничной области. Ощупываніе позвоночника даетъ совершенно отрицательныя данныя. Голова вслѣдствіе искривленія выдвинута впередъ, грудь, напротивъ того, представляется уплощенной и съ вдавленіемъ межреберныхъ промежутковъ вслѣдствіе атрофіи дыхательныхъ мышцъ. Благодаря этому, животъ и тазъ нѣсколько выдвинуты впередъ; колѣна слегка подогнуты. Позвоночникъ представляется совершенно неподвижнымъ какъ въ грудной, такъ и въ нижней шейной области; лишь въ поясничной и въ верхней шейной области позвоночникъ представляетъ крайне ограниченную подвижность. Походка больного представляется крайне своеобразной: больной ходитъ съ широко разставленными ногами, причемъ недостатокъ подвижности позвоночника онъ замѣняетъ болѣе значительнымъ подгибаніемъ ногъ. Кромѣ того, по словамъ больного, онъ не можетъ долго ни сидѣть, ни стоять, а долженъ либо лежать, либо постоянно передвигать ногами, что будто бы облегчаетъ его боли. По временамъ онъ поэтому топчется на мѣстѣ, поочередно поднимая свои ноги; по его заявленію, въ этомъ случаѣ ноги будто бы сгибаются сами собою, помимо его воли.

При изслѣдованіи мышечной системы не трудно замѣтить ясныя, хотя и не очень рѣзкія, явленія атрофіи въ правой лопаточной области и въ плечевой части правой руки; въ плечевой части лѣвой руки атрофія также имѣется, но выражена слабѣе, въ правой же лопаточной области она представляется едва замѣтною, между тѣмъ предплечье и кисть не обнаруживаютъ никакихъ вообще слѣдовъ атрофіи; достойно также вниманія болѣе или менѣе ясно выраженное западеніе межреберныхъ промежутковъ, указывающее на атрофіи дыхательныхъ мышцъ; правый плечевой суставъ при движеніи представляется ясно болѣзненнымъ, и движенія руки кзади и квер-

ху вслѣдствіе того ограничены. Другіе суставы здоровы. Дыханіе исключительно брюшное, грудь же остается неподвижною не только при обыкновенномъ дыханіи, но и при произвольномъ усиленіи дыханія. По словамъ больного, дыханіе его не представляется свободнымъ; ему не даетъ свободно дышать стѣсненіе въ груди и развивающіяся вмѣстѣ съ тѣмъ болѣзненные ощущенія въ грудной области. Что касается мышечной силы, то можно лишь отмѣтить нѣкоторую, впрочемъ нерѣзко выраженную, слабость верхнихъ и нижнихъ конечностей, хотя всѣ движенія выполняются правильно. Походка съ мелкими шагами, шаткая. При поворотахъ больной поворачивается разомъ всѣмъ туловищемъ. Въ мѣстахъ атрофіи мышцъ замѣтное ослабленіе фарадической возбудимости, но ясно выраженной реакціи перерожденія нигдѣ не обнаруживается. При давленіи на нервные стволы верхнихъ конечностей замѣчается небольшая чувствительность. Также и давленіе на *n. cruralis* вызываетъ нѣкоторую болѣзненность.

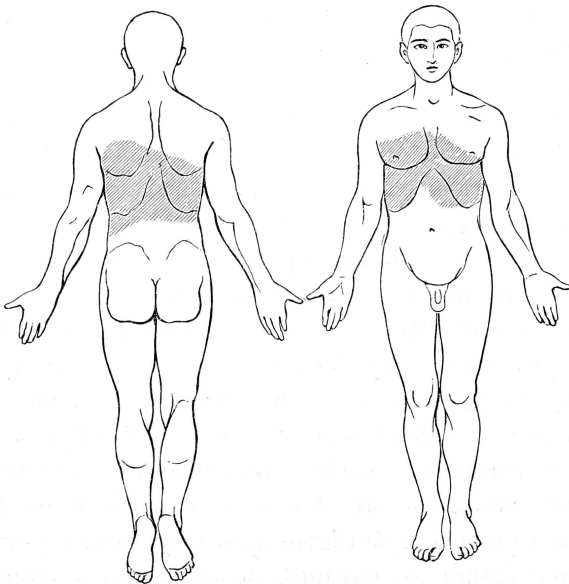


Фиг. 1 и 2.

Область гиперэстезіи и дизэстезіи (прикосновеніе пальцемъ вызываетъ не-пріятное жженіе; уколы булавкой и легкое царапаніе вызываютъ крайне рѣзкое ощущеніе боли и оставляютъ послѣ себя продолжительное жженіе.

Рефлексы верхних конечностей замѣтно повышены. Коленные рефлексы слабы. Кожные рефлексы въ мѣстахъ гиперэстезіи рѣзко повышены, въ остальныхъ областяхъ нормальны.

Исслѣдованіе чувствительности показываетъ рѣзкій поясъ гиперэстезіи осязательной и болевой чувствительности во всей грудной области, какъ на задней, такъ и на передней поверхности тѣла (фиг. 1 и 2). Малѣйшее раздраженіе, хотя бы даже проведеніе пальцемъ по ребрамъ, вызываетъ страшную боль, которая вызываетъ даже рефлекторныя движенія. Въ шейной области, въ особенности слѣва, и частью въ верхней лопаточной области замѣчается даже нѣкоторая анестезія. Между прочимъ обращаетъ на себя вниманіе дизэстезія въ мѣстахъ, гдѣ обнаруживается повышенная чувствительность. Такъ, вмѣсто боли или осязательнаго ощущенія больной испы-



Фиг. 3 и 4.

Разстройство температурной чувствительности (пониженіе чувства тепла и холода, мѣстами-же въ этой области обнаруживается извращеніе: холодъ воспринимается какъ тепло, а рѣзкія тепловыя раздраженія вызываютъ чувство ломоты.

тываетъ чувство рѣзкаго жженія или зуда. Кромѣ того у больного поражаетъ особенная продолжительность болѣзненнаго ощущенія (жженія, зуда). Такъ, напр., при легкомъ проведеніи пальцемъ по груди чувство рѣзкаго болѣзненнаго жженія длится до 12 секундъ. Подъ вліяніемъ гиперѣстезіи больной даже рубашку держитъ приподнятою, чтобы она не касалась груди. Онъ избѣгаетъ также сидѣть, а старается оставаться на ногахъ. Не смотря на повышенную болевую и осязательную чувствительность, у больного почти въ тѣхъ же областяхъ обнаруживается пониженіе чувства тепла и холода; мѣстами же чувство холода замѣняется ощущеніемъ тепла, тогда какъ рѣзкія температурныя раздраженія вызываютъ чувство ломоты (фиг. 3 и 4). Кромѣ того у больного обнаруживаются и самостоятельныя ощущенія въ видѣ парѣстезій въ грудной области и боли въ груди и рукахъ, отчасти даже въ нижнихъ конечностяхъ. По его словамъ, движеніе нижнихъ конечностей и переступаніе съ мѣста на мѣсто облегчаетъ его болевые ощущенія въ области груди, и онъ часто прибѣгаетъ къ этимъ движеніямъ въ періодѣ обостренія болей.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что въ нашемъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ тою формою заболѣванія, которая описана мною подъ названіемъ „одеревенѣлости позвоночника“ и которая также удобно можетъ быть названа сращеніемъ позвоночнаго столба. Въ пользу этого говоритъ какъ неподвижность позвоночника, такъ и цѣлый рядъ корешковыхъ симптомовъ въ грудной области, выражающихся болями, гиперѣстезіей, парезами, атрофіей мышцъ, затрудненнымъ движеніемъ, паретической слабостью верхнихъ и нижнихъ конечностей и медленно нарастающимъ ходомъ болѣзненнаго процесса. По сравненію съ ранѣе описанными мною наблюденіями особенно рѣзкими въ данномъ случаѣ представлялись симптомы со стороны чувствительности въ видѣ мучительныхъ болей и гиперѣстезіи въ грудной области. Надо однако замѣтить, что субъективные симптомы со стороны чувствительности въ большей или меньшей степени обнаруживались и во всѣхъ другихъ случаяхъ. Достоинно вниманія также, что здѣсь при постукиваніи позвоночника наблюдалась мѣстная его чув-

ствительность въ области 3-го шейнаго позвонка и въ грудной области.

Подобная же мѣстная чувствительность наблюдалась также и въ одномъ изъ прежде описанныхъ мною случаевъ.

Въ остальномъ представленный случай ничѣмъ существеннымъ не выдѣляется изъ ранѣе опубликованныхъ мною наблюдений. Заслуживаетъ вниманія, что и въ немъ, какъ и въ двухъ изъ ранѣе описанныхъ случаевъ, травма отмѣчалась въ числѣ этиологическихъ моментовъ. Напротивъ того, наследственныхъ условій заболѣванія, наблюдавшихся въ 3-хъ, ранѣе мною опубликованныхъ случаяхъ, здѣсь отмѣтить не удалось. Сопоставляя только-что описанный случай съ ранѣе опубликованными мною случаями подобнаго же заболѣванія, мы приходимъ къ выводу, что у больныхъ прежде всего обращаетъ на себя вниманіе большее или меньшее искривленіе позвоночника съ выпуклостью кзади въ области плечевого пояса и почти совершенная неподвижность его во всей грудной области и затрудненная подвижность въ поясничной и нижней шейной областяхъ. Компенсаторный лордозъ поясничной и шейной области обыкновенно отсутствуетъ; тазъ вѣскольео выпяченъ кпереди, ноги въ колѣнномъ сочлененіи слегка подогнуты при стоянн и ходьбѣ. Походка представляетъ обыкновенно тѣ или другія, иногда крайне своеобразныя, явленія; при поворотахъ неподвижность позвоночника обыкновенно приводитъ къ тому, что больные одновременно поворачиваютъ туловище и голову. Грудная клѣтка вслѣдствіе пареза дыхательныхъ мышцъ крайне малоподвижна даже и при усиліяхъ производить болѣе глубокіе вдохи, вслѣдствіе чего дыханіе у такого рода больныхъ всегда бываетъ исключительно брюшнымъ.

Выпрямленіе позвоночника оказывается невозможнымъ ни при какихъ вообще условіяхъ. У больныхъ нерѣдко обнаруживается лишь ограниченная сгибаемость въ поясничной части и въ шейной области, если сращеніе не распространяется на эти области. Иногда при попыткахъ къ поворачиванію чувствуется боль въ той или другой части позвоночника.

Равнымъ образомъ при постукиваніи позвоночника, поверхностномъ или глубоко, иногда удается обнаружить болѣзненность въ той или другой его части, большею частью впрочемъ не сильную. Вообще съ этой стороны страданіе не можетъ считаться болѣзненнымъ. Кромѣ того заслуживаетъ вниманія паретическое состояніе мышцъ груди, плечевого пояса, верхнихъ и нерѣдко даже нижнихъ конечностей и легкая атрофія мышцъ лопаточныхъ, иногда шейныхъ, а также верхнихъ конечностей и мышцъ груди.

Реакція перерожденія можетъ быть лишь въ болѣе затянувшихся случаяхъ, при болѣе или менѣе рѣзкой мышечной атрофіи, въ другихъ случаяхъ она отсутствуетъ, и обнаруживаются лишь количественныя измѣненія электрической возбудимости въ смыслѣ ея пониженія. Чувствительность обычно при этой болѣзни поражается съ самаго начала, причемъ наблюдается болѣе или менѣе ясное ея пониженіе въ областяхъ развѣтвленія тѣхъ нервовъ, которыя соотвѣтствуютъ пораженной части позвоночника. Иногда наблюдается расщепленіе чувствительности: аналгезія и термическая анестезія при сохраненіи осязательной чувствительности. Кромѣ того, могутъ наблюдаться и дизэстезіи, какъ показываетъ послѣдній случай.

Въ тѣхъ же областяхъ обнаруживаются болѣзненные ощущенія и различнаго рода парэстезіи, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣе или менѣе рѣзкія гиперэстезіи чаще всего въ области груди, рукъ и туловища, иногда удается отмѣтить и чувствительность пораженныхъ нервныхъ стволовъ къ давленію. Рефлексы измѣняются различно: межлопаточный и чревный чаще всего отсутствуютъ; сухожильные рефлексы конечностей нерѣдко повышены, въ особенности колѣнные, хотя бываютъ и исключенія. Функція тазовыхъ органовъ или не поражаются вовсе, или же поражаются лишь въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣзни. Иногда обнаруживается пораженіе тѣхъ или другихъ суставовъ конечностей, но это далеко не составляетъ правила.



Ощупываніе позвоночника рѣдко обнаруживаетъ какія либо спеціальныя измѣненія. Процессъ обнаруживаетъ почти всегда наклонность къ прогрессированію, причемъ однако не наблюдается особенно рѣзкихъ колебаній въ болѣзни. Въ большинствѣ случаевъ болѣзнь развивается въ пожиломъ возрастѣ. Возможны ли случаи ранняго заболѣванія—остается неизвѣстнымъ. Въ этиологическомъ отношеніи слѣдуетъ имѣть въ виду, независимо отъ общихъ условій организма, травму и наследственность.

Что касается патологической анатоміи настоящаго заболѣванія, то, къ сожалѣнію, до сихъ поръ еще въ этомъ отношеніи мы не имѣемъ хорошо прослѣженныхъ случаевъ со вскрытіемъ. Но на основаніи клиническихъ симптомовъ слѣдуетъ предполагать, что вмѣстѣ съ развитіемъ подъ вліяніемъ основнаго процесса сращенія позвоночнаго столба въ пораженіе вовлекаются спинно-мозговые корешки, подвергающіеся славливанію; вмѣстѣ съ тѣмъ вѣроятно хроническій воспалительный процессъ захватываетъ собою и наружные слои твердой мозговой оболочки и окружающей ея кѣтъчатки, какъ объ этомъ я говорилъ уже въ первомъ своемъ сообщеніи.

Предсказаніе *quo ad valetudinem* безспорно должно считать въ этой болѣзни неблагоприятнымъ. При лѣченіи, на мой взглядъ, слѣдуетъ имѣть въ виду ванны, вытяженіе позвоночнаго столба, отвлекающія на позвоночникъ, массажъ и продолжительные приемы іода внутрь.

---