

къ дифференціальной діагностикѣ множественнаго неврита.

поліэстезія и макроэстезія.

Проф. А. Е. Щербана и Д-ра И. И. Иванова.

(Окончаніе; см. Т. V. выт. 2).

Участіе *спинного мозга* при инфекціонномъ полиневритѣ можетъ быть *первичнымъ* или *вторичнымъ*.

Что касается *первичнаго* участія, то здѣсь снова надо различать двѣ клиническія формы:

1) Токсины оказываютъ лишь кратковременное и слабое дѣйствіе на спинной мозгъ, что выражается, обыкновенно въ началѣ болѣзни, скоропроходящими расстройствами функций мочевого пузыря и прямой кишки, при чемъ, однако, обычная *клиническая картина* и *теченіе* полиневрита *не представляютъ существенныхъ измѣненій*; предсказаніе не ухудшается (ср. случаи *Oppenheim'a* ¹⁾, *Канонникова* ²⁾, *Charcot* ³⁾, *Rhode* ⁴⁾ и др. ⁵⁾)

¹⁾ Deut. Arch. f. klin. Medic. 1885. Bd. 36, s. 561.

²⁾ Мед. Обзор. 1886 т. 26, с. 659.

³⁾ Rév. Neurol. 1893, nn° 1—2.

⁴⁾ Zeitsch. f. klin. Medic. Bd. 25.

⁵⁾ Болѣе или менѣе ясно выраженное расстройство иннерваціи мочевого пузыря въ начальномъ періодѣ одному изъ насъ (Щербакъ) приходилось наблюдать почти во всѣхъ случаяхъ инфекціоннаго полиневрита.

2) Во второй категоріи случаевъ токсины дѣйствуютъ болѣе энергично на кровеносные сосуды и самыя нервныя элементы спинного мозга, обуславливая стойкое органическое поврежденіе его, при чемъ какъ въ клиническую картину вносятся новыя, несвойственныя полиневриту, черты, такъ и теченіе болѣзни измѣняется; предсказаніе ухудшается.

Смотря по локализациі болѣзненныхъ фокусовъ въ спинномъ мозгу, къ клиническимъ явленіямъ неврита примѣшиваются въ такихъ случаяхъ то симптомы гнѣзднаго міэлиты, то полиміэлиты или, наконецъ, менинго-міэлиты; страданіе очень затягивается и о полнотѣ *restitutio ad integrum* не можетъ быть и рѣчи. Такія формы неврита заслуживаютъ выдѣленія въ особую группу и могутъ быть названы *міэло-невритомъ*¹⁾.

Патолого-анатомическія находки въ спинномъ мозгу *людей*, умершихъ при явленіяхъ полиневрита, вполне соответствуютъ только-что указанному подраздѣленію.

Неоднократно, при самыхъ разнообразныхъ формахъ полиневрита, между прочимъ и инфекціоннаго, находили то *весьма легкія* и довольно неопредѣленныя явленія въ спинномъ мозгу, патологическій характеръ которыхъ изслѣдователямъ представляется даже сомнительнымъ, то болѣе или менѣе *глубокіе дегенеративныя процессы* въ нервныхъ клѣткахъ съ разращеніемъ интерстиціальной ткани и глубокими измѣненіями сосудистыхъ стѣнокъ (см. относящуюся сюда литературу у *Суханова*²⁾, *Pal'я*³⁾, *Marinesco*⁴⁾); изъ русскихъ работъ объ измѣненіяхъ спинного мозга при различныхъ невритахъ, кромѣ новѣйшихъ изслѣдованій *Суханова* (l. c.), см. еще: *Ко-*

¹⁾ Подробнѣе о дифференціальной діагнозѣ и теченіи міэло-невритовъ будетъ сказано въ готовящейся къ печати лекціи по поводу двухъ случаевъ этого рода, которые наблюдались въ клиникѣ.

²⁾ Arch. de neurol. 1896, v. 1, n° 3.

³⁾ Ueber multiple Neuritis. Wien, 1891.

⁴⁾ Rév. neurol. 1896, n° 5, p. 129.

жевниковъ ¹⁾, Кириллицевъ и Мамуровскій ²⁾, Муратовъ ³⁾, Корсаковъ ⁴⁾, Рахманиновъ ⁵⁾, Корсаковъ и Сербскій ⁶⁾.

Къ тѣмъ же результатамъ приводятъ и *экспериментальныя изслѣдованія* дѣйствія различныхъ инфекціонныхъ токсиновъ и живыхъ бактерій на нервную систему.

Опытъ показываетъ, что токсины, дѣйствующіе преимущественно на периферическіе нервы, какъ, напр., *дифтеритный*—вызываютъ по большей части и одновременныя измѣненія сосудовъ и нервныхъ элементовъ спинного мозга (впервые, если не ошибаемся, констатированныя *у животныхъ* подъ вліяніемъ дифтеритнаго яда однимъ изъ насъ ⁷⁾); измѣненія эти иногда настолько незначительны, что не сопровождаются при жизни никакими явленіями со стороны нервной системы, иногда же представляются гораздо рѣзче выраженными, такъ что нѣкоторые изъ послѣдующихъ авторовъ, работавшихъ съ дифтеритнымъ ядомъ, склонны даже объяснять дифтеритные параличи у животныхъ первичнымъ міэлитомъ (*Crocq fils* ⁸⁾).

Enriquez et Hallion ⁹⁾, занявшіеся специально изслѣдованіемъ спинного мозга собакъ, отравленныхъ дифтеритнымъ токсиномъ, также описываютъ настоящія *миэлы* міэлита.

И мы въ нѣсколькихъ случаяхъ находили въ спинномъ мозгу гораздо болѣе рѣзкія измѣненія, чѣмъ обыкновенно, но мы рассматриваемъ эти случаи лишь какъ осложненіе неврита міэлитомъ. Дифтеритный ядъ оказываетъ вредное дѣйствіе

¹⁾ Вѣст. Псих. 1891, т. 8, в. 2, с. 180.

²⁾ Сборн. статей проф. Кожевникова. Москва 1890, стр. 241.

³⁾ Вѣстн. Псих. 1891 г. в. 1, с. 46.

⁴⁾ Объ алкогольн. параличѣ. Москва 1887, с. 297.

⁵⁾ Медиц. Обозр. 1891, т. 35, с. 917.

⁶⁾ Сборникъ пр. Кожевникова, с. 319.

⁷⁾ *Щербакъ*. *Rév. neurol.* 1893, p. 145 (предвар. сообщ.); работа не вполне закончена до сихъ поръ и полностью еще не опубликована.

⁸⁾ *Arch. de médic. expérim.* 1895. n° 4, p. 507.

⁹⁾ *Rév. neurol.* 1894, n° 10.

и на головной мозгъ, главнымъ образомъ на сосудистую систему, что подтверждается какъ спеціальными гистологическими изслѣдованіями (*Pernice* и *Scoliosi*¹⁾), такъ и многими случаями мозгового кровоизліянія въ раннемъ возрастѣ послѣ дифтерита. На основаніи однихъ этихъ данныхъ нельзя, однако, заключить, что экспериментальные дифтеритные параличи вообще имѣютъ *центральное* происхожденіе.

Противоположный выводъ нѣкоторыхъ авторовъ, на нашъ взглядъ, обусловливается недостаточнымъ анализомъ клиническихъ явленій въ связи съ патолого-анатомическими находками у отравленныхъ дифтеритнымъ токсиномъ животныхъ: дѣло въ томъ, что измѣненія въ спинномъ мозгу наблюдаются иногда и въ тѣхъ случаяхъ, когда у животного *вовсе не наступаютъ параличи* (это подтверждается и изслѣдованіями *Claude'a*²⁾); далѣе, во многихъ случаяхъ настоящаго дифтеритнаго паралича, при наличности *строго локализованнаго неврита* приходится наблюдать *диффузные* и слабо выраженные измѣненія спинного мозга, *по локализациіи не соответствующія* параличамъ; наконецъ, самая *клиническая картина* экспериментальнаго дифтеритнаго паралича представляетъ *извѣстныя особенности* при осложненіи *міэлитомъ*.

Въ общемъ выводъ изъ всѣхъ упомянутыхъ изслѣдованій, съ нашей точки зрѣнія, вытекаетъ лишь то, что *дифтеритные токсины у животныхъ могутъ вызывать какъ невриты, такъ и міэло-невриты*; другими словами—возможно, такъ сказать, искусственное полученіе у животныхъ обѣихъ разновидностей инфекціоннаго полиневрита.

Кромѣ *первичнаго* участія спинного мозга при инфекціонныхъ полиневритахъ, надо различать, какъ мы уже говорили, *вторичное* пораженіе *medullae spinalis*.

Довольно распространенное прежде мнѣніе о возможности перехода болѣзненнаго процесса съ периферическихъ нер-

¹⁾ Rif. medica. 1895, n° 231—233; Rev. neurol. 1896, n° 3, p. 78.

²⁾ Sem. médic. 1896, n° 38, p. 299.

вовъ на спинной мозгъ, еще весьма недавно имѣло очень мало сторонниковъ и большинство новѣйшихъ учебниковъ почти совершенно игнорируютъ этотъ пунктъ; между тѣмъ въ последнее время появились изслѣдованія, подтверждающія нѣкоторыя старыя наблюденія и прямо указывающія на возможность такого перехода, что, между прочимъ, вполне согласуется съ современными взглядами на строеніе нервной системы, ученіемъ о нейронахъ и о взаимной связи ихъ.

Въ недавнее время *Feinberg* ¹⁾ послѣ раздраженія п. ischiadici у кролика эфиромъ и очень охлажденнымъ насыщеннымъ растворомъ хлористаго натрія описываетъ ясно выраженные дегенеративныя измѣненія въ спинномъ мозгу, преимущественно въ дорсальныхъ корешковыхъ волокнахъ, Clarke'овскихъ столбахъ, клѣткахъ дорсальныхъ роговъ; менѣе рѣзко выраженные—въ вентральныхъ корешкахъ и клѣткахъ вентральныхъ роговъ. Чрезвычайно важно, что на ряду съ дегенеративными измѣненіями въ нервныхъ клѣткахъ и волокнахъ наблюдалось также *расширеніе сосудовъ, измѣненія ихъ стѣнокъ*, наполненіе периваскулярныхъ и адвентиціальныхъ пространствъ бѣлыми шариками, иногда—*склерозъ сосудовъ и основной ткани*.

Нѣсколько ранѣе, въ томъ же журналѣ *Shimamura* ²⁾ приводитъ *клиническое* наблюденіе, въ которомъ къ явленіямъ неврита впоследствии присоединился мѣлитель, констатированный и *при вскрытіи*.

Особенно важное значеніе по данному вопросу имѣютъ работы неутомимаго изслѣдователя нервной системы, румынскаго врача *G. Marinesco*.

Въ цѣломъ рядѣ сообщеній и статей ³⁾ почтенный авторъ, основываясь главнымъ образомъ на изслѣдованіяхъ по

¹⁾ Myelopathia postneuritica. Zeitsch. f. klin. Medic. Bd. 25.

²⁾ Zeitsch. f. klin. Medic. Bd. 24.

³⁾ Soc. de biol. 30 nov. 1895, 25 janvier 1896, 16 mai 1896; Presse médic., dec. 1895 (Theorie des neurones, application au processus de dégénérescence et d'atrophie dans le système nerveux).

Révue neurol. 1896, n° 5, 129 (съ прекрасными рисунками).

методу *Nissl'*я, значеніе котораго очень велико для будущаго невропатологіи, доказываетъ, что какъ экспериментальное поврежденіе периферическихъ нервовъ, такъ и *невритическіе* процессы у *человѣка* неизбѣжно вызываютъ вторичное страданіе клѣтокъ спинного мозга, принадлежащихъ къ соотвѣтственнымъ нейронамъ. Страданіе это выражается прежде всего въ измѣненіяхъ хроматиноваго вещества нервной клѣтки или *кинетоплазмы*, какъ называетъ его *Marinesco*, заимствовавшій это названіе изъ ботаники; лишь при продолжительномъ существованіи болѣзненнаго процесса въ нервахъ измѣненія наблюдаются и въ „трофоплазмѣ“. При невритахъ вторичный процессъ идетъ очень медленно, и по большей части дѣло ограничивается поправимымъ измѣненіемъ кинетоплазмы (нарушенія цѣлости трофоплазмы непоправимы).

Въ отличіе отъ вторичнаго—*первичное* участіе спинного мозга, по мнѣнію *Marinesco*, выражается всегда измѣненіями самой трофоплазмы, и такимъ образомъ дается возможность распознать подъ микроскопомъ первичное и вторичное пораженіе нервныхъ клѣтокъ. (Аналогичные результаты получили также *Ballet et Dutil* ¹⁾ при изслѣдованіи спинного мозга въ одномъ случаѣ полиневрита и *Sadorski* ²⁾ при экспериментальномъ раздраженіи (прижатіи) *n. ischiadici* у животныхъ—оба, работавшіе со способомъ *Nissl'*я).

Изъ сказаннаго, однако, ясно, что распознаваніе это возможно лишь въ свѣжихъ случаяхъ; въ хроническихъ же, когда и *вторичное* пораженіе нервныхъ клѣтокъ даетъ измѣненія трофоплазмы, признакъ этотъ теряетъ свое значеніе. Затѣмъ нужно добавить, что вторичное измѣненіе трофоплазмы клѣтки, принадлежащей къ одной нейронѣ, можетъ отражаться и на другихъ нейронахъ и даже на основной ткани спинного мозга и его сосудахъ (ср. выше указанную работу *Feinberg'a*).

¹⁾ Soc. medic. des hôpit. 13 dec. 1895. Обозр. Псих. 1896, n° 1, с. 83.

²⁾ Soc. de biol. 28 mars 1896. Sém. méd. 1896. n° 1. 117, p. 132.

Что касается *клиническихъ* проявленій *вторичныхъ міэлопатій*, то нельзя думать, что измѣненія кинетоплазмы спинномозговыхъ клѣтокъ выражаются какими либо особыми симптомами, такъ какъ, на основаніи сказаннаго, они должны существовать во всѣхъ случаяхъ „чистаго“ неврита, при достаточной продолжительности болѣзненнаго процесса; измѣненія же трофоплазмы, развивающіяся довольно поздно, могутъ сказаться лишь въ дальнѣйшемъ періодѣ болѣзни, какъ это и было, напр., въ цитированномъ выше случаѣ *Shimamura*.

Діагнозъ такой вторичной міэлопатіи, слѣдовательно, можетъ быть поставленъ при тщательномъ изученіи *теченія* болѣзни.

Обращаясь къ оцѣнкѣ спинно-мозговыхъ симптомовъ въ нашемъ случаѣ, нетрудно рѣшить, къ какой изъ разсмотрѣнныхъ категорій ихъ нужно отнести; развились они въ самомъ началѣ болѣзни, одновременно съ невритомъ, скоро ослабѣли и на существенныхъ симптомахъ вовсе не отразились: никакихъ признаковъ первичнаго міэло-неврита мы не находимъ; оставляя въ сторонѣ неизбѣжныя, повидимому, при всякомъ невритѣ измѣненія кинетоплазмы, вторичной міэлопатіи также, конечно, признать нельзя; нужно, слѣдоват., остановиться на первичномъ участіи спинного мозга, въ легкой, диффузной формѣ, скорѣе всего въ видѣ *гиперэміи* (ср. случай со вскрытіемъ *Pal'*я, I. с.), не оставившей послѣ себя никакихъ стойкихъ, структурныхъ измѣненій. Предположеніе о гиперэміи мы основываемъ не только на патолого-анатомическихъ находкахъ въ случаяхъ, подобныхъ *Pal'*евскому, но также на *экспериментальныхъ* изслѣдованіяхъ одного изъ насъ относительно дѣйствія токсиновъ на нервную систему; оказывается, что при различныхъ бактерійныхъ ядахъ гиперэмія спинного мозга представляетъ собой самый частый и постоянный признакъ и при легкихъ отравленіяхъ можетъ безслѣдно проходить.

Резюмируя все сказанное выше, можно заключить, что *инфекція*, которую мы принимаемъ за причину развитія по-

методу *Nissl'*я, значеніе котораго очень велико для будущаго невропатологіи, доказываетъ, что какъ экспериментальное поврежденіе периферическихъ нервовъ, такъ и *невритическіе* процессы у *человѣка* неизбѣжно вызываютъ вторичное страданіе клѣтокъ спинного мозга, принадлежащихъ къ соотвѣтственнымъ нейронамъ. Страданіе это выражается прежде всего въ измѣненіяхъ хроматиноваго вещества нервной клѣтки или *кинетоплазмы*, какъ называетъ его *Marinesco*, заимствовавшій это названіе изъ ботаники; лишь при продолжительномъ существованіи болѣзненнаго процесса въ нервахъ измѣненія наблюдаются и въ „трофоплазмѣ“. При невритахъ вторичный процессъ идетъ очень медленно, и по большей части дѣло ограничивается поправимымъ измѣненіемъ кинетоплазмы (нарушенія цѣлости трофоплазмы непоправимы).

Въ отличіе отъ вторичнаго—*первичное* участіе спинного мозга, по мнѣнію *Marinesco*, выражается всегда измѣненіями самой трофоплазмы, и такимъ образомъ дается возможность распознать подъ микроскопомъ первичное и вторичное пораженіе нервныхъ клѣтокъ. (Аналогичные результаты получили также *Ballet et Dutil* ¹⁾ при изслѣдованіи спинного мозга въ одномъ случаѣ полиневрита и *Sadorski* ²⁾ при экспериментальномъ раздраженіи (прижатіи) *n. ischiadici* у животныхъ—оба, работавшіе со способомъ *Nissl'*я).

Изъ сказаннаго, однако, ясно, что распознаваніе это возможно лишь въ свѣжихъ случаяхъ; въ хроническихъ же, когда и *вторичное* пораженіе нервныхъ клѣтокъ даетъ измѣненія трофоплазмы, признакъ этотъ теряетъ свое значеніе. Затѣмъ нужно добавить, что вторичное измѣненіе трофоплазмы клѣтки, принадлежащей къ одной нейронѣ, можетъ отражаться и на другихъ нейронахъ и даже на основной ткани спинного мозга и его сосудахъ (ср. выше указанную работу *Feinberg'a*).

¹⁾ Soc. méd. des hôpit. 13 dec. 1895. Обозр. Псих. 1896, n° 1, с. 83.

²⁾ Soc. de biol. 28 mars 1896. Sém. méd. 1896. n° 1. 117, p. 132.

Что касается *клиническихъ* проявленій *вторичныхъ міэлопатій*, то нельзя думать, что измѣненія кинетоплазмы спинномозговыхъ клѣтокъ выражаются какими либо особыми симптомами, такъ какъ, на основаніи сказаннаго, они должны существовать во всѣхъ случаяхъ „чистаго“ неврита, при достаточной продолжительности болѣзненнаго процесса; измѣненія же трофоплазмы, развивающіяся довольно поздно, могутъ сказаться лишь въ дальнѣйшемъ періодѣ болѣзни, какъ это и было, напр., въ цитированномъ выше случаѣ *Shimamura*.

Діагнозъ такой вторичной міэлопатіи, слѣдовательно, можетъ быть поставленъ при тщательномъ изученіи *теченія* болѣзни.

Обращаясь къ оцѣнкѣ спинно-мозговыхъ симптомовъ въ нашемъ случаѣ, нетрудно рѣшить, къ какой изъ разсмотрѣнныхъ категорій ихъ нужно отнести; развились они въ самомъ началѣ болѣзни, одновременно съ невритомъ, скоро ослабѣли и на существенныхъ симптомахъ вовсе не отразились: никакихъ признаковъ первичнаго міэло-неврита мы не находимъ; оставляя въ сторонѣ неизбѣжныя, повидимому, при всякомъ невритѣ измѣненія кинетоплазмы, вторичной міэлопатіи также, конечно, признать нельзя; нужно, слѣдоват., остановиться на первичномъ участіи спинного мозга, въ легкой, диффузной формѣ, скорѣе всего въ видѣ *гиперэміи* (ср. случай со вскрытіемъ *Pal'*я, I. с.), не оставившей послѣ себя никакихъ стойкихъ, структурныхъ измѣненій. Предположеніе о гиперэміи мы основываемъ не только на патолого-анатомическихъ находкахъ въ случаяхъ, подобныхъ *Pal'*евскому, но также на *экспериментальныхъ* изслѣдованіяхъ одного изъ насъ относительно дѣйствія токсиновъ на нервную систему; оказывается, что при различныхъ бактерійныхъ ядахъ гиперэмія спинного мозга представляетъ собой самый частый и постоянный признакъ и при легкихъ отравленіяхъ можетъ безслѣдно проходить.

Резюмируя все сказанное выше, можно заключить, что *инфекція*, которую мы принимаемъ за причину развитія по-

линеврита въ нашемъ случаѣ, удовлетворительно объясняетъ, *вполнѣ согласно установленнымъ даннымъ, рядъ явленій не только со стороны периферическихъ нервовъ, но также и—головного и спинного мозга.*

Извѣстно, однако, что самыя разнообразныя инфекціонныя заболѣванія могутъ служить толчкомъ къ развитію и другой болѣзненной формы, одновременно съ полиневритомъ появившейся у нашего больного, именно *истеріи* (см. *Guinon* ¹⁾, *Fitres* ²⁾ и др.); чаще всего это наблюдается у предрасположенныхъ субъектовъ, но иногда даже могутъ отсутствовать явные признаки предрасположенія, какъ, напр., въ случаяхъ *Lirasek'a* ³⁾, который наблюдалъ развитіе истеріи послѣ скарлатины у крестьянина 24 л. и у мастерового 23 л. послѣ дифтерита, безъ всякихъ указаній на патологическую наслѣдственность въ обѣихъ семьяхъ. Въ послѣднее время являются даже попытки установить нѣкоторыя клиническія особенности инфекціонной истеріи, въ зависимости отъ того или иного токсина; такъ, *Raynaud* ⁴⁾ собралъ 25 случаевъ истеріи, развившейся у предрасположенныхъ субъектовъ послѣ инфлюэнцы и на основаніи этого матеріала заключаетъ, что „гриппозная“ истерія отличается отъ другихъ видовъ крайнимъ разнообразіемъ клинической картины, быстрымъ и даже внезапнымъ появленіемъ, не оканчивается вмѣстѣ съ гриппомъ, а продолжаетъ затѣмъ дальнѣйшее свое развитіе и даетъ предсказаніе хуже, чѣмъ другія формы инфекціонной истеріи.

Послѣ сказаннаго естественноѣ всего предположить, что и въ нашемъ случаѣ токсинъ, вызвавшій полиневритъ съ его побочными симптомами, вмѣстѣ съ тѣмъ послужилъ толчкомъ къ развитію и истеріи; предположеніе это становится еще бо-

¹⁾ Les agents provocateurs de l'hysterie. Thèse. Paris, 1889.

²⁾ I. c. p. 32.

³⁾ Casopis ceskych lékaru 1894 n° 8. Rév. neurol. 1894, n° 17, p. 204.

⁴⁾ Thèse de Montpellier. 1895; Rév. neurol. 1896, p. 47.

лѣе вѣроятнымъ вслѣдствіе того, что мы имѣли дѣло съ субъектомъ въ извѣстной степени предрасположеннымъ, такъ какъ отецъ его былъ хроническимъ пьяницей, между тѣмъ, по наблюдениямъ извѣстнаго изслѣдователя мужской истеріи д-ра *Озерецковскаго* ¹⁾, именно этотъ моментъ (алкоголизмъ родителей) занимаетъ важное мѣсто среди предрасполагающихъ причинъ по отношенію къ истеріи мужчинъ, весьма перѣдкой среди низшаго рабочаго класса, къ которому принадлежитъ и нашъ больной; съ другой стороны, на основаніи анамнеза нужно признать, что предрасположеніе къ неврозу оставалось у больного все время *скрытымъ*, до момента заболѣванія инфекціонной формой, которая и явилась по отношенію къ истеріи „agent provocateur“—въ смыслѣ французскихъ авторовъ.

Въ общемъ, слѣдуетъ, приходится остановиться на мысли, что у нашего больного *инфекція представляетъ собой причину всего сложнаго симптомокомплекса, т. е. и полиневрита, съ его головно-мозговыми и спинно-мозговыми осложненіями, и истеріи*. Эта послѣдняя, переплетаясь съ невритическими симптомами, легко могла внести и тѣ особенности клинической картины, о которыхъ мы уже упоминали и къ болѣе подробному разбору которыхъ мы теперь и перейдемъ.

Прежде всего бросается въ глаза несвойственная невриту локалізація болѣзненныхъ явленій на одной половинѣ тѣла; параличъ поражалъ, какъ это и бываетъ обыкновенно при невритахъ, преимущественно мышцы, иннервируемыя лучевымъ и малоберцовымъ нервомъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ принялъ какъ бы *гемиплегическую* форму, локализуясь почти исключительно на правой сторонѣ; при этомъ, благодаря *болъзненности*, наблюдалось извѣстное ограниченіе движеній также въ тазобедренномъ и плечевомъ суставахъ, что, при поверхностномъ изслѣдованіи, могло бы дать поводъ къ признанію у нашего больного даже настоящей гемиплегіи, resp. гемипареза. Этой

¹⁾ Объ истеріи въ войскахъ. Москва 1891.

ошибки легко, конечно, было избѣжать, но тѣмъ не менѣе остается фактъ локализаціи невритическихъ расстройствъ на одной половинѣ тѣла.

Такая локализація, при всей своей рѣдкости, не представляется, однако, исключительной: такъ, *Barker* ¹⁾ описываетъ односторонній чувствительный невритъ; *Laroche* ²⁾ утверждаетъ, что невритъ при отравленіи окисью углерода почти въ половинѣ случаевъ имѣетъ гемиплегическій характеръ. Затѣмъ, нужно замѣтить, что, хотя и въ очень слабой степени, нѣкоторые невритическіе симптомы существовали у нашего больного и на лѣвой сторонѣ, гдѣ въ первое время болѣзни были даже сильнѣе всего выражены.

Намъ кажется, что какъ въ данномъ, такъ и вообще въ аналогичныхъ случаяхъ сосредоточиваніе невритическихъ явленій на одной сторонѣ необходимо нужно поставить въ связь съ извѣстными измѣненіями—функціональнаго или органическаго характера—церебральныхъ нервонъ высшаго порядка; у нашего больного надо предположить, конечно, „динамическія“ измѣненія, которыя лежатъ въ основѣ *истеріи* и часто, какъ извѣстно, бываютъ односторонними или поражаютъ *преимущественно* одно полушаріе.

Нужно думать, что нарушеніе дѣятельности этихъ высшихъ центральныхъ нервонъ, благодаря тѣсной функціональной связи ихъ съ низшими, периферическими, не могло не отразиться на этихъ послѣднихъ, а такое, хотя бы „динамическое“, измѣненіе ихъ повлекло за собой въ свою очередь то, что онѣ явились пунетомъ наименьшаго сопротивленія для циркулировавшихъ въ крови токсиновъ. Такое элективное дѣйствіе токсиновъ лишь на нервы, находящіеся въ *особо неблагоприятныхъ* условіяхъ, возможно только при слабыхъ или среднихъ формахъ неврита, такъ какъ при тяжелыхъ надо было бы

¹⁾ Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk. VIII. 5—6.

²⁾ Цитир. у *André*: Les nouvelles maladies nerveuses. Paris, 1892, p. 54.

ожидать большаго распространенія процесса; и дѣйствительно: весьма слабо выраженные объективныя разстройства чувствительности *невритическаго* характера, отсутствіе рѣзкихъ и распространенныхъ измѣненій электрической реакціи, наконецъ, общее благопріятное теченіе болѣзни — все это заставляетъ отнести нашъ случай неврита скорѣе всего къ *среднимъ*, по интенсивности, формамъ.

Дальнѣйшій необычный симптомъ представляютъ у нашего больного чрезвычайно рѣзкія *фибрилярныя* и *фасцикулярныя подергиванія*.

Сравнительно недавно еще считалось, что этотъ признакъ наблюдается почти исключительно при заболѣваніяхъ вентральныхъ роговъ спинного мозга, и еще въ 1883 г. *Schultze*¹⁾, описывая случай восходящаго атрофическаго паралича съ сильными фибриллярными подергиваніями, рассматривалъ ихъ, какъ діагностическій признакъ для отличія отъ множественнаго неврита, указывая, что въ случаяхъ неврита подергиванія не наблюдаются въ такой сильной степени. На основаніи имѣющихся въ настоящее время литературныхъ данныхъ значеніе фибриллярныхъ подергиваній, какъ несомнѣннаго признака, указывающаго на поврежденіе переднихъ роговъ спинного мозга, довольно сильно подорвано. Оказалось, что подергиванія наблюдаются не только при множественномъ или простомъ невритѣ (*O. Vierordt*²⁾, *Oppenheim*³⁾, *Eisenlohr*⁴⁾, *Gowers*—l. c. стр. 109 и др.), но даже при чисто функціональныхъ страданіяхъ (*Gowers*—l. c., стр. 9)—напр., при неврастеніи (*Lowenfeld*⁵⁾).

1) Prof. *Schultze*.—Berl. klin. Woch. 1883.—В. 20, № 39; s. 593—596.

2) *O. Vierordt*.—Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1882, В. 31; s. 484—521 (7-ой случай).

3) *Oppenheim*.—Ibidem, 1885, В. 36; s. 561—577.

4) *Eisenlohr*.—Berl. kl. Woch., 1887, В. 24; s. 781—786.

5) *Löwenfeld*.—Объективные признаки неврастеніи.—Воен.-Медич. Журн. 1892 г., Апрѣль; стр. 368.

ошибки легко, конечно, было избѣжать, но тѣмъ не менѣе остается фактъ локализаціи невритическихъ расстройствъ на одной половинѣ тѣла.

Такая локализація, при всей своей рѣдкости, не представляется, однако, исключительной: такъ, *Barker* ¹⁾ описываетъ односторонній чувствительный невритъ; *Laroche* ²⁾ утверждаетъ, что невритъ при отравленіи окисью углерода почти въ половинѣ случаевъ имѣетъ гемиплегическій характеръ. Затѣмъ, нужно замѣтить, что, хотя и въ очень слабой степени, нѣкоторые невритическіе симптомы существовали у нашего больного и на лѣвой сторонѣ, гдѣ въ первое время болѣзни были даже сильнѣе всего выражены.

Намъ кажется, что какъ въ данномъ, такъ и вообще въ аналогичныхъ случаяхъ сосредоточиваніе невритическихъ явленій на одной сторонѣ необходимо нужно поставить въ связь съ извѣстными измѣненіями—функціональнаго или органическаго характера—церебральныхъ нервовъ высшаго порядка; у нашего больного надо предположить, конечно, „динамическія“ измѣненія, которыя лежатъ въ основѣ *истеріи* и часто, какъ извѣстно, бываютъ односторонними или поражаютъ *преимущественно* одно полушаріе.

Нужно думать, что нарушеніе дѣятельности этихъ высшихъ центральныхъ нервовъ, благодаря тѣсной функціональной связи ихъ съ низшими, периферическими, не могло не отразиться на этихъ послѣднихъ, а такое, хотя бы „динамическое“, измѣненіе ихъ повлекло за собой въ свою очередь то, что онѣ явились пунктомъ наименьшаго сопротивленія для циркулировавшихъ въ крови токсиновъ. Такое элективное дѣйствіе токсиновъ лишь на нервы, находящіеся въ *особо неблагоприятныхъ* условіяхъ, возможно только при слабыхъ или среднихъ формахъ неврита, такъ какъ при тяжелыхъ надо было бы

¹⁾ Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk. VIII. 5—6.

²⁾ Цитир. у *André*: Les nouvelles maladies nerveuses. Paris, 1892. p. 54.

ожидать ббльшаго распространенія процесса; и дбйствительно: весьма слабо выраженные объективныя разстройства чувствительности *невритическаго* характера, отсутствіе рбзкихъ и распространенныхъ измбненій электрической реакці, наконецъ, общее благопріятное теченіе болбзни — все это заставляетъ отнести нашъ случай неврита скорббе всего къ *среднимъ*, по интенсивности, формамъ.

Дальнбйшій необычный симптомъ представляютъ у нашего больного чрезвычайно рбзкія *фибрилярныя* и *фасцикулярныя подергиванія*.

Сравнительно недавно еще считалось, что этотъ признакъ наблюдается почти исключительно при заболбваніяхъ вентральныхъ роговъ спинного мозга, и еще въ 1883 г. *Schultze* ¹⁾, описывая случай восходящаго атрофическаго паралича съ сильными фибриллярными подергиваніями, разсматривалъ ихъ, какъ діагностическій признакъ для отличія отъ множественнаго неврита, указывая, что въ случаяхъ неврита подергиванія не наблюдаются въ такой сильной степени. На основаніи имбющихся въ настоящее время литературныхъ данныхъ значеніе фибриллярныхъ подергиваній, какъ несомнбннаго признака, указывающаго на пораженіе переднихъ роговъ спинного мозга, довольно сильно подорвано. Оказалось, что подергиванія наблюдаются не только при множественномъ или простомъ невритб (*O. Vierordt* ²⁾, *Oppenheim* ³⁾, *Eisenlohr* ⁴⁾, *Gowers*—*l. c.* стр. 109 и др.), но даже при чисто функціональныхъ страданіяхъ (*Gowers*—*l. c.*, стр. 9)—напр., при неврастеніи (*Lowenfeld* ⁵⁾).

¹⁾ Prof. *Schultze*.—Berl. klin. Woch. 1883.—В. 20, № 39; s. 593—596.

²⁾ *O. Vierordt*.—Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1882, В. 31; s. 484—521 (7-ой случай).

³⁾ *Oppenheim*.—*Ibidem*, 1885, В. 36; s. 561—577.

⁴⁾ *Eisenlohr*.—Berl. kl. Woch., 1887, В. 24; s. 781—786.

⁵⁾ *Löwenfeld*.—Объективные признаки неврастеніи. — Воен.-Медиц. Журн. 1892 г., Апрбль; стр. 368.

Въ послѣднее время описанъ даже особый видъ страданія или, лучше сказать, особый симптомокомплексъ, названный „миокимией“ (*Schultze* ¹⁾, *Кну* ²⁾, *Hoffmann* ³⁾), сущность котораго заключается въ сильнѣйшихъ фибриллярныхъ и фасцикулярныхъ подергиваніяхъ, производящихъ впечатлѣніе какъ бы мышечныхъ волнъ—Muskelwogen, отъ чего эта болѣзнь и получила свое вышеприведенное названіе (*Schultze*—l. c.).—Въ только-что указанныхъ случаяхъ не имѣлось ни парезовъ, ни атрофій, ни реакціи перерожденія, ни разстройствъ чувствительности.

Въ нашемъ случаѣ именно крайне интенсивныя подергиванія, напоминающія „миокимию“ авторовъ, наблюдались въ мышцахъ бедра и сгибателяхъ голени, между тѣмъ какъ со стороны электрической реакціи этихъ мышцъ и ихъ нервовъ было найдено лишь незначительное пониженіе возбудимости къ обоимъ токамъ, безъ качественныхъ разстройствъ; далѣе, здѣсь не имѣлось ни явленій паралича, ни атрофіи (объемъ членовъ оставался одинаковъ съ обѣихъ сторонъ, за исключеніемъ разгибателей стопы), ни разстройствъ чувствительности. Больной только по временамъ жаловался на интенсивныя боли, усиливающіяся особенно при давленіи на мышцы и нервы.

При болѣе подробномъ наблюденіи можно было замѣтить, что появленіе подергиваній даже находилось въ опредѣленной связи съ развитіемъ болей. Это совпаденіе легко прослѣдить по отмѣткамъ за разные періоды исторіи болѣзни: усиленіе болей влечетъ за собою усиленіе подергиваній—²⁰/XII, ²⁷/XII, ¹²/I, ¹³/I, ⁸/II, ⁴/III; уменьшеніе — почти полное прекращеніе ихъ—⁷/I, ¹⁵/I, ⁸/III.

Въ экстензорахъ голени, обнаруживавшихъ незначительную атрофію, сопровождавшуюся частичной реакціей пере-

¹⁾ *Schultze*.—Deutsch. Zeitschr. für. Nervenheilk. 1894,—VI: s. 65 и 167.

²⁾ *Кну*.—Arch. f. Psych., XIX, s. 577.

³⁾ *Hoffmann*. Neur. Centr., 1895, № 6, s. 244—251.

рожденія, тоже наблюдались подергиванія (²⁴/XII), но въ значительно болѣе слабой степени.

Помимо фибриллярныхъ подергиваній въ правой рукѣ, при усиленіи болей, появилось довольно рѣзкое дрожаніе, обусловленное колебаніями не отдѣльныхъ мышечныхъ пучковъ, но дрожаніемъ всей массы мышцъ (¹³/I, ³/III).

Какъ же смотрѣть на фибриллярныя подергиванія въ нашемъ случаѣ?

Наиболѣе частой и постоянной причины, именно органическаго процесса въ вѣткахъ вентральныхъ роговъ, отнюдь нельзя признать; этому противорѣчитъ вся клиническая картина и благопріятное теченіе болѣзни.

Болѣзненный процессъ въ периферическихъ нервахъ, при томъ ирритативнаго характера, несомнѣнно имѣется на лицо, и намъ извѣстно, что состояніе раздраженія нервныхъ волоконъ можетъ вызывать мышечныя подергиванія и фибриллярныя сокращенія въ соответственныхъ мышцахъ. (Remak-Rosenбахъ ¹), Raymond ²); тѣмъ не менѣе, на нашъ взглядъ, именно въ данномъ случаѣ „міокимію“ нельзя объяснить однимъ невритомъ: прежде всего подергиванія наблюдались въ такой чрезвычайной степени, въ какой намъ никогда не приходилось наблюдать ихъ не только при самыхъ тяжелыхъ невритахъ, но даже при прогрессивной спинальной мышечной атрофіи или болѣзни *Charcot*; далѣе, локализовались подергиванія преимущественно въ наименѣе пораженныхъ невритомъ областяхъ, въ которыхъ не замѣчалось ни атрофіи, ни измѣненій электрической реакціи, въ наиболѣе же пораженныхъ мышцахъ (разгибателяхъ) они были слабо выражены; если принимать подергиванія въ мускулатурѣ центральныхъ отдѣловъ конечностей за явленіе раздраженія въ начальномъ періодѣ неврита, т. е. за указаніе на то, что невритическій процессъ съ п. *peroneus*, напр., распространяется на другіе нервы, *ischia-*

¹) Реальная энциклопедія. Т. 13. «Нервы и воспаленіе ихъ».

²) Цит. у Remak-Rosenбахъ; I. с., ст. 99.

dic., cruralis и т. п., то странно, что вскорѣ послѣ исчезновенія подергиваній больной началъ быстро поправляться и никакихъ дальнѣйшихъ явленій со стороны этихъ нервовъ не послѣдовало. Противъ зависимости отъ неврита говорить и то, что рассматриваемый симптомъ отнюдь не былъ постояннымъ въ извѣстной стадіи болѣзни, какъ это наблюдается при невритахъ; наоборотъ, подергиванія иногда *быстро исчезали* при прекращеніи болей, для того чтобы черезъ нѣсколько дней появиться снова.

На основаніи всего этого нужно признать, что наряду съ невритическими фибриллярными сокращеніями мы имѣли дѣло и съ *функциональной „міокиміей“*, при которой подергиванія достигаютъ наибольшей интенсивности и которая отличается періодическимъ характеромъ, подмѣченнымъ уже нѣкоторыми наблюдателями.

Боли, занимавшія самое видное мѣсто въ картинѣ болѣзни, по нашему мнѣнію, также *отчасти* имѣли *функциональный* характеръ, такъ какъ чрезвычайная интенсивность ихъ не соответствовала сравнительно слабымъ объективнымъ признакамъ неврита и благопріятному теченію болѣзни; на счетъ истеріи нужно отнести также слишкомъ *быстрыя и рѣзкія колебанія* въ интенсивности болей, которыя вдругъ то затихали, то доводили больного до полного отчаянія.

Какъ бы для контраста съ болями, имѣвшими *смѣшанное* происхожденіе, чисто невритическія парѣстезіи въ пальцахъ рукъ очень долгое время непрерывно беспокоили больного.

Теперь намъ остается коснуться самаго интереснаго явленія, наблюдавшагося у нашего больного, а именно—поліэстезіи и макроэстезіи.

III.

Явленія поліэстезіи еще мало изучены, да и самая причина подобной аномаліи въ сферѣ осязанія, какъ это открыто заявляетъ *Strümpell* ¹⁾, еще недостаточно выяснена. Изъ литературныхъ данныхъ мы можемъ почерпнуть только немногое.

Впервые обратилъ вниманіе на эту аномалію, кажется, *Brown-Séquard* ²⁾, который хотѣлъ поставить это явленіе въ связь съ симптомами заболѣваній основанія головного мозга. Онъ наблюдалъ такіе случаи главнымъ образомъ при гнѣздныхъ пораженіяхъ мозговой ножки или боковой половины моста и думалъ, что въ этихъ случаяхъ имѣлось дѣло съ новообразованиемъ клѣтокъ въ нервныхъ центрахъ, при чемъ новообразованныя клѣтки вступали въ связь съ старыми (прежде существовавшими) нервными волокнами.

Далѣе *Eulenburg* (I. с. стр. 29) описалъ это разстройство, какъ особую форму гиперэстезіи чувства пространства. Во время изслѣдованія эстезіометромъ его больная чувствовала, при извѣстномъ разстояніи ножекъ эстезіометра, 3 ножки отъ прикосновенія двухъ и 2 ножки отъ прикосновенія одной. *Eulenburg*, называющій это явленіе рѣдкимъ феноменомъ, наблюдалъ его на тылѣ стопы одной дѣвушки, страдавшей псевдогипертрофіей мышцъ, и не придавалъ ему особаго діагностическаго значенія.

Болѣе подробно остановилъ свое вниманіе на этомъ явленіи *G. Fischer* ³⁾, который первый и предложилъ его названіе—*поліэстезіи*. Ему пришлось наблюдать поліэстезію у 6 больныхъ, изъ нихъ 4 были табетики, двое же послѣднихъ съ сомнительными діагнозами заболѣванія спинного моста. У

¹⁾ См. «Руководство къ частной патологіи и терапіи. Рус. пер., 1890, стр. 4.

²⁾ Цитир. по *Eulenburg*'у—*Lehrbuch*—2 Aufl. 1878. S. 29.

³⁾ *G. Fischer*—*Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis*—*Arch. f. Klin. Med.* 1880, B. XXVI, s. 82—124.

двухъ первыхъ табетиковъ явленія поліэстезіи были непостоянны и скоро исчезли. Заключались они въ томъ, что отъ прикосновенія одной ножки циркуля больные получали двойное ощущение, т. е. ощущали, какъ будто ихъ трогали одновременно въ двухъ мѣстахъ. У двухъ другихъ табетиковъ явленія были болѣе постоянны, при чемъ изъ наблюденій надъ ними G. Fischer'у удалось подмѣтить слѣдующіе факты. Эти больные при извѣстномъ разстояніи ножекъ циркуля, напр. въ 20 mm., чувствовали, какъ будто на ихъ кожу поставлены 3 или 4 острія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ острія эти ощущались лежащими на одной линіи, въ другихъ больной ощущалъ прикосновеніе 3 ножекъ въ видѣ треугольника, или четырехъ— въ видѣ четырехугольника, при чемъ въ этомъ случаѣ двѣ точки ощущались ясно, а двѣ другія хуже, менѣе интенсивно.

Если въ то время, когда больной ощущалъ 3 острія, ставилась между ножками циркуля булавка, то больной получалъ, вмѣсто 3-хъ, ощущение четырехъ остриевъ.

Тщательная провѣрка показаній больныхъ, которые очень внимательно и толково относились къ опытамъ, давала постоянно одни и тѣ-же результаты. Всѣ эти явленія найдены были G. Fischer'омъ только на нижнихъ конечностяхъ, на стопѣ и пальцахъ. Разстройства другихъ видовъ кожной чувствительности, какъ то: чувства давленія, температуры, прикосновенія, электро-кожной чувствительности не были приняты во вниманіе. Далѣе G. Fischer не сравнивалъ пораженныхъ участковъ съ симметричными на противоположной сторонѣ.

Стараясь выяснитъ причину описываемаго явленія, G. Fischer исключаетъ возможность возникновенія его въ центростремительныхъ нервахъ и концевыхъ аппаратахъ. Онъ говоритъ, что врядъ-ли при раздраженіи 2 организованныхъ клѣтокъ можетъ прийти въ раздраженіе третья клѣтка. Въ доказательство G. Fischer приводитъ тотъ фактъ, что при всякаго рода опытахъ, которые имѣли цѣлью повысить тактильную чувствительность кожи (мушками, дѣйствіемъ постоянного тока, CO²) получалось только количественное, но отнюдь не качественное

измѣненіе этой чувствительности. Такимъ образомъ болѣзненный процессъ, лежащій въ основѣ поліэстезіи, по Fischer'у, долженъ локализоваться въ сѣромъ веществѣ спинного мозга.

Только-что приведеннымъ исчерпывается вся литература о поліэстезіи, по крайней мѣрѣ намъ не удалось найти какихъ либо другихъ статей, касающихся этого вопроса. Тѣмъ не менѣе это явленіе получило право гражданства и цитируется во всѣхъ распространенныхъ учебникахъ (Strümpell, Eichorst, Розенбахъ, Корвиловъ и др.). Изъ учебниковъ же мы почерпаемъ свѣдѣнія, что поліэстезія главнымъ образомъ наблюдается при *tabes dorsalis*, и лишь только у *Oppenheim'a* ¹⁾ встрѣчается указаніе на поліэстезію при множественномъ невритѣ.

Наблюденіе надъ развитіемъ поліэстезіи при множественномъ невритѣ было сдѣлано и *G. Fischer'*омъ, только онъ ошибочно (это легко можно видѣть изъ исторіи болѣзни—наблюденіе 22, стр. 120, l. c.), принялъ это, въ то время еще мало извѣстное. страданіе за хроническое воспаленіе оболочекъ спинного мозга, поставивъ, правда, діагнозъ подъ вопросомъ.

Въ нашемъ случаѣ явленія поліэстезіи были выражены въ совершенно иной, раньше не описанной, формѣ: нашъ больной при ошупываніи одного какого нибудь предмета получалъ ощущеніе какъ бы отъ нѣсколькихъ предметовъ опредѣленной величины и формы; такимъ образомъ у него имѣлась поліэстезія въ истинномъ смыслѣ этого слова.

Далѣе имѣлась еще и другая аномалія въ сферѣ осязанія, до сихъ поръ, кажется, никѣмъ еще не описанная, а именно: какъ при простомъ прикосновеніи къ кожѣ, такъ и, въ особенности, при ошупываніи чего либо, нашъ больной получалъ ощущеніе предмета большей величины, чѣмъ онъ былъ

¹⁾ Oppenheim. Deutsch. Arch. f. Klin. Med., 1885, B. 36, s. 561—577; см. также его-же Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berl. 1894.

на самомъ дѣлѣ. Это явленіе мы назвали *макроэстезіей*¹⁾.

Изъ исторіи болѣзни видно, что больной уже съ первыхъ дней поступления въ клинику (10/хII 94 г.) жаловался на парѣстезіи въ пальцахъ правой руки. Парѣстезіи эти заключались въ ощущеніи какъ бы мелкаго песку, главнымъ образомъ въ конечныхъ фалангахъ 1, 2, и 3 пальцевъ. 28 января 1895 года больной обратилъ наше вниманіе на сильную болѣзненность (острое жженіе и уколы) въ только что указанныхъ пунктахъ. 6 февраля на этихъ мѣстахъ—на ладонной поверхности—замѣчено высыпаніе бѣловатыхъ пузырьковъ, крайне болѣзненныхъ; высыпаніе это предшествовалось и сопровождалось появленіемъ сильныхъ болей въ области плеча и предплечія.—25 февраля была замѣчена поліэстезія. Явленіе это наблюдалось только въ теченіи 3 дней, причемъ въ первый день было рѣзче всего выражено: больной при осязаніи предметовъ получалъ впечатлѣніе какъ будто ихъ находится въ 5 разъ большее число, чѣмъ это было на самомъ дѣлѣ. Такъ, напр., при осязаніи, при закрытыхъ глазахъ, одной спички, онъ получалъ впечатлѣніе какъ бы отъ 5 спичекъ, при осязаніи 2—отъ десяти и т. д. Если на самомъ дѣлѣ спичекъ было 5, то онъ считалъ сперва довольно быстро, затѣмъ сбивался со счета и говорилъ: „палочекъ такъ много, что трудно сосчитать“. Такого результата въ послѣднемъ случаѣ, конечно, и слѣдовало ожидать, такъ какъ больному приходилось опредѣлять безъ помощи зрѣнія до 25 предметовъ, находящихся одновременно между пальцами.

¹⁾ Уже послѣ опубликованія нашего предварительнаго сообщенія (Arch. de méd. expér. 1895, n° 5, Врачъ 1895 n° 33) *Löwenfeld* (Beiträge zur Lehre von den cutanen Sensibilitätsstörungen. Cent. f. Nervenheilk. 1896 märz. s. 125), не упоминая вовсе о нашемъ случаѣ, указываетъ, что при пониженіи тактильной чувствительности и увеличеніи діаметра Веберовскихъ круговъ, *разстояніе между ножками циркуля* можетъ опредѣляться правильно, но можетъ также *переоцѣниваться* (элементарное разстройство, соответствующее макроэстезіи), или *оцѣниваться* слишкомъ низко. Явленіе это авторъ объясняетъ ошибочной локализацией ощущеній и наблюдалъ его при страданіяхъ спинного мозга.

Въ 2 послѣдніе дня (26/II и 27/II) поліэстезія ослабѣла и выразилась отношеніемъ 2:1; въ это время мы заставили больного продѣлать извѣстный опытъ Аристотеля, заключающійся въ томъ, что если двумя пальцами, переложенными одинъ чрезъ другой, касаться шарика, то получается ощущеніе не одного, а двухъ шариковъ. При этомъ опытѣ нашъ больной, простой рабочій, не имѣвшій никакихъ свѣдѣній о существованіи такого явленія, заявилъ вполне соотвѣтственно своей поліэстезіи, что онъ ясно ощущаетъ подъ пальцами 4 шарика.

Макроэстезія, выступивъ одновременно съ поліэстезіей, продолжалась однако нѣсколько долѣе ея—10 дней. Въ первые три дня она была особенно рѣзко выражена, при чемъ существовали 3 области, въ которыхъ макроэстезія достигала различнаго развитія. Больной, соотвѣтственно опредѣленному участку, преувеличивалъ объемъ—величину осязаемаго предмета въ $4\frac{1}{2}$ —4 раза, далѣе въ $2\frac{1}{2}$ —2 раза и наконецъ въ $1\frac{1}{2}$ раза.

Явленіе это наблюдалось какъ при прикладываніи какого нибудь предмета къ кожѣ, такъ и, въ особенности, при ощупываніи этого предмета. Чтобы вывести заключеніе, насколько именно больной преувеличиваетъ объемъ предмета, мы заставляли его показывать пальцами здоровой руки ту величину, какую, по его представленію, имѣлъ осязаемый предметъ, и измѣряли указываемыя разстоянія посредствомъ эстезіометра.

Только-что описанныя явленія существовали около 3 дней, послѣдніе 6 дней макроэстезія была выражена слабо, больной преувеличивалъ объемъ осязаемыхъ предметовъ не болѣе какъ въ $1\frac{1}{2}$ раза.

Въ высшей степени интереснымъ является то обстоятельство, что макро-и поліэстезія наблюдались у нашего больного на кисти правой руки исключительно *въ области опредѣленнаго нерва, а именно срединнаго, точно слѣдуя границамъ иннервируемаго имъ участка*; поэтому при ощупываніи предмета онѣ наступали лишь тогда, когда оно производилось большимъ и двумя сосѣдними пальцами правой руки; если-же предметъ

помѣщался между большимъ пальцемъ и мизинцемъ, то большой тотчасъ же замѣчалъ свою ошибку и вполне точно опредѣлялъ какъ величину, такъ и число данныхъ предметовъ.

Изъ объективныхъ разстройствъ чувствительности можно было констатировать въ данной области лишь незначительное пониженіе тактильной и болевой чувствительности. Тоже относится къ чувству давленія и температуры. Нѣсколько болѣе пониженными являлись электро-кожная и электро-болевая чувствительность, чувство пространства и, наконецъ, чувство положенія и движенія.

Теперь возникаетъ вопросъ, какъ отдѣлить въ данномъ случаѣ появленіе столь необычныхъ рѣдкихъ разстройствъ чувствительности.

Прежде всего бросается въ глаза полная *пластичность, тѣлесность* тѣхъ ложныхъ представленій, которыя возникали въ сознаніи больного при осязаніи какого-либо предмета: вмѣсто перкуторнаго молоточка онъ отчетливо осязалъ нѣсколько большихъ молотковъ опредѣленной формы и т. п. Этимъ нашъ случай рѣзко отличается отъ всѣхъ описанныхъ до сихъ поръ, въ которыхъ дѣло идетъ объ элементарныхъ разстройствахъ *ощущенія* и въ которыхъ „поліэстезія“ и „макроэстезія“ (см. указанныя выше изслѣдованія *Löwenfeld'a*) обнаруживались лишь при изслѣдованіи эстезіометромъ и не наблюдались при прикладываніи къ кожѣ какихъ либо предметовъ.

У нашего больного, наоборотъ, изслѣдованіе эстезіометромъ указывало лишь на простое пониженіе тактильной чувствительности, качественное же разстройство осязанія и стереогностической способности обнаруживалось *лишь при пробахъ съ болѣе или менѣе крупными предметами*; другими словами, въ нашемъ случаѣ полі- и макроэстезія наблюдалась лишь при образованіи *сложныхъ представленій*; очевидно, слѣдовательно, что существенную роль въ нашемъ случаѣ играетъ тотъ аппаратъ, въ которомъ происходитъ сліяніе элементарныхъ ощущеній въ сложныя ощущенія и представленія, а также контролированіе однихъ ощущеній другими, т. е.

вышіе центры перцепціи и апперцепціи; конечно, только участіемъ этихъ центровъ можно объяснить и полную *тѣлесность* ложныхъ образовъ.

Такимъ образомъ, описанное разстройство имѣетъ психическій характеръ и должно быть отнесено къ *иллюзіи въ сферѣ осязанія и стереогностической способности*. Психическое происхожденіе разсматриваемаго симптома признаетъ и *Kurella*, который реферировалъ наше предварительное сообщеніе въ *Centralb. f. Nervenheilk.* ¹⁾ въ *отдѣлъ общей психопатологіи* и въ своемъ рефератѣ подчеркиваетъ это.

Разстройство перцепціоннаго и апперцепціоннаго механизма въ данномъ случаѣ, конечно, естественнѣе всего отнести насчетъ *истеріи*, такъ какъ въ основѣ ея проявленій вообще именно и лежитъ нарушеніе дѣятельности различныхъ психомоторныхъ, психосензитивныхъ, психо-сенсоріальныхъ и чисто психическихъ механизмовъ. Съ этой точки зрѣнія полі-и макроэстезію надо отнести къ *истерическимъ симптомамъ*, среди которыхъ и извѣстны уже нѣкоторые, вполне аналогичные; мы имѣемъ въ виду *монокулярную полиопію* и *макропсію*, нерѣдко наблюдаемую при истеріи ²⁾.

Исторія болѣзни, однако, заключаетъ въ себѣ еще другіе весьма важные факты, которые съ своей стороны могутъ содѣйствовать выясненію патогенеза полі-и макроэстезіи въ нашемъ случаѣ; дѣло въ томъ, что разсматриваемый симптомъ наблюдался исключительно въ области *развѣтвленія* праваго срединнаго нерва на кисти, наряду съ ясными признаками *воспаленія этого нерва*: отсюда необходимо заключить, что и *невритическій процессъ несомнѣнно принималъ извѣстное участіе въ происхожденіи описанной иллюзіи*. Нѣсколько ближе выясняетъ это участіе то обстоятельство, что полі-и макроэстезія наблюдались лишь *въ концѣ* болѣзни, когда нужно

¹⁾ 1895, now-dec.

²⁾ И у насъ въ клиникѣ наблюдался случай мужской истеріи съ хорошо выраженной монокулярной полиопіей и макропсіей.

допустить начавшуюся уже *регенерацию* многихъ перерожденныхъ нервныхъ волоконъ.

Въ тоже время наблюденіе показываетъ, что даже въ разгарѣ неврита чувствительность въ области п. mediani dextri не была утрачена, а лишь весьма незначительно ослаблена; другими словами: *проводимость центростремительныхъ импульсовъ существовала, помимо многихъ перерожденныхъ волоконъ.*

Поэтому при наступившей *регенерации* долженъ быть моментъ, когда раздраженіе отъ концевыхъ приборовъ распространялось по *нѣсколькимъ, отчасти, такъ сказать, лишнимъ путямъ*, что, при разстройствѣ дѣятельности высшаго ассоціаціоннаго аппарата (апшерцепціи), *легко могло послужить толчкомъ къ появленію иллюзіи.* „Лишнія“, побочныя ощущенія при этомъ не контролировались другими, *не подавлялись*, какъ бы слѣдовало и какъ обыкновенно бываетъ, а воспринимались *вполнѣ отчетливо*, а это, въ свою очередь, можетъ *подать поводъ къ переоцѣнкѣ какъ величины, такъ и числа осязаемыхъ предметовъ.*

Чѣмъ большимъ числомъ точекъ предметъ соприкасается съ кожей, тѣмъ онъ кажется намъ большимъ (ср. Nichols ¹⁾); результатъ долженъ быть тотъ же, если, благодаря побочнымъ путямъ, мы получаемъ отъ предмета „лишнія“, но *живо воспринимаемая* ощущенія.

Съ другой стороны, извѣстный опытъ Аристотеля ясно свидѣтельствуетъ, что и у нормальнаго человѣка ощущенія, получаемыя отъ *одного* предмета при опредѣленныхъ условіяхъ *не сливаются* вмѣстѣ, а воспринимаются въ видѣ *двухъ различныхъ ощущеній.* Явленіе это можно назвать *физиологической* полиэстезіей, и не трудно видѣть, что суть дѣла останется той же, если, вмѣсто раздраженія *необычныхъ концевыхъ приборовъ* (какъ въ опытѣ Аристотеля), мы допустимъ раздраженіе *лишнихъ, необычныхъ проводниковъ.*

¹⁾ Our notions of number and space. Обзор. Псих. 1896 N. 15, p. 368.

Сущность разсматриваемаго симптома, на нашъ взглядъ, состоитъ, слѣдоват., въ томъ, что *нѣкоторыя побочныя ощущенія при осязаніи предметовъ и стереогностическихъ пробахъ не подавляются разстроеннымъ апперцепціоннымъ механизмомъ, а воспринимаются съ полной интенсивностью.*

У нашего больного мы имѣемъ и измѣненія апперцепціи *истерическаго* происхожденія, и измѣненія проводимости чувствительныхъ импульсовъ, вслѣдствіе мѣстнаго невритическаго процесса, подающія особенно легко поводъ къ возникновенію иллюзіи.

Такъ какъ для проведенія чувствительныхъ импульсовъ отъ концевыхъ приборовъ кожи и глубже лежащихъ частей и при *нормальныхъ условіяхъ* въ периферической нервной системѣ должны находиться *побочныя пути*, существованіе которыхъ доказывается патологіей (викарирующая чувствительность, колятеральная иннервація—см., напр., у *Ремак-Розенбаха*, I с.) и раздраженія которыхъ для отчетливаго воспріятія должны постоянно *подавляться*, то весьма естественно предположить, что *истерикъ, лишь въ силу измѣненій своихъ психосензитивныхъ приборовъ и безъ всякаго болѣзненнаго процесса въ нервахъ*, можетъ испытывать разсматриваемую иллюзію осязанія и стереогностической способности; мѣстный же процессъ способствуетъ лишь *точной локализациі* этого явленія, какъ было въ нашемъ случаѣ.

Дальнѣйшія наблюденія должны выяснить, дѣйствительно ли при чистой, неосложненной истеріи можетъ наблюдаться поліестезія и макроэстезія въ описанной выше формѣ.

Впрочемъ, по отношенію къ высшимъ органамъ чувствъ, а именно—зрѣнію, это можетъ считаться доказаннымъ: аналогичная нашей формѣ *монокулярная полиопія* и *макропсія* встрѣчается при *истеріи безъ всякихъ измѣненій со стороны глазъ*¹⁾,

¹⁾ Между прочимъ, и въ упомянутомъ выше клиническомъ случаѣ истеріи съ монокулярной полиопіей и макропсіей, любезно произведенное многуважаемымъ профес. Э. Ф. Вольфрингомъ изслѣдованіе глазъ дало совершенно отрицательные результаты.

и авторъ новѣйшей работы по этому вопросу *Lissauer* ¹⁾ приходитъ къ заключенію, что причина явленія лежитъ въ самомъ устройствѣ хрусталика, дающаго *побочныя изображенія*, которыя при нормальныхъ условіяхъ *подавляются* сознаниемъ, но ясно воспринимаются истерикомъ—какъ думаетъ этотъ авторъ—въслѣдствіе тщательнаго наблюденія надъ собой (?).

Съ послѣднимъ замѣчаніемъ мы никакъ согласиться не можемъ, но, очевидно, по существу дѣла мы сходимся съ *Lissauer*'омъ въ томъ, что объясняемъ аналогичныя явленія въ сферѣ осязанія и зрѣнія измѣненіями процесса перцепціи и апперцепціи, благодаря которымъ нѣкоторые лишніе, побочные образы не подавляются, какъ обыкновенно, а возникаютъ съ большей или меньшей живостью въ сознаниіи.

Въ заключеніе нельзя не замѣтить, что въ нашемъ—и во многихъ другихъ отношеніяхъ поучительномъ—случаѣ обстоятельства сложились очень благопріятно для прочнаго установленія неописаннаго ранѣе вида разстройства чувствительности, такъ какъ точное ограниченіе поли- и макроэстезіи *областью опредѣленнаго нерва*, констатированное при повторныхъ изслѣдованіяхъ, *воплнѣ исключаетъ симуляцію*.



¹⁾ Ueber diplopia monocularis hysterica. Berlin, 1893. Neur. Cent. 1893, p. 751.