

Изъ клиники нервныхъ и душевныхъ болѣзней проф. А. Е. Шербака (Варшава)

## Къ вопросу о заболѣваніяхъ *conus medullaris* и крестцовой части спинного мозга.

Д-ра медицины И. С. Брегмана,

ординатора клиники.

Страданія нижняго отдѣла спинного мозга и *caudae equinae* обратили на себя въ послѣднее время вниманіе излѣдователей, и относящіяся къ этому вопросу наблюденія вездѣ теперь тщательно собираются и описываются. Благодаря этому, значительно расширился кругъ нашихъ свѣдѣній какъ 1) въ отношеніи опредѣленія уровня поврежденія, такъ и 2) въ отношеніи дифференціального діагноза между страданіями самого спинного мозга и поврежденіями соответственныхъ корешковъ. Прежде всего, что касается перваго пункта, то Raymond <sup>1)</sup> предложилъ для клиническихъ цѣлей болѣе точныя границы мозгового конуса, къ которому, помимо установленныхъ анатомическихъ границъ, онъ причислилъ и часть *medullae sacralis*, лежащую ниже выхода III крестцоваго корешка. Поврежденіемъ этого отдѣла спинного мозга обусловливается совершенно опредѣленный симптомокомплексъ, который слагается: изъ паралича мочевого пузыря и прямой кишки, изъ разстройствъ въ мужскомъ половомъ аппаратѣ и ограниченной анестезіи не только слизистыхъ оболочекъ упомянутыхъ орга-

---

<sup>1)</sup> Raymond. Clinique des maladies du systeme nerveux. Paris. 1896.

новъ, по также промежности, окружности ані и нижней сѣдалищной области съ частью задней поверхности бедра.

Въ пользу этого взгляда говорятъ: 1) наши анатомическія и фізіологическія свѣдѣнія, указывающія, что упомянутыя разстройства зависятъ отъ поврежденія *plexus sacralis, pudendo-haemorrhoidalis et coccygei*, получающихъ свои волокна ниже третьяго крестцоваго сегмента, и 2) результаты анатомо-патологическихъ изслѣдованій подобныхъ случаевъ, произведенныхъ *Oppenheim*'омъ <sup>1)</sup>, *Kirchhoff*'омъ <sup>2)</sup> и *Sarbo* <sup>3)</sup>, которые находили болѣе или менѣе совершенное разрушеніе соответственнаго отрѣзка спинного мозга. Нельзя, однако, не упомянуть о томъ, что ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ поврежденіе не ограничивалось исключительно вышеприведеннымъ отрѣзкомъ, ибо въ каждомъ изъ нихъ былъ измѣненъ въ довольно высокой степени и верхній отдѣлъ *medullae sacralis*. Такъ какъ, съ другой стороны, и фізіологическія наблюденія, по крайней мѣрѣ, что касается центровъ мочевого пузыря, прямой кишки и половой дѣятельности, даютъ указанія, не вполне точно соответствующія поименованному участку (*Budge* <sup>4)</sup>, *Навроцкій* и *Скабичевскій* <sup>5)</sup>, то упомянутое опредѣленіе границъ конуса, очевидно, не можетъ имѣть абсолютнаго значенія. Во всякомъ случаѣ, въ практическомъ отношеніи полезно отличать описанный въ началѣ симптомо-комплексъ, найденный въ извѣстномъ числѣ случаевъ въ довольно стереотипной формѣ, отъ другихъ подобнаго рода: будемъ ли мы опредѣлять ихъ, какъ страданіе конуса или какъ поврежденіе *medullae sacralis* съ преимущественной локализацией въ нижней половинѣ ея,—вполнѣ бразлично, потому что, такъ или иначе, этимъ ясно указывается на отсутствіе другихъ измѣненій въ нижнихъ конечностяхъ, особенно со стороны *plexus ischiadici*.

<sup>1)</sup> *Oppenheim*. Archiv für Psychiatrie. 1889.

<sup>2)</sup> *Kirchhoff*. Archiv für Psychiatrie. 1884.

<sup>3)</sup> *Sarbo*. Archiv für Psychiatrie. 1893.

<sup>4)</sup> *Budge*. См. Landois. Учебникъ фізіологіи, стр. 540, изд. IV.

<sup>5)</sup> *Навроцкій* и *Скабичевскій*. Archiv für Physiologie. 1891.

Если къ этому симптомокомплексу присоединится еще совершенный параличъ только-что названнаго сплетенія, то поврежденіе должно простираться до нижней части поясничнаго возвышенія, *respective*, кромѣ всѣхъ крестцовыхъ должны страдать и два послѣднихъ поясничныхъ корешка. Случаи частичнаго поврежденія сплетенія или въ области только *n. peronei* (*Kahler* <sup>1)</sup>, *Valentini* <sup>2)</sup>), или только *n. poplitei* (*Eulenburg* <sup>3)</sup>, *Clemens* <sup>4)</sup>) труднѣе поддаются объясненію. На основаніи не совершенно прочно установленнаго положенія, что волокна *n. peronei* происходятъ отъ болѣе глубокихъ корешковъ, чѣмъ волокна *n. poplitei*, предполагали, что при пораженіи перваго нерва поврежденіе имѣетъ болѣе глубокое происхожденіе, чѣмъ при пораженіи втораго. Основываясь на такомъ предположеніи, *Raymond* распредѣлилъ эти случаи въ рядъ (*echelle*) по уровню поврежденія. Предположеніе это, однако, не нашло до сихъ поръ достаточнаго анатомическаго подтвержденія; съ другой стороны, очень страннымъ кажется въ виду этой гипотезы то обстоятельство, что въ случаяхъ паралича *n. poplitei* область *n. peronei* не принимаетъ вовсе участія въ страданіи.

Кажется, что здѣсь подобно тому, какъ при пораженіи другихъ отдѣловъ спиннаго мозга, нельзя ожидать вполне точной локализациі поврежденія потому, быть можетъ, что и здѣсь примѣнимъ т. п. *Sherington*'овскій законъ объ иннервациі каждой мышцы и каждаго участка кожи нѣсколькими отрѣзками спиннаго мозга (тоже самое можно сказать и относительно центровъ рефлекторныхъ и центровъ органовъ чувствъ).

Рѣшеніе вопроса о томъ, имѣется ли поврежденіе спиннаго мозга или корешковъ, тоже встрѣчаетъ разнообразныя препятствія. Разборъ всѣхъ относящихся сюда вопросовъ не входитъ въ программу настоящей статьи; поэтому я ограни-

---

<sup>1)</sup> *Kahler*. Prager med. Wochenschrift. 1882.

<sup>2)</sup> *Valentini*. Zeitschrift für klinische Medizin. 1893.

<sup>3)</sup> *Eulenburg*. Zeitschrift für klinische Medizin. 1891.

<sup>4)</sup> *Clemens*. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1897. Томъ IX.

чусь указаніемъ на выдающіяся работы *Valentini* <sup>1)</sup>, *Schultze* <sup>2)</sup>, *Бехтерева* <sup>3)</sup> и *Raymond'a* <sup>4)</sup>, которые разработали этотъ отдѣлъ очень обстоятельно.

Что касается случаевъ съ т. н. чистыми симптомами пораженія мозгового конуса (я удерживаю это названіе ради краткости), то въ тѣхъ изъ нихъ, которые обязаны своимъ происхожденіемъ травмѣ, обыкновенно паденію съ высоты, гораздо вѣроятнѣе поврежденіе вещества самого спинного мозга, чѣмъ соответственныхъ корешковъ. До сихъ поръ неизвѣстно ни одной аутопсіи, подтверждающей возможность поврежденія корешковъ, между тѣмъ какъ относительно поврежденія конуса, о чемъ уже упомянуто, имѣется нѣсколько случаевъ подтвержденныхъ на вскрытіи. Возможность экстрадурального кровоизліянія, сдавливающаго корешки внутри крестцоваго канала (*Dufour* <sup>5)</sup>), допускается на основаніи лишь теоретическихъ соображеній.

Ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ не замѣчено никакихъ измѣненій со стороны крестцовой кости, на которая можно было бы свести страданіе корешковъ, и эта область по большей части даже вовсе не чувствительна къ давленію.

Во многихъ случаяхъ при поврежденіи крестцоваго отдѣла спинного мозга не бываетъ никакого искривленія позвоночнаго столба, въ другихъ же искривленіе бываетъ, но оно не вполне соответствуетъ уровню поврежденія спинного мозга. Для нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ мы должны предположить болѣе непосредственное дѣйствіе травмы на вещество спинного мозга, быть можетъ, *per commotionem*; имѣется ли тутъ травматическій размягченный очагъ или гематоміэлія, трудно рѣшительно высказаться. Въ иныхъ, быть можетъ, слѣдуетъ имѣть въ виду вывихъ или переломъ съ діастазомъ

<sup>1)</sup> *Valentini*, l. c.

<sup>2)</sup> *Schultze*. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1894.

<sup>3)</sup> *Бехтеревъ*. Врачъ. 1890.

<sup>4)</sup> *Raymond*, l. c.

<sup>5)</sup> *Dufour*. These de Paris. 1896.

(какъ называетъ *Thorburn* <sup>1)</sup>), приче́мъ бываетъ лишь моментальное смѣщеніе костей съ послѣдующимъ самостоятельнымъ возвращеніемъ къ нормальному положенію, вслѣдствіе чего и давленіе на содержимое позвоночнаго канала тоже лишь моментальное.

Въ большинствѣ случаевъ, однако, упомянутыя явленія, по всей вѣроятности, обусловливаются переломомъ или вывихомъ, или же одновременно и переломомъ и вывихомъ со смѣщеніемъ позвонковъ, какъ это оказалось въ двухъ случаяхъ *aymoncii* (*Kirchhof*, *Oppenheim*; въ случаѣ *Sarbo* о состояніи позвоночнаго столба ничего не упомянуто).

Вопреки установленнымъ *Raymond*'омъ границамъ мозгового конуса, именно соотвѣтственно 2 поясничному позвонку, въ обоихъ вышеприведенныхъ случаяхъ надломаннымъ найденъ I поясничный позвонокъ. Несоотвѣтствіе это однакожь, быть можетъ, надо поставить въ зависимость отъ смѣщенія костныхъ отломковъ.

Страдаютъ ли при поврежденіи нижней части *medullae sacralis* также и соотвѣтственные корешки, утверждать навѣрное нельзя. Во всякомъ случаѣ, мнѣніе *Thorburn*'а <sup>2)</sup>, что при сдавленіи *caudae equinae* болѣе всего страдаютъ самыя внутренніе корешки, очевидно, неосновательно. Прямо противоположное указаніе даетъ намъ случай *Бехтерева* <sup>3)</sup>, гдѣ *cauda equina* сдавлена была вслѣдствіе перелома II поясничнаго позвонка, вызваннаго узурировавшей его опухолью: сфинктеры не были затронуты, несмотря на совершенный какъ двигательный, такъ и чувствительный параличъ обѣихъ нижнихъ конечностей. Поясничные и верхніе крестцовые корешки, покрывающіе мозговой конусъ, во всякомъ случаѣ, въ виду отсутствія соотвѣтственныхъ явленій, не могутъ быть повреждены. Быть можетъ, не безъ значенія тутъ то обстоятельство, на

<sup>1)</sup> *Thorburn*. Дискуссія въ лондонскомъ хирургическомъ обществѣ. *Brit. med. journal*. 1894.

<sup>2)</sup> *Thorburn*.. *Brain*. 1888.

<sup>3)</sup> *Бехтеревъ*. Неврологическій Вѣстникъ. 1893.

которое впервые обратилъ вниманіе *Schultze* <sup>4)</sup>, что во многихъ случаяхъ суженіе позвоночнаго канала костнымъ фрагментомъ бываетъ значительнѣе всего по средней линіи, въ то время какъ боковыя части канала могутъ остаться нормальными. Впрочемъ, не надо упускать изъ виду меньшую чувствительность корешковъ къ травматическимъ агентамъ въ сравненіи со спиннымъ мозгомъ. Весьма вѣроятно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ и *cauda equina* подвергается прижатію, но что происходящія вслѣдствіе этого разстройства менѣе стойки, чѣмъ измѣненія вещества самого спинного мозга. Въ виду этого предположенія кажется возможнымъ, что парализъ нижнихъ конечностей, наступающій непосредственно за травмой и проходящій послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго времени, который нѣкоторые авторы объясняютъ дѣйствіемъ шока на спинной мозгъ,—зависитъ, по крайней мѣрѣ отчасти, отъ подобнаго временнаго поврежденія *caudae equinae*.

Въ ниже слѣдующемъ я приведу исторію одного случая, который я имѣлъ возможность наблюдать за послѣднее время въ клиникѣ нервныхъ болѣзней. Симптомокомплексъ пораженія *coni medullaris* былъ ясно выраженъ въ томъ отношеніи, что *plexus ischiadicus* былъ совершенно свободенъ; но, съ другой стороны, имѣлось осложненіе, которое съ только-что упомянутой точки зрѣнія, кажется мнѣ, заслуживаетъ серьезнаго вниманія.

Францъ Р. 32 лѣтъ, маляръ, постушилъ въ больницу 18 декабря 1896 года съ жалобой, что 3 мѣсяца тому назадъ онъ упалъ съ лѣстницы съ вышины 4—5 метровъ. Наденіе произошло на сѣдалищную область, однако болѣе на правую половину, такъ что туловище тотчасъ повернулось вправо. Сознанія больной при этомъ не потерялъ; онъ почувствовалъ сейчасъ же очень сильныя боли въ крестцѣ и ногахъ. Ноги были совершенно парализованы (за исключеніемъ лишь минимальныхъ движеній въ пальцахъ). Вскорѣ его отнесли домой, а на слѣдующій день перевезли въ Пражскую больницу, гдѣ онъ оставался 6 недѣль. Сейчасъ же послѣ паденія обнаружилась задержка мочи, а день спустя моча начала вытекать непроизвольно, безъ вѣдома больного. Стула не было въ теченіе 15 дней,

<sup>4)</sup> *Schultze*, I. с.

затѣмъ произвольныя испражненія. Параличъ лѣвой ноги прошелъ черезъ нѣсколько дней, состояніе правой, напротивъ того, поправлялось значительно медленнѣе: только спустя 5 недѣль больной могъ ходить безъ посторонней помощи. Боли въ спинѣ были долгое время столь сильны, что пациентъ въ кровати самостоятельно не могъ дѣлать ни малѣйшаго движенія.

Настоящія его жалобы ограничиваются болями въ позвоночникѣ, соотвѣтственно верхнимъ поясничнымъ позвонкамъ, усиливающимися при движеніи. Рѣдко бываютъ боли въ бокахъ. На наружной и передней поверхности праваго бедра—разнообразныя парестезіи чувства пощипыванія, ощущенія какъ бы крови, протекающей по жиламъ. Иногда колотье въ области аддукторовъ бедра. Разстройства мочевого пузыря продолжаются, моча вытекаетъ произвольно—иногда каплями, иногда въ большемъ количествѣ.

При кашлѣ произвольное выдѣленіе мочи усиливается. Потребности отдавать мочу больной не чувствуетъ; иногда у него появляется чувство переполненія мочевого пузыря и въ то же время какъ бы пощипыванія надѣ лоннымъ сращеніемъ. Произвольно отдавать мочу пациентъ можетъ, но лишь въ незначительномъ количествѣ и съ большимъ трудомъ. Вытеканія мочи не чувствуетъ. Со стороны стула по большей части наблюдается запоръ. Въ началѣ болѣзни больной страдалъ нѣсколько разъ поносомъ и не былъ въ состояніи задержать его. То же самое бываетъ въ случаѣ принятія проносныхъ средствъ. Произвольное испражненіе возможно, но съ большимъ трудомъ. Больного постоянно беспокоятъ въ высшей степени мучительныя парестезіи in ano: постоянное ползаніе мурашекъ, ощущеніе какъ бы выпаденія прямой кишки. Это ощущеніе столь ярко выражено, что больной прикасается иногда рукой къ анусу, чтобы убѣдиться въ его ложности. Часто также бываетъ зудъ въ окрестности задняго прохода. Позыва на низъ нѣтъ никогда. Ибются парестезіи также и въ нижней сѣдалищной области: больному кажется, будто она припухла. Подобныя же явленія замѣчаются и въ яичкахъ: они какъ будто поднимаются вверхъ, особенно лѣвое. Въ послѣдніе дни—чувство онѣмѣнія въ послѣднихъ двухъ пальцахъ обѣихъ рукъ; теперь оно уже исчезло. Больной довольно крѣпкаго тѣлосложенія, неудовлетворительнаго питанія. Кромѣ вышеупомянутыхъ разстройствъ, внутренніе органы ничего ненормальнаго не представляютъ. Въ области черепныхъ нервовъ, кромѣ незначительной неравномѣрности зрачковъ (лѣвый шире), все нормально. То же самое и въ верхнихъ конечностяхъ.

Въ нижнихъ конечностяхъ мышечная сила сохранена: разницы на обѣихъ сторонахъ не замѣчается. Походка совершенно нормальна; пациентъ проходитъ большія разстоянія (отъ Праги до госпиталя 3—4 версты) безъ малѣйшей усталости.

Чувствительность, за исключеніемъ участка, указаннаго на 1 и 2 фигурахъ, вовсе не нарушена.

Какъ видно, разстройство чувствительности на тыльной поверхности простирается довольно симметрически на оба бедра и нижнюю часть сѣ-

далищной области; спереди же анестезія имѣется только на правой сторонѣ и простирается по верхней части бедра за *plica inguinalis* и на соответ-

Рис. 1-й.

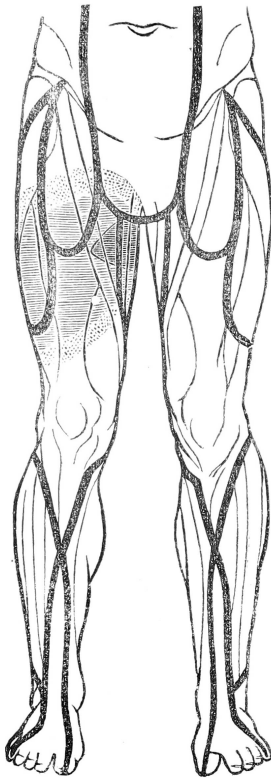
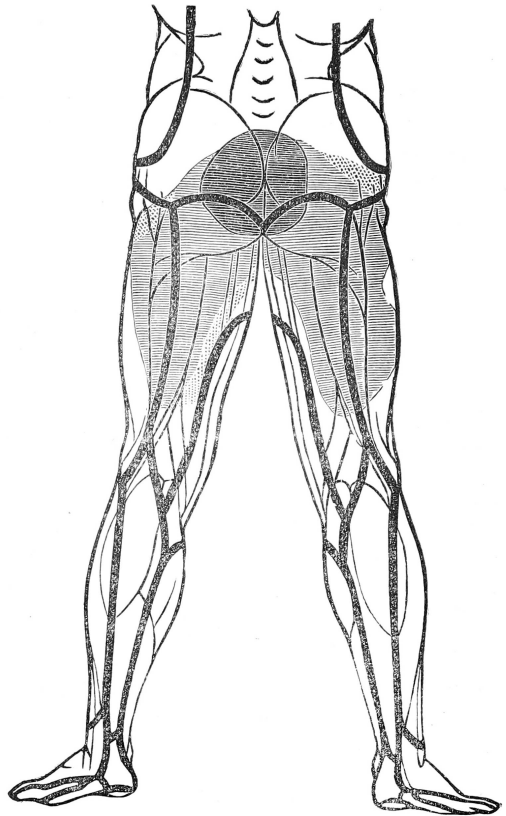


Рис. 2-й.



ственную половину лобковой области. Въ границахъ, зачерченныхъ темнѣе, всѣ виды чувствительности уничтожены; въ границахъ, зачерченныхъ свѣтлѣе, только болевая и тепловая, при томъ область термоанестезіи нѣсколько больше области аналгезіи (область исключительно термоанестезіи обозначена точками).

Въ окружности задняго прохода и на промежности—полная анестезія. На мошонкѣ тактильная чувствительность понижена. Болевая чувствительность вполне уничтожена.



Мышечное чувство не нарушено. Мышцы и нервы къ давленію не чувствительны. Кольбиный рефлексъ съ обѣихъ сторонъ одинаковъ, умѣренный. Рефлексъ съ Ахиллова сухожиля отсутствуетъ. Стойные рефлексы умѣренные, на обѣихъ сторонахъ одинаковы. Рефлексъ съ яичка на лѣвой сторонѣ сильный, на правой—слабѣ, но въ то же время приподнимается и лѣвое яичко. Брюшные рефлексы сильны.

При введеніи пальца *in anum* нѣтъ никакого ощущенія. Анальный рефлексъ отсутствуетъ. О состояніи мочевого пузыря уже сказано. Послѣ того, какъ больной отдалъ произвольно около 60 куб. см. мочи, ему выпустили катетеромъ еще около 400 куб. см. Моча щелочной реакціи съ уд. вѣсомъ 1018, мутна, безъ бѣлка и сахара. Въ осадкѣ много трипельфосфатовъ, кристаллы сѣрнокислой и фосфорнокислой извести и гнойныя тѣльца въ довольно значительномъ количествѣ.

Эрекция сохранена, для *coitus'a* не была удобнаго случая. Поллюціи нѣтъ. *Libido* сохранена. Во время эрекціи непроизвольное вытеканіе мочи бываетъ сильнѣе.

На позвоночномъ столбѣ не замѣчается никакого искривленія. При давленіи остистые отростки I и II поясничныхъ позвонковъ очень болѣзненны, III и IV менѣе. Остистый отростокъ VI грудного позвонка тоже нѣсколько чувствителенъ къ давленію.

Больной оставался въ клиникѣ до 4 марта 97 года. Температура тѣла по вечерамъ значительно повышалась—до 39° R слишкомъ, по утрамъ падала до нормы. По ночамъ больной сильно потѣлъ. Онъ часто жаловался на боли надъ симфизомъ, въ послѣдствіи же, кромѣ болей въ позвоночникѣ, появились значительныя боли и въ поясничной области, особенно съ лѣвой стороны, съ сильной чувствительностью къ давленію. Моча оставалась щелочной и содержала, сверхъ выше упомянутыхъ составныхъ частей, еще веретенообразныя клѣтки и обломки зернистыхъ цилиндровъ. Состояніе общаго питанія было неудовлетворительное. Аппетитъ плохой.

Лихорадка поддавалась леченію хиномомъ, но какъ только его оставляли, гектическая колебанія температуры появлялись опять. Продолжительнымъ употребленіемъ салолы, теплыхъ ваннъ (промыванія мочевого пузыря переносились дурно), соответственной діеты, при помощи кровососныхъ банокъ и пиявокъ на поясничную область удалось до извѣстной степени улучшить состояніе больного. Моча сдѣлалась нейтральной, затѣмъ слабо кислой; количество клѣточныхъ элементовъ значительно понизилось, боли въ области почекъ исчезли совѣшенно, а надъ симфизомъ уменьшились. Чувствительность къ давленію въ области пузыря и почекъ тоже исчезла.

Въ разстройствахъ мочевого пузыря и прямой кишки нѣтъ переменъ. Парестезіи *in ano* продолжались. Болѣзненность позвоночника—попрежнему. Разстройства чувствительности въ общемъ тоже оставались почти безъ измѣненія, только на правой ногѣ спереди область полной анестезіи уменьшилась; чувство мѣста, однако, оставалось пониженнымъ въ прежнихъ границахъ. Въ области аналгезіи полной потери болевого чувства не было. Общее состояніе замѣтно улучшилось.

Если мы теперь бросимъ бѣглый взглядъ на описанную выше картину, то найдемъ въ ней всѣ симптомы, которые можно свести въ самомъ дѣлѣ на заболѣваніе нижней части крестцоваго отдѣла спинного мозга: двигательный и чувствительный параличъ мочевого пузыря и прямой кишки въ связи съ ограниченнымъ параличемъ въ окружности задняго прохода, въ области мошонки и промежности, въ нижней части сѣдалищной области и на задней поверхности бедеръ (*reithosenförmig*) и, наконецъ, мучительныя парѣстезіи во всѣхъ этихъ мѣстахъ.

Въ области *plexus ischiadici* нѣтъ никакихъ разстройствъ; слѣдовательно, поврежденіе должно относиться преимущественно къ нижней части *medullae sacralis*.

Мы уже упоминали о томъ, на какомъ основаніи въ подобныхъ случаяхъ гораздо болѣе вѣроятно поврежденіе вещества самого спинного мозга, чѣмъ поврежденіе соответственныхъ корешковъ. Далѣе, въ большей части анестетической области диссоцірованное разстройство чувствительности соответствуетъ сирингомиелитической картинѣ (см. фиг. 2 на задней поверхности, о диссоціаціи спереди см. ниже): мы можемъ отсюда вывести заключеніе, что сѣрое вещество пострадало въ весьма сильной степени, а это обстоятельство, согласно съ нашими нынѣшними свѣдѣніями, подкрѣпляетъ предположеніе гематоміэліи.

Кромѣ упомянутыхъ разстройствъ, мы имѣемъ еще анестетическую область соответственно 1—3 поясничнымъ позвонкамъ (*Thorburn*), но только съ правой стороны. Здѣсь полная анестезія тоже сосредоточивается въ ограниченномъ участкѣ, особенно въ области I поясничнаго корешка, въ остальномъ же имѣется потеря лишь болевой и термической чувствительности при сохранности тактильной. Спрашивается, съ чѣмъ же связать эту анестезію?

И въ данномъ случаѣ слѣдуетъ имѣть въ виду возможность двоякаго рода: 1) поврежденіе поясничной части спинного мозга, или 2) поврежденіе соответственныхъ корешковъ. Что

касается перваго пункта, то мы должны были бы предположить наличность изолированнаго фокуса, не находящагося въ связи съ поврежденіемъ *medullae sacralis*, ибо, въ противномъ случаѣ, совершенно непонятнымъ было бы для насъ, почему вся сѣдалищная область не принимаетъ въ страданіи никакого участія. Хотя возможность такихъ фокусовъ при потрясеніи спинного мозга и описана, однако въ нашемъ случаѣ, на основаніи другихъ соображеній, гораздо вѣроятнѣе кажется поврежденіе корешковъ.

Что въ нашемъ случаѣ имѣлась травма позвоночнаго столба, едва ли можетъ подлежать сомнѣнію (несмотря на отсутствіе замѣтнаго искривленія); только въ такомъ случаѣ понятны намъ сильныя боли, беспокоившія больного, и чрезвычайная болѣзненность при движеніяхъ, на которую онъ особенно жаловался въ своемъ анамнезѣ. Чувствительность къ давленію позвоночныхъ отростковъ указываетъ на страданіе поясничныхъ позвонковъ, а именно I и II, съ чѣмъ вполне согласуется и найденое поврежденіе *medullae sacralis*. Въ такомъ случаѣ объясненіе нашей правосторонней анестезіи поврежденіемъ 1—3 корешковъ, очевидно, приобретаетъ очень большую вѣроятность. Это предположеніе будетъ еще ближе въ истинѣ, если мы обратимъ вниманіе на показанія больного, что онъ упалъ болѣе на правую сѣдалищную область, такъ что туловище тотчасъ наклонилось вправо; далѣе, что параличъ правой ноги продолжался гораздо долѣе паралича лѣвой, который спустя нѣсколько дней уже прошелъ. Такъ какъ двигательный параличъ прошелъ безъ слѣда, то мы можемъ, во всякомъ случаѣ, заключить отсюда, что отъ травмы пострадали въ болѣе сильной степени задніе корешки.

Наличность диссоцірованнаго паралича чувствительности въ части пораженной области не исключаетъ вовсе, какъ это хорошо извѣстно, возможности поврежденія корешковъ. Съ другой стороны, клиническое наблюденіе надъ больнымъ учитъ насъ, что анестезія постоянно, хотя и медленно, уменьшается какъ въ отношеніи протяженія, такъ и въ отношеніи сте-

пени: поэтому никоимъ образомъ нельзя исключать возможности, что анестезія эта исчезнетъ въ будущемъ совершенно, такъ что тогда нашъ случай представлялъ бы собою вполнѣ типическое страданіе конуса. Далѣе, такъ какъ весьма многія изъ описанныхъ до сихъ поръ страданій нижняго отдѣла *medullae sacralis* изслѣдованы были точно лишь спустя болѣе или менѣе продолжительное время отъ начала болѣзни, то представляется возможнымъ, что и тамъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ также, какъ и въ нашемъ, имѣлись въ началѣ заболѣванія подобныя же расстройства. Отмѣченный же въ данномъ случаѣ симптомъ имѣетъ въ томъ отношеніи большое значеніе, что, при отсутствіи замѣтнаго искривленія позвоночнаго столба, онъ даетъ намъ болѣе вѣрное представленіе объ уровнѣ поврежденія.

