

Изъ клиники нервныхъ и душевныхъ болѣзней Варшавскаго Университета.

къ дифференціальной діагностикѣ множественнаго неврита.

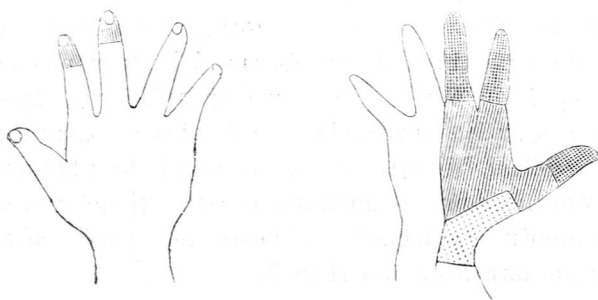
поліэстезія и макроэстезія.

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

(Продолженіе; см. т. V. вып. I).

²⁶/II. Описанныя разстройства остаются, только поліэстезія нѣсколько измѣнилась: сегодня больной преувеличиваетъ число осязаемыхъ предметовъ не въ пять разъ, а всего лишь въ два раза. При болѣе детальномъ изслѣдованіи чувствительности на кисти правой руки находимъ слѣдующія три области съ различнаго рода видоизмѣненіями въ разстройствѣ чувствительности (см. схему № 5):

Схема 5.



1) (Область, зачерченная двойными штрихами). Ощущеніе двухъ предметовъ въ этой области получается и при простомъ прикладываніи предмета и при ощупываніи его; если

коснуться какимъ-нибудь предметомъ къ кожѣ въ этой области, то больной говоритъ, что его тронули чѣмъ-то большимъ сразу въ двухъ мѣстахъ, но чѣмъ именно—онъ опредѣлить не можетъ. Далѣе здѣсь преувеличивается больнымъ и самая величина (объемъ предмета) приблизительно въ 4—4½ раза. Это увеличеніе объема (макроэстезія) наступаетъ какъ при ощущеніи предмета пальцами, такъ и при простомъ прикладываніи предмета.

2) (Область, зачерченная одиночными штрихами). Въ этой области отъ прикладыванія предмета получается одиночное впечатлѣніе, т. е. здѣсь полиэстезіи не имѣется, но преувеличиваніе объема предмета (макроэстезія) остается, хотя въ меньшей степени: больной преувеличиваетъ объемъ предмета только въ 2—2½ раза. Далѣе онъ различаетъ здѣсь, чѣмъ до него коснулись въ этомъ мѣстѣ (пальцемъ, спичкой, тупымъ концомъ булавки), но преувеличиваетъ нѣсколько объемъ касающаго предмета; полиэстезіи при этомъ не получается.

3) (Область, обозначенная точками). При прикладываніи какого нибудь предмета находимъ здѣсь небольшую макроэстезію (преувеличиваетъ объемъ предмета въ 1½ раза). Полиэстезіи не наблюдается.

Повторныя изслѣдованія даютъ тѣ же результаты. При опытѣ Аристотеля, заключающемся въ томъ, что, если двумя пальцами, переложенными одинъ черезъ другой, касаться шарика, то получается впечатлѣніе не одного, а двухъ шариковъ, больной получалъ ощущеніе 4-хъ шариковъ, т. е. вполне согласно со своей полиэстезіей.

Тактильная и болевая чувствительность на пораженной правой конечности, сравнительно съ лѣвой, оказывается мало пониженной: больной различаетъ очень нѣжныя, слабыя прикосновенія. То же относится къ чувству температуры и давленія. Чувство положенія и движенія довольно значительно понижено въ первыхъ трехъ пальцахъ правой руки: больной различаетъ только сравнительно грубыя измѣненія въ ихъ положеніи (при пассивномъ ихъ сгибаніи и разгибаніи).

При изслѣдованіи эстезіометромъ найдено слѣдующее:

Справа.		Слѣва.
1,25	ладонная поверхность конечныхъ фалангъ 1,2 и 3 пальцевъ.	0,25.
0,5	» » » » 4 и 5 »	0,5.
2,0	ладонная поверхность кисти	1,0.
3,0	предплечье, сгибат. поверхность	2,5.

ного пальца. Сгибаніе основныхъ фалангъ 2 и 3 пальцевъ совершается съ трудомъ. Появился колѣнный рефлексъ слѣва, при чемъ при ударѣ молоточкомъ голень то значительно подбрасывается кверху, то дѣлаетъ ничтожное колебаніе.

При изслѣдованіи электро-возбудимости найдено:

	Прерыв. токъ		Постоян. токъ.	
	справа	слѣва	справа КЗС.	слѣва.
n. facialis (общій стволъ).	5,5	55	1,0 МА.	1,3 МА.
» верхн. вѣтвь .	4,5	45	1,0	0,5
» нижн. » .	4,0	40	1,25	1,0
m. orbic. oris	5,0	50		
n. ulnaris—у локтя	5,0	50	0,5	0,5
m. ulnar. intern.	5,0	5,0	1,0	1,0
n. peroneus	8,5	8,0	4,0	4,5
m. tibial. ant.	7,5	8,0	11,0	6,0
			(ан ЗС 10,0)	(ан. ЗС— 12,0 МА.)

Изъ мышцъ голени частичная реакція перерожденія въ экстензорахъ: при замыканіи анода сокращеніе наступаетъ нѣсколько скорѣе и при меньшемъ количествѣ милліамперовъ. Характеръ сокращенія вялый.

⁵/ш. Сильнѣйшія боли въ бедрахъ обѣихъ ногъ. Рѣзкое усиленіе фибриллярныхъ дрожаній въ икроножныхъ мышцахъ.

⁷/ш. Сильныя боли въ правой рукѣ по n. radialis и n. medianus. Парѣстезіи усилились. Макроѣстезія остается, но выражена очень слабо. Въ рукѣ фибриллярныя подергиванія и дрожаніе.

⁸/ш. Боли ослабѣли. Фибриллярныя подергиванія и дрожаніе почти исчезли. Макроѣстезія пропала.

При изслѣдованіи эстезіометромъ найдено:

	Справа.	Слѣва.
Щека	2,0	2,0
Грудица	5,0	5,0
Предплечіе	3,0	3,3
Ладонь	1,5	1,5
Тылъ ручной кисти.	2,5	2,5
Концев. фаланги (ладон. нов.).	0,5	0,5
Бедро.	7,0	7,0
Голень	не различаетъ	

Гипѣстезія по передней поверхности правой голени.

¹⁰/III. Чувствуетъ себя хорошо. Фибриллярныя подергиванія не замѣтны. Появился колѣнный рефлексъ на правой ногѣ.

¹⁶/III. Болей не наблюдается, можетъ разгибать правую ногу въ колѣнномъ суставѣ.

¹⁹/III. Гипѣстезія на правой голени исчезла. При хожденіи ступаетъ на всю ступню. Колѣнные рефлексъ усилены съ обѣихъ сторонъ.

Въ дальнѣйшемъ теченіе болѣзни не представляло ничего особеннаго. Состояніе больного продолжало рѣзко улучшаться. Парезы исчезли, расстройства чувствительности и боли — тоже. Больной выписанъ, согласно его желанію, ²⁴/III, если не совсѣмъ оправившимся отъ своего тяжкаго заболѣванія, то все уже на пути къ окончательному выздоровленію.

Леченіе состояло въ примѣненіи болеутоляющихъ, успокаивающихъ и тонизирующихъ средствъ, электричества, массажа, ваннъ и отчасти психическаго воздѣйствія.

Резюмируя въ краткихъ чертахъ только-что изложенное, мы получимъ слѣдующую картину болѣзни:

Быстрое начало сильными болями въ конечностяхъ одной, именно лѣвой половины тѣла, повидимому съ лихорадкой. Черезъ 5 недѣль заболѣваніе, начавшее было исчезать, перешло на противоположную сторону и здѣсь уже прочно локализовалось, сохраняя тотъ же гемиплегическій характеръ. Переходъ этотъ сопровождался сильнѣйшими болями и явленіями омраченія сознанія съ наклонностью къ насильственнымъ поступкамъ. Одновременно съ этимъ развились явленія паралича правыхъ конечностей и наступило расстройство функций кишки, мочевого пузыря и полового аппарата.

Боли существовали почти все время болѣзни, локализуясь въ мышцахъ и нервахъ конечностей, пораженныхъ параличемъ, при чемъ, какъ бы волнообразно, то наступало улучшение и почти-исчезновеніе болей, то боли снова возвращались и вспыхивали съ еще большей силой.

Легкое давленіе на мышцы и нервы сопровождалось сильнымъ болѣзненнымъ ощущеніемъ, нервные стволы правой верхней конечности были найдены *утолщенными*; кромѣ того на п. medianus обнаружена крайне болѣзненная *веретенообраз-*

ная *принухлость*. Явленія паралича были выражены главнымъ образомъ на правой нижней конечности, сильнѣе всего въ экстензорахъ стопы; здѣсь имѣлась *pes equino-varus paralytica*, движеніе стопы вверхъ и кнаружи было затруднено, разгибаніе пальцевъ также; въ колѣнномъ суставѣ наблюдалась стойкая контрактура, обусловленная сильною болѣзненностью. На правой верхней конечности явленія паралича (главнымъ образомъ со стороны *n. radialis*) были выражены слабѣе и скоро исчезли. Мышечная сила въ правой кисти была долгое время рѣзко ослаблена (справа 70, слѣва—130), тонусъ мышцъ пониженъ, атрофій и мѣстныхъ исхуданій не найдено, за исключеніемъ мышцъ правой голени. Въ мышцахъ бедра, голени и частью предплечія (здѣсь не продолжительное время) были сильныя фибриллярныя и фасцикулярныя подергиванія, повидимому, совпадавшія съ усиленіемъ болей; кромѣ того въ правой верхней конечности наблюдалось значительное, почти ритмическое дрожаніе.

При изслѣдованіи электровозбудимости нервовъ и мышцъ было обнаружено легкое пониженіе фарадической и гальванической возбудимости, при чемъ въ экстензорахъ правой голени была найдена частичная реакція перерожденія (анодъ = катоду), при вяломъ характерѣ сокращеній. Колѣнные рефлексъ и съ *tendo Achillis* отсутствовали съ обѣихъ сторонъ и появились лишь къ концу болѣзни, сперва на лѣвой конечности. Наоборотъ, кожные рефлексъ, какъ-то: полошвенный, съ *cremaster'a*, на *epigastrium* и брюшной все время оставались повышенными. Чувствительность представляла значительныя разстройства, которыя иногда быстро измѣнялись и перемѣняли мѣсто. Главнымъ образомъ разстройства эти касались тактильной и болевой чувствительности, выражаясь ихъ пониженіемъ (гипѣстезіей), рѣже повышеніемъ (гиперѣстезіей). Далѣе, все время существовали парѣстезіи, особенно въ пальцахъ рукъ. Почти къ концу болѣзни появились своеобразныя разстройства чувства осязанія и стереогностической способности (больной преувеличивалъ какъ число, такъ и величину—

объемъ осязаемыхъ предметовъ (поліэстезія и макроэстезія).

Со стороны органовъ высшихъ чувствъ можно только отмѣтить неравномѣрность зрачковъ (правый нѣсколько уже лѣваго), скоро впрочемъ исчезнувшую, и короткое время существовавшую потерю вкуса на передней поверхности языка съ обѣихъ сторонъ и на задней—только съ лѣвой. Последнее разстройство совпало съ появленіемъ геміанэстезіи лица и прошло одновременно съ ней.—Отправленія кишечника и пузыря, вскорѣ послѣ поступленія больного въ клинику, т. е. черезъ 7 мѣсяцевъ отъ начала заболѣванія, сдѣлались правильными, но половая способность все время оставалась ослабленною (потеря эрекцій).

Настроеніе духа больного было нѣсколько измѣнчивое, онъ, то предавался надеждамъ, то приходилъ въ отчаяніе и плакалъ, легко поддавался уговариваніямъ. Одинъ разъ пришлось наблюдать у него приступъ, состоящій изъ характерныхъ истерическихъ рыданій.

I.

Приступая къ анализу весьма пестрой клинической картины нашего случая, картины, богатой притомъ многими особенностями, прежде всего необходимо, конечно, выдѣлить тѣ симптомы, которые даютъ прочную, точно установленную основу для діагноза, а затѣмъ уже постараться выяснить значеніе признаковъ болѣзни, не укладывающихся въ общеизвѣстныя рамки.

Скоропреходящія разстройства чувствительности въ видѣ аэстезій и гипэстезій, легко смѣнявшихся гиперэстезіями, съ *характерной локализацией* [геміанэстезія волосистой части головы и лица, съ участіемъ слизистыхъ оболочекъ глаза, полости рта и пораженіемъ вкуса (сх. 2), ограниченная провильными круговыми линіями гипэстезія въ области правой голени и праваго плеча (сх. 1, 3, 4)], гиперэстезическая зона въ области верхнихъ грудныхъ позвонковъ, психическія особенности

субъекта и, наконецъ, наблюдавшійся у него типическій истерическій приступъ судорожныхъ рыданій—все это позволяетъ установить съ положительностью, что мы имѣли дѣло съ больнымъ, страдающимъ *истеріей*.

Въ то же время нетрудно усмотрѣть въ приведенной исторіи болѣзни много признаковъ, свойственныхъ *невриту*; сюда относятся: болѣзненность нервныхъ стволовъ при давленіи, мѣстами—утолщеніе ихъ, преобладаніе парезовъ и параличей въ периферическихъ отдѣлахъ конечностей и преимущественно въ разгибателяхъ, легкая степень атрофіи и измѣненія электрической реакціи наиболѣе пораженныхъ мышцъ, ограниченіе трофическихъ разстройствъ кожи и нѣкоторыхъ разстройствъ чувствительности областью опредѣленнаго нерва, наконецъ, отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ.

Установивъ наличность истеріи и—одновременно—явленій, указывающихъ какъ бы на органическое заболѣваніе нервной системы, мы должны теперь рѣшить, имѣется ли здѣсь *сочетаніе* истеріи съ дѣйствительнымъ органическимъ страданіемъ или же одна *истерія*, лишь *симулирующая* послѣднее, въ данномъ случаѣ—*невритъ*.

Въ настоящее время, въ особенности благодаря трудамъ Charcot и его учениковъ, очень хорошо извѣстно, что истерія можетъ симулировать самыя различныя страданія головного и спинного мозга, а также разнообразныя болѣзни внутреннихъ органовъ; эта глава патологіи растетъ съ каждымъ днемъ; оказывается, что иногда истерія симулируетъ даже опредѣленные сочетанія фокусныхъ мозговыхъ симптомовъ, какъ напр. hemiplegia alternans inferior [случай Tournant ¹⁾] и описанное наблюденіе проф. Я. А. Анфимова ²⁾], можетъ давать параличи глазныхъ мышцъ, лицевого нерва и т. п.—вообще такіе симптомы, которые недавно еще считались, такъ сказать, недоступными истеріи.

Сравнительно мало разработанъ до сихъ поръ вопросъ о симуляціи истеріей различныхъ видовъ неврита, очевидно,

¹⁾ Цитиров. у проф. Анфимова (см. ниже).

²⁾ Обозр. Психіатріи 1896, n° 1, с. 1.

потому, что классическіе признаки неврита слишкомъ характерны, чтобы могла зайти рѣчь о смѣшиваніи ихъ съ проявленіями истеріи.

Необходимо, однако, замѣтить, что клиническая картина неврита можетъ быть очень разнообразна, причемъ многіе „классическіе“ признаки иногда и отсутствуютъ: въ настоящее время мы хорошо знаемъ, что бываютъ невриты безъ всякихъ нарезовъ, параличей, безъ атрофіи мышцъ, какихъ либо измѣненій электрической реакціи, безъ объективныхъ расстройствъ чувствительности, безъ пониженій resp. отсутствія глубокихъ рефлексовъ, которые въ нѣкоторыхъ случаяхъ представляются, наоборотъ, усиленными, и т. п.; даже столь характерная для неврита болѣзненность нервовъ при давленіи легко можетъ отсутствовать въ извѣстной стадіи всякаго неврита и нерѣдко встрѣчается при т. наз. кахектическихъ формахъ. Съ другой стороны всѣмъ извѣстна почти безграничная прихотливость симптоматилогіи истеріи.

Нетрудно представить себѣ, поэтому случаи, гдѣ діагнозъ можетъ колебаться между истеріей и невритомъ, какъ это ни странно можетъ показаться на первый взглядъ.

Боли и парестезіи при истеріи могутъ очень напоминать невритическія. Поверхностная и *глубокая* гиперестезія, дающая поводъ къ смѣшенію истеріи съ различными заболѣваніями внутреннихъ органовъ, можетъ случайно локализоваться въ мѣстахъ прохожденія нервныхъ стволовъ и симулировать невритическую болѣзненность ихъ. Распредѣленіе островчатой истерической анестезіи можетъ быть очень похоже на анестезію вслѣдствіе периферическаго пораженія (такой случай и намъ приходилось наблюдать), тѣмъ болѣе, что, какъ извѣстно, анестезія при невритахъ по своей локализациі далеко не всегда отвѣчаетъ области опредѣленнаго нервного ствола (см., напр., случаи *Vierordt'a* ¹⁾, *Strümpell'я* ²⁾, *Eisenlohr'a* ³⁾ и др.) и

¹⁾ Arch. für Psych. 1883 Bd. 14. S. 680, 694.

²⁾ Ibidem S. 342.

³⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1887, S. 783 (второй случай).

можетъ даже отсутствовать при перерѣзкѣ чувствительнаго нерва (ср. изслѣдованія *Vanlair'a* ¹⁾ и др.) Атрофія и измѣненія электрической реакціи въ исключительныхъ случаяхъ наблюдались при истерическихъ параличахъ. Отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ можетъ быть врожденнымъ или симулироваться болѣзненной контрактурой колѣна, одинаково свойственной и истеріи и невриту и наблюдавшейся, между прочимъ, и въ настоящемъ случаѣ.

Даже столь характерное преимущественное пораженіе разгибателей при двигательной формѣ неврита, на нашъ взглядъ, не безусловно исключаетъ истеро-травматическій параличъ, который можетъ принять такую форму, если толчкомъ къ его развитію служить легкая травма геср. чрезмѣрное напряженіе именно этой группы мышцъ.

Изъ сказаннаго ясно, что истерія въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ дать поводъ къ діагностическимъ затрудненіямъ по отношенію къ невриту, особенно въ виду разнообразія формъ послѣдняго.

И дѣйствительно, съ такими затрудненіями мы встрѣчаемся на дѣлѣ при оцѣнкѣ симптомовъ *интоксикаціонныхъ невритовъ*, съ тѣхъ поръ какъ стало извѣстно, что различныя отравленія играютъ важную роль въ этиологіи истеріи (см. относящуюся сюда литературу у *Pitres* ²⁾) и что, слѣдовательно, симптомы истеріи при интоксикаціяхъ могутъ примѣшиваться къ невритическимъ. Многія изъ тѣхъ явленій со стороны нервной системы, которыя объяснялись токсическимъ невритомъ, пришлось отнести на счетъ истеріи, а нѣкоторые изъ новѣйшихъ авторовъ (*Martel* ³⁾) даже склонны приписывать всѣ невропатическіе симптомы при отравленіи, напр, сѣрнистымъ углеродомъ—одной только истеріи.

Травматическій неврозъ, относительно котораго мы придерживаемся извѣстныхъ взглядовъ *Charcot*, также на осно-

¹⁾ Письма изъ Бельгій G. Marinesco. *Sém. médic.* 1896 n° 40, p. 323.

²⁾ *Leçons cliniques sur l'hysterie et l'hypnotisme.* Paris 1891, t. I. pp. 32 et suiv.

³⁾ *Contribution à l'étude de l'hysterie toxique.* Thèse de Paris, 1894.

ваніи сказаннаго, можетъ подать поводъ къ затрудненіямъ въ диагностикѣ, какъ на это указываетъ, напр., случай д-ра Пу-тавскаго ¹⁾, описанный имъ подъ заглавіемъ: „полиоміэлитъ или множественный невритъ.“

Рабочій 20 лѣтъ 6 мѣсяцевъ до поступленія въ больницу при паденіи получилъ значительныя поврежденія; за 3 мѣсяца до поступленія у него развился порезъ верхнихъ конечностей, къ которому присоединилась потомъ paraplegia inferior и ослабленіе зрѣнія. При изслѣдованіи найденъ вялый параличъ всѣхъ 4 конечностей безъ всякой атрофіи и измѣненій чувствительности. Никакихъ болей и болезненности нервныхъ стволовъ. Фарадическая реакція пораженныхъ мышцъ утрачена, гальваническая—понижена, безъ качественныхъ измѣненій, при молніеобразномъ характерѣ сокращеній. Изслѣдованіе глазного дна не обнаружило никакихъ измѣненій. Функціи мочевого пузыря и прямой кишки не нарушены. Картина болѣзни, по автору, отвѣчала poliomyelitis anterior subacuta. Послѣ 3-мѣсячнаго пребыванія въ больницѣ, больной возвратился домой, гдѣ всѣ явленія постепенно улучшились, такъ что онъ могъ дѣлать большіе концы пѣшкомъ; прежде парализованныя конечности обнаруживали нормальную мышечную силу; кожные рефлексы сохранены, сужоужильные отсутствовали (и послѣ выздоровленія). Авторъ остается въ нерѣшительности относительно діагноза, такъ какъ полиоміэлитъ не свойственъ такой благоприятный исходъ (а также отсутствіе атрофіи), а полиневритъ противорѣчитъ отсутствію разстройствъ чувствительности и болезненности нервныхъ стволовъ.

Обращаясь къ нашему случаю, нельзя не замѣтить, что, помимо несомнѣннаго существованія истеріи, въ самыхъ проявленіяхъ неврита есть особенности, на первый взглядъ какъ бы указывающія на *истерическій характеръ всего страданія*. Мы имѣемъ въ виду прежде всего вовсе необычную при невритѣ *одностороннюю* (гемиплегическую) *локализацию* болѣзненныхъ явленій, притомъ соединенную какъ бы съ трансфертомъ; вначалѣ симптомы наблюдались на лѣвой половинѣ тѣла, затѣмъ больной нѣсколько оправился, а при второмъ взрывѣ они прочно локализовались уже въ *правой* половинѣ.

Далѣе, объективные разстройства чувствительности по большей части имѣли ясный истерическій характеръ: анэстезіи и гипэстезіи быстро появлялись и исчезали, замѣняясь вдругъ гиперэстезіями, и—что самое главное—*локализовались* въ фор-

¹⁾ Gazeta lekarska 1884. n° 18, Neurol. Centralb. 1894, p. 542.

мѣ *вполнѣ* характерной для истеріи, какъ въ этомъ убѣждаетъ одинъ взглядъ на приложенныя къ исторіи болѣзни схемы. Особое значеніе мы придаемъ здѣсь именно *локализациі*, такъ какъ на *быструю смѣну* разстройствъ чувствительности и при множественномъ невритѣ имѣются указанія въ литературѣ (*Eisenlohr* ¹⁾ *Pitres et Vaillard* ²⁾, *Мурамовъ* ³⁾).

Исключеніемъ въ смыслѣ локализациі служить очень легкая гипѣстезія съ полі-и макроѣстезіей, ограничивавшаяся довольно точно (на кисти) областью n. mediani dextri, но зато въ происхожденіи самой полі-и макроѣстезіи, какъ мы подробно разсмотримъ ниже, истерія несомнѣнно играла важную роль.

Фибриллярныя и фасцикулярныя подергиванія въ мышцахъ достигали такой силы, что при органическомъ происхожденіи ихъ они могли бы наблюдаться лишь при очень тяжкомъ пораженіи, отнюдь не отвѣчающемъ благопріятному теченію болѣзни; этому симптому, на основаніи приводимыхъ ниже данныхъ, мы также склонны приписывать—отчасти, по крайней мѣрѣ—функциональное происхожденіе.

Общій характеръ теченія болѣзни, не совсѣмъ обычный при полиневритѣ, съ весьма частыми и непродолжительными ухудшеніями и улучшеніями, также могъ бы говорить въ пользу истеріи, какъ единственной причины всего наблюдаемаго сложнаго симптомокомплекса.

Однако, несмотря на все это, и какъ бы ни казалось соблазнительнымъ видѣть въ нашемъ случаѣ блестящій примѣръ симуляціи истеріей полиневрита, на этомъ предположеніи остановиться нельзя.

Въ пользу органическаго пораженія периферическихъ нервовъ въ нашемъ случаѣ говоритъ весьма *постоянная* и точно локализованная болѣзненность нервовъ, при отсутствіи поверхностной гиперѣстезіи и наличности ясно замѣтнаго при

¹⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1887 p. 783.

²⁾ Rév. de médéc. 1886 n° 3.

³⁾ Медиц. Обозр. 1892, т. 37, стр. 1085.

ощупываніи утолщенія нервныхъ стволовъ и мѣстами вздутій на нихъ. Въ такой формѣ признакъ этотъ съ положительностью говоритъ за *невритъ*. Второй весьма существенный для дифференціальной діагностики симптомъ—это потеря глубокихъ рефлексовъ и въ частности симптомъ *Westphal'*я, который наблюдался какъ на правой сторонѣ, гдѣ существовала контрактура колѣна, такъ и на лѣвой, гдѣ никакой контрактуры не было. О врожденномъ отсутствіи сухожильныхъ рефлексовъ здѣсь не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ при общемъ улучшеніи мы наблюдали и постепенное возвращеніе рефлексовъ.

При наличности упомянутыхъ основныхъ признаковъ полиневрита странно было бы, конечно, объяснять истеріей другіе обычные симптомы его (парезъ *respr.* параличъ разгибателей, съ легкой атрофіей и измѣненіями электрической реакціи наиболѣе пораженныхъ мышцъ и т. п.), во первыхъ, на томъ простомъ основаніи, что признаки эти очень часты при невритѣ, а при истеріи можно ожидать ихъ только въ очень рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ, и, во-вторыхъ, потому, что у нашего больного *эти* симптомы являются именно въ такомъ видѣ, въ какомъ мы привыкли встрѣчать ихъ при обыкновенныхъ невритахъ, безъ всякихъ осложненій—другими словами, они не представляютъ *клиническихъ особенностей*, которыя давали бы поводъ заподозрить истерію. Къ невриту, безъ сомнѣнія, нужно отнести также парестезіи, гипестезію и трофическія расстройства кожи въ области *n. mediani dextri*, въ которомъ при ощупываніи мы находили утолщенія и вздутія.

Косвеннымъ образомъ за органическое страданіе говорить и нерѣдко наблюдаемое при невритахъ участіе спинного мозга (потеря эрекцій, расстройство функціи *vesicae et recti*, наблюдаемое въ первое время пребыванія больного въ клиникѣ), а также то обстоятельство, что *одновременно* и при *сходныхъ явленіяхъ* заболѣвшій товарищъ больного умеръ отъ своей болѣзни.

Такимъ образомъ, на основаніи сказаннаго необходимо пока признать у нашего больного *сочетаніе истеріи съ органическимъ заболѣваніемъ нервной системы въ видѣ полиневрита*, отчетливые признаки котораго мы установили; особенности клинической картины, о которыхъ упоминалось выше, и при такомъ діагнозѣ, какъ мы увидимъ ниже, могутъ найти удовлетворительное ябъясненіе.

Извѣстны многочисленные случаи *осложненія истеріей* самыхъ разнообразныхъ органическихъ страданій нервной системы: множественнаго склероза (особенно часто), *tabes dorsalis*, Фридрейховой болѣзни, прогрессивной мышечной атрофіи, *compressio medullae spinalis*, *gliosis spinalis*, *lues cerebri* и т. д. (ср. Oppenheim ¹⁾, Babinski ²⁾).

Въ нашей клиникѣ наблюдались 4 случая сочетанія истеріи: съ множественнымъ склерозомъ, дрожательнымъ параличемъ и органической гемиплегіей (два случая); въ первыхъ двухъ—истерія очень затрудняла діагнозъ, а въ послѣднихъ—обращала на себя вниманіе въ особенности локалізація истерическихъ стигматовъ то на сторонѣ гемиплегіи, то на *противоположной*.

Charcot ³⁾ указалъ на осложненіе истеріей алкогольнаго неврита, а Babinski ⁴⁾ описываетъ сочетаніе ея съ острымъ инфекціоннымъ полиневритомъ; случай послѣдняго автора отличается, однако, отъ нашего тѣмъ, что у больной, 28 лѣтней женщины, задолго до развитія полиневрита существовали проявленія истеріи, тогда какъ у нашего больного анамнезъ въ этомъ отношеніи не даетъ никакихъ указаній, и обѣ формы развились у него какъ бы вдругъ, одновременно.

Это обстоятельство заставляетъ насъ съ особымъ вниманіемъ отнестись къ *этіологіи*, къ которой мы теперь и перейдемъ и которая поможетъ намъ въ извѣстной степени разобратъся во всѣхъ деталяхъ нашего случая.

¹⁾ Neurol. Centralbl. 1890. S. 488.

²⁾ Bullet. et mémoires de la Soc. médic. des hopitaux. 11 nov. 1892, Neurol. Centralbl. 1893. p. 61.

³⁾ Sept cas de polynevrite. Rev. neurol. 1893, nn°1,2 (второй случай).

⁴⁾ l. с.

Что касается *неврита*, то нетрудно исключить въ данномъ случаѣ всѣ обычные этиологическіе моменты, кромѣ *самостоятельной инфекции*: несмотря на довольно скудные анамнестическія данныя, все-таки можно установить, что болѣзнь началась остро, безъ всякой видимой причины и безъ предшествовавшего какого-либо другого заболѣванія, сопровождалась общими явленіями, лихорадкой и значительнымъ упадкомъ силъ.

На интоксикацію не имѣется указаній ни въ профессіи больного (плотникъ), ни въ условіяхъ развитія болѣзни, ни, наконецъ, въ клиническихъ ея проявленіяхъ.

Какъ мы не разъ упоминали, одновременно съ нашимъ больнымъ заболѣлъ и его товарищъ, у котораго болѣзнь дала смертельный исходъ; но оба заболѣвшіе ѣли и пили каждый свою собственную пищу, жили въ разныхъ помѣщеніяхъ, только усиленно работали вмѣстѣ послѣднее время и вмѣстѣ же легли отдыхать на сырой землѣ, послѣ чего и заболѣли.

Этотъ фактъ, въ связи съ вышеуказанными, съ своей стороны помогаетъ исключить интоксикацію и говорить въ пользу общеизвѣстной *самостоятельной инфекціонной формы* полиневрита, которая, подобно другимъ инфекціоннымъ заболѣваніямъ нервной системы, напр., cerebro-спинальному менингиту, tetanusу и т. п., можетъ давать маленькія *эпидеміи*, поражая одновременно нѣсколькихъ субъектовъ.

Такое указаніе одинъ изъ первыхъ сдѣлалъ *Eisenlohr* ¹⁾, которому въ теченіе зимнихъ мѣсяцевъ 1886/7 годовъ пришлось наблюдать большое число подобнаго рода заболѣваній, при обыкновенныхъ условіяхъ встрѣчающихся сравнительно рѣдко. Въ только-что упомянутой работѣ онъ приводитъ между прочимъ случай одновременнаго заболѣванія брата и сестры, жившихъ при одинаковой обстановкѣ.

Почти тожественное наблюденіе сдѣлано было и *Goldflam* ²⁾ относительно одной супружеской четы.

¹⁾ l. c.

²⁾ Zeitschr. f. klin. Medic. 14. H. 4. S. 374.

Наконецъ, въ недавнее время д-ромъ *Н. Н. Реформатскимъ* ¹⁾ описанъ случай „семейной эпидеміи множественнаго неврита“ (въ одной семьѣ сразу заболѣло 8 человекъ), а *Hammond* ²⁾ сообщаетъ объ эпидеміи полиневрита среди дѣтей 3 мѣс. — 2 лѣтнаго возраста въ Bridgeport.

Такимъ образомъ, одновременное заболѣваніе инфекціоннымъ полиневритомъ двухъ субъектовъ въ нашемъ случаѣ вовсе не представляетъ собой чего либо исключительнаго. Можно думать, что дѣйствіе инфекціоннаго токсина на организмъ обоихъ больныхъ было облегчено предшествовавшимъ сильнымъ физическимъ напряженіемъ и отчасти простудой (спанье на землѣ); именно на эти два послѣдніе момента и указываетъ въ своей извѣстной монографіи *Leyden* ³⁾, какъ на причину развитія „самостоятельной формы множественнаго неврита“.

Токсины, обуславливающіе развитіе инфекціоннаго полиневрита, нерѣдко оказываютъ, какъ извѣстно, вредное дѣйствіе и на другіе отдѣлы нервной системы—*головной и спинной мозгъ*.

Такъ было и въ нашемъ случаѣ: со стороны головного мозга въ начальномъ періодѣ бѣзны у нашего больного обнаружился бредъ съ омраченіемъ сознанія, наклонностью къ разрушительнымъ дѣйствіямъ и послѣдовательной амнезіей, а со стороны спинного мозга—затрудненіе мочеиспусканія и потеря эрекцій; тѣ и другія явленія (особенно головно-мозговые) были нестойки и вскорѣ уступили мѣсто симптомамъ неврита, наиболѣе постояннымъ и выдающимся въ картинѣ бѣзны.

Значеніе *психическихъ симптомовъ*, которые и раньше наблюдались *при невритахъ*, выдвинутое проф. *С. С. Корса-*

¹⁾ Невролог. Вѣстн. 1895, т. III, в. 1, ст. 105.

²⁾ *Medic Record*. 9 нов. 1895, р. 656; *Rev. Neurol.* 1896, р. 46.

³⁾ Воспаленіе перифер. нервовъ. Лекціи современ. клиницистовъ. М. 1889, с. 270.

ковымъ въ цѣломъ рядѣ работъ¹⁾, породило теперь довольно обширную литературу (*Tiling*²⁾, *Polk*³⁾, *Bric*⁴⁾, *Frank*⁵⁾, *Hoewel*⁶⁾, *Brasch*⁷⁾, *E. Fischer*⁸⁾, *Ross* и *Bury*⁹⁾, *Вайндрахъ*¹⁰⁾, *Дубровинъ*¹¹⁾, *Кишкинъ*¹²⁾, *Giese und Pagenstecher*¹³⁾, *Sollier*¹⁴⁾, *Colella*¹⁵⁾, *Сухановъ*¹⁶⁾, *Ferrari*¹⁷⁾).

Мнѣніе проф. С. С. Корсакова относительно существованія *особой формы* „полиневритического психоза“ не раздѣляется всѣми наблюдателями, и среди только-что перечисленныхъ авторовъ есть и защитники, и противники его ученія; надо замѣтить, что даже самъ С. С. Корсаковъ и его ученики съ теченіемъ времени нѣсколько измѣнили клиническія рамки спорной формы, такъ что ее никакъ нельзя считать установленной.

Ferrari (I. c.), авторъ послѣдней монографіи по этому вопросу, выступающій противникомъ ученія о полиневритическомъ психозѣ, резюмируя свои изслѣдованія, говоритъ, что *амнезія*, которая считается характерной для т. наз. полинев-

¹⁾ Арх. Псих. 1887, т. 18. Вѣст. Псих. 1887, т. 4, в. 2. Ежегод. Клинич. Газета. 1889 nn°5, 6, 7. Медич. Обзор. 1889, т. 31, с. 113. Arch. f. Psych. B. 21. S. 669. Zeitschr. f. Psych. Bd. 47. Проф. Корсаковъ и Сербскій. Сборн. проф. Кожевникова. М. 1890, с. 319.

²⁾ Zeitsch. f. Psych. Bd. 46, s. 233; *ibid.* Bd. 48. H. 6.

³⁾ New York medic. Record. 37. 19. 1890. Schm. Jahrb. 1890.

⁴⁾ Zeitsch. f. Psych. Bd. 48.

⁵⁾ Polyneuritis und Geistesstörung. Diss. Цитиров. у Кишкина (см. ниже).

⁶⁾ Jahrb. f. Psych. Bd. 11. H. 3, s. 333.

⁷⁾ Neurol. Centralb. 1891, s. 260.

⁸⁾ Alien. and Neurol. 1892.

⁹⁾ On peripheral neuritis. London, 1893.

¹⁰⁾ Медич. Обзор. 1889, т. 32, n°19.

¹¹⁾ Проток. Московскаго Общ. невропатол. 1890—91 г., с. 32.

¹²⁾ Вѣстн. Псих. 1893, т. 10 с. 195.

¹³⁾ Arch. f. Psych. 1893. B. 25. H. 1, s. 211.

¹⁴⁾ Rév. neurol. 1895, n° 15.

¹⁵⁾ Цитир. у *Ferrari* (см. ниже).

¹⁶⁾ Арх. Псих. т. 25, n° 3; т. 26, nn° 2, 3.

¹⁷⁾ Rev. sperim. di psichiatria. 1895. 21, p. 431. Centralb. f. Nervenh. 1895, nov-dec. S. 605.

ритического психоза, встрѣчается: 1) при алкогольномъ невритѣ; 2) при невритахъ другого происхожденія; 3) при алкоголизмѣ безъ невритовъ; 4) при наличности этиологическихъ моментовъ полиневрита вообще, хотя бы симптомы его и отсутствовали; 5) послѣ острыхъ психозовъ.

Эти выводы противника ученія о полиневритическомъ психозѣ, на нашъ взглядъ, въ сущности еще разъ подтверждаютъ основную мысль, составляющую главную заслугу многоуважаемаго проф. С. С. Корсакова и состоящую въ томъ, что психическіе симптомы при полиневритѣ — не случайное совпаденіе, а *зависятъ отъ дѣйствія на головной мозгъ того же вреднаго агента, который вызываетъ и полиневритъ*. Для установленія же „формъ“ психоза или психопатического состоянія въ зависимости отъ дѣйствія того или иного токсического вещества — необходимы еще дальнѣйшія многочисленныя наблюденія.

Въ нашемъ случаѣ, при отсутствіи болѣе или менѣе точнаго наблюденія надъ больнымъ въ начальномъ періодѣ болѣзни, конечно, трудно квалифицировать упомянутые выше психическіе симптомы: трудно даже рѣшить, не былъ ли это просто лихорадочный бредъ, но во всякомъ случаѣ рассказъ больного (со словъ другихъ) о тогдашнемъ его состояніи позволяетъ исключить *истерическій* приступъ: и клиническія особенности этого „приступа“, сопровождавшагося полной амнезіей, и то обстоятельство, что сходныя явленія наблюдались у умершаго товарища больного — все это заставляетъ насъ скорѣе признать, что здѣсь мы дѣйствительно имѣли результатъ отравленія организма токсинами, вызвавшими полиневритъ; какимъ же путемъ сказалось на головномъ мозгѣ отравленіе — путемъ ли повышенія температуры тѣла, или же путемъ непосредственнаго дѣйствія токсиновъ на нервныя элементы — вопросъ этотъ въ данномъ случаѣ представляется второстепеннымъ.

(Окончаніе слѣдуетъ).