

Симптомокомплексъ Charcot-Blocq'a.

Проф. Н. М. Попова.

(Изъ лекцій, читанныхъ студентамъ Казанскаго Университета въ 18⁹⁶/₉₇ учебномъ году).

Мм. Гц!

Вы видите передъ собою больную, которая только недавно поступила въ нервное отдѣленіе Покровской больницы. Наши свѣдѣнія о ней, особенно касающіяся прошлой жизни, пока еще очень скудны. Тѣмъ не менѣе я позволяю себѣ остановиться на ней Ваше вниманіе сегодня, такъ какъ больная представляетъ довольно любопытный комплексъ симптомовъ, въ прочности котораго я имѣю нѣкоторое основаніе сомнѣваться: около двухъ мѣсяцевъ тому назадъ она утратила способность ходить, стоять и даже сидѣть и, хотя въ состояніи больной за послѣднее время произошло замѣтное улучшеніе, такая черта рѣзко кидается въ глаза до сихъ поръ. Дѣйствительно, если мы посадимъ больную, то легко замѣтимъ, что она качается изъ стороны въ сторону, старается удерживаться руками за край постели и все-таки черезъ нѣсколько минутъ падаетъ на подушки. Будучи поставлена на ноги, больная сохраняетъ вертикальное положеніе только при помощи двухъ сидѣлокъ; если ее оставить одну, колѣни ея сейчасъ же сгибаются и она опускается на полъ; идти, даже при посторонней поддержкѣ, она можетъ съ большимъ трудомъ и крайне медленно. Всмотритесь, какимъ характеромъ отличаются при этомъ ея движенія. Въ началѣ кажлага сокра-

щенія мышцъ правой ноги замѣчается какое-то затрудненіе, которое однако потомъ сглаживается; если больную заставить повторять одни и тѣ же движенія, то подобная особенность наблюдается только при первомъ, хотя и послѣдующія продолжаютъ носить отпечатокъ неувѣренности, неточности, выполняются какъ бы толчками. Тѣ же явленія существуютъ и въ мышцахъ лѣвой ноги, только здѣсь они выражены въ еще болѣе рѣзкой степени.

Такимъ образомъ, со стороны нижнихъ конечностей можно констатировать, слѣдя за тѣмъ, какъ больная стоитъ и ходитъ, симптомы пареза и атакси, которые обнаруживаются несравненно яснѣе, если она закроетъ глаза.

Однако, если Вы заставите нашу больную лежа выполнять различныя движенія, то безъ труда убѣдитесь, что всѣ они вполнѣ возможны, что недостатокъ координаціи и плавности при этомъ условіи едва замѣтенъ и что грубая мышечная сила сохранена довольно хорошо, и только при пассивномъ сопротивленіи удастся замѣтить, что послѣдняя развивается не сразу, а нарастаетъ толчками, съ нѣкоторымъ замедленіемъ. Сама больная заявляетъ, что не знаетъ, отчего не можетъ ходить: „подкашиваются ноги, а сила есть“.

Что касается верхнихъ конечностей, то правой всѣ движенія совершаются свободно, равномѣрно; мышечная сила ея довольно значительна (сжимаетъ динамометръ на 37 дѣлений). Движенія лѣвой руки, напротивъ, отличаются неравномѣрностью, толчкообразнымъ характеромъ, производятся съ замѣтнымъ затрудненіемъ; это особенно слѣдуетъ сказать о движеніяхъ двухъ послѣднихъ пальцевъ. Грубая мышечная сила лѣвой руки по сравненію съ правой значительно ослаблена (28 дѣлений динамометра). И въ верхнихъ конечностяхъ при закрытыхъ глазахъ двигательныя разстройства выступаютъ гораздо рѣзче. Всѣ движенія туловищемъ лежа больная выполняетъ также, какъ и здоровый человѣкъ.

Если мы теперь подведемъ итогъ своимъ наблюденіямъ, то должны будемъ сказать, что наша больная въ значитель-

ной степени утратила способность сидѣть и вполне потеряла способность ходить и стоять, хотя въ то же время всѣ произвольныя движенія въ лежащемъ положеніи выполняются ею свободно и съ извѣстной силой. Спрашивается, какимъ образомъ мы должны смотрѣть на подобное несоотвѣтствіе, гдѣ слѣдуетъ искать причину, почему больная не въ состояніи удерживать тѣло въ вертикальномъ положеніи и ходить, имѣя для этого довольно мышечной силы и съ достаточной точностью координируя свои движенія?

О случаяхъ, подобныхъ тому, какой мы имѣемъ передъ собою, въ литературѣ первый упоминаетъ, какъ кажется, Jaccoud (1864), говоря о патологическихъ состояніяхъ, характеризующихся невозможностью стоять или ходить при полномъ сохраненіи всѣхъ произвольныхъ движеній въ лежащемъ положеніи. Но подробную и обстоятельную разработку этотъ симптомокомплексъ нашелъ себѣ лишь гораздо позднѣе въ трудахъ Charcot и его учениковъ. Въ 1883 г. Charcot и Richet ¹⁾ описали своеобразное разстройство въ области нижнихъ конечностей, выражавшееся потерей координаціи при попыткахъ стоять или ходить, и съ тѣхъ поръ подобные случаи такъ называемой астазіи-абазіи начали довольно часто встрѣчаться въ специальной литературѣ, такъ что уже въ 1888 г. могла появиться работа Blocq'a ²⁾, которая кромѣ довольно многочисленной казуистики содержитъ полное изложеніе взглядовъ школы Charcot на патогенезъ этого страннаго состоянія. Человѣкъ, какъ извѣстно, рождается, не умѣя ни сидѣть, ни ходить, хотя и обладаетъ необходимымъ для этого нервно-мышечнымъ аппаратомъ. Только постепенно, путемъ упражненія, онъ получаетъ способность удерживать тѣло въ равновѣсіи и передвигать его въ пространствѣ, а вмѣстѣ съ тѣмъ и различныя группы нервныхъ элементовъ, возбужденіе которыхъ влечетъ за собою желательное сокращеніе мышечныхъ

¹⁾ La medicina contemporanea. 1883. № 1.

²⁾ Archives de Neurologie. №№ 43 et 44.

группъ, взаимно вступаютъ въ болѣе и болѣе тѣсную связь. Такимъ образомъ, съ возрастомъ въ нервной системѣ чело-вѣка мало-по-малу образуются центры, служащіе для поддержа-нія тѣла въ равновѣсіи и для его передвиженія. Эти центры расположены какъ въ головномъ, такъ и въ спинномъ мозгу, причѣмъ центры послѣдняго порядка находятся въ подчиненіи головно-мозговымъ и назначены для непосредственнаго выпол-ненія двигательныхъ актовъ, тогда какъ центры головного мозга сохраняютъ образы самыхъ движеній. При астазіи-аба-зіи мы, по воззрѣніямъ школы Charcot, имѣемъ дѣло съ раз-стройствомъ только-что указаннаго центрального механизма. Но какимъ путемъ нарушается этотъ механизмъ, какія при-чины могутъ лежать въ основѣ измѣненія его функций? На подобные вопросы современная литература не даетъ намъ до сихъ поръ категорическаго отвѣта. Charcot и его послѣдова-тели въ астазіи-абазіи видятъ одно изъ безчисленно разно-образныхъ проявленій истерическаго невроза, другіе авторы принимаютъ, что она иногда развивается на нейрастенической почвѣ. Находятся, наконецъ, и такіе наблюдатели, которые пытаются смотрѣть на астазію-абазію, какъ на заболѣваніе *sui generis*.

Оставимъ поэтому пока въ сторонѣ различныя гипотезы и обратимся непосредственно къ анализу клиническаго мате-ріала.

Въ доступной для меня какъ русской, такъ и иностран-ной литературѣ я встрѣтилъ описаніе 83 случаевъ астазіи-абазіи—казуистику достаточно богатую, чтобы сдѣлать по крайней мѣрѣ нѣкоторые общіе выводы. Если мы ближе озна-комимся съ этими наблюденіями, то громадное большинство ихъ безъ труда можемъ подѣлить на три категоріи, рѣзко отличающіяся одна отъ другой. Къ первой относятся случаи чисто психическаго происхожденія, когда неспособность ходить и стоять развилась подъ вліяніемъ предвзятаго убѣж-денія въ невозможности выполнить соотвѣтствующіе двига-тельные акты. Сюда принадлежатъ напр. наблюденія Vins-

wanger'a ¹⁾, Seglas ²⁾, отчасти Ladame'a ³⁾. Здѣсь мы имѣемъ передъ собою тяжелыхъ неврастениковъ, у которыхъ образовался родъ навязчиваго представленія и неспособность къ извѣстнымъ сложнымъ движеніямъ, какъ неизбѣжный его результатъ. Такіе случаи можно поставить рядомъ съ другими совершенно аналогичными проявленіями невроза, напр. *impotentia coeundi psychica*; обособлять ихъ въ отдѣльную рубрику врядъ ли есть какія-либо основанія. Вотъ почему мы исключимъ ихъ изъ области астазіи-абазіи въ строгомъ смыслѣ этого слова. Ко второй категоріи слѣдуетъ отнести тѣ наблюденія, въ которыхъ идетъ дѣло объ органическихъ заболѣваніяхъ. Само собою понятно, что сложный нервный механизмъ, при посредствѣ котораго человѣкъ совершаетъ движенія, необходимыя для передвиженія тѣла и удержанія его въ равновѣсіи, что этотъ механизмъ можетъ быть охваченъ различными патологическими процессами, которые въ состояніи существенно нарушить его функціи. Но ясно также, что для того, чтобы создать себѣ точное понятіе о природѣ страданія въ каждомъ подобномъ случаѣ, мы должны принять во вниманіе развитіе, теченіе и въ особенности наличность другихъ его симптомовъ. Такъ въ наблюденіи Renzi ⁴⁾ у больной развилась картина астазіи-абазіи непосредственно послѣ апоплектиформнаго приступа съ послѣдующимъ парезомъ правой половины тѣла и разстройствомъ рѣчи; повидимому она находитъ объясненіе въ пораженіи головного мозга. Въ случаѣ Jasinsk'аго ⁵⁾ рѣчь идетъ также о какомъ то органическомъ процессѣ, охватившемъ головной мозгъ въ первые годы жизни ребенка. На почвѣ органическаго страданія развился, какъ можно думать, симптомокомплексъ астазіи-абазіи въ первомъ

¹⁾ Berl. klin. Wochenschrift 1890 № 20—21.

²⁾ Medecine moderne. 1891.

³⁾ Arch. de Neurologie. 1890, № 55.

⁴⁾ La Riforma medica. 1892.

⁵⁾ Gaz. lekarska. 1889.

случаѣ д-ра Cohen'a ¹⁾ и въ случаѣ профессора Ковалевскаго ²⁾. Весьма поучительно также наблюдение Кнарра ³⁾: у субъекта 68 лѣтъ отъ роду, у котораго вначалѣ было замѣчено разстройство ходьбы, обусловленное спастическими явленіями въ нижнихъ конечностяхъ, позднѣе развилась характерная картина дрожательнаго паралича.

Случаи второй категоріи очень малочисленны. Далекое нельзя сказать того же про случаи, относящіеся къ третьей категоріи, къ которой, за отдѣльными наблюденіями, недостаточно ясными, чтобы о нихъ можно было высказаться съ опредѣленностью, относится громадное большинство описанныхъ до сихъ поръ въ специальной литературѣ. Изъ 83 извѣстныхъ мнѣ наблюденій сюда принадлежатъ 69. Всѣ они имѣютъ то общее, что симптомокомплексъ астазіи-абазіи развился на ясно выраженной истерической почвѣ, наличие которой несомнѣнно доказывалась существованіемъ физическихъ и психическихъ стигматъ невроза, во всѣхъ разстройство движеній появилось одновременно съ ожесточеніемъ послѣдняго и исчезало рука объ руку съ ними. Извѣстно, что истерическій неврозъ замѣчается у лицъ обоого пола, однако у женщинъ встрѣчается чаще. Изъ 69 наблюденій, о которыхъ я упомянулъ выше, въ 41 рѣчь идетъ о женщинахъ, въ 26 о мужчинахъ (въ 2-хъ я не нашелъ указаній на полъ). Истерія, попадаясь сравнительно рѣдко въ дѣтскомъ и юношескомъ возрастѣ, особенно охотно избираетъ свои жертвы среди лицъ отъ 20 до 40 лѣтъ. Если мы распредѣлимъ интересующіе насъ случаи астазіи-абазіи по возрастамъ, то получимъ слѣдующія цифры: 10 человекъ заболѣло ранѣе достиженія ими 10 лѣтъ, 13—до 15 лѣтъ, 7—до 20 лѣтъ, 28—находились въ возрастѣ отъ 20 до 50 лѣтъ; 5—были старѣе 50 лѣтъ.

¹⁾ Contribution à l'étude de l'astasia-abasie. 1890.

²⁾ Астазія-абазія. 1892.

³⁾ The Journal of nervous and mental disease. 1891, 11.

Такимъ образомъ заболѣваніе встрѣчается какъ у дѣтей 6 лѣтъ отъ роду (наблюденіе Cohen'a), такъ и у 75 лѣтнихъ старцевъ (наблюденіе Charcot), однако наибольшій процентъ падаетъ на тотъ періодъ жизни, въ которомъ и истерія встрѣчается наичаще.

Сопоставленіе всѣхъ этихъ данныхъ невольно приводитъ къ убѣжденію, что на случаи астазіи-абазіи третьей категоріи мы должны смотрѣть, какъ на одно изъ проявленій истерическаго невроза. Но подобное проявленіе по своему характеру представляетъ и нѣкоторыя особенности. Такъ, мы знаемъ, что истерическія заболѣванія въ возрастѣ ранняго дѣтства относятся къ довольно рѣдкимъ исключеніямъ, приведенная же выше статистика даетъ намъ цифру 10, падающую на этотъ возрастъ, т. е. почти 15 процентовъ общаго количества больныхъ. Другими словами, астазія-абазія—довольно частое явленіе въ картинѣ дѣтской истеріи и такой фактъ по видимому находитъ объясненіе въ томъ, что нервный механизмъ, назначенный для выполненія сложныхъ движеній, у дѣтей еще не достаточно окрѣпъ и развился, а между тѣмъ именно у нихъ онъ долженъ работать особенно энергично; у дѣтей онъ является поэтому долгое время, какъ *locus minoris*. Подобныя соображенія находятъ себѣ поддержку и въ томъ, что астазія-абазія рѣшительно чаще наблюдается у мальчиковъ, которые по живости и рѣзвости превосходятъ обыкновенно дѣвочекъ: изъ 10 случаевъ, падающихъ на долю дѣтей, не достигшихъ 11 лѣтъ, въ 7 рѣчь идетъ о мальчикахъ. Однако и у дѣтей, какъ показываетъ клиническій опытъ, астазія-абазія подчиняется тому же закону, который былъ подмѣченъ еще Charcot по отношенію къ дѣтской истеріи вообще,—она излѣчивается сравнительно быстро и безслѣдно.

Итакъ, всѣ извѣстные въ литературѣ случаи астазіи-абазіи можно подѣлить на три категоріи, рѣзко раздѣляющіяся одна отъ другой, какъ по теченію и предсказанію, такъ и по почвѣ, на какой они развились. Спрашивается, къ

которой же изъ нихъ мы должны отнести нашу больную? Для рѣшенія этого вопроса намъ необходимо принять во вниманіе, съ одной стороны, данныя анамнеза и теченія болѣзни, а съ другой—наличность всѣхъ симптомовъ страданія.

Обратимся сначала къ анамнезу.

Наша больная, крестьянка Казанской губ., 24 лѣтъ отъ роду, замужняя, происходитъ изъ семьи, въ которой, по ея словамъ, до сихъ поръ не было случаевъ душевнаго или первнаго заболѣванія. Сама она уже 12 лѣтъ работаетъ на свѣчномъ заводѣ и долгое время пользовалась полнымъ здоровьемъ. Около года какъ у ней появились упорныя головныя боли, которыя однако не препятствовали вести обычную трудовую жизнь. Однажды, около четырехъ мѣсяцевъ тому назадъ, она, почувствовавъ жестокую боль въ головѣ, ушла съ работы домой ранѣе срока, а когда возвратился ея мужъ, то засталъ ее уже въ глубокомъ снѣ, который длился 1½ сутки и изъ котораго больную едва удалось вывести, хотя и слѣдующія затѣмъ цѣлыя семь недѣль она постоянно находилась въ какомъ то дремотномъ состояніи; всякій разъ стоило большого труда, чтобы ее разбудить и накормить. Временами однако больная и сама выходила изъ своей дремоты, начинала кричать, произносила рядъ безсвязныхъ фразъ, не узнавая при этомъ окружающихъ; иногда порывалась встать съ кровати, но сейчасъ же падала. Черезъ семь недѣль сонливость сразу исчезла, больная пришла въ полное сознаніе, заявила, что головныхъ болей не испытываетъ и вообще чувствуетъ себя во всѣхъ отношеніяхъ удовлетворительно, но сѣсть, а тѣмъ болѣе встать и ходить она не могла и при первой же попыткѣ къ тому безсильно опускалась на полъ. Въ такомъ состояніи она была доставлена въ Покровскую больницу, въ такомъ она находится и теперь, съ той лишь разницей, что уже можетъ кое-какъ удерживаться въ сидячемъ положеніи.

Тщательное изслѣдованіе больной указываетъ кромѣ астазіи-абазіи еще цѣлый рядъ другихъ симптомовъ болѣзни, какъ въ психической, такъ и въ соматической сферахъ.

Съ психической стороны вначалѣ кидались въ глаза вялость и полнѣйшее безучастіе больной; апатичная, она относилась индифферентно даже къ состоянію своего здоровья, не высказывала никакихъ жалобъ, хотя на разспросы давала самыя точныя свѣдѣнія о всей предшествовавшей жизни, о началѣ заболѣванія, безъ сопротивленія подчинялась самому утомительному изслѣдованію и т. п. Подобная картина удерживалась однако не долго. Постепенно больная стала принимать болѣе живое участіе во всемъ, происходящемъ вокругъ, охотно вступала въ бесѣду съ врачами и сосѣдями, особенно съ первыми, которыхъ видимо старалась заинтересовать своимъ положеніемъ.

Всесторонній анализъ двигательной сферы, кромѣ писанныхъ уже особенностей, указалъ еще на разстройства

Фиг. I.

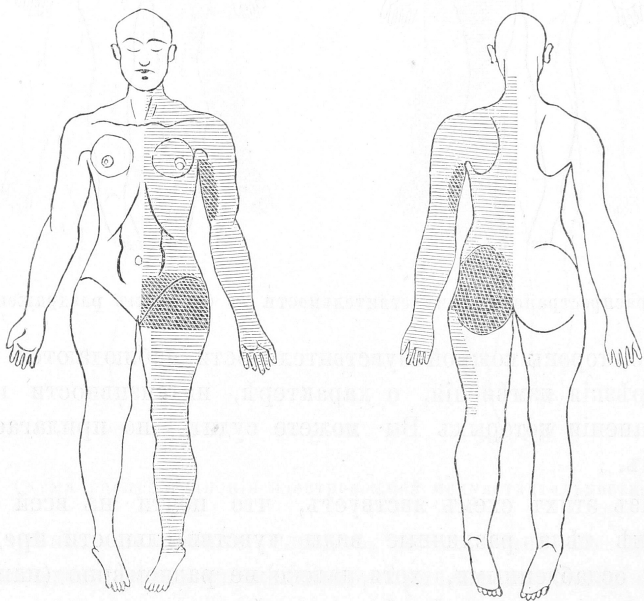


Схема распространенія нечувствительности къ прикосновенію. рефлекторной дѣятельности. Оба колѣнные рефлекса представляются ясно повышенными, особенно правый; на лѣвой

верхней конечности рефлексъ *m. tricipitis* едва замѣтенъ, на правой онъ ясно повышенъ; рефлексъ *m. bicipitis brachii* на обѣихъ сторонахъ выраженъ весьма слабо.

Фиг. II.

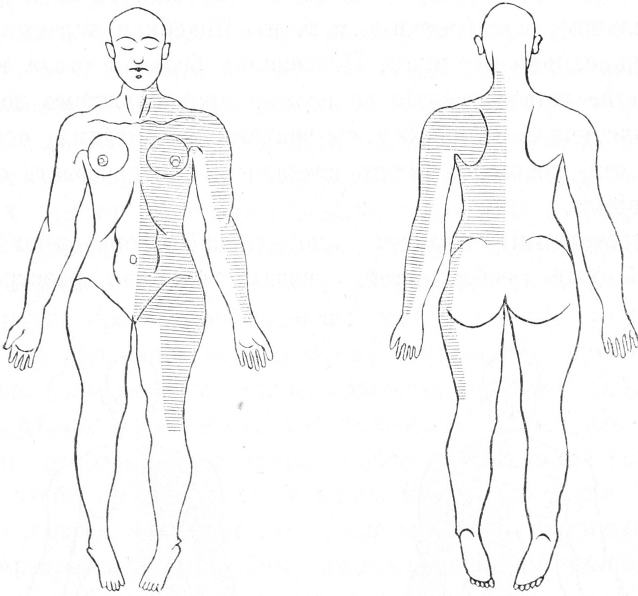


Схема распространения нечувствительности къ болевымъ раздраженіямъ.

Со стороны кожной чувствительности наблюдаются также очень рѣзкія измѣненія, о характерѣ, интензивности и распространеніи которыхъ Вы можете судить по прилагаемымъ схемамъ.

Изъ этихъ схемъ явствуетъ, что почти на всей лѣвой половинѣ тѣла различные виды чувствительности представляются ослабленными, хотя далеко не равномерно (наиболѣе густо заштрихованы тѣ области, гдѣ чувствительность совершенно уничтожена). Вы видите также, что нѣкоторые виды чувствительности пострадали на различныхъ участкахъ и пра-

вой половины тѣла (напр. чувство тепла, холода, давленія), но что всюду границы анестезированныхъ областей очерчены рѣзкими прямыми линиями. Такое распространеніе по сегментамъ, когда нарушаются основные законы анатоміи, когда измѣненіе чувствительности охватываетъ отдѣлы тѣла, обособленные лишь въ общежитейскомъ, а не въ научномъ смыслѣ, такое распространеніе, какъ Вы уже знаете, характерно для истерического невроза. За истерію у нашей больной говорить сверхъ того и результаты периметрическаго изслѣдованія

Фиг. III,

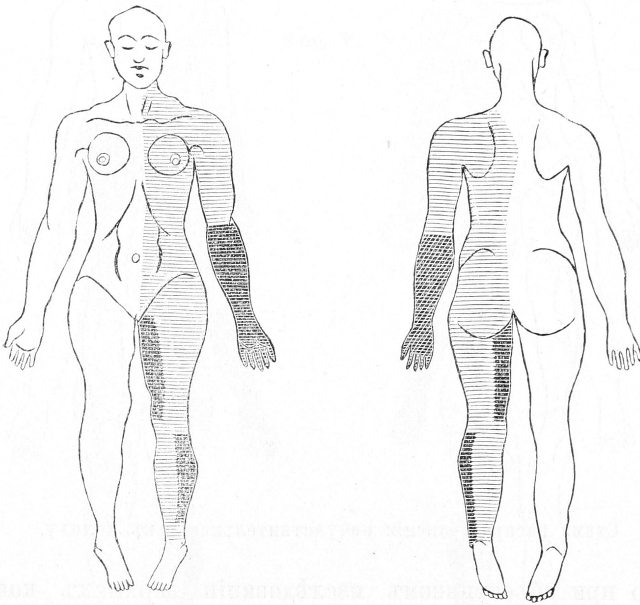


Схема распространенія электрокожной нечувствительности.

поля зрѣнія: въ обоихъ глазахъ, но особенно въ правомъ, оно оказалось рѣзко суженнымъ, причемъ наиболѣе ограниченными представлялись правыя половины. Получить понятіе о степени этого суженія на различные цвѣта удобнѣе всего можете по прилагаемымъ схемамъ.

Если я добавлю, что у больной замѣчается, правда слабо выраженный, язвико-личной спазмъ на правой сторонѣ и полное отсутствіе глоточнаго рефлекса, то Вы получите весьма достаточно данныхъ съ положительностью утверждать, что наша больная несомнѣнно страдаетъ истеріей.

Фиг. IV.

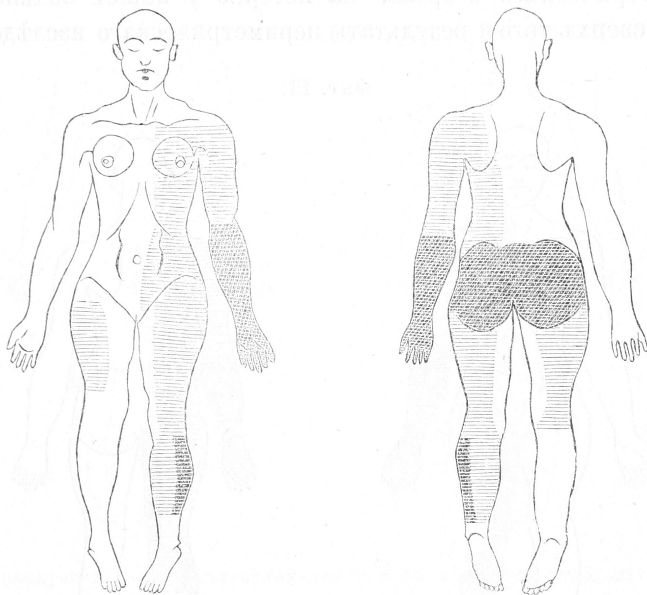


Схема распространенія нечувствительности къ холоду.

Но при объективномъ изслѣдованіи верхнихъ конечностей Вы можете констатировать еще одно явленіе, на которомъ я долженъ нѣсколько далѣе остановить Ваше вниманіе.

Кисть лѣвой руки больной въ спокойномъ состояніи удерживаетъ весьма своеобразное положеніе: третій, четвертый и пятый пальцы довольно рѣзко разогнуты и взаимно приведены. Сравнивая далѣе лѣвую руку съ правой, легко подмѣтить, что *thenar* и *hypothenar* первой значительно поху-

дали. Подобную разницу въ объемѣ мышечныхъ массъ можно показать и по всей длинѣ конечности; такъ, окружность лѣваго предплечья на высотѣ 16 сантим. отъ нижняго конца локтевой кости равняется 19 сент., праваго—21,5; окружность лѣваго плеча на разстояніи 14 сантим. отъ локтя едва достигаетъ 20 сантим., тогда какъ на правомъ она нѣсколько превышаетъ 22. Осмотръ плечевого пояса показываетъ также, что уголь лѣвой лопатки стоитъ выше, чѣмъ правой, а ея внутренній край значительно отстаетъ отъ грудной кѣтки; выпуклость, которую образуетъ лѣвая дельтовидная мышца нѣсколько плосче, чѣмъ соответствующая на правой сторонѣ.

Фиг. V.

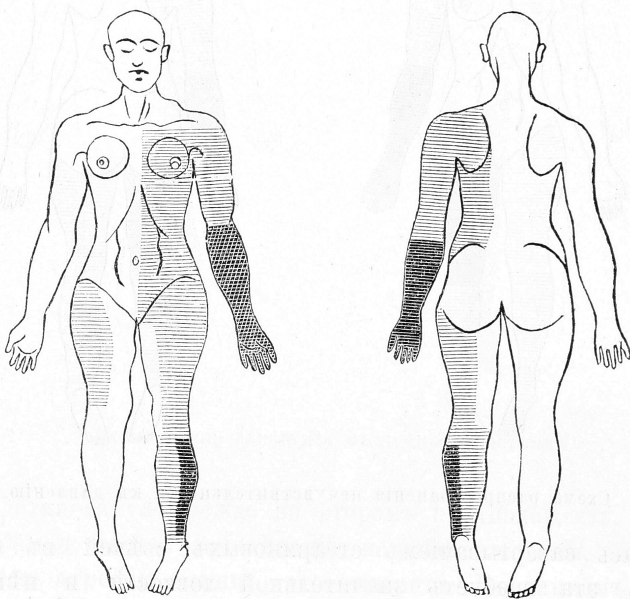


Схема распространенія нечувствительности къ теплу.

Итакъ, въ области мышцъ лѣвой верхней конечности существуютъ безспорныя явленія атрофіи. Является вопросъ, какого характера эта атрофія, какого она происхожденія? Неодно-

кратное изслѣдованіе нервовъ и мышцъ на постоянный и прерывистый токи показало, что качественно ихъ возбудимость не нарушена и можно развѣ подмѣтить только ослабленіе послѣдней, да и то въ очень незначительной степени. Что касается времени развитія атрофіи, то больная не была въ состояніи сообщить объ этомъ никакихъ свѣдѣній; одно она могла заявить: до болѣзни, работая на фабрикѣ, она за-

Фиг. VI.

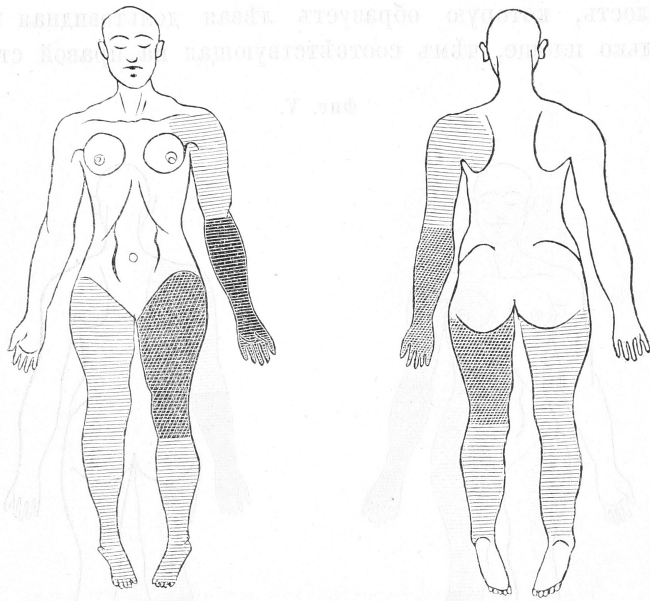


Схема распространенія нечувствительности къ давленію.

нималась завертываніемъ стеариновыхъ свѣчей въ бумагу, работа эта требуетъ значительной ловкости и нѣкоторой силы, причемъ необходимо энергичное содѣйствіе также лѣвой руки и тѣмъ не менѣе больная исполняла свою задачу весьма быстро и ловко. При той атрофіи, которую мы констатируемъ теперь, врядъ ли больная справлялась бы успѣшно съ своимъ дѣломъ. Такимъ образомъ есть основаніе

думать, что атрофическія измѣненія развились въ теченіе болѣзни. Нельзя ли поэтому и на нихъ смотрѣть, какъ на одно изъ проявленій основного страданія—истеріи; или быть можетъ они—случайное осложненіе клинической картины, вызванное какимъ-либо параллельно протекающимъ страданіемъ?

Фиг. VII.

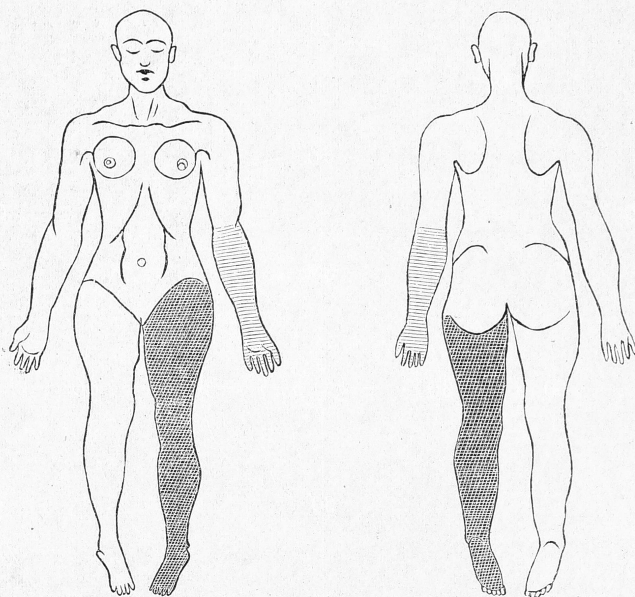


Схема распространенія мышечной анестезіи.

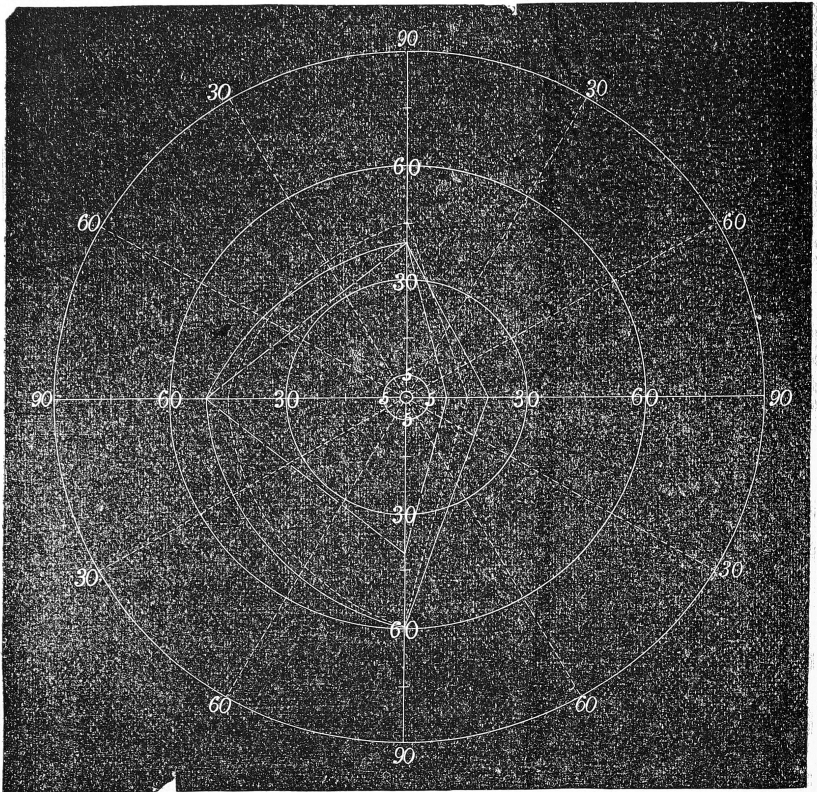
Остановимся прежде на второмъ предположеніи.

Самое частое заболѣваніе нервной системы, влекущее за собою атрофію мышцъ, это—невритъ. Въ данномъ случаѣ однако его допустить нельзя. Противъ неврита рѣзко говорили бы и отсутствіе реакціи перерожденія, и нечувствительность мышцъ и нервныхъ стволовъ къ давленію, и особенности, представляемыя характеромъ распространенія разстройствъ чувствительности на лѣвой рукѣ. Гораздо больше сходства

картина атрофіи у нашей больной имѣетъ съ той, какую мы часто встрѣчаемъ при пораженіяхъ сочлененій. И тамъ и здѣсь изслѣдованіе на оба тока указываетъ развѣ на пони-

Фиг. VIII.

Поле зрѣнія праваго глаза.



Бѣлый цвѣтъ.

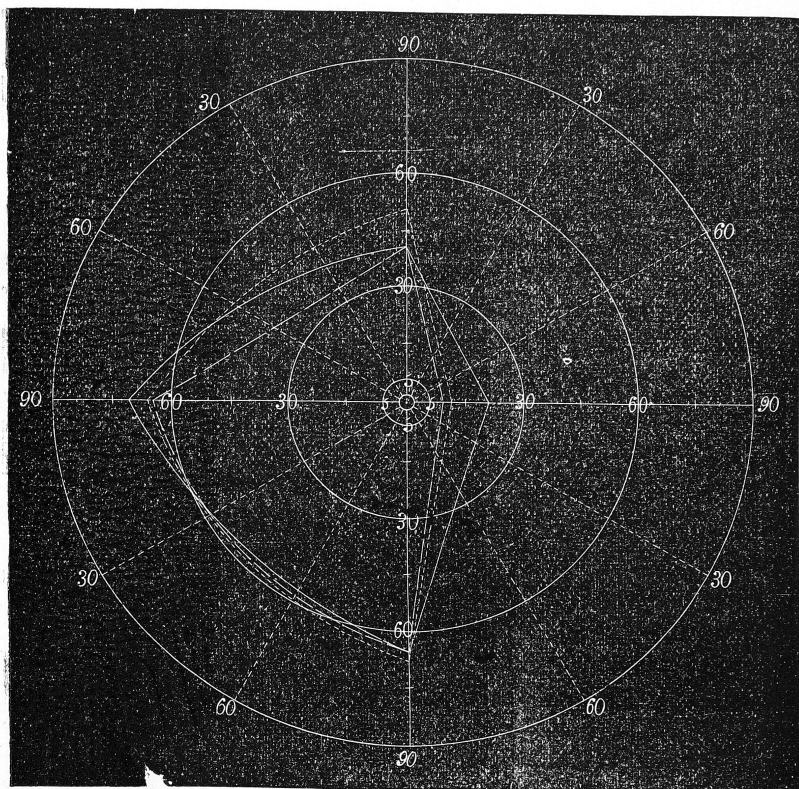
Красный цвѣтъ.

Зеленый цвѣтъ.

женную возбудимость, и тамъ и здѣсь явленія паралича идутъ вслѣдъ за атрофіей, въ обоихъ случаяхъ картина атрофіи развивается весьма быстро; какъ въ нашемъ случаѣ, такъ

и при страданіи сочлененій, мышцы и нервы безболѣзненны, разстройства чувствительности не распространяются равномерно съ поражениемъ первыхъ. Правда, при внимательномъ

Фиг. IX.
Поле зрѣнія лѣваго глаза.



- Бѣлый цвѣтъ.
- Красный цвѣтъ.
- - - - - Зеленый цвѣтъ.

изученіи можно указать и весьма важное различіе: атрофіи, обзанныя своимъ возникновеніемъ артропатіямъ, какъ общее правило, сопровождаются повышеніемъ сухожильныхъ рефлек-

совъ, тогда какъ у нашей больной послѣдніе, напротивъ, понижены. Однако такое различіе само по себѣ не имѣетъ еще рѣшающаго значенія. Докторъ Корниловъ въ своемъ обстоятельномъ трудѣ объ артропатическихъ атрофіяхъ ¹⁾ приводитъ два собственныхъ наблюденія, гдѣ рефлексы точно также были понижены (см. наблюденія XXXVI и LVIII). Несравненно большей важностью обладаетъ другая клиническая черта—полное отсутствіе какихъ-либо указаній у нашей больной на бывшій или настоящій процессъ въ сочлененіяхъ. Этотъ фактъ вмѣстѣ съ наличностью стигматъ истеріи даетъ вѣскія основанія утверждать, что на атрофію мышцъ здѣсь слѣдуетъ смотрѣть, какъ на одинъ изъ симптомовъ невроза.

Но тутъ я долженъ хотя вкратцѣ коснуться вопроса о такъ называемыхъ истерическихъ амиотрофіяхъ. Я долженъ поступить такъ прежде всего уже потому, что трофическія разстройства, присущія истеріи, до сихъ поръ извѣстны весьма мало, а истерическія атрофіи мышцъ въ частности представляютъ далеко не обыденное явленіе.

Впервые существованіе истерическихъ амиотрофій съ достаточной опредѣленностью было указано школою Salpêtrière. О нихъ говорилъ неоднократно въ своихъ лекціяхъ покойный Charcot. Одинъ изъ его учениковъ, Бабенскій, въ 1886 г. посвятилъ этимъ амиотрофіямъ отдѣльную работу ²⁾, гдѣ, собравши достаточное количество наблюденій, старается установить ихъ клиническія особенности. По Бабенскому истерическія атрофіи мышцъ характеризуются: во первыхъ, тѣмъ, что онѣ достигаютъ значительнаго развитія, во вторыхъ, фибриллярныхъ подергиваній при нихъ не наблюдается, въ третьихъ, идиомышечная возбудимость остается повидимому нормальной, въ четвертыхъ, онѣ не сопровождаются реакціей перерожденія и возбудимость атрофированныхъ мышцъ на электрической токъ только ослаблена пропорціонально степени атрофіи и,

¹⁾ Мышечныя похуденія при страданіяхъ суставовъ. Москва. 1895 г.

²⁾ Archives de Neurologie, № 34 и 35.

въ пятыхъ, онѣ могутъ развиваться съ замѣчательной быстротой. Болѣе позднія наблюденія надъ истерическими амиотрофіями, въ общемъ подтверждая выводы Бабенскаго, не замедлили и пополнить ихъ нѣсколькими существенными подробностями. Такъ Gilles de la Tourette и Dutil¹⁾ констатировали, что истерическія амиотрофіи могутъ иногда захватывать область свободную отъ параличей или контрактуръ, но что вообще онѣ чаще локализируются на той сторонѣ, гдѣ стигматы истеріи выражены наиболѣе рѣзко, особенно же расстройства чувствительности. Эти авторы показали далѣе, что въ мышцахъ, пораженныхъ атрофіей, возможно появленіе фибриллярныхъ сокращеній и реакціи перерожденія. Souques въ своемъ обстоятельномъ трудѣ „Études des syndromes hystériques simulateurs“ (1891) подкрѣпилъ справедливость этихъ заключеній новыми многочисленными фактами, которые не только доказываютъ существованіе амиотрофій чисто истерическаго характера, но и убѣждаютъ, что онѣ могутъ обладать всеми свойствами спинномозговыхъ. Онъ различаетъ поэтому два вида истерическихъ мышечныхъ атрофій: типъ миопатическій—безъ реакціи перерожденія, и миелопатическій, гдѣ наблюденіе открываетъ какъ реакцію перерожденія, такъ и фибриллярныя сокращенія. Въ своихъ наблюденіяхъ Souques отмѣчаетъ также, что мышечныя атрофіи и расстройства чувствительности занимаютъ приблизительно одну и ту же область.

Я не буду приводить болѣе современную литературу вопроса, такъ какъ по существу она не прибавляетъ почти ничего новаго, позволю себѣ остановиться только на гипотезахъ, какія высказывались различными авторами относительно патогенеза истерическихъ атрофій. Прежніе наблюдатели, которые были далеки отъ мысли, что истерическій неврозъ можетъ проявляться также и трофическими расстройствами,

¹⁾ Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie. Nouvelle Iconographie. 1889.

нерѣдко высказывали предположеніе, что амиотрофія здѣсь явленіе случайное, вызываемое чаще всего травмой; подкрѣпленіе своей мысли они видѣли въ томъ фактѣ, что похуданіе наблюдается обыкновенно въ мышцахъ, захваченныхъ параличемъ или контрактурой. Болѣе тщательный анализъ однако скоро выяснилъ всю неосновательность такого взгляда. Не говоря уже о томъ, что описаны случаи, гдѣ атрофическій процессъ разыгрывался въ мышцахъ, двигательныя функціи которыхъ оставались неизмѣненными, извѣстны наблюденія, гдѣ истерическія амиотрофіи развивались быстро и такъ сказать на глазахъ врачей и гдѣ всякое предположеніе о какомъ-либо травматическомъ моментѣ можно было исключить съ положительностью. Вотъ почему необходимо искать иного объясненія, но до сихъ поръ авторы не пришли еще въ этомъ отношеніи къ сколько-нибудь опредѣленному выводу. Gilles de la Tourette ¹⁾, одинъ изъ выдающихся учениковъ Charcot, допускаетъ, что при развитіи истерическихъ амиотрофій не лишены значенія вазомоторныя разстройства, которыя особенно часто совпадаютъ съ ними. Souques въ названной выше работѣ также касается патогенеза истерическихъ амиотрофій. Онъ напоминаетъ извѣстные опыты Raymond'a съ перерѣзкой заднихъ корешковъ и экспериментально вызваннымъ воспаленіемъ суставовъ, указываетъ, что этотъ авторъ, несмотря на отсутствіе измѣненій въ спинномъ мозгу, имѣлъ полное право объяснять полученныя имъ амиотрофіи нарушеніемъ трофическихъ функцій спинного мозга, и думаетъ, что аналогичное же объясненіе слѣдуетъ дать амиотрофіямъ истерическаго происхожденія, по крайней мѣрѣ той категоріи ихъ, которая не сопровождается реакціей перерожденія. Что касается случаевъ съ реакціей перерожденія, то для нихъ Souques склоненъ допустить наличность органическаго пораженія периферическихъ нервовъ.

¹⁾ Traité de l'hystérie. 1895.

Вполнѣ присоединяясь къ взглядамъ Souques'a на зависимость интересующихъ насъ аміотрофій отъ измѣненія трофическихъ функцій спинного мозга, я полагаю, что мы имѣемъ теперь возможность создать себѣ болѣе опредѣленное представление объ условіяхъ, какія вызываютъ при истеріи нарушение этихъ функцій.

Въ послѣдніе годы среди невропатологовъ болѣе и болѣе начинаетъ укореняться убѣжденіе, что раздраженія, постоянно получаемыя нервными клѣтками съ периферіи, необходимы не только для выполненія клѣтками назначенной имъ роли, но и для самаго ихъ существованія. Marinesco уже нѣсколько лѣтъ тому назадъ путемъ точно изслѣдованныхъ фактовъ показалъ, что при перерѣзкѣ периферическихъ нервовъ въ соотвѣтствующихъ группахъ нервныхъ клѣтокъ спинного мозга развиваются весьма быстро патологическія измѣненія. Mott и Sherrington, перерѣзая у обезьянъ всѣ задніе спинномозговые корешки, идущіе отъ конечностей, получили полную потерю произвольныхъ движеній на оперированной сторонѣ, хотя при раздраженіи двигательныхъ центровъ коры всѣ движенія вызывались настолько отчетливо, что наблюдатели не могли уловить никакой разницы между здоровыми и больными конечностями. Опираясь на эти наблюденія и сопоставляя съ ними клиническіе факты, van Gehuchten,¹⁾ въ одной изъ своихъ недавнихъ работъ высказываетъ мысль, что нервныя клѣтки могутъ выполнять свои функціи лишь при одномъ условіи—если онѣ стимулируются раздраженіями, идущими къ нимъ черезъ задніе корешки. Развивая тотъ же взглядъ въ рѣчи на послѣднемъ международномъ съѣздѣ въ Москвѣ, этотъ авторъ формулировалъ положеніе, что нервныя клѣточные элементы гибнутъ безъ соотвѣтствующихъ внѣшнихъ импульсовъ, что отсутствіе послѣднихъ нарушаетъ прежде всего питаніе тѣхъ клѣтокъ, неразрывной частью которыхъ являются чувствительныя волокна, а что затѣмъ гибнутъ и

¹⁾ Le mecanisme des mouvements reflexes. Journal de Neurologie 1897.

кѣтки другихъ нейроновъ, находящихся въ тѣсной связи съ первыми; такимъ путемъ падаютъ и уничтожаются двигательныя, трофическія и иныя функціи центральной нервной системы. Безъ раздраженія нѣтъ жизни—вотъ основная мысль van Gehuchten'a.

Съ этой же точки зрѣнія, мнѣ кажется, можно смотрѣть и на развитіе мышечныхъ атрофій у истеричныхъ. У нашей больной атрофическія явленія замѣчаются именно въ той области, гдѣ особенно рѣзко выражены разстройства со стороны чувствительности. Мнѣ не часто приходилось встрѣчать истерическія амиотрофіи, но въ тѣхъ случаяхъ, которые я теперь могу припомнить, имѣлось подобное же совпаденіе. Авторы, обращавшіе вниманіе на состояніе кожной чувствительности при истеріи, также довольно единогласно указываютъ, что амиотрофіи чаще можно видѣть на сторонѣ, пораженной анестезіей (напомню для примѣра приведенныя выше изслѣдованія Gilles de la Tourette'a, Dulil'я, Souques'a). Въ наблюденіяхъ, гдѣ подобное сочетаніе клиническихъ явленій не было отмѣчено прямо, настоятельно указывается, что атрофическій процессъ поражалъ какъ разъ тѣ мышцы, которыя представлялись парализованными или находились въ состояніи контрактуры, а такъ какъ параличи и контрактуры при истеріи почти всегда сопровождаются нарушеніемъ кожной чувствительности, то отсюда слѣдуетъ, что разстройства чувствительности — симптомъ, клинически тѣсно связанный съ амиотрофіей. И эта связь намъ будетъ вполне понятной, если мы вспомнимъ приведенные выше взгляды на важность периферическихъ раздраженій для дѣятельности нервной кѣтки. По отношенію къ истеричнымъ воззрѣніямъ van Gehuchten'a пріобрѣтаютъ тѣмъ большее значеніе, что центральная нервная система ихъ и безъ того находится въ состояніи крайне неустойчиваго равновѣсія.

Но анализъ истерическихъ амиотрофій заставилъ меня отвлечься отъ предмета нашей бесѣды. Извиняясь за сдѣланное мною, быть можетъ, слишкомъ утомительное отступленіе,

я обращусь снова къ нашей больной. Впрочемъ, относительно нея мнѣ придется теперь добавить лишь очень немного. Дѣйствительно, если мы пришли къ выводу, что больная страдаетъ истеріей, что на симптомокомплексъ астазии-абазии въ данномъ случаѣ слѣдуетъ смотрѣть, какъ на одно изъ проявленій истерическаго невроза, то этотъ выводъ точно указываетъ намъ и на терапевтическія мѣры, какія здѣсь слѣдуетъ примѣнить, и на характеръ предсказанія. Нашей больной назначены roborantia, массажъ и мѣстная фарадизація. Прогнозъ мы должны поставить, не смотря повидимому на тяжелую картину, сравнительно благопріятный, даже по отношенію къ амиотрофіи. Говорю такъ потому, что атрофія не сопровождается реакціей перерожденія, другими словами, она не обусловлена глубокими расстройствами питанія нервной системы¹⁾.

Какъ изученіе спеціальной литературы, такъ и разборъ больной, которую Вы только-что видѣли, привели насъ къ заключенію, что астазія-абазія не есть самостоятельное заболѣваніе и что обычно она возникаетъ на почвѣ истеріи.

Нагляднымъ подтвержденіемъ этого вывода является другой случай астазии-абазии, находящейся нынѣ въ завѣдуемомъ мною отдѣленіи.

¹⁾ Больная послѣ демонстраціи оставалась въ нервномъ отдѣленіи Покровской Больницы еще около 6 мѣсяцевъ. Въ теченіе этого времени ея состояніе значительно улучшилось. Черезъ мѣсяць она могла уже свободно сидѣть, сама вставала съ постели и даже короткое время стояла, покачиваясь однако при этомъ и ставя ноги въ очень неловкое положеніе; атактический характеръ движеній по прежнему выступалъ съ наибольшей ясностью на лѣвой сторонѣ и сила лѣвой руки оставалась ослабленной, но атрофическія явленія нѣсколько сгладились и измѣреніе не показывало прежней разницы между правой и лѣвой верхними конечностями; уменьшилась и область пониженія кожной чувствительности.

Еще черезъ два мѣсяца больная уже ходила сравнительно свободно; движенія ея приобрѣли болѣе нормальный характеръ; чувствительность почти не показывала отклоненій отъ нормы; мышечная сила рукъ была одинакова, но атрофія еще ясно кидалась въ глаза. Исслѣдованіе, произведенное передъ выходомъ больной, показало, что походка ея нѣсколько неувѣренна, хотя мало отличается отъ обычной; амиотрофіи почти не замѣтно; расстройство чувствительности, служенія поля зрѣнія и пониженія глоточнаго рефлекса нельзя было констатировать.

Вы видите передъ собою крѣпкаго, съ виду вполне здороваго молодого субъекта, 20 лѣтъ отъ роду. Лежа онъ легко выполняетъ всевозможныя движенія, обнаруживая при этомъ вполне сохраненную мышечную силу; въ его двигательныхъ актахъ не замѣчается даже той неувѣренности, некоординированности, которыя мы могли отмѣтить у первой больной. Но если Вы подымите его и посадите на постель, то сейчасъ же Вамъ кинется въ глаза возникающее при этомъ рѣзкое дрожаніе, которое до такой степени охватываетъ всю мускулатуру больного, что онъ едва сидитъ, да и то удерживаясь за край кровати. Попробуйте теперь поднять его и поставить на ноги. Тоже бурное дрожаніе, но въ еще болѣе сильной степени и выраженное по преимуществу въ ногахъ, принудитъ его немедленно упасть, если онъ во время не получитъ вѣшной поддержки. Само собою понятно, что онъ не можетъ пройти даже двухъ шаговъ. Итакъ, у нашего больного полная неспособность ходить, стоять и даже сидѣть при хорошо развитой мышечной силѣ и при безусловной возможности выполнять всѣ требуемыя движенія лежа.

Другими словами, передъ нами новый случай астазіи-абазіи.

Попробуемъ всмотрѣться въ него нѣсколько внимательнѣе и выяснить, какими еще другими симптомами выражается здѣсь болѣзненное состояніе. Прежде всего намъ приходится отмѣтить своеобразное разстройство движеній глазныхъ яблокъ. Если приказать больному взглянуть на какой-либо предметъ, то его глазныя яблоки дѣлаютъ сразу слишкомъ обширныя движенія въ требуемомъ направленіи, затѣмъ возвращаются назадъ, снова движутся къ желаемому объекту, снова переходятъ границу, но уже не столь рѣзко, опять возвращаются и т. д., пока послѣ нѣсколькихъ маятникообразныхъ толчковъ не фиксируютъ данный предметъ, на которомъ и останавливаются неподвижно. Повторяя изслѣдованія сколько угодно,

мы всегда получаемъ одинаковые результаты. Наблюдая далѣе всѣ произвольныя движенія, мы можемъ убѣдиться, что они всегда сопровождаются мелкимъ дрожаніемъ, которое однако на столько незначительно, что не нарушаетъ основного характера двигательныхъ актовъ, а при бѣгломъ взглядѣ даже вообще просматривается. Сухожильные и кожные рефлексy замѣтно повышены. Всѣ виды кожной чувствительности, но особенно болевая, усилены какъ на нижней половинѣ туловища, такъ и на нижнихъ конечностяхъ.

Вотъ и все, что намъ открываетъ объективное изслѣдованіе.

Обратимся теперь къ даннымъ анамнеза.

Больной сообщаетъ, что до 29 іюля этого года онъ пользовался полнымъ здоровьемъ. 29-го іюля его сильно избили, причемъ онъ былъ также очень испуганъ. Немедленно послѣ побоевъ онъ чувствовалъ во всемъ тѣлѣ боль; болѣла очень голова, такъ что ему пришлось пролежать два дня. Потомъ онъ всталъ и началъ работать, хотя еще ощущалъ какое-то недомоганіе и жаловался на боль въ головѣ. Черезъ три дня послѣ побоевъ больной замѣтилъ, что глаза его „начали бѣгать“ и что подъ нимъ подкашиваются ноги. Съ этими симптомами онъ явился 15-го сентября въ Покровскую Больницу. Здѣсь при изслѣдованіи были замѣчены описанное выше нарушеніе движенія глазъ, мелкій треморъ, возникавшій при каждомъ двигательномъ актѣ, своеобразная, какъ бы паретическая походка и гиперѣстезія наружныхъ покрововъ. Черезъ недѣлю послѣ поступленія въ Больницу двигательныя разстройства быстро приняли тотъ характеръ, какой мы видимъ теперь и больной лишился возможности сидѣть и стоять; голосъ его сталъ монотоннымъ, рѣчь какъ бы скандированной. Постоянно онъ испытываетъ головныя боли, жалуется на свое печальное положеніе, легко плачетъ и волнуется при видѣ врача, обращаясь къ нему съ просьбой о помощи. Самое внимательное изслѣдованіе не открыло никакихъ слѣдовъ перенесенныхъ побоевъ; внутренніе органы также оказались вполне нормальными.

Такова въ общихъ чертахъ клиническая картина, съ которой мы встрѣчаемся въ настоящемъ случаѣ. Принимая во вниманіе ея особенности, способъ и послѣдовательность ея развитія, а равно характеръ этиологическихъ моментовъ, не трудно заключить, что передъ нами мужская истерія и что поэтому симптомокомплексъ астазіи-абазіи, какъ и въ предшествовавшемъ наблюденіи, является лишь однимъ изъ ея выраженій. Дѣйствительно, истерическій неврозъ у мужчинъ чаще всего возникаетъ подъ вліяніемъ травмы, соединенной съ сильнымъ душевнымъ волненіемъ; страданіе у нихъ обыкновенно развивается сразу и, отличаясь сравнительной малочисленностью симптомовъ, въ тоже время обнаруживаетъ наклонность къ затяжному теченію. По отношенію къ нашему больному однако предсказаніе повидимому довольно благоприятно. Въ пользу такого мнѣнія говорятъ по крайней мѣрѣ возрастъ больного и легкая податливость его настроенія внѣшнему воздѣйствію ¹⁾.

Мм. Гг.! Почти вся наша сегодняшняя бесѣда была посвящена анализу клинической картины, которая извѣстна подъ именемъ астазіи-абазіи. Это названіе дали ей Charcot и Blocq—первые, кто болѣе обстоятельно занялись ея изученіемъ—и оно сохраняется до послѣдняго времени. Однако терминъ „астазія-абазія“, какъ ясно вытекаетъ изъ всего сказаннаго выше, имѣетъ крупныя неудобства. Пользуясь имъ, мы не только вводимъ безъ нужды новое слово и въ безъ того слишкомъ богатый медицинскій лексиконъ, оно не только не вполне выражаетъ особенности состоянія больного, но и

¹⁾ Дальнѣйшее наблюденіе показало, что въ состояніи больного довольно быстро наступило замѣтное улучшеніе. Прежде всего начало слабѣть разстройство движеній глазныхъ яблокъ, затѣмъ уменьшилось дрожаніе мышцъ, наступавшее при попыткахъ сидѣть и стоять. Черезъ двѣ недѣли больной уже довольно свободно сидѣлъ, а въ двадцатыхъ числахъ октября могъ сдѣлать нѣсколько шаговъ безъ посторонней помощи. Одновременно съ этимъ самочувствіе его улучшилось, исчезли разстройства кожной чувствительности, и 13-го ноября онъ выписался съ едва замѣтными признаками перенесенной болѣзни—нѣсколько шаткой походкой и слегка замедленной рѣчью. Лѣченіе состояло въ гальванизации позвоночника; внутрь были назначаемы бромистые препараты и мышьякъ.

доставляетъ прямой поводъ къ недоразумѣніямъ, давая основаніе предполагать, что дѣло идетъ о какой-то особой болѣзни *sui generis*. Вотъ почему удобнѣе всего было бы, по моему мнѣнію, замѣнить его выраженіемъ „симптомокомплексъ Charcot-Blocq'a“: этимъ съ одной стороны мы ясно указали бы, что понимаемъ подъ нимъ не самостоятельную клиническую единицу, а съ другой—воздали бы должное и заслугамъ только-что названныхъ авторовъ.

Изъ анатомо-физиологической лабораторіи проф. В. М. Бехтерева.

Теоретическія и практическія соображенія по поводу изслѣдованія черепномозгового кровообращенія посредствомъ измѣренія кровяного давленія въ двухъ концахъ сонной артеріи.

Д-ра **В. К. Телятника.**

Изъ всѣхъ способовъ изслѣдованія черепномозгового кровообращенія, которыхъ я здѣсь перечислять не стану ¹⁾, наилучшій есть тотъ, при которомъ о состояніи черепномозгового кровообращенія судятъ по давленію крови въ двухъ концахъ сонной артеріи. *Hürthle* первый производилъ наблюденія по этому способу ²⁾, а потому и самый способъ часто называютъ способомъ *Hürthle*. Однако, какъ это говоритъ и самъ *Hürthle*,

¹⁾ Вполнѣ достаточное изложеніе ихъ приведено въ диссертациі д-ра Боринпольскаго: «Объ измѣненіяхъ черепно-мозгового кровообращенія въ теченіи падучихъ приступовъ». Сиб. 1896.

²⁾ Beiträge zur Hämodynamik. Untersuchungen über die Innervation der Hirngefäße. Archiv für die gesammte Physiologie, Bd. 44.