

Изъ нервнаго отдѣленія проф. Н. М. Попова въ Казанской Губернской Земской Больницѣ.

Типичный случай сифилитическаго поражения спиннаго мозга.

Д-ра А. Янишевскаго.

Нѣтъ ни одного яда, ни одной инфекціи, которые производили бы такія разнообразныя измѣненія въ организмѣ, какъ сифились. Ни одинъ органъ не гарантированъ отъ этого страшнаго бича современнаго человѣчества. Тѣмъ болѣе сифились не щадитъ центральной нервной системы, которая, благодаря современнымъ условіямъ жизни, является *locus minoris resistentiae*. Поражая этотъ органъ, онъ производитъ чрезвычайно пеструю картину какъ въ патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ, такъ и въ клиническомъ проявленіи и теченіи, въ зависимости отъ разнообразія характера процесса, весьма различной локализациі, быстроты или медленности развитія. Вотъ это-то разнообразіе проявленія сифилиса и привлекаетъ вниманіе изслѣдователей по своему теоретическому интересу. Но, помимо этого, и для практическаго врача сифились представляетъ громаднѣйшій интересъ, такъ какъ, во первыхъ, онъ является наиболѣе частой причиной заболѣванія нервной системы, а во вторыхъ, обладая въ данномъ случаѣ могущественнымъ специфическимъ средствомъ, врачъ весьма часто можетъ принести существенную пользу больному, для чего необходимо умѣть во время распознать специфичность процесса. Все это породило такую обширную литературу какъ

казуистическихъ сообщеній, такъ и обстоятельныхъ монографій, какъ, вѣроятно, ни по одному другому отдѣлу нервной патологіи. Однако, не смотря на всю массу изслѣдованій, познанимившихъ съ весьма важными данными патологической анатоміи и клинической картины сифилиса мозга вообще и спинного въ частности, въ этомъ отношеніи остается еще много пробѣловъ въ нашихъ знаніяхъ. Это относится особенно къ клиникѣ. Разобраться въ клиническихъ формахъ, привести ихъ въ строгую систему еще не удалось, и въ настоящее время существуютъ только попытки выдѣлить и обособить, какъ нозологическія единицы, отдѣльныя клиническія формы. Такъ, въ настоящее время извѣстна описанная Charcot и Erb'омъ форма—*paralysis spinalis syphilitica*. Но и эта форма, если и нашла защитниковъ въ лицѣ Marie, Ковалевскаго, Мухина, то въ лицѣ другихъ (Oppenheim, Lamu, Brissaud, Орловскій) встрѣтила противниковъ. Последніе изслѣдователи не признаютъ ее за самостоятельную форму, а считаютъ одной изъ стадій менингомѣлита. Однако, если мы въ настоящее время и не имѣемъ удовлетворительной классификаціи сифилитическихъ заболѣваній, то, благодаря изслѣдованіямъ Charcot, Lamu, Marie, Oppenheim'a, Erlenmayer'a, Siemerling'a и весьма многихъ другихъ, имѣемъ въ рукахъ опредѣленные признаки, которые во многихъ случаяхъ позволяютъ разбраться въ клинической картинѣ болѣзни и отыскать специфическую природу заболѣванія.

Въ настоящее время я могу представить случай сифилиса спинного мозга, гдѣ диагностика специфичности процесса была поставлена весьма легко, благодаря признакамъ, указаннымъ приведенными выше авторами.

Случай этотъ наблюдался мной при руководствѣ профессора Н. М. Попова въ больницѣ Казанскаго губернскаго земства.

Больной М., по профессіи плотникъ, 35 лѣтъ, 29 декабря 1897 года доставленъ въ больницу съ жалобами на параличъ нижнихъ конечностей. 10 лѣтъ назадъ у него на членѣ была какая-то язва, осложнившаяся нагноеніемъ правой паховой железы. Вслѣдъ за тѣмъ сыпей на тѣлѣ, по сло-

вамъ больного, не было, кромѣ какихъ-то язвочекъ на мошонкѣ, бывшихъ за годъ до заболѣванія. Вообще же до этого больной пользовался цвѣтущимъ здоровьемъ. Съ октября 1897 года сталъ чувствовать въ спинѣ боль ломящаго характера, которая какъ бы сжимала грудную клетку. Эти ощущенія не имѣли опредѣленной локализаци и рѣзко обострились по ночамъ. Около этого же времени появились упорные запоры, задержка въ мочеиспусканіи, и исчезла *egestio penis*; въ ногахъ больной сталъ чувствовать похолоданіе, ползаніе мурашекъ, сжиманіе въ икрахъ и слабость. Сначала слабость была одинакова въ той и другой ногѣ, но недѣли за двѣ до поступленія въ больницу эта слабость перешла въ полный параличъ правой ноги и парезъ лѣвой.

При изслѣдованіи больной представлялся въ слѣдующемъ видѣ. Ростъ выше средняго; весьма хорошее тѣлосложеніе съ прекрасно развитой мускулатурой. Кожа нормальной окраски; въ правомъ паху рубецъ. Лимфатическія железы на шеѣ, локтевомъ сгибѣ и паху увеличены, тверды и неболезненны. Въ легкихъ замѣтно эмфизематозное вздутіе; со стороны сердца нѣтъ никакихъ измѣненій. Позвоночникъ при постукиваніи болѣзненъ въ нижнегрудной части. Черепные нервы уклоненій отъ нормы не представляютъ. Зрачки одинаковой величины, безъ міоза, реагируютъ на свѣтъ и конвергенцію. Верхнія конечности также вполнѣ нормальны. Въ нижнихъ конечностяхъ оказалась полная невозможность со стороны больного произвести какія-бы ни было движенія *правой ногой*; въ лѣвой ногѣ были движенія, но ограниченныя по силѣ и по объему. При пассивныхъ движеніяхъ замѣчалась ригидность мышцъ, болѣе рѣзко выраженная въ правой ногѣ. Рефлексы съ сухожилия *m. quadriceps* и *m. gastrocnem.* сильно повышены; на лѣвой ногѣ клонусъ стопы и чашечки, на правой этотъ клонусъ чрезвычайно рѣзокъ и продолжителенъ. Чувствительность притуплена въ формѣ параанестезіи, при чемъ большее притупленіе было на периферіи—ступняхъ и голеняхъ; на туловищѣ ослабленіе чувствительности переходило въ поясъ гиперестезіи на лѣвой сторонѣ въ седьмомъ межреберномъ промежуткѣ, на правой—въ шестомъ. Сравнивая ту и другую половину тѣла, можно было подмѣтить слѣдующія особенности. Болевое, термическое и, главнымъ образомъ, тактильное чувство болѣе понижено на *лѣвой ноге* (сторонѣ, противоположной параличу). Чувство пассивныхъ движеній рѣзко ослаблено на той и другой ногѣ: подниманіе даже всей конечности не ощущалось больнымъ. Чувство активныхъ движеній (понятно, въ менѣе парализованной ногѣ) также весьма ослаблено: больной не въ состояніи правильно поставить пятку лѣвой ноги на колено правой, на пальцы правой, не могъ обвести круга и проч. По отношенію болевой и тактильной чувствительности можно было замѣтить ослабленіе ихъ на ягодицахъ, мошонкѣ и *penis*'ѣ; но точнѣе опредѣлить границы распространенія этой анестезіи не удалось, такъ какъ вскорѣ она выравнилась. Со стороны мочевого пузыря больной жаловался на временную задержку мочеиспусканія, которая вызывала переполненіе пузыря, а затѣмъ, когда это переполненіе достигало значительной степени, больной начиналъ чувствовать сильнѣйшій позывъ на мочеиспусканіе. Со стороны прямой кишки упорные запоры; кромѣ

того временами больной чувствовал парестезии в заднемь проходѣ, выразившіяся въ сильномь «напираниі на низь», какъ выразался больной. При дефекаціи это напирание усиливалось, тогда какъ сфинктеръ оставался сильно сжатымъ, и для преодоленія его больной пускалъ въ ходъ свои пальцы. Кромѣ всего этого больной жаловался на ночные поты, которые, сопровождаея краснотой, захватывали только верхнюю часть тѣла.

Въ данномъ случаѣ былъ признанъ сифилитическій процессъ и назначены вырскиванія *hydrarg. salicyl.* и іодистые препараты въ восходящихъ дозахъ внутрь.

- 30 Декабря. Въ правой ногѣ появились ясно выраженные движенія. Больной съ большой радостью заявилъ, что эти движенія появились вдругъ послѣ ряда подергиваній въ ногѣ.
- 2 Января. Движенія правой ноги продолжаютъ увеличиваться. Клонусъ правой стопы. Рефлексы на лѣвой выражены слабѣе.
- 4 — — По ночамъ у больного появляется *erectio penis*. Сухожильные рефлексы рѣзко повышены. Сильный клонусъ стопы и чашечки на той и друдой ногѣ.
- 6 — — Поты по прежнему. Дефекація и мочеиспусканіе лучше. Движенія въ ногахъ обширнѣе. Сухожильные рефлексы на лѣвой ногѣ меньше. На правой ногѣ слабый клонусъ стопы.
- 7 — — Жалуются на сильный поносъ. Отхожденія каловыхъ массъ не чувствуютъ.
- 14 — — Небольшое затрудненіе при мочеиспусканіи.
- 17 — — Уколы при подкожномъ вырскиваніи ртути въ ягодицы чувствуютъ лучше.
- 20 — — Больной жалуется на сильное затрудненіе при мочеиспусканіи. Рѣзкое повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ и ригидности въ мышцахъ.
- 24 — — Больной въ состояніи при помощи костылей пройтись по комнатѣ. При этомъ въ правой ногѣ замѣчается спастически-паралитическая походка, въ лѣвой—атактическая.
- 2 Февраля. Жалуются на сильные запоры. Затрудненіе въ мочеиспусканіи меньше.
- 9 — — Жалуются на боль въ колѣнахъ, главнымъ образомъ въ лѣвомъ. Ходить хуже. Ломота въ спинѣ.
- 14 — — Боли меньше. Самочувствіе лучше.
- 19 — — Чувствуетъ себя хорошо. Ходить прямѣе, атаксія въ лѣвой ногѣ выражена меньше.
- 21 — — Выписался изъ больницы.

Какія мы имѣли основанія признать здѣсь сифилитическое заболѣваніе? Несомнѣнно анамнестическія указанія на сифилисъ имѣютъ громаднѣйшее значеніе при постановкѣ діагноза, хотя Savard указываетъ, что не всякій мѣлитъ си-

филитика долженъ быть сифилитическимъ; то же самое говорить въ своемъ руководствѣ и Gowers. Въ анамнезѣ нашего больного показанія довольно сбивчивы: 10 лѣтъ назадъ была язва на членѣ, а между тѣмъ при излѣдованіи больного докторомъ И. Е. Дамперовымъ у него оказалась *adenopathia universalis*, которая если и указывала на *lues*, то на весьма недавній. Но далѣе, при объективномъ изслѣдованіи мы нашли полный параличъ правой ноги и большее притупленіе чувствительности на лѣвой, т. е. перекрестный параличъ Brown-Séguard'a. Такое явленіе, какъ извѣстно, можетъ зависѣть только отъ половиннаго пораженія спинного мозга. Подобное пораженіе могла бы вызвать опухоль, растущая съ боку. Но для опухоли слишкомъ малъ срокъ развитія всего синдрома, какъ у нашего больного. Кромѣ того въ нашемъ случаѣ помимо фокуснаго пораженія, вызвавшаго параличъ, существуютъ указанія на разлитое пораженіе. Больной указывалъ на парѣстезіи въ заднемъ проходѣ, на чувство напиранія на низъ, на сильное сжатіе сфинктера ані и растройство мочеиспусканія, выражавшееся во временномъ затрудненіи, очевидно, вслѣдствіе спазма сфинктера пузыря. Кромѣ того объективно можно было констатировать ослабленіе чувствительности на ягодицахъ, мошонкѣ и *penis*'ѣ.

Всѣ эти симптомы описаны весьма многими авторами (Бехтеревъ, Raymond, Брегманъ и др.) при пораженіи *caudae equinae*. Допустивши здѣсь такое пораженіе, вѣрнѣе всего его объяснить заболѣваніемъ оболочекъ мозга, которыя, утолстившись, могли сдавливать и раздражать корешки. На корешковый характеръ указывали и боли въ спинѣ, безъ опредѣленной локализациі, опоясывающія грудную клѣтку обострившіяся по ночамъ. Эти ночныя боли описалъ Charcot подъ названіемъ *gachialgia nocturna* при менингитахъ. Такимъ образомъ можно было допускать здѣсь весьма разлитой процессъ. Можно думать, что здѣсь поражена *menings*, начиная отъ *caudae equinae* до уровня 4—6 грудного позвонка, гдѣ къ менингиту присоединился міѣлитъ, занявшій больше правую половину мозга.

Такое одностороннее поражение весьма характерно для сифилиса. По поводу подобных поражений Marie говоритъ, что на нихъ нельзя смотрѣть, какъ на клинической курьезъ: они, наоборотъ, являются типомъ сифилитическихъ поражений, обладающихъ тенденціей къ асимметрической локализаци. Конечно, допуская специфичность процесса, можно было бы допустить здѣсь гумму, но, во первыхъ, гумма вызвала бы болѣе чистую картину паралича Brown-Sequard'a, а во вторыхъ, ограниченныя гуммы спинного мозга чрезвычайно рѣдки. Такъ, Hanot-Meunier, описавшіе весьма интересный случай двойной гуммы, могли привести изъ всей литературы только 8 случаевъ гуммъ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни можно было указать также на характерныя особенности. Именно, на другой же день поступления въ больницу у больного правая нога, бывшая накануне абсолютно безъ всякихъ движеній, вдругъ стала двигаться. Далѣе можно было подмѣтить рѣзкія колебанія въ ту и другую сторону въ разстройствѣ чувствительности, тазовыхъ органовъ, но главнымъ образомъ въ сухожильныхъ рефлексахъ. Временами повышеніе рефлексовъ доходило до своего апогея: легкій ударъ молоточкомъ по сухожилию *m. quadriceps* вызывалъ дрожаніе всей конечности, въ другихъ же случаяхъ можно было говорить только о повышеніи рефлексовъ, не будучи въ состояніи вызвать клонуса стопы или чашечки.

Эта быстрая перемѣна симптомовъ описана весьма многими авторами, какъ патогномичная для сифилиса, хотя причина такой перемѣнчивости остается загадочной. Oppenheim объясняетъ эти явленія способностью сифилитической ткани по временамъ приходить въ состояніе набуханія и затѣмъ снова спадаться. Орловскій считаетъ ихъ за результатъ разстройства кровообращенія, влекущаго то ишемію, то гиперемію соотвѣтствующихъ центровъ. Быстрое появленіе движенія въ парализованной ногѣ у нашего больного можно объяснить тѣмъ, что, вѣроятно, подъ вліяніемъ предшествовавшего леченія іодистымъ калиемъ у больного болѣзненный процессъ

пошелъ на убыль и тѣмъ освободилъ двигательные проводники изъ головного мозга отъ сдавленія. Но эти проводники, вѣроятно, находились нѣкоторое время подъ вліяніемъ шока. Шокъ—исчезъ, и появились движенія.

Такимъ образомъ асиметричность пораженія, обширность его, множественность симптомовъ, рѣзкія колебанія ихъ въ ту и другую сторону указываютъ на типичность нашего случая. Успѣхъ же специфическаго леченія подтвердилъ, что мы не ошиблись въ своемъ діагнозѣ.

Я хотѣлъ бы указать еще на нѣкоторыя явленія, замѣченныя у нашего больного и имѣющія больше теоретической интересъ.

Мы констатировали у больного Броунсекаровскій параличъ. При немъ, какъ обыкновенно принимаютъ, бываетъ параличъ движенія на пораженной сторонѣ и расстройство всѣхъ видовъ чувствительности (кромѣ мышечнаго чувства)—на другой. Мышечное же чувство считаютъ пораженнымъ на сторонѣ паралича. У нашего больного замѣчалось слѣдующее любопытное явленіе. Когда онъ сталъ ходить съ помощью костылей, то оказалось, что болѣе парализованная нога лучше выполняла желаніе больного. Она была слаба, спастически напряжена, но за то сравнительно правильно выносилась впередъ, тогда какъ лѣвая нога, несмотря на болѣе обширныя движенія, мало слушалась больного, описывала при ходьбѣ полукругъ, выбрасывалась въ стороны, словомъ обнаруживала рѣзкіе признаки атаксіи. При лежаніи положеніи больной также выполнялъ ею движенія хуже, чѣмъ правой. Такое явленіе здѣсь указываетъ, что мышечное чувство было поражено также на сторонѣ, противоположной параличу, если мы, вмѣстѣ съ Brissaud, за мышечное чувство будемъ признавать чувство активныхъ движеній.

Вторая особенность, замѣченная у нашего больного, заключалась въ обильныхъ ночныхъ потахъ, занимавшихъ верхнія части тѣла. Однажды вечеромъ, излѣдую больного, я самъ удивился обильному поту, выступившему на лицѣ, рукахъ и

верхней части туловища и смочившему всю подушку больного, тогда какъ на ногахъ, которыя я въ то время излѣдовалъ, я не нашель ничего подобнаго. Тогда я не придалъ этому большого значенія. Но затѣмъ больной постоянно указывалъ, что эти поты занимали всегда только лицо, руки и верхнюю часть туловища, при чемъ потѣвшая часть рѣзко отдѣлялась отъ непотѣвшей. Такъ какъ самому мнѣ не пришлось уже больше наблюдать этого, то больному предложено было очертить границу пота анилиновымъ карандашемъ. Оказалось, что эта граница проходила какъ разъ по поясу гиперестезіи. Чтобы ближе познакомиться съ этимъ явленіемъ больному былъ выпиcнута пилокарпинъ. Доза $\frac{1}{12}$ gr. не подѣйствовала, $\frac{1}{6}$ gr. вызвала легкую испарину, правда нѣсколько бѣольшую въ верхнихъ частяхъ; когда же была выпиcнута $\frac{1}{4}$ gr., то больной вспотѣлъ сильно, но испарина занимала все тѣло. Весьма возможно, что если бы пилокарпинъ и могъ намъ обнаружить что-либо, то, очевидно, послѣдній опытъ былъ запоздалымъ, такъ какъ больной указывалъ потому, что эти локализованные поты у него пропали, и если онъ потѣлъ, то потѣлъ весь.

На такіе мѣстные поты при заболѣваніи спинного мозга указываетъ въ своемъ учебникѣ Gowers. При сифилисѣ мозга нѣкоторые авторы также дѣлаютъ указанія на гиперсекрецію; такъ, Buttersack наблюдалъ въ одномъ случаѣ polyuria. Въ нашемъ случаѣ уровень пораженія мозга нужно было искать между 4 и 6 груднымъ позвонкомъ. Весьма возможно, что здѣсь временами сифилитическая ткань производила раздраженія сосудодвигательныхъ и потоотдѣлительныхъ нервовъ верхнихъ частей тѣла, а это сказывалось гипереміей и гипергидрозисомъ соотвѣтствующихъ областей. Затѣмъ, когда сифилитическая ткань подъ вліяніемъ леченія уменьшилась, то и исчезъ источникъ раздраженія этихъ нервовъ.

Литература.

- Marie. De la syphilis médullaire (principalement au point de vue clinique).
La semaine médicale, 1893, p. 34.
- Lamy. De la méningo-myélite syphilitique. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 1893.
- V. Hanot et Henri Meunier. Gomme syphilitique double de la moelle épinière, ayant déterminé un syndrom de Brown-Sequard bilatéral avec dissociation syringomyelique. Nouvelle iconographie. 1896, № 2.
- Gowers. Руководство къ болѣзнямъ нервной системы, т. I, переводъ со 2-го изданія д-ра Орѣчкина.
- Oppenheim. Руководство по нервнымъ болѣзнямъ, перев. д-ра Говсева.
- Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses. Salpêtrière, 1893—1894.
- Орловскій. Сифилисъ спинного мозга. Монографія. Москва, 1897 годъ.
- Бехтеревъ. Пораженіе корешковъ caudae equinae влѣдствіе проростанія нижней части позвоночнаго столба злокачественнымъ новообразованиемъ. Неврологическій Вѣстникъ, 1893 г., вып. III.
- Бреганъ. Къ вопросу о заболѣваніи corpus medullaris и крестцовой части спинного мозга. Неврологическій Вѣстникъ 1897, вып. 4.
- Raymond. Leçons sur les maladies du système nerveux. 1894—1895, p. 269.