

# Syringomyelia et pachymeningitis spinalis hypertrophica.

Проф. Н. М. Попова.

(Изъ лекцій, читанныхъ студентамъ Казанскаго Университета).

*Мм. Гл!*

Одна изъ моихъ недавнихъ лекцій была посвящена Морвановой болѣзни и я, пользуясь случаемъ, имѣлъ тогда возможность познакомить Васъ въ основныхъ чертахъ съ современнымъ ученіемъ о сирингоміэліи и объ ея отношеніи какъ къ симптомокомплексу, описанному Morvan'омъ, такъ и къ проказѣ. Сегодня я имѣю въ виду представить Вамъ больного <sup>1)</sup>, изслѣдованіе котораго позволитъ мнѣ существенно пополнить свое изложеніе.

Вы видите передъ собою крѣпко сложеннаго, довольно исхудалаго субъекта, 42—43 лѣтъ отъ роду. Не смотря на его общую худобу, уже бѣглаго взгляда достаточно, чтобы замѣтить, что особенно похудѣвшими представляются верхнія конечности, и болѣе внимательный осмотръ всецѣло подтверждаетъ такое впечатлѣніе.

Въ самомъ дѣлѣ, на лѣвой рукѣ thenar и hypothenar чрезвычайно уплощены, spatia interossea выражены крайне

---

<sup>1)</sup> Описываемый ниже больной былъ демонстрированъ въ засѣданіи общества невропатологовъ въ Казани.

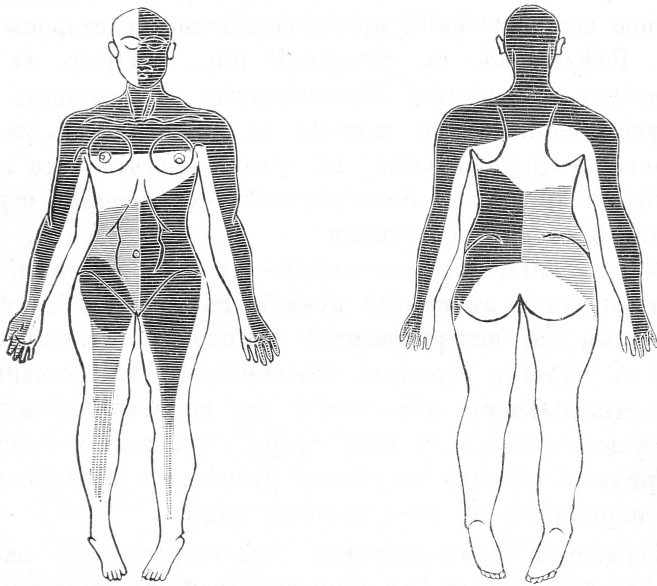
рѣзко; мышцы предплечья и плеча также несомнѣнно атрофированы, особенно разгибатели, вслѣдствіе чего самая кисть находится постоянно въ нѣсколько согнутомъ положеніи, изъ котораго больной не въ состояніи ее вывести; онъ не можетъ кромѣ того вполнѣ разгибать руку въ локтевомъ сочлененіи и отводить ее отъ туловища. Такимъ образомъ всѣ произвольныя движенія въ конечности очень ограничены, но всѣ они возможны, даже въ пальцахъ. Грубая мышечная сила ничтожна. При пассивныхъ движеніяхъ замѣчается довольно значительное сопротивленіе, преимущественно со стороны сгибателей. Рефлексовъ съ сухожилій *mm. tricipitis et bicipitis* получить не удастся. Механическая возбудимость мышцъ ясно увеличена, самыя мышцы на ощупь очень тверды, а всматриваясь пристальнѣе, не трудно видѣть, что въ нихъ происходятъ постоянно беспорядочныя сокращенія, ограничивающіяся отдѣльными пучками.

Всѣ явленія, которыя только-что были описаны, можно констатировать и въ правой рукѣ, но въ болѣе слабой степени. Однако ими не исчерпываются симптомы страданія, замѣчаемые въ области верхнихъ конечностей. Изслѣдованіе кожной чувствительности убѣждаетъ, что не менѣе рѣзкія измѣненія существуютъ и въ этой сферѣ, захватывая совершенно симметричныя области на обѣихъ рукахъ, но распространяясь далеко неравномѣрно на отдѣльные виды.

Болевая и температурная чувствительность оказалась очень ослабленной (почти уничтоженной) на кистяхъ, предплечьяхъ и плечахъ всюду, кромѣ внутренней поверхности (см. фиг. I); въ области плечевого пояса, шеи и головы сзади она вполнѣ отсутствуетъ, спереди сохранена только въ правой половинѣ лица. Тактильная чувствительность на всей указанной территоріи, наоборотъ, совершенно сохранена, но замѣтно ослаблена по внутренней сторонѣ обѣихъ рукъ, начиная съ концевыхъ фалангъ и до подмышечной впадины (см. фиг. II).

Такова картина, съ которой мы встрѣчаемся у нашего больного. Вамъ она уже хорошо знакома. Дѣйствительно, ея основныя черты—мышечная атрофія и диссоцірованное пораженіе кожной чувствительности, пораженіе, область котораго вдобавокъ очерчена столь характерно—все это невольно приводитъ къ убѣжденію, что передъ нами случай синрингоміэліи. Этотъ діагнозъ находитъ себѣ поддержку и въ данныхъ, полу-

Фиг. I.



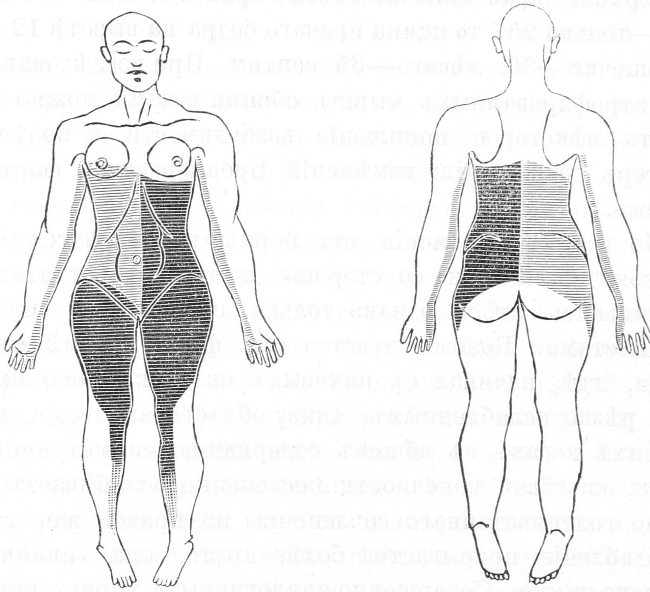
Область потери болевого и температурнаго чувства.

чаемыхъ при осмотрѣ спины: позвоночникъ въ шейной области и въ верхней части грудного отдѣла представляетъ замѣтное искривленіе въ правую сторону; длинныя спинныя мышцы, особенно лѣвая, обнаруживаютъ столь же ясныя признаки атрофіи, какъ и мускулы верхнихъ конечностей.

Болѣе обстоятельное изученіе всей клинической картины однако легко убѣждаетъ, что діагнозомъ синрингоміэліи мы здѣсь не можемъ ограничиться.

Обратите вниманіе на походку больного. Онъ ходитъ неуверенно, пошатываясь, спотыкаясь, съ видимымъ затрудненіемъ выполняя сгибательныя и разгибательныя движенія, которыя производятъ впечатлѣніе какъ бы связанныхъ; сверхъ того онъ замѣтно привлекаетъ лѣвую ногу и старается какъ можно менѣе опираться на нее. Лежа больной совершаетъ всѣ движенія ногами и туловищемъ медленно и раз-

Фиг. II.



Область потери тактильнаго чувства.

живая при этомъ крайне незначительную силу; если онъ пожелаетъ сѣсть, то достигаетъ этого лишь съ помощью рукъ, да и то съ большимъ трудомъ; трудно ему также перебраться сидячее положеніе на стоячее. Стоитъ онъ замѣтно пошатываясь; при закрываніи глазъ пошатываніе рѣзко усиливается; ходить съ закрытыми глазами почти не въ состояніи. Изслѣдованіе пассивныхъ движеній въ области нижнихъ конечностей указываетъ на увеличенный тонусъ мышцъ, которыя и

при ощупываніи представляются весьма твердыми, напряженными, такъ что ихъ контуры довольно явственно выдаются черезъ наружные покровы. Сухожильные рефлексy, особенно въ лѣвой ногѣ, очень повышены; на обѣихъ сторонахъ легко удается вызвать клонусъ чашечки и стопы (на лѣвой—болѣе рѣзкій и продолжительный). Внимательный наружный осмотръ обѣихъ ногъ позволяетъ замѣтить также разницу между ними и въ объемѣ, особенно ниже колѣна; на уровнѣ 18 сантим. ниже верхняго края чашечки объемъ правой голени—27 сантим., лѣвой—только 25; толщина праваго бедра на высотѣ 12 сантим. отъ чашечки—36, лѣваго—35 сантим. При изслѣдованіи наиболѣе атрофированныхъ мышць обоими токами можно констатировать нѣкоторое пониженіе возбудимости и болѣе вялый характеръ сокращенія; измѣненій Бреннеровской формулы не оказалось.

Но грубыя уклоненія отъ нормы наблюдаются въ нижнихъ конечностяхъ и со стороны кожной чувствительности, ограничиваясь здѣсь однако только передней и внутренней поверхностями. Болевое чувство (см. фиг. I) измѣнено лишь спереди, гдѣ, начиная съ паховыхъ складокъ, оно представляется рѣзко ослабленнымъ; книзу область аналгезіи, занимая на обѣихъ ногахъ въ общемъ совершенно симметричныя территории, на лѣвой конечности постепенно ослабѣваетъ и доходитъ до голеностопнаго сочлененія, на правой же, гдѣ рѣзкое ослабленіе прерывается болѣе круто, она заканчивается нѣсколько выше. Совершенно аналогичнымъ характеромъ отличаются и нарушенія термическаго чувства. Что касается чувства прикосновенія (фиг. II), то его ослабленіе, наоборотъ, болѣе замѣтное на правой ногѣ, захватываетъ какъ переднюю, такъ и въ особенности внутреннюю поверхность; спереди область анестезіи, также расположенная симметрично на обѣихъ сторонахъ, едва спускается до колѣна, внутри же, идя болѣе широкой полосой на лѣво, достигаетъ стопы.

Какъ ясно показываютъ прилагаемыя схемы, область ослабленія кожной чувствительности на ногахъ сверху непо-

средственно переходить въ такую же на туловищѣ, гдѣ анестезія, распространяясь одновременно и параллельно на всѣ виды чувствительности, широкимъ неправильнымъ поясомъ охватываетъ грудь и животъ, будучи особенно рѣзко выражена на лѣвой сторонѣ.

Существенной важностью для правильной постановки диагноза обладаютъ въ нашемъ случаѣ и данныя анамнеза.

Больной рассказываетъ, что настоящее страданіе началось лѣтъ 5 тому назадъ сильными болями въ лѣвомъ боку; эти боли, лишенные строго опредѣленной локализаци, имѣли постоянный характеръ, но замѣтно ожесточались по ночамъ и къ вечеру. Постепенно усиливаясь, черезъ нѣкоторое время онѣ распространились и по всей нижней конечности, гдѣ продолжали сохранять тѣ же особенности, т. е. отсутствіе точной локализаци и вечернія обостренія. Вскорѣ къ нимъ присоединились припадки судорогъ въ мышцахъ ноги и затѣмъ развилось сначала незначительное, а потомъ болѣе и болѣе рѣзкое ослабленіе грубой мышечной силы. Мѣсяца черезъ 2—3 точно такія же явленія и въ той же послѣдовательности больной замѣтилъ въ правой рукѣ, потомъ въ правой ногѣ и, наконецъ, въ лѣвой рукѣ. Кроме того, одно время, именно въ первые періоды страданія, больного крайне беспокоили головныя боли, сосредоточивавшіяся въ области затылка, а недавно появились боли по всей длинѣ позвоночника, усиливающіяся при движеніи. Какъ преходящее явленіе, больной называетъ также непродолжительное затрудненіе мочеиспусканія, которое имѣло мѣсто нѣсколько лѣтъ тому назадъ (пришлось прибѣгать даже къ катетеризаци). Упорные запоры не оставляютъ его за все время болѣзни. Сифилисомъ больной не страдалъ, никогда не злоупотреблялъ спиртными напитками, но ему неоднократно приходилось сильно ушибать спину и подвергаться жестокой простудѣ.

Добавлю ко всему сказанному, что теперь больной уже около мѣсяца находится подъ моимъ наблюденіемъ и за это время у него прибавился еще одинъ симптомъ: на пальцахъ

рукъ иногда появляются безъ видимой внѣшней причины пузыри, наполненные прозрачною жидкостью (какъ бы отъ ожога); эти пузыри, равно какъ и образовавшіяся послѣ ихъ разрыва ссадины, отличаются совершенной безболѣзненностью, такъ что сплошь и рядомъ просматриваются самимъ больнымъ.

Вотъ, Мм. Гг., вкратцѣ довольно сложная клиническая картина, съ какой пришлось намъ встрѣтиться. Изъ описанія ея Вы видите, что діагнозомъ сирингоміэліи она далеко не исчерпывается, такъ какъ, съ одной стороны, остается еще цѣлый рядъ явленій, не укладывающихся въ рамки этого страданія, а съ другой—все теченіе и способъ развитія болѣзни носятъ совсѣмъ иной характеръ.

Постараемся же разобраться въ полученныхъ нами данныхъ и остановимся прежде всего на анамнезѣ.

Нашъ пациентъ заявляетъ, что страданіе началось болями, которыя не прекращаются и по настоящее время. Эти боли весьма своеобразны: „какъ будто горячей воды нальютъ подъ кожу“,—жалуется больной. Далѣе онъ указываетъ намъ и на другія особенности ихъ: боли не покидаютъ его ни на минуту, почему становятся невыносимыми даже тогда, когда онѣ сравнительно слабы; боли ясно усиливаются къ вечеру и всегда отличаются неопредѣленной локализацией: „болитъ вся конечность, болитъ весь бокъ; указать рукой, гдѣ боль всего сильнѣе, я не могу“,—говоритъ несчастный. Но эти именно свойства болей мы всегда встрѣчаемъ при корешковомъ происхожденіи послѣднихъ. Такимъ образомъ, уже изъ однихъ словъ больного можно заключить, что какой-то процессъ вызываетъ явленія раздраженія въ области заднихъ корешковъ спинного мозга. Съ другой стороны больной указываетъ, что временами его конечности сводитъ, а объективное изслѣдованіе, какъ мы видѣли выше, открываетъ спастическое состояніе мускулатуры и повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ. Все это ясно говоритъ намъ, что такое же раздраженіе можно допустить и относительно переднихъ корешковъ. Но этого мало. Кромѣ

симптомовъ раздраженія видное мѣсто въ клинической картинѣ занимаютъ симптомы угнетенія, выпаденія — парезы, ослабленія всѣхъ видовъ кожной чувствительности, мышечныя атрофіи. Отсюда слѣдуетъ, что патологическій процессъ уже повлекъ за собою разрушеніе извѣстной части нервныхъ элементовъ. Если я, наконецъ, напомню Вамъ, что у нашего больного замѣчались вначалѣ головныя боли, а болѣзненность позвоночника, увеличивающаяся при движеніяхъ и при давленіи, остается и понинѣ, то врядъ ли Вы долго будете колебаться въ предположеніи, что нашъ больной страдаетъ воспаленіемъ твердой оболочки спинного мозга—*pachymeningitis spinalis hypertrophica*.

Въ самомъ дѣлѣ, каковы основныя симптомы этого страданія, съ классической ясностью описанныя покойнымъ Charcot?

*Pachymeningitis spinalis hypertrophica* развивается подъ вліяніемъ весьма различныхъ этиологическихъ моментовъ, между которыми видную роль играетъ продолжительное дѣйствіе влажнаго холода. Страданіе начинается болями въ области позвоночника, которыя обыкновенно сопровождаются болями въ затылкѣ и во лбу. Мало по малу эти боли распространяются по туловищу и по конечностямъ; отличаясь всѣми свойствами, которыми обладаютъ боли, вызываемыя сдавленіемъ корешковъ, онѣ удерживаются въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ и составляютъ наиболѣе выдающуюся черту перваго періода болѣзни. Вторымъ періодомъ характеризуется развитіемъ параличей, которые, смотря по локализациі процесса, распространяются на болѣе или менѣе обширную область. Уже въ этомъ періодѣ въ пораженныхъ мышцахъ обыкновенно можно бываетъ замѣтить также фибриллярныя сокращенія—предвѣстникъ атрофическихъ измѣненій, каковыя дѣйствительно и не заставляютъ себя долго ждать, являясь самой существенной особенностью третьяго или окончательнаго періода.



Таково вкратцѣ описаніе болѣзни, данное Charcot. Если мы сопоставимъ его съ картиной, которую имѣемъ передъ собою въ нашемъ случаѣ, то должны будемъ признать, что она вполнѣ подходитъ къ этому описанію во всѣхъ наиболѣе существенныхъ чертахъ, не исключая и разстройства чувствительности, которое, какъ показали позднѣйшіе наблюдатели, далеко не представляется рѣдкостью при пахименингитѣ.

Итакъ, нашъ больной страдаетъ спинномозговымъ гипертрофическимъ пахименингитомъ. Но разъ мы пришли къ такому выводу, естественно является вопросъ, тотъ симптомокомплексъ въ области верхнихъ конечностей, который мы объяснили выше поражениемъ самаго вещества спинного мозга, поставивъ діагнозъ „сирингоміэлія“, этотъ симптомокомплексъ нельзя ли также свести на заболѣваніе спинномозговыхъ оболочекъ, нельзя ли и на него смотрѣть, какъ на проявленіе пахименингита?

Приступая къ разрѣшенію этого вопроса, я прежде всего долженъ сказать, что мы встрѣчаемся здѣсь съ одной изъ тѣхъ трудныхъ задачъ, которыя столь часто выпадаютъ на долю современнаго невропатолога. Съ перваго взгляда такое заявленіе пожалуй покажется парадоксальнымъ. Дѣйствительно, что повидимому общаго между картиной сирингоміэліи и спинномозгового пахименингита, когда одно только диссоциированное разстройство кожной чувствительности можетъ играть рѣшающую роль въ дифференціальной діагностикѣ. Однако болѣе глубокое изученіе клиники показываетъ, что нарушеніямъ чувствительности нельзя придавать категорическаго значенія: съ одной стороны, мы теперь знаемъ достовѣрные случаи сирингоміэліи, гдѣ кожная чувствительность или оставалась вполнѣ нормальной, или была уничтожена во всѣхъ ея видахъ; съ другой стороны, и наличность сирингоміэлической диссоціаціи еще не говоритъ безусловно въ пользу сирингоміэліи, такъ какъ иногда наблюдается при другихъ формахъ пораженія нервной системы, напр. при спинной сухоткѣ, при невритахъ, при спинномозговомъ пахименингитѣ.

Конечно, въ типичныхъ случаяхъ пахименингита діагнозъ не встрѣтитъ сколько-нибудь значительныхъ затрудненій; но рядомъ съ ними въ практикѣ встрѣчаются не типичные, гдѣ симптомы раздраженія выражены очень слабо и гдѣ изслѣдованіе открываетъ частичное разстройство чувствительности (наблюденія Potts'a и Kraus'a). Такъ какъ совершенно аналогичныя мышечныя атрофіи наблюдаются и при сирингомиелиі, а спастическій парезъ съ повышеніемъ колѣнныхъ рефлексовъ можно видѣть также при не типичныхъ формахъ, то окончательное рѣшеніе діагноза находятъ себѣ иногда лишь на секціонномъ столѣ, особенно если существовало искривленіе позвоночника. Подобный случай описанъ напр. Daxenberger'омъ <sup>1)</sup>, гдѣ при сдавленіи спинного мозга (caries vertebrarum) разстройства чувствительности носили диссоціированный характеръ, но захватывали только одну конечность.

Нашъ случай впрочемъ врядъ ли слѣдуетъ отнести къ этой категоріи, такъ какъ въ его клинической картинѣ есть черта, довольно не двусмысленно указывающая на пораженіе самого вещества спинного мозга. Говоря такъ, я имѣю въ виду строго симметричное распредѣленіе трофическихъ разстройствъ и измѣненій чувствительности на обѣихъ верхнихъ конечностяхъ. При локализациі процесса въ мозговыхъ оболочкахъ всѣ эти явленія находятся исключительно въ зависимости отъ сдавленія спинномозговыхъ корешковъ. По отношенію къ нашему больному мы должны слѣдовательно допустить не только совершенно симметричное распространеніе процесса въ шейномъ отдѣлѣ мозговыхъ оболочекъ, причемъ сдавленію подвергались бы строго соотвѣтствующіе корешки, но и вполнѣ одинаковую степень сдавленія, которое они терпятъ на обѣихъ сторонахъ и при которомъ волокна съ одной и той же фізіологической функціей одинаково теряютъ способность выпол-

---

<sup>1)</sup> Ueber einen Fall von chronischer Compression des Halsmarks etc. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. IV.

нять свою задачу. Искусственность, маловѣроятность такого предположенія слишкомъ очевидна.

Совсѣмъ иное дѣло, если мы допустимъ поражение вещества мозга, именно области центрального канала, т. е. той, гдѣ главнымъ образомъ и локализируются полости сирингоміэліи. Клиническій опытъ съ своей стороны также не будетъ противорѣчить подобному взгляду. Мы обладаемъ теперь рядомъ наблюденій, которые очень ясно указываютъ на возможность комбинаціи пахименингита и сирингоміэліи. Проф. Francotte <sup>1)</sup> нѣсколько лѣтъ тому назадъ описалъ результаты посмертнаго изслѣдованія одного случая сирингоміэліи, гдѣ одновременно наблюдались также вторичныя перерожденія въ спинномъ мозгу, вызванныя сдавленіемъ послѣдняго (*caries vertebrarum*); послѣдовательность въ ходѣ процесса здѣсь была очевидна: каріозное страданіе, пахименингитъ, измѣненія въ веществѣ спинного мозга. Еще болѣе поучителенъ случай Rosenblath'a <sup>2)</sup>, гдѣ прижизненный діагнозъ колебался между сирингоміэліей и пахименингитомъ. За пахименингитъ говорили: начало болѣзни, симптомы раздраженія двигательной и чувствительной сферы, мышечная атрофія въ области верхнихъ конечностей и ослабленіе всѣхъ видовъ кожной чувствительности. Противъ такого діагноза однако свидѣтельствовало необычное положеніе ручной кисти, а особенно же продолжительное теченіе страданія и симптомы со стороны продолговатаго мозга; все это повидимому указывало на сирингоміэлію, хотя и не было на лицо диссоціированныхъ расстройствъ чувствительности. При вскрытіи Rosenblath нашелъ картину рѣзко выраженнаго спинномозгового пахименингита и полости въ сѣромъ веществѣ; всѣ явленія достигали наибольшей интенсивности въ шейной области. Подъ микроскопомъ можно было

---

<sup>1)</sup> Études sur l'anatomie pathologique de la moelle épinière. Arch. de neurologie, 1890, № 56.

<sup>2)</sup> Zur Casuistik der Syringomyelie und Pachymeningitis cervicalis hypertrophica. Fall IV. Deutsches Arch. f. klinische Medicin. Bd. 51.

констатировать въ веществѣ мозга усиленное развитіе тонковолокнистой или мелкозернистой ткани, которая на высотѣ утолщенія оболочекъ занимала почти весь поперечникъ органа. Принимая во вниманіе результаты своего изслѣдованія, авторъ заключаетъ, что первоначальнымъ мѣстомъ пораженія слѣдуетъ считать оболочки и что отсюда процессъ распространился на спинной мозгъ, вызвавъ въ немъ измѣненія, которыя привели къ сирингоміэліи.

Аналогичныя наблюденія были въ недавнее время слѣданы также Schmaus'омъ, Schlesinger'омъ, Brissaud.

Brissaud <sup>1)</sup> во время одной изъ своихъ лекцій, посвященныхъ интересующему насъ вопросу, представилъ своимъ слушателямъ двухъ больныхъ, у которыхъ, насколько можно было судить по характеру клинической картины и послѣдовательности ея развитія, къ симптомамъ безспорнаго гипертрофическаго пахименингита присоединялись явленія, указывавшія на сирингоміэлію.

Итакъ, въ спеціальной литературѣ мы встрѣчаемъ рядъ указаній, свидѣтельствующихъ, что въ комбинаціи гипертрофическаго менингита и сирингоміэліи нѣтъ ничего экстраординарнаго. Но, спрашивается, должны ли мы смотрѣть на такую комбинацію лишь какъ на случайную, или между двумя названными страданіями можетъ быть тѣсная органическая связь? Разрѣшая этотъ вопросъ, мы вмѣстѣ съ тѣмъ естественно сталкиваемся съ другимъ болѣе общимъ: всегда ли сирингоміэлія возникаетъ на почвѣ гліоматоза, нельзя ли, по крайней мѣрѣ въ отдѣльныхъ случаяхъ, объяснить ея развитіе процессами воспалительнаго характера?

Если Вы обратитесь къ столь богатой теперь казуистикѣ сирингоміэліи, то прежде всего Ваше вниманіе невольно остановитъ частое совпаденіе у одного и того же субъекта симптомовъ сирингоміэліи и самыхъ различныхъ поражений спин-

<sup>1)</sup> Leçons sur les maladies nerveuses. 1895. Neuvième leçon.

ного мозга. Такъ, сирингоміэлическія полости неоднократно наблюдались въ сочетаніи съ сложными системными пораженіями, съ міэлитами, съ сифилитическими заболѣваніями, съ переднимъ поліоміэлитомъ, прогрессивнымъ параличемъ помѣшанныхъ и т. д. Уже одна частота подобныхъ совпаденій должна наводить на мысль, что ее нельзя разсматривать, какъ простую случайность. И дѣйствительно, весьма многіе авторы, особенно французскіе, между этиологическими моментами сирингоміэліи удѣляли весьма почетное мѣсто хроническимъ воспаленіямъ спинного мозга.

Я не буду говорить здѣсь о такихъ старыхъ наблюденіяхъ, какъ Halloreau, утверждавшаго, что въ его случаѣ сирингоміэлія развилась на почвѣ хроническаго интерстиціальнаго диффузнаго міэлита; пройду молчаніемъ и работу Joffroy и Achard'a, энергично поддерживавшихъ такой же взглядъ, но позволю себѣ остановиться на изслѣдованіи Critzman'a <sup>1)</sup>, появившемся сравнительно недавно. Critzman доказываетъ, что разращеніе гліи около центрального канала должно рѣзко отличать отъ гліомы, что оно воспалительнаго происхожденія и развивается вторично или вслѣдствіе расстройства кровообращенія, или же послѣ воспаленія различныхъ паренхиматозныхъ элементовъ спинного мозга, напр. клѣтокъ эпендимы, нервныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ. Перерожденіе нервныхъ элементовъ, по Critzman'у, путемъ раздраженія вызываетъ разращеніе нейрогліи и въ этомъ обстоятельствѣ находитъ себѣ объясненіе фактъ, почему на мѣстахъ, гдѣ нейроглія измѣнена еще очень мало, гангліозныя клѣтки переднихъ роговъ могутъ представлять рѣзкія степени измѣненія.

Наконецъ, въ самое недавнее время Brissaud, опираясь на клинической опытъ и наблюденіе такихъ компетентныхъ лицъ, какъ Marinesco, въ своихъ лекціяхъ горячо отстаиваетъ мысль, что сирингоміэлія можетъ присоединиться ко всѣмъ

---

<sup>1)</sup> Essai sur la syringomyelie. Paris. 1892.

формамъ остраго или хроническаго мѣлита безразлично, будетъ ли послѣдній первичнаго или вторичнаго происхожденія.

Такимъ образомъ взглядъ на сирингомѣлію, какъ на конечный результатъ весьма различныхъ патологическихъ процессовъ, между которыми извѣстное значеніе должно принадлежать и воспалительнымъ, этотъ взглядъ ясно формулированный еще Leyden'омъ и Erb'омъ, находитъ себѣ подтвержденіе также у позднѣйшихъ авторовъ.

Вполнѣ опредѣленное освѣщеніе онъ даетъ и нашему случаю.