

Изъ клиники проф. А. Я. Кожевникова.

Myelitis centralis acuta ascendens.

Н. М. Верзилова.

Отношение настоящихъ системныхъ заболѣваній къ другимъ, близкимъ къ нимъ, до сихъ поръ остается мало изученнымъ фактомъ. Всего болѣе это относится къ заболѣваніямъ переднихъ роговъ спинного мозга и ядеръ стволовой части головного мозга. Анатомическихъ изслѣдований въ этой области очень немного, и всякий новый фактъ въ этомъ направленіи, намъ представляется, имѣть научное значеніе. И не только съ научной, но и съ практической стороны изученіе этихъ явлений представляетъ большой интересъ. Изучая клиническія явленія, мы становимся нерѣдко втущикъ при объясненіи тѣхъ или другихъ явлений и не можемъ подыскать соответствующихъ анатомическихъ измѣненій. Два года назадъ намъ пришлось наблюдать очень интересный въ клиническомъ отношеніи случай заболѣванія, представившій не меныше интереса и при анатомическомъ изслѣдованіи.

Больная В. Л., 28 лѣтъ, поступила въ клинику нервныхъ болѣзней 24. XI. 95 г. съ жалобой на затрудненное движение въ верхнихъ конечностяхъ, на слабость въ движениx головы, затрудненіе глотанія и рѣчи.

Изъ анамнеза больной известно, что она происходит изъ здоровой семьи; отецъ хотя и алкоголикъ, но совершенно здоровый человѣкъ; мать тоже здоровая женщина. Наслѣдственный сифилисъ отрицается. Въ семье было двѣнадцать человѣкъ дѣтей, въ живыхъ осталось трое; остальные умирали въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ отъ случайныхъ, болѣею частью

инфекционныхъ болѣзней. Наслѣдственный туберкулезъ отрицается. Родилась больная въ срокъ, въ дѣтствѣ перенесла корь и вѣтринную оспу; рахитомъ не страдала, золотухи не было; росла здоровымъ ребенкомъ въ обычной крестьянской обстановкѣ; 14-ти лѣтъ пришли регулы, установились сразу и никогда никакихъ уклоненій отъ нормы не представляли. 18-ти лѣтъ вышла замужъ; на второмъ году замужества первая беременность; всѣхъ родовъ было пять, протекали благополучно; выкидышъ не было. Послѣдніе роды въ Мартѣ 95 года, съ тѣхъ поръ регулъ не было, хотя ребенокъ и умеръ въ концѣ Июня. Указаній на приобрѣтенный Iues нѣтъ. До настоящей болѣзни отличалась цвѣтущимъ здоровьемъ, хотя семейная жизнь сложилась неудачно: мужъ пьяница, часто била жену и всѣ заботы о домѣ лежали на нашей больной. Съ 10-го Июля 95 года появились туши боли въ области затылка и верхнихъ шейныхъ позвонковъ, которыхъ, все усиливаясь, продолжались до 23-го. Въ этотъ день, выйдя утромъ въ нежаркій день на работу—собирать скопченную рожь въ снопы, больная черезъ нѣкоторое время стала замѣтать слабость въ движеніяхъ пальцевъ лѣвой руки; слабость эта все наростала и къ 2 часамъ дня больная должна была оставить совсѣмъ работу, потому что рука была очень слаба, а къ вечеру этого же дня въ ней развился полный параличъ. Одновременно съ этимъ больная замѣтила онѣмѣніе въ парализованной рукѣ и лѣвой половинѣ лица; лѣвый глазъ сильно покраснѣлъ. На слѣдующій день больная отправилась за нѣсколько верстъ къ врачу, который далъ ей какое-то растиранье. Лихорадочного состоянія, по словамъ больной, въ это время не было, и съ тѣхъ поръ, какъ развился параличъ, боли въ шеѣ исчезли.

25-го утромъ безъ всякой видимой причины ослабѣла и правая рука также постепенно, но полнаго паралича въ ней не было; слабость ограничивалась главнымъ образомъ только плечевымъ и локтевымъ суставами и разгибаніе кисти было неполное. Въ этотъ же день она почувствовала, что ей трудно говорить и глотать, рѣчь была невнятная, и пища, особенно твердая, прокатывалась съ трудомъ; каждый глотокъ сопровождался поперхиваніемъ; дыханіе было нѣсколько затруднено. Въ это же время больная замѣтила, что не можетъ приподнимать головы отъ груди и съ трудомъ удерживаетъ прямо голову; голова оставалась опущенной, на грудь. Больную отвезли въ земскую больницу, где ей было сдѣлано энергичное леченіе мушкиами; послѣ этого движенія головы улучшились, больная стала удерживать ее, нѣсколько улучшились также глотаніе, рѣчь и движенія въ правой руки. Лѣвой глазъ оставался краснымъ около нѣдѣли.

Status praesens. Больная средняго роста, умѣренного тѣлосложенія; костный скелетъ развитъ правильно, позвоночникъ уклоненій въ сторону не представляетъ. Кожа и видимая слизистая оболочки нѣсколько блѣдны. Подкожно жировой слой въ недостаточномъ количествѣ. Со стороны внутреннихъ органовъ ничего патологического отмѣтить нельзя.

Первая система. Черепъ правильной формы, долихоцефалическій. Головныхъ болей и головокруженій нѣтъ, черепъ при постукиваніи не болѣзнетъ.

Со стороны головныхъ нервовъ можно отмѣтить разницу зрачковъ: лѣвый зрачекъ уже праваго и хуже расширяется, чѣмъ правый при дѣйствіи свѣта и при конвергенції. Дыханіе свободно; рѣчъ не затруднена. Глотаніе нѣсколько разстроено: при проглатываніи твердой пищи—поперхиваніе, кусокъ какъ бы останавливается; жидкое глотаетъ свободно. Слюноотдѣленіе не увеличено.

Движательная сфера. Движенія головы по силѣ и объему ослаблены во всѣхъ направленіяхъ, но главнымъ образомъ поднятіе головы и отведеніе назадъ. Обыкновенно больная поддерживаетъ голову рукой. Полный параличъ лѣвой руки и значительное ослабленіе движеній въ правой. Поднять правую руку до горизонтальной линіи не можетъ; сила въ плечевомъ суставѣ ничтожная; отведеніе плеча кзади очень ограничено, приведеніе нѣсколько лучше. Сгибаніе и разгибаніе въ локтѣ по объему достаточны, по силѣ ослаблены значительно; пронація и супинація кисти также ослаблены значительно; движенія въ лучезапястномъ суставѣ по объему достаточны, по силѣ ослаблены; сгибаніе пальцевъ по объему достаточное, разгибаніе—ослаблено: четвертый и пятый пальцы вполнѣ не разгибаются; раздвиганіе пальцевъ удовлетворительное; движенія большого пальца—достаточны. Сила движеній въ пальцахъ—рѣзко ослаблена, по динамометру сила правой руки=10 кил. Движенія плечелопаточного пояса значительно ослаблены: лопатки отведены отъ грудной клѣтки, повернуты около вертикальной оси и сдвинуты кпереди, особенно лѣвая. Движенія туловища и нижнихъ конечностей достаточны по силѣ и объему. Питаніе мышцъ верхнихъ конечностей, шейныхъ и плечелопаточного пояса рѣзко разстроено; заднія шейныя мышцы атрофированы, позвоночникъ легко прощупывается, атрофія рѣзче выражена слѣва. Надплечья—запали, особенно лѣвое, *m. trapezius* совсѣмъ не прощупывается. *Spina scapulae* рѣзко выдается, *supraspinati et infraspinati* глубоко атрофированы. *M-i pectorales* сохранились лучше другихъ, особенно правый. *M-us deltoideus* слѣва—сильно атрофированъ и прощупывается въ видѣ тонкихъ пучковъ. *M-i latissimi dorsi et serrati antici*—справа и слѣва атрофированы. На правой руцѣ остальная мышцы представляются вообще нѣсколько похудѣвшими, на лѣвой—атрофія нѣсколько маскируется отечностью предплечья и кисти и сильно выраженнымъ *tendovaginitomъ* сухожилій разгибателей. Кроме того въ *m. triceps, biceps*, отчасти въ *supinator sinister* отложение большого количества жира. Механическая возбудимость мышцъ повышенна. Изслѣдованіе электросократительности дало слѣдующіе результаты:

	Инд. токъ	KZS.	AZS.
Заднія шейныя мышцы справа	60	3,5	4,5 } вял.
» » слѣва	60	3,5	4,5 } сокр.
<i>M. cucullaris dextr.</i>	60	3,5	4,5
» » sinis.	60	3,5	4,5
<i>M. sternoidei dex.</i>	70	2,5	3,5
» » sin.	70	2,5	3,5

M-us deltoideus	dex.	40	6,0	6,0
» »	sin.	20	7,5	7,0
M-us latissim. dorsi	dex.	20	14,0	14,0
» »	sin.	20	14,0	14,0
M. serrat. ant. maj.	d.	15	16,0	16,0
» »	s.	0	0	18,0
M. supraspinatus.	d.	20	14,0	12,0
» »	s.	0	0	18,0
M. infraspinatus.	d.	15	18,0	14,0
» »	s.	0	0	18,0
M. pectoralis maj.	d.	40	10,0	11,0
» »	s.	40	10,0	11,0
M. deltoideus	d.	40	6,0	6,5
» »	s.	15	0	18,0
M. triceps	d.	80	1,5	2,5
» »	s.	70	2,0	2,5
M. biceps.	d.	50	6,0	7,0
» »	s.	0	0	0
M. brachial. int.	d.	75	2,5	3,5
» »	s.	75	2,5	3,5
M-s extens. digit.	d.	70	2,5	2,5
» »	s.	0	0	0
M.— supinat long.	d.	60	3,0	3,5
» »	s.	0	0	0
M. flexores	d.	70	2,5	3,0
» »	s.	0	0	0
M-i inteross.	d.	50	4,5	4,5
» »	s.	0	0	0
M-i emin. thenar.	d.	60	4,0	4,5
» »	s.	0	0	0
M-i emin. hypoth.	d.	60	4,0	4,5
» »	s.	0	0	0
N. medianus	d.	80	3,0	4,0
» »	s.	0	0	0
N. ulnaris	d.	80	2,5	3,0
» »	s.	0	0	0
N.radialis	d.	70	3,0	4,0

Питаніє мышцъ туловища и нижнихъ конечностей совершенно нормально.

Чувствительность. Позвоночникъ при давлениі и при поколачиваніі молоточкомъ болѣзнь въ области 4, 5 и 6 шейныхъ позвонковъ. Больная жалуется на ноющія боли въ лѣвой руцѣ и сильнѣе всего въ области кисти, по временамъ въ этой же руцѣ чувство холода и ползанья мурашекъ. На лѣвой половинѣ лица, головы, шеи (спереди и сзади) прикосновеніе и уколъ опущаетъ хуже, чѣмъ на соответствующихъ мѣстахъ правой полови-

вины. Въ лѣвой половинѣ тулowiща спереди до Пупартовой связки, сзади до мышца соединенія позвоночника съ крестцомъ—уколъ воспринимается хуже, чѣмъ на соответствующихъ мышцахъ правой половины; прикосновеніе одинаково хорошо. На лѣвой руцѣ тактильная анестезія занимаетъ только область кисти (съ тыла) и нижней трети предплечья, гдѣ прикосновеніе кисточки воспринимается не сколько хуже, чѣмъ на правой рукѣ, но за то болевая анестезія глубоко выражена: на кисти и нижней трети предплечья болевое ощущеніе совершенно отсутствуетъ, на верхній трети и нижней половины плеча сильно понижено, на верхней половинѣ плеча степень пониженія такая-же, какъ и на тулowiщѣ. Изслѣдованіе электрокожной чувствительности дало слѣдующія цифры:

		перв. ощущ.	бол. ощущ.
Лобъ.	справа	150	130
	слѣва	130	110
Щека.	правая	155	135
	лѣвая	125	110
Подбородокъ.	правая	155	135
	лѣвая	125	111
Губа верх.	правая	160	140
	лѣвая	130	106
Шея спереди.	правая	126	114
	лѣвая	100	87
Грудь выше соска.	правая	126	111
	лѣвая	126	75
Грудь ниже соска.	правая	126	111
	лѣвая	126	74
Животъ выше пуп.	правая	128	113
	лѣвая	128	88
Темя.	справа	127	104
	слѣва	117	91
Затылокъ.	справа	130	114
	слѣва	115	91
Шея (верх. шейн. позв.)	справа	129	113
	слѣва	109	90
Acromion	справа	135	119
	слѣва	135	80
Плечо снаружи	справа	130	111
	слѣва	130	40
Плечо снутри	справа	130	112
	слѣва	130	60
Локтевой суставъ сзади.	правая	125	114
	лѣвая	125	40
Локтевой суставъ спереди.	правая	130	112
	лѣвая	130	50

		Перв. оп.	Бол. виц.
Предплечье (тыльн. пов.).	{ правая лѣвая	125 100	104 0
— ладон. пов.	{ правая лѣвая	125 100	104 10
Тыль кисти.	{ правая лѣвая	115 105	97 0
Ладонь.	{ правая лѣвая	120 100	100 0
Лопатки.	{ правая лѣвая	125 125	115 75
Ниже лопатокъ.	{ правая лѣвая	125 125	115 70

Соответственно положению болевой чувствительности понижена и температурная въ тѣхъ же границахъ на лѣвой руцѣ и лѣвой половинѣ туловища; такимъ образомъ на кисти, нижней трети предплечья большая совсѣмъ не различаетъ разницы между горячимъ и холоднымъ; на остальномъ предплечье и нижней трети плеча не различаетъ разницы въ 12° , па плечѣ, надплечѣ— 6° , на лѣвой половинѣ туловища— 4° . Явлений дизэстезии не замѣчается. Замедленія въ проведеніи опущеній, повторности болевыхъ ощущеній—нѣтъ. Несильные боли по временамъ въ межреберныхъ промежуткахъ слѣва, мозжакія боли въ правой руцѣ.

Рефлексы кожные нормальные, сухожильные—на ногахъ повышенны, съ biceps sin.—не получается и вмѣсте него съ brachial. inter, съ triceps sin.—повышенъ; съ biceps и triceps dexter—повышены.

Тазовые органы въ порядкѣ. Изъ вазомоторныхъ явлений можно отмѣтить чувство жара въ лѣвой половинѣ лица, головы, лѣвой половинѣ туловища и лѣвой руцѣ; а по временамъ въ лицѣ слѣва дѣйствительно замѣчается болѣе яркая краснота; красно также и соответствующее ухо. Измѣреніе кожной температуры въ ушныхъ проходахъ дало слѣдующіе результаты:

	Прав.	Лѣв.
въ 1-ый разъ	36	37,0
» 2 —	36,3	36,6
» 3 —	36,0	36,3.

Измѣреніе кожной температуры тѣла дало слѣдующіе результаты:

	Прав.	Лѣв.
Кисть	33.2	34.0
Предпл.	33.0	33.2
Стопа.	31.0	32.0
Голень.	30.	30.
Грудь.	35.0	
Спина.	33.0	

Усиленная потливость левой половины лица, туловища и руки; небольшая отечность левой кисти, дряблость лучезапястного сустава. Изъ трофическихъ разстройствъ можно отмѣтить наклонность къ мелкимъ аспе, которыми усѣяна вся лѣвая рука.

Исихическая сфера вполнѣ нормальна.

Больной было назначено лечение юдистыемъ натромъ, гальванизацией лѣвой и правой руки и время отъ времени мушки на шейную часть позвоночника. Постепенное улучшение общаго состоянія; больная прибавилась въ весѣ къ 20 Декабря на 5 фунтовъ, рѣчь стала совсѣмъ свободной, глотаніе оставалось затрудненнымъ очень немногое, голова держалась лучше, разница зрачковъ почти исчезла: анестезіи уменьшились въ томъ смыслѣ, что прикосновение больная хорошо отличала отъ укола на головѣ, лицѣ, предплечья и туловищѣ, болевая и температурная анестезія оставалась въ тѣхъ-же границахъ и сильно не на лѣвой руцѣ.

Произведенное ^{20/XII} изслѣдование электрокожной чувствительности дало:

		Перв. ощ.	Ощ. боли.
Лобъ	прав. полов.	140	130
	лѣв.	140	130
Щека	прав.	145	135
	лѣв.	145	135
Подбородокъ	прав. полов.	145	135
	лѣв.	145	135
Губа верх.	прав. полов.	150	140
	лѣв.	150	140
Шея спереди	справа	130	120
	слѣва	130	120
Грудь выше соск.	справа	130	120
	слѣва	130	120
Грудь ниже соск.	справа	130	120
	слѣва	130	120
Животъ выше пуп.	справа	130	120
	слѣва	130	120
Темя	справа	135	125
	слѣва	135	125
Затылокъ	справа	135	125
	слѣва	135	125
Шея на мѣстѣ верх. шейн. позв.	справа	130	120
	слѣва	130	120
Acromion	справа	135	120
	слѣва	135	85
Плечо снаружи	справа	130	110
	слѣва	130	60
Плечо снутри	справа	130	110
	слѣва	130	65

		Перв. общ.	второй	Ощ. бол.
Локтевой суставъ	справа	125	115	
	сзади.	125	45	
Локтевой суставъ	спереди.	130	115	
	слѣва	130	50	
Предплечье (тыль.)	справа	125	110	
	слѣва	125	0	
Предплечье (лад.)	прав.	125	115	
	лѣв.	125	10	
Тыль кисти	прав.	115	100	
	лѣв.	100	0	
Ладонь	прав.	120	100	
	лѣв.	120	0.	

Рефлексы безъ измѣненій. Такое медленное регрессированіе болѣзни продолжалось до конца января, когда безъ всякой видимой причины стала развиваться общая слабость, больная проводила большую часть дня въ постели. Въ началѣ февраля къ явленіямъ общаго недомоганія присоединился легкій парезъ лѣвой ноги и больная жаловалась на нѣкоторую неловкость въ глазахъ при смотрѣніи въ лѣвую сторону, но произведенное тщательное изслѣдованіе не обнаружило никакихъ разстройствъ со стороны зреенія. Съ 13-го февраля рѣзко ухудшилось дыханіе и при изслѣдованіи можно было отмѣтить, что лѣвая половина діафрагмы слабѣе дѣйствуетъ, чѣмъ правая. Явились боли въ правыхъ межреберныхъ промежуткахъ (6, 7, 8 и 9); появилось дрожаніе головы. Къ концу февраля дыханіе исправилось, но глотаніе ухудшилось, больная перестала принимать твердую пищу. Больная худѣла, слабость все усиливалась, но кромѣ прежнихъ явленій—слабости шейныхъ мышцъ, полного паларица лѣвой руки, ослабленныхъ движений въ правой—ничего нового отмѣтить не удавалось. 2-го марта отмѣчена полная активная неподвижность глазныхъ яблокъ, но при перемѣнѣ положенія головы движенія глазныхъ яблокъ пассивныя удовлетворительны, только совершаются въ обратную сторону: голова пооворачивается вправо, глаза уходятъ влѣво и т. д. Съ этого-же времени появились галлюцинаціи зреенія и слуха; больной казалось, что къ ней приходятъ знакомые, она разговариваетъ съ ними. 10-го марта къ явленіямъ сильно затрудненнаго питанія и дыханія присоединилась тошнота, больная уже не могла встать съ постели, по временамъ бредила. Температура все время держалась нормальной. Изслѣдованіе, произведенное 11-го марта показало, что въ лѣвой руцѣ полный параличъ, въ правой возможны всѣ движения, но значительно ослаблены; поднятіе плеча вверху, отведеніе назадъ совершаются въ половинѣ объема, движеніе въ локтѣ—достаточное, сгибание и разгибание кисти—ослаблено; сгибание пальцевъ—слабо, разгибание—несовершенно: 4 и 5 пальцы не разгибаются. Раздѣганіе пальцевъ очень ослаблено. Голова не удерживается и падаетъ назадъ или свѣшивается на грудь. Изслѣдованіе электровозбудимости показало, что *deltoideus, supraspinatus, infraspinat, serrat. antic. major, latissim dorsi, biceps, brachialis*

internus, extens. digit., flexor, supinator longus, interossei, m—i eminent. thenaris et hypothenaris съ лѣвой стороны и справа supraspinatus, infraspina-tus—совершенно невозбудимы; въ заднихъ шейныхъ мышцахъ, cucullares, sternocleidomastoideus dex.—реакція перерожденія, въ mm. biceps et triceps (сильнѣе) dext., flexor digit., inserossei III et IV, thenar et hypothenar dex.—возбудимость сильно понижена. Чувствительность повидимому оставалась раз-строенной въ тѣхъ же границахъ и съ той же диссоціаціей, что и прежде, хотя точныхъ отвѣтовъ у больной трудно было добиться. Рефлексы безъ измѣненій.

Больная продолжала галлюцинировать, постепенно слабѣла. 13-го марта появилась аритмія пульса, онъ сталъ 125 въ 1'; 14-го температура поднялась до 39,3 и въ 3 ч. дня больная скончалась.

Аутопсія. Вскрытие, произведенное 15-го марта, дало слѣдующіе ре-зультаты: со стороны легкихъ явленія венозного застоя въ нижнихъ до-ляхъ и не сильная эмфизема верхнихъ. Со стороны сердца—дряблость сер-дечной мышцы; клапаны совершенно здоровы. Въ печени и почкахъ парен-химатозны измѣненія. Полость черепа: черепъ правильной формы, кости черепа тонки. Оболочки мозга нормальны; желудочки мозга не растянуты и содержать нормальное количество жидкости. При макроскопическомъ обслѣдованіи спинного мозга можно отмѣтить только неясность границъ сѣраго вещества, въ особенности въ области передняго и бокового роговъ—шейной и грудной части спинного мозга. Форма сѣраго вещества не измѣнена.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Въ виду быстро протекавшаго болѣзненнаго процесса, спинной мозгъ и стволовая часть головного мозга обрабаты-вались по способу Marchi. Отдѣльные кусочки изслѣдовались по способамъ *Weigert'a*, *Pal'я*, *Nissl'я*, *Van-Gieson'a*, окра-шивались также карминомъ, пикрокарминомъ, квасцовыми гематоксилиномъ съ эозиномъ.

Начнемъ описание препаратовъ съ спинного мозга.

Твердая оболочка не измѣнена. Мягкая оболочка пред-ставляется также мало измѣненной, только сосуды ея нѣсколько расширены, переполнены кровью и стѣнки ихъ утолщены; отростокъ мягкой мозговой оболочки, входящей въ переднюю продольную борозду, наиболѣе измѣненъ, утолщенъ и инфильт-рованъ крутоклѣточными элементами.

При первомъ взглядѣ на препараты (даже и безъ ми-кроскопа), окрашенные по способу *Weigert'a* и *Pal'я* изъ шейной части и верхней грудной, прежде всего бросается въ глаза, что вся передняя часть мозга, расположенная кпе-

реди отъ переднихъ роговъ, а также около боковыхъ—разрѣжена, совсѣмъ не окрашивается и представляется въ видѣ блѣднаго полуунія, выпуклостью обращенного къ периферіи и охватывающаго сѣрое вещество до самаго основанія заднихъ роговъ; слѣва это разрѣженіе бѣлаго вещества болѣе выражено, чѣмъ справа, вслѣдствіе этого граница бѣлаго и сѣраго вещества въ области переднихъ и боковыхъ роговъ стушована; при изслѣдованіи этихъ препараторовъ подъ микроскопомъ мы видимъ, что въ области 6, 7, 8-го шейныхъ и 1-го грудного сегмента—клѣточныхъ элементовъ въ переднихъ рогахъ осталось очень немногого и главнымъ образомъ съ правой стороны; черезъ сѣрое вещество кое-гдѣ пробѣгаютъ уцѣлѣвшія міэлиновыя волокна заднихъ корешковъ; центральный каналъ расширенъ и вокругъ него замѣтно разрошеніе элементовъ энендімы центральнаго канала; сосуды расширены въ умѣренной степени, периваскулярныя пространства растянуты и выполнены безструктурнымъ, гомогеннымъ веществомъ, повидимому—фибринознымъ выпотомъ (Leyden). Расширение сосудовъ наиболѣе замѣтно въ территоріи ar. spinalis anterior и ея развѣтвленій. Что касается заднихъ роговъ, то въ нихъ особыхъ измѣненій не замѣчается.

При изслѣдованіи бѣлаго вещества можно отмѣтить, что въ Тюрковскихъ столбахъ осталось лишь очень немногихъ волоконъ, расположенныхъ у самой передней борозды, остальные волокна погибли и на ихъ мѣстѣ видна запустѣвшая сѣть неврогліи; такимъ же образомъ уничтожены всѣ волокна по окружности сѣраго вещества и между ними лишь кое-гдѣ попадаются уцѣлѣвшія одиночныя волокна. Въ нѣкоторыхъ волокнахъ замѣчаются утолщенные осевые цилиндры. Чѣмъ ближе къ периферіи, тѣмъ количество уцѣлѣвшихъ волоконъ увеличивается и ихъ значительно больше въ пучкахъ Gowers'a, а еще больше въ боковыхъ пирамидныхъ. Задніе столбы если и пострадали, то въ очень небольшой степени. Волокна передней спайки значительно разрѣжены; задняя спайка уцѣлѣла. Такимъ образомъ наиболѣе пострадавшимъ представляется на данномъ уровне сѣрое вещество переднихъ и боковыхъ роговъ, а также пограничное въ этой области бѣлое вещество, т. е. основная часть передняго и бокового столбовъ, Тюрковскіе столбы, спаечные волокна, въ небольшой степени боковые пирамидные пути и tractus antero-lateralis.

Очень хорошо иллюстрируютъ это препараты, приготовленные по способу Marchi; отъ слова до слова все сказанное

относительно *Weigert'*овскихъ и *Pal'*евскихъ препаратовъ относится и къ этимъ--только въ обратномъ смыслѣ. Глыбки распадающагося міэлина густымъ кольцомъ окружаютъ сѣрое вещество переднихъ, боковыхъ и отчасти заднихъ роговъ; меньше находится распада міэлина въ области Тюрковскихъ столбовъ около самой передней борозды и онъ уменьшается по направлению къ периферии и кзади. Измѣненія бѣлаго вещества болѣе выражено на лѣвой сторонѣ. *Markschollen* въ большомъ количествѣ имѣются и въ передней спайкѣ. Но на этихъ препаратахъ съ несомнѣнностью можно отмѣтить пучки *Markschollen*, направляющіеся изъ клѣтокъ Клярковскихъ столбовъ въ мозжечковые пучки и измѣненія мозжечковыхъ путей, и опять таки нѣсколько сильнѣе на лѣвой сторонѣ, чѣмъ на правой. Несомнѣнно распадающіеся волокна имѣются и въ боковыхъ пирамидныхъ путяхъ, и опять слѣва нѣсколько больше, чѣмъ справа. Въ заднихъ столбахъ встрѣчаются только разбросанные *Markschollen*.

Изучая затѣмъ измѣненія спинного мозга на вышеуказаннымъ уровнѣ на препаратахъ, обработанныхъ квасцовыми гематоксилиномъ съ эозиномъ и по способу *Van-Gieson'a*, мы можемъ съ несомнѣнностью убѣдиться, что главнымъ образомъ поражено сѣрое вещество и именно его центральная и передняя часть. Центральный каналъ, какъ сказано, расширенъ, клѣточные элементы эпендимы разрослись, такъ что центральный каналъ имѣетъ неправильную треугольную форму; вокругъ центрального канала рѣзко выраженная мелкоклѣточная инфильтрація. Но въ еще большей степени замѣтна эта инфильтрація въ окружности сосудовъ сѣраго вещества, какъ около центрального канала, такъ, пожалуй, въ еще большей степени въ области переднихъ роговъ. Сосуды представляются расширенными, наполненными кровью, а въ алвентиціальныхъ пространствахъ большія скопленія круглоклѣточныхъ элементовъ. Нѣсколько своеобразными представляются измѣненія клѣтокъ переднихъ роговъ. На большинствѣ препаратовъ клѣтки отсутствуютъ совсѣмъ; уцѣлѣвшія клѣтки располагаются не по одиночкѣ, а болѣею частью группами; наиболѣе сохранившимися остаются латеральная группы переднихъ роговъ. Клѣтки Клярковскихъ столбовъ пострадали въ незначительной степени; вокругъ клѣтокъ въ периваскулярномъ пространствѣ замѣчается скопленіе круглоклѣточныхъ элементовъ; на нѣкоторыхъ препаратахъ эти скопленія настолько значительны, что клѣтокъ совсѣмъ не видно и о ихъ

существованію можно судить только по скопленію круглоклѣточныхъ элементовъ, повторяющихъ форму клѣтки. На тѣхъ препаратахъ, где уцѣлѣли гангліозныя клѣтки, они представляются рѣзко измѣненными—атрофированными, потерявшими отростки, съ еле замѣтнымъ ядромъ въ серединѣ. Еще болѣе ясно выступаетъ измѣненіе сѣраго вещества переднихъ роговъ на препаратахъ, обработанныхъ по *Nissl*'ю; здѣсь также прежде всего бросается въ глаза интензивная окраска сѣраго вещества переднихъ и боковыхъ роговъ и передне-боковыхъ столбовъ; граница между сѣрымъ и бѣлымъ веществомъ хотя и видна, но значительно стушована. Уцѣлѣвшія гангліозныя клѣтки малы, круглой формы, атрофированы, потеряли отростки, интензивно окрашены въ синій цвѣтъ и во многихъ клѣткахъ не видно даже и ядра; а тамъ, где оно сохранилось—еле видно среди интензивно окрашенной клѣточной протоплазмы. Никакой структуры въ клѣткахъ отмѣтить не удается.

На препаратахъ, обработанныхъ по *Marchi*, видно обильное отложеніе пигмента въ клѣточной протоплазмѣ наиболѣе сохранившихся клѣтокъ. На карминовыхъ препаратахъ клѣтки окрашены весьма плохо, ядра въ нихъ еле замѣтны.

Таковы измѣненія въ спинномъ мозгу на мѣстѣ наиболѣе сильного пораженія спинного мозга; начиная съ 3-го грудного сегмента внизъ, измѣненія эти все убываютъ и въ нижней грудной части ихъ почти не замѣтно. Изучая препараты, обработанные по *Marchi*, въ грудной части спинного мозга, мы видимъ, что участки страданія спинного мозга остаются тѣ же самые; въ большомъ количествѣ *Markschollen* располагаются въ основныхъ пучкахъ переднихъ и боковыхъ столбовъ, всего сильнѣе перерожденіе выражено въ окружности переднихъ роговъ и все также слѣва сильнѣе, чѣмъ справа. Чѣмъ дальше книзу, тѣмъ интензивность перерожденій становится все меньше и меньше, и въ поясничномъ отдѣлѣ мы замѣчаемъ только разбросанныя *Markschollen* въ боковыхъ пирамидныхъ путяхъ и отчасти въ Тюрковскихъ столбахъ. Измѣненія клѣтокъ становятся все менѣе замѣтными и въ поясничномъ отдѣлѣ клѣтки представляются уже совершенно нормальными, ядро хорошо окрашено, отростки прекрасно сохранились. Разматривая препараты выше главнаго мѣста пораженія (до перекреста пирамидъ), мы видимъ, что измѣненія остаются все еще очень сильно выраженными; преимущественно пораженнымъ является лѣвый передній рогъ и окружающее его бѣлое вещество; клѣтки остаются глубокоизмѣ-

ненными, атрофированными, но все съ тѣмъ же характеромъ, что и въ нижней шейной части. Что касается измѣнений корешковыхъ волоконъ, то глубоко-перерожденными представляются передніе корешки и опять-таки сильнѣе всего на лѣвой сторонѣ; большинство волоконъ совершенно атрофировано, въ другихъ—распадающейся міэлинъ въ обильномъ количествѣ, такъ что на препаратахъ по Weigert'у мы видимъ на ихъ мѣстѣ желтоватыя полоски безъ слѣдовъ міэлина. Задніе корешки сохранились хорошо, лишь кое-гдѣ видны одиночныя Markschenlen; въ общемъ измѣненія въ заднихъ корешкахъ можно признать за ничтожныя.

Прежде чѣмъ переходить къ описанію топографического расположения измѣненій стволовой части мозга, предпошлемъ нѣсколько словъ относительно самого болѣзненнаго процесса. На препаратахъ изъ продолговатаго мозга самой нижней его части мы можемъ отмѣтить расширение сосудовъ, переполненіе ихъ кровью, глубокую инфильтрацію главнымъ образомъ въ окружности центральнаго канала. Къ сожалѣнію, у насъ имѣется очень немного препараторовъ, обработанныхъ по другимъ способамъ, кромѣ способа Marchi, и потому о детальныхъ измѣненіяхъ мы можемъ сказать очень немного. На первомъ планѣ въ области сѣраго вещества желудочковъ стоитъ расширение сосудовъ, переполненіе ихъ кровью, обильные экстравазаты красныхъ кровянныхъ клѣтокъ въ область адвентициальныхъ пространствъ. Это можно отмѣтить во всемъ поперечнике продольговатаго мозга и главнымъ образомъ въ области сѣраго вещества.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло дошло до настоящихъ капиллярныхъ кровоизліяній и мы находимъ скопленія крови разсѣянными по препарату. Форма этихъ точечныхъ кровоизліяній весьма различна: то они располагаются по длине сосуда въ видѣ полосъ, то въ видѣ скопленій круглой и овальной формы. На препаратахъ по Marchi эти кровоизліянія выступаютъ неясно, въ видѣ болѣе темныхъ пятенъ, при разсмотриваніи которыхъ съ болѣе сильнымъ увеличеніемъ видны хорошо отдѣльныя кровянныя клѣтки. Кровяного пигмента нигдѣ нѣтъ. Въ самихъ сосудахъ и въ адвентициальныхъ пространствахъ кровь представляется еще болѣе блѣдной, и только при большомъ вниманіи удается увидѣть разлитую имбибацию въ окружности расширенныхъ сосудовъ. Но мы не можемъ сказать, чтобы эти сосудистыя измѣненія были выражены исключительно въ области сѣраго полостного вещества.

ства; мы находимъ ихъ и въ красномъ ядрѣ, и въ желатиновой субстанціи, въ corpus caudatum, въ червячкѣ мозжечка, въ thalamus opticus и т. д.; въ большомъ количествѣ они находятся въ области ядеръ головныхъ нервовъ. Къ со-
жалѣнію, мы не имѣемъ другихъ препаратовъ, которые бы вполнѣ объяснили гистологическую картину измѣненій въ стволовой части мозга. Но врядъ ли можетъ быть какое-нибудь сомнѣніе въ томъ, что здѣсь лѣбо идетъ объ остромъ воспалительномъ процессѣ; за это говорить существование расширенныхъ сосудовъ, точечная кровоизлѣянія, обильная инфильтрація круглоклѣточными элементами.

Познакомившись съ гистологической картиной измѣненій, перейдемъ къ описанію топографического положенія наиболѣе измѣненныхъ участковъ стволовой части мозга, какъ они представляются на препаратахъ по *Marchi*.

Продолговатый мозгъ. (Мѣсто перекреста пирамидъ).

Наиболѣе густо распологается распадъ волоконъ въ центральной части петельного слоя и главнымъ образомъ въ части, лежащей между дорзальнымъ краемъ образующейся пирамиды и центральнымъ краемъ появляющейся здѣсь оливы; такимъ образомъ распадъ принимаетъ форму равнобедренного треугольника, основаніе которого находится у raphe, а вершина доходитъ до периферіи мозга тотчасъ выше пирамиды; очень хорошо видно, что перерожденныя волокна вступаютъ въ перекресть и, перейдя на другую сторону, расположаются въ subst. reticularis alba у самой raphe и въ наружномъ полѣ. Тотчасъ выше оливы—также обильное скопленіе Markschenlen и хорошо видно, какъ перерожденныя fibrae arcuatae externae, окружая пирамиду, идутъ къ этимъ скопленіямъ; другія же направляются дальше и вступаютъ въ corpus restiforme; видно также, что часть перерожденныхъ волоконъ изъ наружного поля сѣтевидного образованія переходитъ тоже въ corpus restiforme, и въ некоторыхъ препаратахъ съ несомнѣнностью можно отмѣтить, что въ corpus restiforme вступаютъ волокна петельного слоя, уже совершившія перекресть. Само corpus restiforme очень сильно перерождено и съ той, и съ другой стороны. Кромѣ этихъ главныхъ измѣненій можно отмѣтить незначительное перерожденіе волоконъ восходящаго корешка n. glossopharyngei и въ единичныхъ волокнахъ n. hypoglossi. Ядра заднихъ столбовъ и исходящія изъ нихъ fibrae arcuatae internae совершенно нормальны.

На уровне средней части нижних олив расположение перерожденных участковъ остается тоже, что и на предыдущемъ препаратѣ: измѣненными являются латеральная часть петельного слоя (но уже перекреста перерожденныхъ волоконъ отмѣтить нельзя), часть волоконъ, расположенныхъ въ самой верхней (дорзальной) части внутренняго поля сѣтевиднаго образования, въ наружномъ полѣ его и выше дорсальной части оливы, веревчатое тѣло, корешки *n. vagi* (въ несильной степени).

На уровне самой верхней части продоломоватаго мозга— топографія измѣненій остается также, но она принимаетъ только болѣе опредѣленный видъ; компактные Schollen находятся надъ и подъ оливой, занимая самую наружную часть петельного слоя, во внутреннемъ полѣ сѣтевиднаго образованія (на мѣстѣ *fascic. longitudinalis posterior*), corpus restiforme и разсѣянныя Schollen въ наружномъ полѣ сѣтевиднаго образованія.

Еще выше, *на уровне ядра n. abducentis*, можемъ отмѣтить рѣзкое перерожденіе корешковыхъ волоконъ *n. n. abducentium*; кроме того волокна corporis restiformis, переходящія въ мозжечокъ и оканчивающіяся отчасти въ корѣ червячка, отчасти направляющіяся въ corpus dentatum, причемъ хорошо видеть перекресть перерожденныхъ волоконъ въ корѣ червячка. Перерожденными только въ меньшей степени являются и волокна *facialis* съ обѣихъ сторонъ. Участокъ перерожденія въ петельномъ слоѣ занимаетъ по прежнему самую наружную часть этого слоя; *fasciculus longitudinalis posterior* также перерожденъ, но въ несильной степени. Кроме того разбросанныя точки—Schollen въ наружномъ полѣ сѣтевиднаго образованія.

На уровне ядра n. trochlearis перерожденными являются: *brachia conjunctiva*, постепенно спускающіяся къ средней линіи, наружная часть петельного слоя, *fasciculus longitudinalis posterior*.

На уровне ядра n. oculomotorii мы находимъ рѣзко выраженное перерожденіе въ корешковыхъ волокнахъ *n. oculomotorii*; въ области самыхъ ядеръ мы видимъ разбросанныя Markschollen, располагающіяся то беспорядочно, то цугами, пересѣкающими среднюю линію; рѣзко перерожденной представляется и область красныхъ ядеръ, особенно съ правой стороны; перерожденная часть петельного слоя отходитъ все болѣе кнаружи, вытягиваясь по периферіи. Очень отчетливо

видны цуги Markschollen, направляющиеся отъ красныхъ ядеръ къ ядру п. oculomotorii противоположной стороны.

На разрѣзахъ изъ вышележащихъ частей мы можемъ отмѣтить измѣненія только въ thalamus opticus; ни во внутренней капсулѣ, ни въ чецевицеобразномъ тѣлѣ никакихъ измѣненій отмѣтитъ нельзя.

Периферические нервы и мышцы. Для изслѣдованія взяты были всѣ глазодвигательные нервы и мышцы, п. hypoglossus, trigeminus, opticus, vagus, phrenicus и нервы верхнихъ и нижнихъ конечностей. Измѣненія, найденные въ глазодвигательныхъ нервахъ приблизительно одинаковы; наиболѣе измѣненными представляются п. abducens и п. oculomotorius; въ нихъ мы находимъ явленія рѣзко выраженного перерожденія: міэлинъ распался на отдѣльныя глыбки, по мѣстамъ разоспался; есть волокна, гдѣ міэлинъ остался только въ очень небольшомъ количествѣ; осевые цилиндры распались, ядра Швановской оболочки увеличены въ числѣ, но нигдѣ не видно совершенно запустѣвшихъ Швановскихъ оболочекъ. Рядомъ съ такими сильными измѣненіями въ волокнахъ попадаются и совершенно здоровыя волокна и постепенные переходы небольшихъ измѣненій къ наиболѣе сильнымъ: это извитые разбухшіе осевые цилиндры среди сохранившейся міэлиновой обкладки, съртываніе міэлина, но не распавшагося еще на глыбки и т. д. Въ окружности нервныхъ волоконъ встрѣчаются лимфоидныя тѣльца, поглотившія капельки міэлина; въ сосудахъ нервныхъ стволовъ никакихъ замѣтныхъ измѣненій не представляется. Но какъ сказано, среди измѣненныхъ нервныхъ волоконъ попадаются и совершенно неизмѣненные. Изслѣдуя нервные стволы на различныхъ участкахъ отъ самаго выхода изъ мозга до вступленія въ мышцы, мы всюду находимъ одинаковыя измѣненія. Рѣзко выраженные измѣненія и съ тѣмъ же характеромъ мы находимъ и въ п. vagus; за то въ п. opticus мы не можемъ отмѣтить никакихъ измѣненій; въ п. trigeminus измѣненія замѣтны только въ отдѣльныхъ волокнахъ; большинство же этихъ волоконъ осталось совершенно здоровыми. Тоже относится и къ п. hypoglossus.

Изъ первовъ верхнихъ конечностей изслѣдовались п. radialis, medianus и ulnaris съ той и другой стороны. Въ п. radialis sinister—рѣзко выраженная дегенеративная измѣненія приблизительно въ половинѣ волоконъ, но степень измѣненія несравненно больше, чѣмъ въ нервахъ глазодвигательныхъ. Большинство волоконъ представляется въ видѣ спавшихся Швановскихъ оболочекъ, не содержащихъ по большей

части совсѣмъ міэлина; осевые цилинды отсутствуютъ. Рядомъ съ такими волокнами лежать и совершенно здоровыя. Тоже относится и къ п. medianus и ulnaris съ лѣвой стороны. Наоборотъ, измѣненія въ нервныхъ стволахъ правой конечности носятъ болѣе острый характеръ: здѣсь мы находимъ всевозможные переходы отъ самыхъ ничтожныхъ измѣненій міэлина въ видѣ свертыванія до распаденія его на мелкія глыбки и зернышки; осевые цилинды или погибли, или иззвиты и даже нѣсколько утолщены, какъ бы раздуты; ядра Швановской оболочки увеличены въ числѣ. Очень небольшое число волоконъ представляется въ видѣ пустыхъ спавшихся Швановскихъ оболочекъ.

Что касается измѣненій въ мышцахъ, то ихъ точно также можно раздѣлить на дѣй группы—свѣжія и болѣе давнишнаго происхожденія. Перваго рода измѣненія мы находимъ во всѣхъ глазодвигательныхъ мышцахъ и въ мышцахъ правой руки—*m. extens. digit. commun., supinat. longus, thenar. et hypothenar,* въ *m. deltoideus* и *biceps*. Въ этихъ мышцахъ прежде всего можно было отмѣтить блѣдный ихъ цвѣтъ; при расщипываніи волокна легко разламывались, такъ что проходить одинъ мышечный пучекъ на болѣе или менѣе длинномъ разстояніи положительно было невозможно. Какъ на расщипанныхъ препаратахъ, такъ и на разрѣзахъ продольныхъ и поперечныхъ бросалась въ глаза отечность мышечныхъ волоконъ, раздутьость ихъ неодинаковая по всей длине волокна; въ окружности мышечныхъ волоконъ обильное скопленіе лимфоидныхъ элементовъ; въ большинствѣ волоконъ поперечная полосатость была очень плохо видна и на нѣкоторыхъ волокнахъ можно было ясно видѣть мутную набухлость. Но рядомъ съ такими сравнительно сильно измѣненными волокнами можно видѣть и вполнѣ хорошо сохранившіеся пучки волоконъ. Что касается измѣненій болѣе давнишаго происхожденія, которая мы находимъ во всѣхъ мышцахъ лѣвой руки, въ шейныхъ мышцахъ и мышцахъ плечелопаточного пояса, то здѣсь прежде всего бросается въ глаза рѣзко выраженная атрофія мышечныхъ волоконъ; атрофія эта приблизительно равномѣрно выражена на всемъ поперечнике срѣза; атрофированными представляются отдѣльные пучки волоконъ, а между этими атрофированными участками въ очень ничтожномъ количествѣ пучки уцѣлѣвшихъ волоконъ. Разматривая эти атрофированные участки на продольныхъ разрѣзахъ, мы только по единичнымъ волокнамъ можемъ ска-

зать, что это мышечная ткань; поперечная полосатость отсутствует, сарколемма въ большинствѣ случаевъ совершенно пуста, и только цуги ядеръ, расположенныхъ продольно, говорятъ о направлении бывшаго мышечного волокна; въ другихъ случаяхъ атрофія волоконъ уже настолько сильно выражена, что атрофированные мышечные пучки представляются въ видѣ участковъ соединительной ткани.

Анализируя данные анатомического изслѣдованія, врядъ ли мы можемъ сомнѣваться, что какъ въ спинномъ, такъ и головномъ мозгу мы имѣемъ одинъ и тотъ же процессъ воспалительного характера, только захваченный въ различные периоды его теченія. Если въ стволовой части мозга мы встрѣчаемся съ явленіями острого воспаленія—расширенные сосуды, переполненіе ихъ кровью, выхожденіе составныхъ частей крови въ адвентиціальныя пространства, точечныя, линейныя геморрагіи вдоль сосудовъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ болѣе значительныя кровоизліянія въ самой нервной ткани, гибель клѣточныхъ элементовъ и т. д., то въ спинномъ мозгу мы имѣемъ дѣло уже съ болѣе старымъ процессомъ, гдѣ выражены только остатки воспалительныхъ измѣненій: утолщеніе стѣнокъ сосудовъ, обильная инфильтрація вокругъ сосудовъ и клѣточныхъ элементовъ, атрофія нервныхъ клѣтокъ и т. д.; мы нисколько не сомнѣваемся, что это повидимому тотъ же процессъ, что и въ головномъ мозгу; это подтверждаетъ и клиническое теченіе болѣзни: она развилаась въ два пріема, безлихорадочно; правда, мы не имѣли случая наблюдать первую половину болѣзни—развитіе процесса въ спинномъ мозгу; но, судя по теченію болѣзни во второй періодъ и сравнивая анамнестическая данная, находимъ полное согласіе. Болѣзнь развилаась не апоплектиформно, какъ въ первый, такъ и во второй разъ, но довольно быстро. Если бы мы встрѣтились только со второй половиной болѣзни, то врядъ-ли усумнились, что имѣемъ дѣло съ типичнымъ поліэнцефалитомъ; и теченіе, и комплексъ симптомовъ вполнѣ подходящі.

Правда, при анатомическомъ изслѣдованіи мы встрѣтились съ явленіями болѣе обширныхъ измѣненій, чѣмъ только полостного сѣраго вещества, и здѣсь уже могли

убѣдиться, что имѣемъ дѣло не съ поліэнцефалитомъ, а съ энцефалитомъ въ смыслѣ *Strümpell*'я. Скажемъ между прочимъ, что ни одинъ случай поліэнцефалита, насколько намъ извѣстно, не изслѣдовался по способу *Marchi*, и потому въ точности мы не можемъ сказать, дѣйствительно ли только одно полостное сѣрое вещество страдаетъ при этомъ. Спинно-мозговой процессъ въ нашемъ наблюденіи, указывавшій ясно, что пораженіе произошло не только въ сѣромъ веществѣ, но и въ проводниковыхъ волокнахъ, какъ бы подсказывалъ намъ, что и въ стволовой части мы имѣемъ дѣло не съ чистымъ системнымъ заболѣваніемъ.

Анализируя дальнѣе клиническую картину нашего случая, мы можемъ утвердительно сказать, что и воспалительный процессъ въ спинномъ мозгу развился въ два пріема; въ первый разъ захватилъ шейную часть и отчасти грудную, преимущественно на одной сторонѣ; во второй приступъ болѣзни спинной мозгъ былъ пораженъ приблизительно на такомъ же протяженіи, но уже съ другой стороны. Слѣдствіемъ этого пораженія были вызваны параличи съ дегенеративными страданіями и явленія диссоціированнаго разстройства чувствительности. Явленія паралича и атрофій объясняются пораженіемъ переднихъ роговъ спинного мозга, а явленія диссоціированнаго разстройства чувствительности необходимо объяснить участіемъ въ пораженіи сѣраго вещества заднихъ роговъ и вѣроятно бѣлаго вещества основныхъ пучковъ передняго и бокового столба.

По аналогії съ пораженіями сѣраго вещества другими процессами—кровоизліянія, гліозъ и др.—мы относимъ и спинно-мозговой процессъ въ нашемъ случаѣ по преимуществу къ центральному и назвали его поэтому *myelitis centralis acuta*. Въ самомъ характерѣ теченія болѣзненнаго процесса мы видимъ наклонность къ прогрессированию, при чемъ утвердительно можемъ говорить, что въ нашемъ случаѣ процессъ принялъ восходящее теченіе (затрудненіе дыханія, глотанія, потомъ глазодвигательная разстройства). Считая измѣненія въ стволовой части мозга за несомнѣнное продолженіе того же

болѣзненаго процесса, что и въ спинномъ мозгу, пораженіе въ стволовой части мозга мы называемъ *encephalitis acuta haemorrhagica*. Совершенно невыясненной остается этиология заболевания. Если мы, наблюдая спинно-мозговой процессъ, принимали во вниманіе розможность травмы, то для развитія дальнѣйшаго процесса мы не находимъ объясненія.

Среди сложной анатомической картины въ нашемъ наблюденіи есть возможность прослѣдить на большомъ протяженіи перерожденіе основныхъ пучковъ переднихъ и боковыхъ столбовъ. Въ виду рѣдкости наблюденія мы позволяемъ себѣ остановиться на немъ еще разъ. Въ самой нижней части продолговатаго мозга перерожденіе занимаетъ то же мѣсто, что и въ спинномъ мозгу—по окружности передняго рога; когда перекресть пирамидъ уже совершился, перерожденіе располагается тотчасъ же надъ пирамидой и занимаетъ латеральную часть межоливчатаго слоя, при чёмъ перерожденныя волокна вступаютъ въ перекресть и образуютъ *fibrae arcuatæ internæ*; помимо этого участка перерожденныя волокна находятся тотчасъ надъ оливой и въ большомъ количествѣ въ *subst. reticul. grisea*, тотчасъ около *raphe*, въ видѣ двухъ колонокъ; эти перерожденныя колонки на поперечномъ разрѣзѣ доходятъ до межоливчатаго слоя. Число перерожденныхъ колонокъ; значительно уменьшается послѣ ядра передняго столба и нижняго центрального ядра; видимымъ образомъ большая часть волоконъ оканчивается въ этихъ ядрахъ. Выше этихъ ядеръ перерожденные участки занимаютъ уже вполнѣ определенное мѣсто: латеральную часть главной петли и часть *fasciculi longitudin. poster.*, около самой средней линіи; кромѣ того разсѣянныя *Markschollen* находятся въ наружномъ полѣ сѣтевиднаго образования. Съ появлениемъ сѣтчатаго ядра покрышки число перерожденныхъ волоконъ еще уменьшается и главнымъ образомъ тѣхъ, которые проходятъ на мѣстѣ заднѣаго продольнаго пучка и въ наружномъ полѣ сѣтевиднаго образования. Волокна петли остаются перерожденными въ прежнемъ количествѣ. На уровнѣ ядра *n. oculomotorii* исче-

заются совсѣмъ перерожденныя волокна изъ fascicul. longit. post. и изъ наружнаго поля сѣтевиднаго образованія, видимыи образомъ оканчиваясь въ ядрахъ глазодвигательныхъ нервовъ и въ ядрѣ задней спайки. Волокна же латеральной части петли можно прослѣдить до зрительнаго бугра.

Считая свой случай за пораженіе центральной нервной системы того же характера, что и другіе воспалительные процессы въ головномъ и спинномъ мозгу несомнѣнно системнаго характера, мы не можемъ все-таки не остановиться на мысли, что и въ нашемъ случаѣ локализація измѣненій не случайная, что какъ въ спинномъ, такъ въ особенности и головномъ мозгу—поражены части, имѣющія специальное назначеніе, не одного, правда, физиологическаго значенія, но все-таки *системы*. Въ этой избирательности пораженій мы не хотимъ видѣть случайность, а думаемъ, что какъ для истинныхъ системныхъ заболеваній, такъ и болѣе разлитыхъ, какъ въ нашемъ случаѣ, имѣются специальные причины. Лежать ли они въ распределеніи сосудовъ въ данной области? Врядъ-ли. Перебирая системы кровеснабженія отдѣльныхъ частей спинногого и головного мозга, мы не находимъ въ нихъ правильности, и во всякомъ случаѣ территориальная измѣненія въ нашемъ наблюденіи не могутъ быть подведены ни къ какимъ сосудистымъ территоріямъ. Должны быть, по нашему мнѣнію, другія специальные причины, сущность которыхъ для насъ остается неясной. Можетъ быть, причина этому находится въ самыхъ клѣточныхъ элементахъ или окружающей ихъ ткани. Во всякомъ случаѣ и эти какъ бы псевдосистемные заболѣванія имѣютъ извѣстную правильность теченія и соотвѣтствующія анатомическія измѣненія.

Наше наблюденіе—myelitis centralis acuta ascendens haemorrhagica—не имѣть аналогіи съ другими наблюденіями, известными въ литературѣ, и остается пока единственнымъ.

