

Клонусъ при множественномъ невритѣ.

Врача Л. В. Громашевского.

Въ настоящей своей работѣ я имѣю въ виду изложить исторію болѣзни одного довольно исключительнаго случая полиневрита, который я имѣлъ возможность наблюдать весною 1913-го года въ клиникѣ моего глубокоуважаемаго учителя, профессора Н. М. Попова, и по поводу котораго я позволю себѣ высказать нѣкоторые соображенія, опираясь преимущественно на литературныя данныя.

Случай этотъ въ началѣ представлялъ довольно значительныя трудности для установки діагноза, въ виду нѣкоторой необычности клинической картины, и уже по одному этому заслуживаетъ описанія. Но и по установкѣ діагноза онъ не потерялъ своего интереса, тѣ-кѣ. въ виду той же особенности формы, въ которой онъ протекалъ, на вышеупомянутомъ діагнозѣ представляется возможнымъ настаивать лишь при условіи достаточно внимательнаго наблюденія за ходомъ болѣзни и достаточно полнаго изслѣдованія больного—съ одной стороны, и ознакомленія съ литературой вопроса—съ другой стороны.

Начну съ изложенія *исторіи болѣзни.*

Анамнезъ. Больной В. К., 21-го года, правосл., холостъ; занимается хлѣбопашествомъ. Поступилъ въ клинику 24-I-1913.

Отецъ и мать больного, а также сестра и три брата его вполне здоровы. Самъ онъ въ семьѣ былъ третьимъ изъ дѣтей

по возрасту, матери его въ моментъ рожденія было около 30-ти лѣтъ. Всормленъ грудью матери. Дѣтство его протекало правильно, росъ въ семьѣ, въ деревнѣ; учился въ школь. Физическимъ трудомъ (полевая работа) началъ заниматься съ 15-ти лѣтъ. Съ этого же возраста до 18-ти лѣтъ—мастурбація, но въ умѣренной степени (1—2 раза въ недѣлю). Съ 18-ти лѣтъ началъ жить естественной половой жизнью, но на 19-мъ году заболѣлъ гонорреей, осложнившейся черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ зараженія эпидидимитомъ (или орхитомъ). Съ тѣхъ поръ половыя сношенія прекратилъ.

Изъ перенесенныхъ заболѣваній отмѣчаетъ лишь скарлатину въ дѣтскомъ возрастѣ; другія венерическія заболѣванія, кромѣ гонорреи, безусловно отрицасть, такъ же какъ и злоупотребленіе алкоголемъ: если и случалось, то выпивалъ рѣдко и немного; со времени же настоящаго заболѣванія совершенно пересталъ пить, равно какъ и курить.

Настоящее заболѣваніе началось весной 1912-го года. Болѣе точно опредѣлить время начала болѣзни больной не въ состояніи, т.к. кк. заболѣваніе развивалось медленно и постепенно. Первое на что обратилъ вниманіе больной, было ослабленіе чувствительности и ощущеніе нѣмноты въ пальцахъ рукъ, сначала—правой, а затѣмъ и лѣвой. Такъ напр., играя на гитарѣ, больной сталъ плохо ощущать подъ пальцами струны, или, желая застегнуть пуговицу, находилъ ее съ нѣкоторымъ затрудненіемъ. Вскорѣ вслѣдъ за этимъ появились постоянныя тупыя и тянущія боли въ верхнихъ конечностяхъ, преимущественно въ правой, и локализирующіяся въ области плеча и лишь отчасти также и предплечья. Постепенно стала обнаруживаться и слабость въ рукахъ. Въ іюль-августѣ, т.е. приблизительно черезъ 4—5 мѣсяцевъ послѣ начала болѣзни, къ описаннымъ явленіямъ присоединяются, такого же характера, какъ въ рукахъ, боли въ правой ногѣ; почти одновременно боли распространяются также на голову, занимая правую половину ея, а также шею и надплечья, но оставляютъ незадѣтымъ лицо. Затѣмъ боли распространяются и на лѣвую ногу, оставаясь все же болѣе выраженными справа. Въ то же время больной начинаетъ замѣчать нѣкоторое ослабленіе силы и въ нижнихъ конечностяхъ.

Съ этого времени картина болѣзни, по словамъ больного, остается стационарной и, въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ,

предшествовавшихъ поступленію его въ клинику, никакихъ замѣтныхъ перемѣнъ въ общемъ состояніи его не произошло. Въ продолженіи всей болѣзни нерѣдко ощущались повалыванія и бѣганіе мурашекъ въ пальцахъ и кистяхъ обѣихъ рукъ. Все время съ начала болѣзни больной примѣнялъ, по совѣту врачей, различныя внутреннія и наружныя средства, но особаго облегченія отъ этого леченія не замѣчалъ.

Жалобы больного при поступленіи его въ клинику сводятся, такимъ образомъ, къ слѣдующему: слабость во всѣхъ конечностяхъ, боли, занимающія правую половину головы и шеи, а также правыя конечности, и распространяющіяся въ болѣе слабой степени и на лѣвыя конечности; парезы и ослабленіе чувствительности въ пальцахъ рукъ.

Подъ вліяніемъ холода всѣ болѣзненные ощущенія обостряются, въ теплѣ больной чувствуетъ себя лучше. Равнымъ образомъ, больной замѣтилъ ухудшеніе всѣхъ болѣзненныхъ симптомовъ подъ вліяніемъ куренія и послѣ приемовъ алкоголя, въ виду чего онъ и отказался совершенно отъ ихъ употребленія.

Status praesens. Объективное изслѣдованіе при поступленіи больного въ клинику обнаружило слѣдующее.

Ростъ—высокій, тѣлосложеніе—правильное, питаніе—удовлетворительное; вѣсъ—4 пд. 19 ф.; кожа и слизистыя—блѣдноваты; признаковъ физическаго вырожденія не обнаруживается.

Мышечная система развита хорошо, за исключеніемъ кисти правой руки, гдѣ мелкія мышцы возвышенія большого пальца, а также и остальные мышцы кисти, представляются нѣсколько атрофированными.

Измѣреніе мышечныхъ массъ верхнихъ конечностей дало такіе результаты:

окружность плеча на 20 см. выше верхушки локтевого отростка справа—28 см., слѣва тоже.

окружность предплечья на 15 см. ниже указанной точки справа—22 см., слѣва—23 см.

Окружность бедеръ и голеней одинакова на обѣихъ сторонахъ, никакихъ слѣдовъ атрофій здѣсь не обнаруживается.

Походка больного нѣсколько неувѣренная—съ перваго взгляда можно было бы ее назвать атактической. Таковъ же характеръ движеній и верхнихъ конечностей. Однако, болѣе

тщательное изслѣдованіе активныхъ и пассивныхъ движеній при закрытыхъ и открытыхъ глазахъ заставляетъ признать здѣсь скорѣе разстройство глубокаго мышечнаго чувства, чѣмъ разстройство координаціи движеній. На то же указываетъ и имѣющійся на лицо, хотя и слабо выраженный, симптомъ Romberg'a.

Всѣ двѣнадцать паръ черепныхъ нервовъ патологическихъ измѣненій не представляютъ, за исключеніемъ праваго n. facialis, въ области котораго при активныхъ движеніяхъ (показываніе зубовъ, зажмуриваніе глазъ, поднятіе бровей къ верху и проч.) замѣчается едва уловимое отставаніе по сравненію съ лѣвой стороной.

Мышечная сила конечностей несомнѣнно понижена, при чемъ на правой сторонѣ объ конечности оказываются слабѣе, чѣмъ на лѣвой (больной не—лѣвша); сила рукъ при изслѣдованіи динамометромъ выражается въ слѣдующихъ цифрахъ (по нижней шкалѣ):

для правой руки—20 дѣлений.

для лѣвой руки—30 дѣлений.

Какія бы то ни было произвольныя движенія, а также фибриллярныя сокращенія отсутствуютъ.

Мышечный тонусъ въ правыхъ конечностяхъ нѣсколько рѣзче выраженъ, чѣмъ въ лѣвыхъ, гдѣ онъ долженъ быть признанъ нормальнымъ.

Сухожильные рефлексы—волѣнный, Ахиллова сухожилія, сухожилій m. bicipitis и tricipitis—всѣ замѣтно повышены, на нижнихъ конечностяхъ рѣзче, чѣмъ на верхнихъ, а на правой сторонѣ рѣзче, чѣмъ на лѣвой. Клонусъ обѣихъ стопъ и обѣихъ чашечекъ, первый сильнѣе выраженъ, чѣмъ второй и тоже неравновѣрно на обѣихъ сторонахъ: въ то время какъ клонусы на лѣвой конечности (особенно клонусъ чашечки) истощаются сравнительно быстро и иной разъ наступаютъ лишь послѣ 2—3 попытокъ вызвать ихъ, клонусы правой конечности (особенно клонусъ стопы) вызываются сразу, длятся продолжительный промежутокъ времени и выражаются совершенно равновѣрными, сравнительно не очень быстрыми колебаніями.

Кожные рефлексы въ такомъ состояніи: брюшные—отсутствуютъ, рефлексъ cremaster'a слѣва—весьма живой, спра-

ва—нѣсколько вяль; симптомъ Babinsk'аго отсутствуетъ, но подошвенный рефлексъ также не очень живъ.

Рефлексы слизистыхъ не измѣнены.

Состояніе различныхъ видовъ кожной чувствительности (тактильная, болевая, тепловая и холодовая) представлялось слѣдующимъ. На верхнихъ конечностяхъ чувствительность оказалось пониженной; эта гипѣстезія сохраняла строго периферическій характеръ; но въ то время какъ слѣва чувствительность была понижена только на кисти, а на предплечьи была уже нормальна,—справа область гипѣстезіи занимала не только всю верхнюю конечность, становясь все менѣе выраженной по направленію къ туловищу, но отчасти переходила и на это послѣднее, а также на правую половину головы, будучи здѣсь уже не рѣзко выраженной и сглаживаясь совершенно по мѣрѣ приближенія къ средней линіи тѣла. На нижнихъ конечностяхъ чувствительность, наоборотъ, представлялась повышенной, при чемъ область гиперѣстезіи захватывала также тазъ, ягодицы и нижнюю часть живота, въ области поясицы уступая уже мѣсто нормальной чувствительности. Если мы еще добавимъ сюда, что границы между участками измѣненной кожной чувствительности нигдѣ не были рѣзко выражены, что чувствительность на большей части туловища была совершенно нормальна и нигдѣ, наконецъ не удалось обнаружить диссоціаціи различныхъ видовъ чувствительности, то получимъ вполне точную картину представившихся при первоначальномъ изслѣдованіи разстройствъ чувствительности.

Далѣе, необходимо отмѣтить, что мышечныя массы обѣихъ правыхъ конечностей, а также мышцы правой надлопаточной области при грубомъ ощущеніи оказались болѣзненными. Также болѣзненными при давленіи представляются большинство нервныхъ стволовъ и вѣточекъ, преимущественно правыхъ конечностей и правой половины головы; сюда относятся *nn. medianus, radialis, ulnaris* на верхней конечности, *ischadicus* и его вѣтви, а также *stygalis* на нижней конечности, далѣе, мѣста выхода изъ подъ апоневроза правыхъ *occipitalium majoris et minoris*. Самая кожа правой половины головы чувствительна къ давленію, поколачиваніе по пей столь же болѣзненно, какъ и давленіе, а поколачиваніе по скуловымъ дугамъ болѣвыми ощущеніями не сопровождается.

Органы высшихъ чувствъ функціонируютъ правильно; острота зрѣнія—нормальна, поле зрѣнія—не сужено, глазное

дно не измѣнено. Зрачки равномѣрны, умѣренно сужены, на свѣтъ и конвергенцію реагируютъ правильно.

Внутренние органы никакихъ патологическихъ измѣненій не представляютъ; дыханіе—около 20, пульсъ—около 76 въ 1 мин., t° —между $36^{\circ},1$ и $36^{\circ},8$.

Со стороны мочевыхъ органовъ отмѣчаются частые позывы на мочеиспусканіе (въ ночь мочеиспусканіе совершается 2—3 раза). Моча: реакція—кислая, уд. вѣсъ—1025, бѣлокъ и сахаръ отсутствуютъ; въ осадкѣ—лейкоциты—4—8 въ полѣ зрѣнія, ураты, оксалаты.

Въ области психической сферы отмѣчается лишь обычно вѣскольکو подавленное настроеніе, которое и самъ больной объясняетъ своей болѣзвью, доставляющей ему, помимо страданій, еще и душевныя волненія и заботы, такъ какъ почти лишаетъ его трудоспособности.

Рѣчь и письмо совершаются вполне удовлетворительно.

Электрическое изслѣдованіе мышцъ.

А. Фарадическимъ токомъ.

Названіе мышцы	Расстояніе между катушками	
	для лѣвой руки	для правой руки
m. biceps	10,0 см.	10,0 см.
m. flexor digit. comm. prof.	8,75 "	7,5 "
m. extensor dig. comm.	9,0 "	8,5 "
m. flexor pollicis brevis.	9,0 "	9,0 "
m. ext. capri radialis longus	9,0 "	10,0 "
m. extensor pollicis longus	10,0 "	—
m. abductor pollicis longus	9,0 "	9,0 "
m. abductor pollicis brevis	9,0 "	—
m. adductor pollicis	9,0 "	—
m. abductor digiti minimi	10,0 "	9,5 "

В. Гальваническимъ токомъ.

Названіе мышцы	Сила тока.	
	для правой руки	для лѣвой руки
m. biceps	2,0 МА	2,5 МА
m. flexor digit. comm. prof.	1,5 "	1,5 "

m. extensor digit communis	1,0	"	1,5	"
m. flexor pollicis brevis	2,0	"	2,0	"
m. extensor capri rad. long.	1,5	"	2,0	"
m. extensor pollicis long.	1,0	"	1,5	"
m. abductor pollicis long.	1,5	"	1,5	"
m. abductor pollicis brevis	2,0	"	2,0	"
m. abductor pollicis	2,0	"	2,0	"
m. abductor digiti min.	1,0	"	1,0	"

Характеръ сокращеній во всѣхъ случаяхъ получался довольно живой, при изслѣдованіи гальваническимъ токомъ КЗС > АЗС. Измѣненія такимъ образомъ, если и наблюдаются, то почти исключительно лишь въ смыслѣ нѣкотораго повышенія гальванической возбудимости на извѣстныхъ мышцахъ, что можно принять за самый начальный стадій частичной реакціи перерожденія.

Таковы были результаты общаго изслѣдованія больного, полученные при поступленіи его въ клинику. Здѣсь онъ пробылъ подъ наблюденіемъ около двухъ мѣсяцевъ и я приведу здѣсь нѣкоторыя выписки изъ ежедневныхъ замѣтокъ о теченіи его болѣзни за это время, а также упомяну о нѣкоторыхъ *дополнительныхъ изслѣдованіяхъ*, произведенныхъ за время пребыванія нашего больного въ клиникѣ.

6—II. Субъективныхъ перемѣнъ въ состояніи больного не произошло. Повторное изслѣдованіе различныхъ видовъ кожной чувствительности дало въ общемъ картину весьма сходную съ той, какая была получена при первоначальномъ изслѣдованіи; только гипестезія на туловищѣ, равно какъ и гиперестезія на туловищѣ, равно какъ и гиперестезія на нижнихъ конечностяхъ представлялись на этотъ разъ менѣе рѣзко выраженными.

Изслѣдованіе чувства мѣста Weber'овскимъ циркулемъ подтвердило вполне упомянутые выше результаты, полученные при простыхъ методахъ изслѣдованія чувствительности. „Осязательные круги“ Weber'а оказались весьма близкими къ нормѣ на большей части туловища и нижнихъ конечностяхъ (расстояніе между острыми циркуля въ 40 mm. на голеняхъ и тылѣ стопы, въ 70—75 mm. на бедрахъ и груди—ощущалось уже какъ два отдѣльныхъ угла, меньшія расстоянія—какъ одинъ), а также на лицѣ, тогда какъ на всей правой верхней конечности и на кисти лѣвой они были значительно расши-

рены (на плечѣ, предплечья и кисти правой руки, такъ же какъ и на кисти лѣвой руки разстояніе въ 90 мм.—наибольшее возможное разстояніе между ножками циркуля—ощущалось еще какъ одно прикосновеніе, на пальцахъ же обѣихъ рукъ ощущение двухъ уколовъ получалось лишь при разстояніяхъ большихъ 60 мм).

Наконѣцъ, для провѣрки полученныхъ результатовъ, былъ примѣненъ еще одинъ методъ объективнаго изслѣдованія чувствительности: было произведено изслѣдованіе электрокожной чувствительности. Результаты получились вполне сходные съ вышеописанными.

Сухожильные рефлексы въ прежнемъ состояніи; клонусъ стопы и чашечекъ на обѣихъ сторонахъ удается вызвать довольно легко.

12—II. Повторное изслѣдованіе поля зрѣнія и электрической возбудимости мышцъ дало результаты въ существенныхъ чертахъ сходныя съ результатами первоначальнаго изслѣдованія.

Изслѣдованіе крови на присутствіе сифилитическихъ антитѣлъ (реакція Wassermann'a) дало отрицательный результатъ.

Мышечная сила въ рукахъ по динамометру справа—30, слѣва 40 дѣлений. Мышечный тонусъ въ правой верхней конечности по прежнему слегка повышенъ, повышенія тонуса въ нижнихъ конечностяхъ нѣтъ. Клонусъ правой стопы быстро истощается, съ лѣвой стопы—лишь намекъ, клонуса чашечекъ получить не удается. Боли почти не беспокоятъ больного.

18—II. Больной жалуется на боли во всей головѣ, шеѣ и плечахъ обѣихъ рукъ. Болѣзненность при ощупываніи нервныхъ стволовъ, мышечныхъ массъ и кожи головы на обѣихъ сторонахъ.

Повышеніе мышечнаго тонуса отмѣчается въ правой рукѣ и въ лѣвой ногѣ.

Продолжительный, равномерный клонусъ лѣвой стопы и лѣвой чашечки вызывается легко, клонусъ правой стопы—лишь съ трудомъ оказывается менѣе продолжительнымъ, съ правой чашечки—намекъ на клоническія явленія.

1 - III. Боли и болѣзненность при ощупываніи распространяется на ту же область, какъ это отмѣчено 18—II.

Тщательно произведенное изслѣдованіе состоянія кожной чувствительности на этотъ разъ показало совершенное исчез-

новеніе участковъ гиперестезіи, такое же исчезновеніе участка гипестезіи на туловищѣ и нѣкоторое суженіе области гипестезіи на правой рукѣ, гдѣ она занимала теперь лишь кисть, предплечье и нижнюю треть плеча, по прежнему строго придерживаясь периферическаго типа. Далѣе, на этотъ разъ, — вѣроятно, благодаря тому, что больной великолѣпно освоился съ примѣнявшимся на немъ много разъ методомъ изслѣдованія—можно было подмѣтить наличность несомнѣнно существующей, хотя и очень слабо выраженной диссоціаціи разстройствъ различныхъ видовъ кожной чувствительности.

Такъ, наиболѣе задѣтымъ оказалось тактильное чувство, пониженіе котораго наблюдалось на всей кисти лѣвой руки, на правой же рукѣ, въ области тыла кисти и пальцевъ достигало степени почти полной анестезіи, по направленію вверху сглаживалось, уступая мѣсто нормальной чувствительности съ средней трети плеча. Ослабленіе чувства холода по степени его распространенія занимало ту же область, но было выражено нѣсколько менѣе рѣзко. Болевое чувство и чувство тепла вездѣ были измѣнены параллельно, при чемъ гипалгезія и термогипестезія достигали лишь незначительной степени, а область ихъ распространенія, совпадая на правой рукѣ съ областью пониженія другихъ видовъ чувствительности, на лѣвой занимала лишь одни пальцы, да и тамъ была выражена преимущественно на ихъ ладонной поверхности.

Клопусъ обѣихъ стопъ, но слѣва болѣе продолжительный, чѣмъ справа. Намекъ на клопусъ чашечекъ.

8—III. Походка больного нѣсколько свободнѣе, менѣе замѣтна прежняя неувѣренность въ движеніяхъ. Боли меньше.

Довольно ясный клопусъ стопы слѣва, намекъ на клопусъ стопы справа; намекъ на клопусъ чашечекъ съ обѣихъ сторонъ.

16—III. Субъективныя разстройства почти отсутствуютъ. Изслѣдованіе мышечной силы динамометромъ показало справа—40, слѣва—45. Кожная чувствительность въ прежнемъ состояніи. Довольно быстро истощающійся клопусъ стопы слѣва, въ остальныхъ случаяхъ—лишь слабый намекъ на клоническія явленія. Больной выписывается.

Итакъ, мы имѣемъ дѣло съ молодымъ субъектомъ, не отягченнымъ какою-либо наследственностью; онъ не сифили-

тивъ, не алкогольъ; въ прошломъ лишь гоноррея. Заболѣваніе развивается постепенно, тянется около года; въ его развитіи наблюдаются не только остановки, но и улучшение подъ вліяніемъ клиническаго режима и леченія. Правда, одно время наблюдалось и распространеніе болѣзненныхъ явленій на лѣвую, сначала менѣе пораженную сторону. Заболѣваніе выражается болями, расстройствами чувствительности поверхностей (по периферическому типу) и глубокой, болѣзненностью мышечныхъ массъ и нервныхъ стволовъ при давленіи; пониженіемъ мышечной силы во всѣхъ конечностяхъ; незначительнымъ повышеніемъ мышечнаго тонуса и рѣзкимъ повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ, доходящимъ до степени клонуса, напоминающаго по своему характеру клонусъ при органическихъ пораженіяхъ головного или спинного мозга. Въ то же время симптомъ Babinsk'аго отсутствуетъ, никакихъ расстройствъ со стороны психической сферы, рѣчи, письма, зрачковъ, глазного дна, тазовыхъ и внутреннихъ органовъ не наблюдается.

Если мы теперь займемся вопросомъ о томъ, что же за клиническая форма имѣется передъ нами, то оказывается, что единственный удовлетворительный отвѣтъ на поставленный выше вопросъ можетъ быть данъ только такой; здѣсь мы имѣемъ дѣло съ хроническимъ полиневритомъ, протекающимъ въ формѣ не совсѣмъ обычной для этого страданія.

Такой діагнозъ съ перваго взгляда могъ бы показаться неожиданнымъ.

Въ самомъ дѣлѣ, при изслѣдованіи больного однимъ изъ наиболее рѣзко выраженныхъ симптомовъ оказывается повышение всѣхъ сухожильныхъ рефлексовъ, сопровождающееся клонусомъ стопы и чашечки съ обѣихъ сторонъ. А это должно прежде всего заставить подумать о пораженіи центральной нервной системы. Двустороннее повышение рефлексовъ подаетъ поводъ заподозрѣть заболѣваніе мозгового ствола или спин-

ного мозга или, наконецъ, какое-либо разлитое, разсѣянное страданіе центральной нервной системы.

Изъ патологическихъ процессовъ, разыгрывающихся въ полости черепа и поражающихъ мозговую стволъ,—ни воспалительный процессъ (наичаще поражене мозговыхъ оболочекъ), ни разстройство кровообращенія (будь то кровоизліаніе, тромботическій процессъ или эмболія), по характеру ихъ развитія и теченію не похожи на разсматриваемый нами случай; къ тому же при любомъ изъ этихъ процессовъ неизбежно пострадали бы нѣкоторые изъ черепныхъ нервовъ, чего мы не видимъ у нашего больного, за исключеніемъ очень слабо выраженного пареза п. *facialis dextri*. Далѣе, это предположеніе совершенно бессильно было бы объяснить цѣлый рядъ периферическихъ чувствительныхъ разстройствъ, особенно же болѣзненности при ощупываніи мышцъ, нервныхъ стволовъ и кожи головы. Наконецъ, по отношенію къ базиллярному менингиту (каковой и имѣется тутъ, главнымъ образомъ, въ виду, т.к.-в. именно при этой локализациіи менингитическаго процесса возможно одновременное поражене мозгового ствола) можно отмѣтить, что у нашего больного отсутствуетъ обычная въ такихъ случаяхъ болѣзненность при постукиваніи по скуловой дугѣ. Если въ ряду высказанныхъ соображеній мы прибавимъ отсутствіе признаковъ повышенія внутричерепнаго давленія, то мы такъ же легко откажемся и отъ предположенія о возможности существованія въ полости черепа опухоли, поражающей мозговую стволъ.

Изъ заболѣваній спинного мозга, мнѣ кажется, можно совершенно обойти молчаніемъ всѣ очаговья заболѣванія (поперечный мѣллитъ, опухоль, гематоміѣлія и проч.), т.к.-в. эти заболѣванія, располагаясь даже въ шейной части спинного мозга, не дали бы той картины, какую намъ пришлось наблюдать.

Напротивъ, я думаю, что представляется не лишнимъ остановиться нѣсколько подробнѣе на слѣдующихъ трехъ за-

болѣваніяхъ: множественный склерозъ, сирингоміэлія и амиотрофическій боковой склерозъ. Но не трудно убѣдиться и въ этомъ случаѣ, что ни одна изъ упомянутыхъ клиническихъ формъ не можетъ исчерпать нашего діагноза—съ одной стороны, а съ другой—ни одна изъ нихъ не выражена въ нашемъ случаѣ во всей ея полнотѣ. Правда, спастическій симптомокомплексъ (повышеніе мышечнаго тонуса и сухожильныхъ рефлексовъ при пониженіи мышечной силы) наблюдается въ клинической картинѣ любого изъ этихъ заболѣваній. Однако, множественный склерозъ помимо того характеризуется еще тремя классическими признаками—вистагмомъ, интенціоннымъ дрожаніемъ и скандированной рѣчью; ни на одинъ изъ этихъ симптомовъ у насъ нѣтъ и намека; а съ другой стороны, болѣзненность мышцъ и нервовъ при оцупываніи и разстройство чувствительности по периферическому типу совсѣмъ не принадлежатъ къ признакамъ множественнаго склероза; далѣе, для множественнаго склероза въ начальныхъ его стадіяхъ характерными являются рѣзкія колебанія въ его теченіи, чего мы не наблюдаемъ въ такой степени у нашего больного. Сирингоміэлія выражается, главнымъ образомъ, помимо трофическихъ разстройствъ, диссоцірованнымъ разстройствомъ чувствительности въ смыслѣ потери тепловаго и болеваго чувствъ при сохранности тактильнаго и холодоваго и при томъ вовсе не по периферическому типу; въ нашемъ же случаѣ если и можно говорить о диссоціаціи различныхъ видовъ чувствительности, то лишь въ смыслѣ какъ разъ обратномъ тому, что встрѣчается при сирингоміэліи; а болѣзненность мышцъ и нервныхъ стволовъ опять таки не получаетъ себѣ объясненія; отсутствіе у нашего больного фибриллярныхъ сокращеній также говоритъ не въ пользу сирингоміэліи. Последнія два соображенія одновременно могутъ быть направлены и противъ того, чтобы заподозрѣть здѣсь амиотрофическій боковой склерозъ, который долженъ быть отвергнутъ еще и потому, что это заболѣваніе обычно разыгрывается значительно

быстрѣе, сопровождается рѣзкими атрофіями съ ясно выраженной реакціей перерожденія (на которую мы имѣемъ лишь намекъ, не смотря на то, что съ начала заболѣванія прошло уже около года) и въ типичныхъ случаяхъ совершенно не влечетъ за собой явленій со стороны чувствительной сферы.

Тутъ надо исключить еще одно заболѣваніе—разлитой склерозъ,—который, въ зависимости отъ области распространенія патологическаго процесса въ спинномъ мозгу, можетъ представлять весьма разнообразныя клиническія явленія; однако, для этого заболѣванія во всякомъ случаѣ характернымъ является сегментарный, а не периферическій типъ чувствительныхъ расстройствъ, болѣзненность же мышцъ и проч. при давленіи въ теченіе этого заболѣванія не наблюдается такъ же, какъ и при другихъ центральныхъ пораженіяхъ.

Наконецъ отсутствіе въ нашемъ случаѣ симптома Babinski'а дѣлаетъ вообще сомнительнымъ участіе въ патологическомъ процессѣ пирамидныхъ путей.

Напротивъ, боли, парестезіи, расстройства чувствительности по периферическому типу, болѣзненность нервныхъ стволовъ, мышцъ и покрововъ головы при давленіи на нихъ, паретическія явленія во всѣхъ конечностяхъ въ связи съ парезомъ (периферическаго характера) въ области праваго п. *facialis*,—все это заставляетъ признать, что на лицо имѣется развитая картина полиневрита. Слабо выраженная мышечная атрофія съ намекомъ на начало реакціи перерожденія, а также нѣкоторое нарушеніе мышечнаго чувства и обусловленные имъ симптомъ Romberg'a и расстройство походки находятъ достаточное для себя объясненіе въ этомъ діагнозѣ и ужь во всякомъ случаѣ не говорятъ противъ него. Только повышеніе рефлексовъ въ столь рѣзкой степени представляется необычнымъ для этой клинической формы.

Но тутъ возможно еще такое предположеніе. Допустимъ, что въ разбираемомъ нами случаѣ существуетъ множественный невритъ, цѣлый рядъ характерныхъ признаковъ котораго

имѣется на лицо; но клонусы при полиневртѣ—это столь ве-
обычно, что необходимо наряду съ полиневритомъ предполо-
жить существованіе начальнаго стадія одного изъ упомянутыхъ
выше заболѣваній, проявляющагося пока лишь только рѣзкимъ
повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ, но не развернувшася
еще во всей полнотѣ своей клинической картины.

И вотъ, для рѣшенія вопроса о томъ, необходимо ли до-
пустить существованіе самостоятельнаго заболѣванія въ его
зачаточной формѣ для объясненія существованія клоническихъ
явленій, или же и это явленіе можно объяснить диагнозомъ
множественнаго неврита, приходится обратиться къ даннымъ
литературы: только этимъ путемъ можно найти удовлетвори-
тельное рѣшеніе стоящаго передъ нами вопроса.

Прежде всего должно выяснитъ, можетъ-ли встрѣчаться
клонусъ стопы и чашечки при цѣлости пирамидныхъ путей,
или же на присутствіе клоническихъ явленій надо смотрѣть
какъ на несомнѣнное доказательство имѣющагося перерожде-
нія этой системы.

Клонусъ стопы клинически былъ наблюдаемъ впервые
Charcot и *Vulpian*'омъ въ 1862-мъ году, клонусъ же чашечки
описанъ значительно позже нѣсколькими авторами: по словамъ
Бехтерева [18], съ 1881-го года онъ былъ описанъ *Gowers*'-
омъ, *Möbius*'омъ и имъ самимъ; въ 1895-мъ году, независимо
отъ только что упомянутыхъ авторовъ, клонусъ чашечки былъ
еще разъ описанъ *Genos*'омъ¹⁾.

Неудивительно, что нѣкоторые изъ старыхъ авторовъ,
наблюдая это явленіе принимали его за вѣрной признакъ по-
раженія пирамидныхъ путей: на первыхъ порахъ такой взглядъ
могъ найти себѣ оправданіе въ той частотѣ, въ какой кло-
нусы стопы и чашечки встрѣчаются при заболѣваніяхъ, въ
основѣ которыхъ лежитъ перерожденіе пирамидныхъ волоконъ,
и въ той относительной рѣдкости случаевъ, гдѣ клоническія

¹⁾ Loire méd., 15 сент. 1895.

явленія встрѣчаются при совершенной цѣлости пирамидной системы. Я говорю объ относительной рѣдкости, т.к.-кк. абсолютно рѣдкимъ считать это явленіе, при имѣющейся въ настоящее время обширной литературѣ о клонусѣ, никакъ нельзя.

И старшій взглядъ *Sowers'a* (78), что клонусъ стопы долженъ считаться безусловнымъ доказательствомъ пораженія пирамидныхъ путей, въ настоящее время врядъ-ли найдетъ много сторонниковъ. Да и самъ *Gowers* въ *Clinical Society of London* (79) сообщилъ объ одномъ случаѣ полиневрита, осложненномъ полиомиелитомъ, гдѣ, тѣмъ не менѣе, наблюдался клонусъ обѣихъ стопъ. Другой случай, наблюдавшійся тоже *Gowers'омъ* (78), гдѣ стопный клонусъ появился черезъ 48 часовъ послѣ развитія гемиплегіи. Далѣе, тому же автору принадлежитъ взглядъ, что „ложный“ клонусъ стопы наблюдается у истеричныхъ больныхъ (140). Конечно, ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ нѣтъ основаній подозрѣвать перерожденіе пирамидныхъ путей, а потому наблюденія эти стоятъ въ рѣзкомъ противорѣчій съ упомянутымъ выше взглядомъ самого же *Gowers'a*.

Но изъ старшихъ авторовъ не всѣми раздѣлялось мнѣніе *Gowers'a* о значеніи клонуса стопы. Такъ, еще *Charcot* въ своемъ *Ouvres complètes* (36) говорилъ, что „присутствіе клонуса въ случаяхъ истерической контрактуры, быстро закончившейся излеченіемъ, доказываетъ, что клонусъ не всегда долженъ быть приписываемъ наличности органическаго пораженія боковыхъ столбовъ“.

И, дѣйствительно, знакомясь съ литературой, мы встрѣчаемъ множество случаевъ, гдѣ различные авторы наблюдали клоническія явленія, а относительно наличности вторичнаго перерожденія пирамидныхъ путей не могло существовать никакого подозрѣнія.

Здѣсь въ первую очередь можно упомянуть такъ называемыя функціональныя заболѣванія и среди нихъ прежде всего истерію.

Несомненно, что большинство авторов допускают вполне возможность появления клонических явлений при истерии, без всякаго органическаго поражения нервной системы. Такъ, *Бехтревъ* (16) считаетъ вполне доказаннымъ, что стопный феноменъ можетъ встрѣчаться въ „случаяхъ чистой истерии“, а *Westphal* (221) и *Buzzard* (32) утверждаютъ, что при истерии можетъ наблюдаться клонусъ, не отличающийся отъ истиннаго клонуса при органическихъ заболѣваніяхъ. Аналогичныя наблюденія принадлежатъ *Raimand'у*¹⁾, *Playfair'у* (160), *Dufour'у* и *Chaix* (64), *Acchioté* (1), *Beco* (19), *Dejerine'у* и *Norero* (58), *Brissaud et Grenet* (30), *Myerson'у* (146), *Szuman'у* (210) и многимъ другимъ авторамъ. *Roger* (175, 176), *Кнопъ* (103) посвящаютъ этому вопросу спеціальныя работы и приходятъ къ тѣмъ же выводамъ. Авторъ извѣстныхъ работъ о рефлексахъ, *Sternberg* (204), считаетъ частоту клонуса при истерии равной 20% общаго числа случаевъ.

О клонусахъ при неврастеніи и вообще при функциональныхъ невросахъ говорятъ, кромѣ уже упомянутыхъ авторовъ, также *P Weber* (217), *E. Leri* (117, 118, 119, 120, 121, 122), *Rossolimo* (178), *Fairchild* (68), *Chaddock* (35), *J. Roux* (181), *Breccia* (27). Послѣдній изъ названныхъ авторовъ, на основаніи изученія кривыхъ, различаетъ 5 типовъ клонуса, изъ которыхъ 3 онъ считаетъ характерными для органическихъ поражений, 4-ый типъ—невропатическій и 5-ый, встрѣчающійся при отравленіяхъ. По мнѣнію *Ziehen'a* (223) при неврастеніи клонусъ стопы наблюдается въ 20—30% всего числа случаевъ.

Baletti и *Delherme* (14) наблюдали въ одномъ случаѣ,—при отсутствіи какихъ бы то ни было другихъ явленій, кромѣ неврастеническихъ,—наряду съ повышеніемъ рефлексовъ, перемѣжающійся клонусъ то одной, то другой стопы. На вскры-

¹⁾ Soc. de Neur. de Paris, séance du 5 février 1903. Discussion. Rev. Neur., 1903, стр. 234 и слѣд.

тѣмъ однако былъ найденъ базиллярный сифилитическій менингитъ, при чемъ пирамидные пути оказались совершенно незадѣтymi. Это дало право *Ballet* (12) утверждать, что „наряду съ клонусомъ вслѣдствіе перерожденія пирамидныхъ путей есть и клонусъ простого раздраженія ихъ“.

При травматическомъ неврозѣ, въ случаѣ, выражавшемся лѣвостороннимъ гемипарезомъ, *Raymond*¹⁾ наблюдалъ клонусъ стопы противоположной стороны, а *Бехтерева* (18) говоритъ, что и клонусъ чашечки часто встрѣчается при этомъ заболѣваніи. Согласно наблюденіямъ *Бехтерева* (16) есть еще „двѣ болѣзненные формы, обычно причисляемыя къ неврозамъ, при которыхъ стопный или колѣнный феноменъ отнюдь не представляетъ особенно рѣдкаго явленія;... это *Myoclonus multiplex* и *Akinesia algera*“. При обоихъ этихъ страданіяхъ, по указанію *Бехтерева*, клоническія явленія совершенно идентичны съ таковыми же, получающимися при органическихъ пораженіяхъ центральной нервной системы. Также и *Ziehen* (223) отмѣчаетъ, что клонусъ стопы наблюдается въ большинствѣ случаевъ міоклоніи.

Сходные между собою случаи неопредѣленныхъ болѣзненныхъ формъ описывали *Petrina*²⁾ („*Tremor saltatorum*“), *Kost* (107) (*Saltatorischer Reflexkrampf*“), а также *Bennet* (21), *Hanus* (82) и *van-Gehuchten* (216). Конечно, во всѣхъ этихъ случаяхъ перерожденіе пирамидныхъ путей отсутствовало, а въ нѣкоторыхъ изъ нихъ наступало даже полное излеченіе, несмотря на то, что во время развитія заболѣванія наблюдались рѣзко выраженные клоническія явленія.

Вевор'у (20) удалось получить клонусъ стопы у одного вполне здороваго субъекта послѣ холодной ванны, *Ziehen* (223)

¹⁾ Soc. de Neur. de Paris séance du 1 fevrier 1906. Дискуссія по поводу сообщ. Dejerine et Noreo. Rev. Neur., 1906, стр. 182.

²⁾ Prager med. Wochenschr., 1879, № 43.

считаетъ, что у вполне здоровыхъ дѣтей, наряду съ общимъ повышеіемъ рефлексовъ, встрѣчается и клонусъ. Далѣе, стоитъ упомянуть, что *Richer*, *Tamburini* и *Sepilli*¹⁾ наблюдали повышение рефлексовъ въ состояніи гипноза, а *Berger* и *Potts* (163) у совершенно здоровыхъ субъектовъ видѣли клонусъ стопы.

Наконецъ, цѣлый рядъ авторовъ—*Щербакъ* (201, 202), *Kollarits* (105), *Weir Mitschel* (142), а также *Cloude et Rose* (39, 40), *Chaddock* (35) и др.—получали клоническія явленія экспериментальнымъ путемъ на животныхъ и людяхъ.

Изъ этого бѣглаго обзора можно видѣть, какъ разнообразны тѣ состоянія, гдѣ, при наличности клонуса, не только не могло быть и рѣчи о поражении пирамидныхъ путей, но и вообще, по современнымъ воззрѣніямъ отсутствовали какія бы то ни было органическія измѣненія.

Слѣдующую обширную группу патологическихъ состояній, при которыхъ различные авторы наблюдали клоническія явленія, составляютъ интоксикаціи экзогеннаго и эндогеннаго происхожденія и инфекціи, а также нѣкоторыя сходныя съ ними состоянія, ближайшая природа которыхъ, однако, еще не достаточно хорошо изучена. „Въ теченіе дискразій, инфекцій, отравленій можетъ наблюдаться повышение рефлексовъ“ говоритъ *Babinski* (11). Нѣкоторыя изъ этихъ состояній приближаются отчасти къ невритамъ по сущности лежащаго въ ихъ основѣ процесса и иногда даже настолько, что рѣдкая граница между тѣми и другими не можетъ быть проведена, въ иныхъ же случаяхъ существуетъ лишь болѣе или менѣе отдаленная аналогія. Во всякомъ случаѣ, этотъ отдѣлъ представляетъ еще болѣе интересъ въ отношенія той темы, которая мною затронута въ настоящей работѣ.

¹⁾ Последніе три автора, такъ же какъ и упоминаемый далѣе *Berger*, цитируются *Szitalomъ* въ его работѣ о состояніи рефлексовъ при неврозахъ (210).

Изъ острыхъ отравленій, способныхъ вызвать, между прочимъ, повышение рефлексовъ, доходящее до клонуса, надо поставить на первомъ мѣстѣ отравленіе стрихниномъ. Объ этомъ говорятъ *Schönborn* (192), *Введенскій* (222); *Russel* (182) и *Muskens* (144) воспроизводили это экспериментально, при чемъ послѣдній авторъ, для полученія клоническихъ рефлекторныхъ явленій, кромѣ стрихнина примѣнялъ также инъекціи Absinth'a и карбаминово-кислаго аммонія. Для своихъ экспериментовъ онъ пользовался теплокровными, холоднокровными и даже безпозвоночными животными. Очевидно, что тутъ не пораженіе пирамидной системы играло роль. Клонусы при отравленіяхъ изучалъ при помощи графическаго метода *Breccia* (27). *Tileston* (212) упоминаетъ о клонусѣ стопы при отравленіи гіосциномъ.

Клоническія явленія въ состояніи хлороформнаго и эфирнаго наркозовъ наблюдалъ и изслѣдовалъ графически *E. Levi* (117), констатирующій, что въ глубокомъ наркозѣ появляются клонусъ стопы, совершенно идентичный съ клонусомъ, встречающимся при органическихъ заболѣваніяхъ центральной нервной системы. *Lonnais* и *Clement* (111, 112) во время общей анестезіи черезъ 3—7 минутъ послѣ исчезновенія кожныхъ и роговичныхъ рефлексовъ, обнаруживали появленіе клонуса стопы, который, по ихъ наблюденіямъ, длился все время наркоза. Объ аналогичныхъ наблюденіяхъ сообщаютъ также *Lenoble* (114, 115), *de-Buck* (46) и *Russel* (182).

При асфиксіи, въ начальныхъ ея стадіяхъ, а также при вдыханіи различныхъ газовъ, какъ, напр., азота, окиси азота и пр., наблюдается повышение рефлексовъ, доходящее до клонуса, какъ это установлено экспериментальными работами *Russel*'я (182), *Béthe* (23) и др.

Повышеніе рефлексовъ при хроническомъ алкоголизмѣ констатируетъ, между прочимъ, *Kraepelin* (108), а *Ziehen* (224) говоритъ даже о клонусахъ при этомъ страданіи; *Stern-*

berg (204) считаетъ, что при отсутствіи развитого полиневрита, алкоголизмъ всегда сопровождается повышеніемъ рефлексовъ, *Kraepelin* же говоритъ о клонусѣ стопы при *Delirium tremens* и о повышеніи рефлексовъ при алкогольномъ помѣшательствѣ, а *Smith* (197)—при алкогольномъ бредѣ.

Syllaba (209) въ типичномъ случаѣ хроническаго ртутнаго отравленія наблюдалъ повышение рефлексовъ и клонусъ стопы. *Crocg* (42) описываетъ сходный случай, гдѣ у кожевника рабочаго на почвѣ ртутнаго отравленія развился тяжелый тремор охватывавшій всѣ мышцы туловища, разстроившій рѣчь и ходьбу и не прекращавшійся ни при покое, ни при движеніяхъ; кожные рефлексы отсутствовали при одновременномъ повышеніи всѣхъ сухожильныхъ, наблюдался клонусъ обѣихъ стопъ.

При Базедовой болѣзни клонусъ наблюдалъ *Никитинъ* (149). *Tinel* и *Goldflam* (214) упоминаютъ, что повышение рефлексовъ и ложный клонусъ встрѣчаются при микседемѣ.

Многіе авторы констатировали наличность того же явленія при уреміи. *Fette* (69) подтверждаетъ болѣе старыя наблюденія *H. Curschmann'a*, находившаго передъ наступленіемъ уреміи повышение всѣхъ сухожильныхъ рефлексовъ и клонусы стопы, чашечки и ручной кисти. По мнѣнію *Kaufmann'a* (101), *Dietz'a* (61), *Lion'a* (129), *Fürstner'a*, значительное повышение рефлексовъ при нефритѣ предвѣщаетъ уремію, а потому имѣетъ прогностическое значеніе; при улучшеніи общаго состоянія рефлексы понижаются. *Lion*, находившій повышение рефлексовъ почти во всѣхъ случаяхъ хроническаго нефрита, считаетъ его результатомъ интоксикаціи организма ядовитыми продуктами, повышающими возбудимость рефлекторнаго аппарата. *Sterens* (206) считаетъ это настолько постояннымъ явленіемъ, что, по его мнѣнію, двустороннее повышение коленныхъ рефлексовъ и клонусъ обѣихъ стопъ въ сомнительныхъ

случаяхъ говорятъ объ урэмии. *P. Weber* (217) въ одномъ случаѣ урэмии наблюдалъ клонусъ чашечки.

Частоту появленія клонуса при эвлямпсiи *Ziehen* (224) считаетъ равной 60%, такъ же какъ и при эпилепсiи. О повышенiи рефлексовъ и клонусахъ послѣ эпилептическихъ припадковъ говорятъ далѣе *Jackson* (140), *Бехтеревъ* (16, 18) *Audenino* (4), *Sternberg* (204), *Olliver. De-Buck* (46) находятъ сухожильные рефлексы у эпилептиковъ обычно повышенными, часто неравномѣрно на обѣихъ сторонахъ; послѣ припадка чаще наблюдается повышенiе ихъ, рѣдко пониженiе; въ *etat de mal* рефлексы повышены и можетъ наблюдаться клонусъ стопы. По словамъ *Babinsk'аго* (11), „во время припадка эпилепсiи и нѣкоторое время послѣ него можно констатировать повышенную рефлекторную возбудимость, проявляющуюся, въ частности, клонусомъ стопы“.

L. Levi (124), изслѣдуя состоянiе рефлексовъ при пораженiяхъ печени, въ нѣкоторыхъ случаяхъ находилъ ихъ повышенными, при чемъ получался клонусъ стопы. Авторъ объясняетъ это явленiе „токсемiей ab hepato laeso“.

Многiе авторы наблюдали зависимость между физическимъ утомленiемъ и состоянiемъ рефлексовъ. *Oskonomakis* (153, 154), изслѣдовавшiй участниковъ Марафонскаго бѣга до и послѣ состязанiя, нашелъ, что умѣренное утомленiе обычно сопровождается повышенiемъ рефлексовъ, а болѣе сильное—ихъ пониженiемъ. *Knapp* и *Thomas* (104) на атлетахъ, участвовавшихъ олимпiйскихъ игръ въ Бостонѣ въ 27 случаяхъ нашли пониженiе, а въ 4 случаяхъ—повышенiе, сухожильныхъ рефлексовъ. Вполнѣ сходны съ приведенными и результаты, полученные *Auerbach'омъ* (5) на велосипедистахъ и *Edinger'омъ* (65) на скороходахъ. Тѣмъ же вопросомъ занимались еще *Sternberg* (205) и *E. Levi* (119), при чемъ послѣднiй при утомленiи наблюдалъ „ложный клонусъ“.

Изъ острыхъ инфекцiонныхъ заболѣванiй въ отношенiи состоянiя рефлексовъ наилучше изученъ брюшной тифъ *Ström-*

pell, *Ballet*, *Bernhardt* (22) и *Longard* (130) говорят о повышении рефлексовъ, а *Schönborn* (192) даже о клонусахъ в течение этого заболѣванія. *Libert* (127) находитъ, что повышение сухожильныхъ рефлексовъ съ клоническими явлениями навѣще встрѣчается въ тяжелыхъ случаяхъ тифа. То же констатируетъ и *Remlinger* (170, 171), который изслѣдовалъ 100 случаевъ брюшнаго тифа и у 32 больныхъ нашелъ повышение сухожильныхъ рефлексовъ, при чемъ у 20 изъ нихъ наблюдался клонусъ стопы, а иногда и чашечки. *Pluyaud* же (161) на 100 изслѣдованныхъ больныхъ у 77 получалъ клонусъ стопы, *Fleury* (55) наблюдалъ клонусъ у трехъ тифозныхъ больныхъ. *Josias* (98), изслѣдовавшій рефлексы у 30 холерныхъ больныхъ, въ общемъ находитъ ихъ также повышенными. *Longard* (130) на 8 случаевъ крупозной пневмоніи нашелъ тоже явленіе 7 разъ.

*Dufour*¹⁾ сообщилъ случай, гдѣ у больного рожей появилась сильная болѣзненность мышцъ нижнихъ конечностей при движеніяхъ и при ошупываніи, а также клонусы обѣихъ стопъ. Клонусъ наблюдалъ *Tileston* (212) въ 4 случаяхъ септацеміи; при посмертномъ изслѣдованіи лишь въ одномъ изъ нихъ были найдены легкія реактивныя явленія въ нѣсколькихъ участкахъ спинного мозга. О клонусахъ при тетанусѣ упоминаетъ *Ziehen* (224).

Въ двухъ случаяхъ полиоміалита *Spiller* (198) наблюдалъ рѣдкое повышение колѣнныхъ рефлексовъ на пораженной сторонѣ, а *Aswood* (2) увеличеніе силы колѣннаго рефлекса на большой сторонѣ въ одномъ случаѣ полиоміалита. *Gowers* (79) при этомъ заболѣваніи наблюдалъ даже двусторонній клонусъ стопы.

Кромѣ упомянутыхъ авторовъ о повышеніи рефлексовъ и клонусахъ при инфекціяхъ говорятъ: *E. Levi* (117, 118, 119),

¹⁾ Soc. de Neur. de Paris, séances du 1 fevr. 1906. Discusse, по поводу сообщенія *Dejerine et Norena*. Rev. Neur., 1906, 182.

Sternberg (204), *Germain* (74); послѣдній сравниваетъ эти состоянія съ недостаточностью почечъ при Bright'овой болѣз- ни, когда тоже, какъ извѣстно, нерѣдко наступаетъ повыше- ніе рефлексовъ.

При остромъ суставномъ ревматизмѣ *Longard* (130) въ одномъ случаѣ наблюдалъ повышение рефлексовъ, а *L. Levi*¹⁾ клонусъ стопы. При хроническомъ ревматизмѣ *Férocnaud*, *Miraillet et Arin* (156) наблюдали повышение рефлексовъ, а *Cheruis* (37) нерѣдко и клонусы: клонусъ чашечки—въ 30%, а клонусъ кисти—въ 15% числа случаевъ. Все эти авторы констатируютъ, что повышеніе рефлексовъ чаще всего встрѣ- чается одновременно съ артропатіями и амиотрофіями. О кло- нусѣ стопы при ревматизмѣ говоритъ и *E. Levi* (117, 119), а также по одному аналогичному случаю сообщаютъ *Fleury* (55) и *Raymond*²⁾. Этотъ послѣдній авторъ наблюдалъ также въ теченіе долгаго времени рѣзко выраженный клонусъ у одной больной, страдавшей *Arthritis deformans*³⁾. Наиболѣ благо- пріятной для появленія клонуса стопы локализаціей артри- тического процесса является голено-стопный суставъ. Объ этомъ свидѣтельствуютъ наблюденія *Babinsk'аго*⁴⁾, а также *Chaddock'a* (35), по словамъ котораго въ этихъ условіяхъ на- блюдается „истинный рефлекторный клонусъ стопы“.

Изъ другихъ хроническихъ инфекцій клонусъ встрѣчается нерѣдко при туберкулезѣ легкихъ. О подобныхъ наблюде- ніяхъ говоритъ *Schoenborn* (192), а также *Longard* (130), который среди 82 больныхъ нашелъ ясный клонусъ стопы 30 разъ. *L. Levi et Fallet* (126) на 50 случаевъ тѣс нашли кло-

¹⁾ Soc. de Neur. de Paris, séance du 10 janvier 1901. Дискуссія по по- воду сообщенія *L. Levi et Fallet*. Rev. Neur., 1901, стр. 54.

²⁾ Ibid.

³⁾ Soc. de Neur. de Paris, séance du 5 fevr. 1903. Дискуссія по поводу сообщенія *Ballet* и *Dejerine*. Rev. Neur., 1903, стр. 234 и сл.

⁴⁾ Ibid.

нусъ 9 разъ. Одну изъ этихъ больныхъ они демонстрировали въ Soc. de Neur. de Paris. Больная 22-хъ лѣтъ, представляетъ симптомы каверны въ верхушкѣ праваго легкаго. До поступленія въ больницу у нея наступалъ клонусъ стопы спонтанно всякій разъ, когда она опиралась верхушкой стопы о землю. На обѣихъ сторонахъ имѣется ясный клонусъ стопы, но не всегда удается получить его сразу, иногда приходится сдѣлать нѣсколько попытокъ для его обнаруженія, но разъ уже это достигнуто, то клоническое колебаніе продолжается 40—60 мин. и даже еще дольше. Кромѣ того существуетъ и клонусъ чашекъ. Никакихъ другихъ признаковъ органическаго пораженія нервной системы у больной не найдено. Изъ остальныхъ 8 случаевъ лишь въ одномъ имѣлось въ прошломъ злоупотребленіе Absinth'омъ со всѣми признаками хроническаго отравленія имъ, да въ одномъ наблюдались судорожные припадки истерическаго происхожденія. За то всѣ 9 больныхъ въ легкихъ имѣли каверны. Сходный случай описанъ *L. Levi* и *Bauer'омъ* (125).

Здѣсь же можно упомянуть еще о двухъ хроническихъ заболѣваніяхъ, которыя хотя и не являются инфекціонными но связь которыхъ съ инфекціей общепризнана. Я имѣю въ виду прогрессивный параличъ и спивную сухотку. Какъ известно, для обоихъ этихъ заболѣваній характернымъ является симптомъ Westphal'я, стоящій въ связи съ перерожденіемъ заднихъ столбовъ, а, слѣдовательно, съ нарушеніемъ дѣлности рефлекторной дуги. Однако процессъ перерожденія развивается не сразу и, благодаря значительной медленности въ развитіи этихъ заболѣваній, нарушенію дѣлности рефлекторной дуги предшествуетъ періодъ извѣстнаго состоянія раздраженія въ ней, что и сказывается повышеніемъ рефлексовъ въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго періода времени въ начальныхъ стадіяхъ упомянутыхъ заболѣваній. *Ziehen* (224) и *Franz* (72) наблюдали клоническія явленія при про-

грессивномъ параличѣ, а *Goldflam* (76) при спинной сухоткѣ. Такъ, *Ziehen* (224) при прогрессивномъ параличѣ находилъ повышеніе рефлексовъ въ 32%, при чемъ въ половинѣ этихъ случаевъ наблюдался клонусъ стопы, *Franz* же (72), изслѣдовавшій состояніе рефлексовъ у 4000 парализованъ, наблюдалъ повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ въ 47,3%, при чемъ у 15% былъ клонусъ щиколотки на одной или обѣихъ сторонахъ. Что это повышеніе рефлексовъ дѣйствительно составляетъ начальный симптомъ, доказываютъ слѣдующія интересныя цифры *Franz'a*: продолжительность жизни больныхъ съ повышенными рефлексами оказалась въ среднемъ равной 20 мѣсяцамъ, съ нормальными—19, а съ пониженными или отсутствующими—всего 13 мѣсяцамъ. *Goldflam* (76) въ своей работѣ отмѣчаетъ, главнымъ образомъ, важное діагностическое значеніе неравномѣрности колѣнныхъ рефлексовъ въ начальныхъ стадіяхъ табеса, при чемъ рефлексы эти могутъ быть нормальны или даже повышены. И, дѣйствительно, среди сообщаемыхъ имъ случаевъ несомнѣннаго табеса, у двухъ больныхъ наблюдался клонусъ стопы. Самъ авторъ смотритъ на это явленіе, какъ на переходный стадій, вслѣдъ за которымъ уже наступаетъ утрата сухожильныхъ рефлексовъ. „Вѣдъ а priori уже невозможно предположить, чтобы нормальные колѣнные рефлексы, безъ всякихъ переходныхъ стадій, могли бы сразу исчезнуть“. Въ заключеніе *Goldflam* отмѣчаетъ, что описанныя имъ явленія, конечно, не могутъ считаться патогномоничными для табеса, т.к.-кк. могутъ быть, очевидно, наблюдаемы въ качествѣ временнаго симптома и при другихъ заболѣваніяхъ, для которыхъ характеренъ симптомъ *Westphal'a*.

De Bock и *van-de-Linden* (52) во всѣхъ случаяхъ несомнѣннаго рака при любой его локализациі констатировали повышеніе рефлексовъ, достигающее иногда степени клонусовъ,

а *Laborderie* (109) въ начальныхъ стадіяхъ рака находилъ повышение рефлексовъ въ 80% всѣхъ случаевъ.

Наконецъ *de-Grandmaison* (56), изслѣдовавъ 26 больныхъ, у которыхъ целью было найти никакихъ патологическихъ состояній, кромѣ атероматознаго пораженія сосудовъ, нашелъ у 20 изъ нихъ повышение рефлексовъ, а у 15 изъ этихъ послѣднихъ даже клонусъ стопы. Правда, онъ объясняетъ это пораженіемъ центральной нервной системы.

Чтобы закончить перечисленіе тѣхъ патологическихъ состояній, при которыхъ можетъ наблюдаться, безъ всякаго перерожденія пирамидныхъ путей, клонусъ,—необходимо упомянуть еще о двухъ группахъ наблюдений. Къ первой изъ нихъ относятся тѣ случаи, гдѣ клонусъ наступалъ очень скоро послѣ развитія гемиплегіи, какъ это наблюдалось, напр., *Rénon'омъ* (172), *Бехтеревымъ* (16), *Gowers'омъ* (78), *Pitres*¹⁾, *Delom-Lorbé* (59): здѣсь упомянутый промежутокъ времени исчислялся часами, достигая въ некоторыхъ изъ этихъ случаяхъ продолжительности въ 12—11 часовъ; однако, эта группа наблюдений не нашла еще для себя достаточнаго объясненія и представляетъ сравнительно мало интереса для настоящей моей работы. Гораздо болѣе цѣнной представляется вторая группа случаевъ, въ которой я отношу рядъ наблюдений авторовъ, гдѣ клонусъ появлялся въ связи съ мѣстнымъ страданіемъ въ области нижней конечности. Выше мною уже упоминалось, что локализація артритическаго процесса въ голенно-стопномъ суставѣ очень легко обуславливаетъ появленіе клонуса стопы. На возможность появленія клонуса стопы при пораженіяхъ костей, суставовъ и мышцъ указываютъ *Babinski* (7, 8, 9) и *E. Levi* (119); такъ, первый изъ нихъ гово-

¹⁾ Цитир. у *Delom-Lorbé* (59).

рять¹⁾, что тѣ авторы, „которые придаютъ большое значеніе клонусу, не считаютъ его признакомъ пораженія пирамидной системы“, потому что извѣстно, что „периферическое пораженіе можетъ породить это явленіе“. Fleury (55) наблюдалъ клонусъ при слѣдующихъ страданіяхъ: фунгозное пораженіе праваго tarsus; переломъ правой голени; вывихъ праваго голенно-стопнаго сустава; контузія того же сустава лѣвой ноги. Сходное наблюденіе было сдѣлано и Delom-Lorbé. Pick (159) сообщаетъ слѣдующіе два интересные случая: портной, 43 лѣтъ, сильно истощенный длительнымъ нагноеніемъ, послѣ произведенной ему некротоміи въ области лѣвой голѣни, сталъ обнаруживать симптомы травматическаго бреда, теченіе котораго колыбные рефлексы были повышены и наблюдался клонусъ стопъ. Въ другомъ случаѣ, больной съ явленіями меланхолическаго помѣшательства послѣ операціи Лисфранка на правой стопѣ сталъ обнаруживать повышеніе колыбнаго рефлекса и ясный клонусъ стопы лѣва. Въ обоихъ случаяхъ за причину клонуса авторъ принимаетъ то периферическое раздраженіе, которое, исходя изъ области пораженія или рубца, распространяется на весь поперечникъ спинного мозга.²⁾ Упомянутый уже выше случай клонуса при рождѣ Dufour объясняетъ особымъ состояніемъ мускулатуры. О „мышечной формѣ повышенія рефлексовъ“ говоритъ также Altaus (140).

Итакъ, озвакомившись со всѣми тѣми разнообразными состояніями, при которыхъ клонусы могутъ наблюдаться не смотря на то, что нѣтъ никакихъ основаній подозрѣвать пораженіе центральной нервной системы въ смыслѣ перерожденія пирамидныхъ путей, необходимо придти къ выводу, что

¹⁾ Soc. de Neur. de Paris. séance dr 4 fevr. 1903. Дискуссія по поводу реф. Ballet и Dejerine'a. Rev. Neur., 1903, стр. 234 и сл. Ср. также слова Babinsk'аго въ засѣд. 1 февраля 1906 г. того же общ. по поводу реф. Dejerine и Norero. Rev. Neur., 1906, стр. 182.

²⁾ Цитир. по реф. Kalischer'a въ Neur. Centr., 1888, стр. 478.

одной наличности повышенія сухожильныхъ рефлексовъ, доходящаго до высшей его степени—до состоянія клонуса—еще недостаточно для установки діагноза пораженія головного или спинного мозга. Къ такимъ же выводамъ приходятъ въ своихъ работахъ *Bexterev* (16, 18), *Babinski* (7, 8, 9, 10, 11, 12), *Longard* (130), *Crocg* (42), *Szumann* (210), *Ballet* и *Delherme* (12, 14), а также *Aclhioté* (1), который отмѣчаетъ, что клонусъ стопы только при наличности симптома *Babinsk*'аго можетъ считаться доказательствомъ перерожденія пирамидной системы.

Съ другой стороны, въ появленіи клонуса при отравленіи стрихниномъ,—который, какъ извѣстно, дѣйствуетъ возбуждающимъ образомъ на кѣтки переднихъ роговъ спинного мозга,—а также при периферическомъ раздраженіи,—какъ это имѣетъ мѣсто при пораженіяхъ голенно-стопнаго и другихъ суставовъ и костей,—намѣчается другой способъ объясненія появленія клонусовъ при цѣломъ рядѣ патологическихъ процессовъ и состояній. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ, мы находимъ моментъ, повышающій раздражимость въ предѣлахъ периферической рефлекторной дуги, то въ самомъ рефлекторномъ центрѣ, то на периферіи чувствительной ея вѣтви. Значитъ, повышенная возбудимость или состояніе раздраженія въ любомъ участкѣ рефлекторной дуги можетъ повлечь за собой повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ до степени клонуса. И на этомъ именно объясненіи сходятся многіе авторы. Такое же приблизительно объясненіе даетъ, напр., *Longard* (130) для случаевъ туберкулеза, сопровождавшихся клонусомъ, говоря, приблизительно, слѣдующее: ядовитыя вещества, циркулирующія въ организмѣ при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, приводятъ нервы въ патологическое состояніе возбужденія, не доводя ихъ однако до перерожденія и не вызывая пониженія ихъ функціи—пареза или паралича. Сходное объясненіе своему случаю рѣзкаго повышенія рефлексовъ

даетъ *Bennet* (21); онъ сводитъ его къ повышенію возбудимости кѣтокъ переднихъ роговъ спинного мозга, а это послѣднее, помимо пораженія пирамидныхъ путей, можетъ, по его мнѣнію, обуславливаться, во-первыхъ, непосредственнымъ раздраженіемъ возбужденія съ периферіи (*Tetanus*, периферическія пораженія). *Schultze* же (193), для того, чтобы остановиться на діагнозѣ пораженія пирамидныхъ путей при наличности клонуса, считалъ необходимымъ исключить наличность страданія, могущаго обусловить „повышеніе возбудимости въ периферическомъ аппаратѣ“.

Посмотримъ теперь, какая можетъ быть установлена зависимость между всѣмъ тѣмъ, что мною до сихъ поръ сказано о состояніи рефлексовъ при различныхъ патологическихъ формахъ и вопросамъ о повышеніи рефлексовъ при невритахъ. Прежде всего укажу, что очень многія изъ упомянутыхъ формъ весьма близко по своей природѣ къ слабо выраженному невриту, протекающему при однихъ явленіяхъ раздраженія. На такую близость указываетъ и *Longard* (130) который далъ нѣсколько выше приведенное объясненіе повышенія рефлексовъ и клонусовъ при *tbc.* Также *Oekonomakis* (154), сравнивая состоявіе физическаго утомленія съ начальными стадіями полиневрита, объясняетъ повышеніе рефлексовъ состояніемъ повышенной возбудимости въ периферическомъ рефлекторномъ аппаратѣ. Несомнѣнно также, что на повышеніе рефлексовъ при хроническомъ алкоголизмѣ можно смотрѣть лишь какъ на симптомъ слабо выраженнаго полиневрита, какъ это доказано, напр., работой *Lindel'*я (128). А вѣдь при хроническомъ алкоголизмѣ нерѣдко наблюдаются и клонические явленія. Такъ же близкими къ полиневритамъ должны быть признаны и всѣ случаи повышенія рефлексовъ при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, при уреміи и прочихъ сходныхъ состояніяхъ, какъ потому, что во многихъ изъ этихъ случаевъ нерѣдко наблюдаются и другіе невритическіе симптомы, глав.

нымъ образомъ, чувствительныя разстройства, такъ и потому, что при тѣхъ же страданіяхъ описано не мало случаевъ вполне выраженныхъ невритическихъ формъ, гдѣ рефлексы зачастую оказывались повышенными.

Вообще въ настоящее время возможность повышенія рефлексовъ при множественномъ невритѣ не можетъ болѣе возбуждать уже никакихъ сомнѣній. То, что рефлексы бываютъ повышены въ началѣ заболѣванія, извѣстно уже давно и соответствующія указанія могутъ быть найдены въ любомъ учебникѣ нервныхъ болѣзней. Нѣсколько рѣже случаи, гдѣ рефлексы остаются повышенными въ продолженіи всей болѣзни. Первыми наблюдали это явленіе *Strümpell* и *Moebius* [207], которые и дали для него объясненіе, весьма сходное съ тѣмъ, на которомъ я остановился нѣсколько выше, и которое принимается многими другими авторами, между прочимъ и *Sternberg'омъ* [204]; они говорятъ, что въ основѣ этого повышенія рефлексовъ лежитъ повышенная возбудимость одного или нѣсколькихъ элементовъ, входящихъ въ составъ рефлекторной дуги.

Нѣкоторые авторы случаи повышенія рефлексовъ при полиневритахъ въ теченіе долгаго періода считаютъ довольно рѣдкимъ явленіемъ. Такъ, *Ingebrans*, въ своей работѣ (93), появившейся въ 1903 году, кромѣ своихъ двухъ, собралъ всего 10 случаевъ изъ литературы. Однако, съ этимъ никакъ нельзя согласиться. Очевидно, многіе случаи оставлены были этимъ авторомъ безъ вниманія. Въ прилагаемомъ къ настоящей работѣ указателѣ литературы можно найти гораздо больше подобныхъ случаевъ. Подробнѣе останавливаться на всѣхъ этихъ случаяхъ повышенія рефлексовъ я не имѣю возможности, тѣ-ек. ближайшей темой моей работы являются лишь тѣ случаи, гдѣ это повышеніе рефлексовъ достигало степени клонуса. Такого рода случаи, дѣйствительно, встрѣчаются крайне рѣдко, и во всей доступной мнѣ литературѣ я могъ собрать

лишь 15 случаевъ периферическаго неврита, сопровождавшагося клонусами. Къ этимъ случаямъ можно прибавить еще наблюдение *Brunns'a* [31], который констатируетъ, что при туберкулезѣ рефлексы часто бываютъ повышены, въ частности можетъ наблюдаться клонусъ стопы; при посмертномъ изслѣдованіи по способу *Marchi* онъ находилъ поврежденіе заднихъ корешковъ на уровнѣ входа ихъ въ спинной мозгъ, не периферіи послѣднаго; никакого поврежденія пирамидныхъ путей ¹⁾).

Перехожу теперь къ описанію упомянутыхъ случаевъ изъ литературы.

1. Случай *Gowers'a* [79], о которомъ я уже вратцѣ упоминалъ. Мальчикъ 7 лѣтъ; заболѣлъ сразу, послѣ холодной ванны. Болѣзнь проявилась сперва рѣзкой чувствительностью нервныхъ стволовъ сначала рукъ, а затѣмъ и ногъ при всѣхъ движеніяхъ въ локтѣнномъ и локтевомъ суставахъ. Одновременно наблюдались рѣзко выраженныя общія явленія. Затѣмъ присоединялись симптомы полиомієлита. Пателлярные рефлексы были живы и съ обѣихъ сторонъ наблюдался клонусъ стопы.

2. Случай *Муратова* [145], острая форма восходящаго паралича *Landry*.

Больная 28 лѣтъ, поступила въ клинику 21—IX—1891, черезъ 3 недѣли послѣ начала болѣзни. Заболѣваніе развилось постепенно, началось съ ослабленія нижнихъ конечностей, черезъ недѣлю появилась слабость и въ верхнихъ конечностяхъ, а еще недѣлю спустя появились явленія розстройства дыханія и глотанія. Болей нѣтъ.

St. praes 21—IX—1891. Больная истощена, сидѣть не въ состояніи; если ее поднимаютъ, то быстро развивается коллапсъ. Правый зрачекъ шире лѣваго, нистагмъ, диплопія, Глотаніе затруднено.

Ограниченіе всѣхъ движеній конечностей, болѣе выраженное въ областяхъ плечевыхъ и тазобедренныхъ суставовъ и

¹⁾ Цитир. по рефер. въ *Rev. Neurol.* 1900, стр. 509. Число наблюдений не указано.

сглаживающееся по направлению къ периферіи ихъ. Довольно замѣтны атрофіи въ дельтовидныхъ, ягодичныхъ мышцахъ и мышцахъ кистей рукъ съ обѣихъ сторонъ, остальные—дряблы наощупь, но едва замѣтно уменьшены въ объемѣ.

Всѣ сухожильные рефлексы, особенно пателлярный, рѣзко усилены. На нижнихъ конечностяхъ они выше, чѣмъ на верхнихъ. Стопный клонусъ съ обѣихъ сторонъ.

Чувствительность замѣтно понижена на правомъ предплечьи и кисти, гдѣ уколъ не отличается отъ догрозиванія чѣмъ-либо тупымъ. На плечѣ чувствительность сохранена.

На нижнихъ конечностяхъ усиленная болевая чувствительность. Давленіе на нервные стволы сильно болѣзненно; нѣсколько болѣзненнымъ ирррадирующія мышцы.

Въ теченіе всего сентября приблизительно то же состояніе. По временамъ появлялись новые нестойкіе симптомы: гиперестезія въ ногахъ то усиливалась, то уменьшалась, была преходящая анестезія въ области тройничнаго нерва.

11—X—1891. Глотаніе нѣсколько улучшилось, зрачковые симптомы и нистагмы безъ измѣненія; жевательныя мышцы напрягаются нѣсколько слабѣе. Параличыя явленія въ конечностяхъ усилились, большинство мышцъ рѣзко атрофированы, при чемъ строго проведенъ центральный типъ атрофіи (отъ плеча къ пальцамъ).

Сухожильные рефлексы на верхнихъ конечностяхъ въ предѣлахъ нормы, колѣнный рефлексъ сильно повышенъ на обѣихъ сторонахъ; очень живой рефлексъ съ Ахиллова сухожилья, слѣва выше, чѣмъ права.

Болевая чувствительность нижнихъ конечностей повышена, на правомъ плечѣ, лопаткѣ и верхней части спины, а также въ области обоехъ n. n. trigemini—нѣсколько понижена.

Электровозбудимость мышцъ, вначалѣ нормальная, рѣзко падаетъ въ январѣ 1892 г., при чемъ КЗС приближается къ АЗС.

Больная пробыла въ клиникѣ до мая; къ этому времени почти всѣ движенія возстановились до нормальнаго объема, хотя сила ихъ остается уменьшенной. Питаніе мускулатуры улучшается, мышцы достаточно пополнились. Въ нервныхъ стволахъ нѣтъ болѣзненности, чувствительность нормальна.

Пателлярные рефлексы повышены, стопного клонуса нѣтъ.

3. Случай *Shimamura* [196], упоминаемый и другими авторами, интересовавшимся разбираемымъ вопросомъ. Однако, случай этотъ не чистый: здѣсь имѣлось поражение спинного мозга, развившееся, по мнѣнію автора, вслѣдъ за восходящимъ невритомъ.

Больная 28 лѣтъ, со стороны наследственности и анамнеза ничего патологическаго. Заболѣла сразу слабостью въ правой ногѣ. Черезъ 2 недѣли присоединилась слабость и лѣвой ноги, вслѣдъ за чѣмъ наступило недержание мочи и кала. Черезъ 4 недѣли послѣ начала заболѣванія больная поступила въ клинику Charité.

St. praes. 11 февр. 1891. Парезъ на правой ногѣ въ области п. *peronei*, который, равно какъ и мышцы передняго отдѣла голени, болѣзненны при давленіи. Сила мышцъ бедра также понижена. Въ незначительной степени слабость имѣется и въ лѣвой ногѣ. Колѣнные рефлексы съ обѣихъ сторонъ очень живы. Справа пониженіе фарадической и гальванической возбудимости въ мышцахъ, инвервируемыхъ п. *peroneo*, а также въ *mm. soleus, gastrocnemius* и *extens. digitorum brevis*. Рефлексы Ахиллова сухожилія съ обѣихъ сторонъ очень живы.

Диагнозъ: *Polyneuropitis*.

Въ дальнѣйшемъ теченіи отмѣчалось: повышение t° , пролежень, головныя боли, атрофія мышцъ правой голени, гиперестезія, еще позже—контрактуры. Состояніе рефлексовъ представлялось слѣдующимъ:

27—II. Сухожильные рефлексы справа повышены, слѣва повышены; здѣсь же получается клонусъ стопы.

13—III. Клонусъ не особенно сильный, но еще нападунѣ онъ наступалъ уже при слабомъ оттѣсненіи стопы къ тылу.

15—IV. Колѣнные рефлексы слабы.

26—IX. Отсутствие колѣнныхъ рефлексовъ, *mm. quadriceps* атрофированы; напротивъ, рефлексы Ахиллова сухожилія и берцовой кости—живы: при постукиваніи по сухожилію по большей части наступаетъ клонусъ. Клоновическія рефлекторныя сокращенія въ мышцахъ получаютъ и при раздраженіи кожи.

Въ дальнѣйшемъ состояніе больной все ухудшалось и она была переведена въ хроническое отдѣленіе, гдѣ и умерла 5—II—1892.

При посмертномъ изслѣдованіи, въ спинномъ мозгу были обнаружены измѣненія какъ въ заднихъ, такъ и въ боковыхъ столбахъ.

Итакъ, если здѣсь клонусъ существовалъ не благодаря невриту, то, по крайней мѣрѣ, не смотря на невритъ, онъ наблюдался въ теченіе очень долгаго времени.

4. Случай наблюдавшійся *Белтеревымъ* и упоминаемый въ его работѣ о рефлесахъ и клонусѣ [16]. Въ этомъ случаѣ „клоническое колебаніе стопа наблюдалось въ томъ періодѣ болѣзни, когда рефлексъ пателлярнаго сухожилія уже были утрачены“.

5. Случай послѣродового паралича невритическаго происхожденія, описанный *Лату* [110]. Причина этого неврита, по автору, чисто травматическая.

Больная, 37 лѣтъ, прачка, поступила 2—II—1892 въ одну изъ палатъ *salpêtrièrè'a*. Замужемъ вторымъ бракомъ. Послѣдняя беременность, четвертая по счету, протекала правильно. Роды происходили въ октябрѣ 1891 года, совершались трудно и потребовали наложенія щипцовъ. Во время извлеченія щипцами, больная вдругъ почувствовала острую боль въ лѣвой ногѣ, „какъ будто ей вонзили въ тѣло массу иголокъ“. Боли еще усилились въ теченіе слѣдующей ночи, распространившись и на правую ногу. Характеръ болей опредѣляется какъ ощущеніе ползанія мурашекъ и крайне тягостныя волотья. Въ то же время полная параплегія. Температура повышалась три вечера подрядъ, при чемъ эти повышенія сопровождались ознобомъ. Черезъ 14 дней послѣ родовъ въ ночь было обнаружено присутствіе бѣлка. Съ этого же времени наблюдается нѣкоторое улучшеніе: появились слабыя движенія, боли стали менѣе интенсивны.

5—II—1892. Движенія въ постели совершаются довольно свободно, но лѣвой ногой хуже, чѣмъ правой. Замѣтная атрофія, главнымъ образомъ, передне-наружной группы мышцъ голени. „Колѣнные рефлексы существуютъ съ обѣихъ сторонъ, только для полученія ихъ необходима очень энергичная перкуссія сухожилія. При этомъ условіи они даже довольно рѣзки, особенно съ лѣвой стороны. При умѣренной перкуссіи ничего

не получается, такъ что въ первый моментъ можно было думать даже объ отсутствіи рефлексовъ. Необходимо добавить, что при тыльномъ сгибаніи лѣвой стопы очень легко получается ея клонусъ⁴. Стопа представляется сильно гиперестезированной и болѣзненной при грубомъ захватываніи ея рукой. Болѣзненность мышечныхъ массъ при давленіи, болѣзненные точки по ходу нервовъ; разстройства чувствительности (гиперестезіи и гипестезіи). Полная потеря возбудимости на фарадическій и гальваническій токи въ mm. *tibiales anteriores* и *extensores digitorum communes* съ обѣихъ сторонъ. Общее состояніе—прекрасно, въ мочѣ нѣтъ ни сахара, ни бѣлка.

51—V. Больная ходитъ въ теченіе мѣсяца все лучше и лучше, атрофіи на лѣвой ногѣ въ прежнемъ состояніи. „Коленные рефлексы все время продолжаютъ оставаться довольно сильными и рѣзкими; но лишь при сильной перкуссіи. Клонусъ лѣвой стопы болѣе не получается“.

Въ дальнѣйшемъ полное излеченіе.

6. Случай *Mally* [137]. Невритъ травматическаго происхожденія.

Больная 46 лѣтъ, прачка. Оперирована по поводу опухоли правой подъольвной ямки. На слѣдующій день послѣ операціи появились боли въ тыльной области стопы и парезъ разгибателей, усилившійся въ послѣдующіе дни. Черезъ 10 дней—полный параличъ мышцъ, иннервируемыхъ п. *tibialis anterior*. Полная реакція перерожденія въ соотвѣствующихъ мышцахъ. Рѣзкіе боли въ тылѣ стопы. Колѣнные рефлексы сильно повышены съ обѣихъ сторонъ, особенно справа; на той же сторонѣ—очень ясный клонусъ стопы, слѣва—менѣе рѣзко выраженный. Явленія эти сгладились на оперированной сторонѣ по прошествіи 2 мѣсяцевъ, на неоперированной—черезъ мѣсяць; явленія паралича прошли въ 6 мѣсяцевъ¹⁾.

7. Случай гонорройнаго неврита, описанный *Naunyn*’омъ [147]. Комбинація съ артритомъ.

У 17-ти лѣтнаго субъекта, черезъ нѣсколько недѣль послѣ зараженія гонорреей развился артритъ въ лѣвыхъ

¹⁾ Цитир. по рефератахъ въ Rev. Neurol., 1898, стр. 587 и 719.

локтевомъ и колѣнномъ суставахъ. Почти одновременно въ правой ногѣ появился невритъ съ очень сильными постоянными болями и съ особенно рѣзкой тактильной гиперестезіей. Подъ влияніемъ назначенія *Natr. salicylicі* и примѣненія тепла въ формѣ *Leister*'овскихъ трубокъ боли стихли; но тогда обнаружилась замѣтная атрофія мышцъ правой ноги съ ограниченіемъ активной подвижности и парезами, главнымъ образомъ, въ области *m. quadriceps*. Колѣнный рефлексъ былъ съ обѣихъ сторонъ повышенъ, имѣлся на лицо клонусъ стопы ¹⁾.

8. Случай *Mills*'а [141]. Невритъ, представлявшій картину, клинически весьма сходную съ мѣлитомъ.

Рабочій, болѣвшій ревматизмомъ въ возрастѣ 15-ти лѣтъ, поступилъ въ госпиталь (въ Филадельфіи) съ параличомъ обѣихъ ногъ. Заболѣваніе началось безъ всякой видимой причины съ разстройства мочеиспусканія и дефекаціи, парестазій въ ногахъ и туловищѣ, къ чему присоединился вскорѣ полный параличъ обѣихъ ногъ.

При изслѣдованіи обнаруживается порокъ двустворки и аортальныхъ клапановъ. Почти полный параличъ ногъ. Сохранена способность движенія лишь большими пальцами. Реакція зрачковъ—нормальна. Изслѣдованіе чувствительности обнаружило аналгезію, занимающую переднюю поверхность бедра, голени и тылъ стопы, т. е. области, иннервируемыя нервами: *cruralis anterior*, *saphenus externus* и *musculo-cutaneus* (*peroneus superficialis*). Чувствительность тактильная и температурная не затронуты. Всѣ эти явленія справа выражены рѣзче. Колѣнные рефлексъ съ обѣихъ сторонъ отсутствуютъ; между тѣмъ, на лѣвой сторонѣ весьма замѣтный клонусъ, отсутствовавшій справа.

Черезъ 3 дня послѣ поступления, или черезъ 5 недѣль послѣ начала болѣзни, больной погибъ при явленіяхъ сильной одышки.

На вскрытіи найдены измѣненія почекъ, печени и проч. органовъ, зависящія отъ стараго пораженія аортального и митрального отверстій сердца. Какъ головной, такъ и спинной мозгъ—нормальны. Задній корешокъ перваго поясничнаго

¹⁾ Цитир. по реф. *Rohmann*'а въ *Neur. Centr.*, 1898, стр. 1010.

сегмента, при обработкѣ осміевою кислотою, обнаруживаетъ значительное число волоконъ, мѣдницъ которыхъ распался въ глыбки. *N. cruralis anterior* при томъ же способѣ обработки представляется перерожденнымъ, тогда какъ Weigert'овскій гематоксилинъ и кислый фуксинъ обнаруживаютъ въ немъ мало измѣненій. Мышечныя массы, особенно *m. quadriceps*, сильно измѣнены; многія волокна распались въ глыбки и представляютъ крайнюю степень жирового и глиинового перерождения.

Диагнозъ, на основаніи патолого-анатомическаго и гистологическаго изслѣдованій,—периферическій невритъ, тогда какъ при жизни наиболѣе вѣроятнымъ диагнозомъ было поврежденіе поясничнаго сегмента спинного мозга, который оказался нормальнымъ. Отсутствие коленныхъ рефлексовъ можно объяснить пережденіемъ бедренныхъ нервовъ (*n. n. crurales*) и измѣненіями мышцъ ¹⁾.

9. Случай рецидивировавшаго полиневрита, сообщенный *Schlier*'омъ [191].

Больная родилась въ 1870 году, со стороны наследственности—никакихъ указаній, до 17-ти лѣтъ ничѣмъ не болѣла.

На 17-мъ году (1887), а затѣмъ на 19-мъ (1889) году жизни перенесла два припадка потери сознанія, всякій разъ наступавшіе послѣ сильнаго физическаго утомленія и продолжавшіеся нѣсколько минутъ, не оставляя послѣ себя никакого слѣда.

Въ 1890-мъ году три недѣли болѣла родильной горячкой.

Въ 1891-мъ году, во время второй беременности, страдала теченіе 4-хъ мѣсяцевъ слѣпотой на лѣвый глазъ, вызванной *neuritis optica*. Съ 1894-го до 1896 го года каждую весну, съ февраля до апрѣля, появлялись у больной парестезіи въ рукахъ и ногахъ, при чемъ руками она неясно ощущала предметы, къ которымъ прикасалась, а подъ ногами испытывала ощущеніе ковра. Въмѣстѣ съ тѣмъ появилось и ослабленіе мышечной силы верхнихъ конечностей. Въ началѣ декабря 1896-го года, черезъ 6 недѣль послѣ родовъ, появились головокруженія, сопровождавшіяся учащеніемъ пульса до ста ударовъ въ 1 мин. Эти явленія черезъ 3 недѣли сгладились.

¹⁾ Цитир. по рефератамъ въ *Neur. Centr.*, 1900, стр. 24 и 113, а также въ *Rev. Neur.*, 1900, стр. 467.

Всѣ упомянутыя разстройства, начиная съ 1891-го года, авторъ считаетъ за 5 приступовъ одного и того же страданія, 6-ой и 7-ой приступы котораго наблюдалъ самъ авторъ.

10 февраля 1897 года, когда больная была въ возрастѣ 26¹/₄ лѣтъ, у нея развилось новое заболѣваніе, продолжавшееся около 7 мѣсяцевъ. Началось оно съ парѣстезій въ правой рукѣ, а на правой сторонѣ шеи и затылка появились постоянныя, рѣзкія, жгучія боли. Вскорѣ обнаружилась слабость правой руки: поднятіе ея было затруднено, захватываніе предмета пальцами—невозможно. Къ срединѣ марта—обѣ лѣвыя конечности въ состояніи пареза, слабость въ правой ногѣ.

Исслѣдованіе больной въ это время обнаруживало слѣдующія измѣненія: слабость обѣихъ рукъ, особенно правой, незначительная атрофія мелкихъ мышцъ; парѣстезіи и сильныя жгучія боли при отсутствіи нарушенія кожной чувствительности. Въ нижнихъ конечностяхъ замѣтный парезъ мускулатуры; колѣнный рефлексъ справа едва-ли измѣненъ, слѣва вѣсколько повышенъ. Ходьба невозможна. Наклонность къ задержкѣ стула. Пониженіе фарадической возбудимости мышцъ, слабые гальваническіе токи вызываютъ вялое сокращеніе.

Въ дальнѣйшемъ теченіи наблюдались нѣсколько разъ частично то улучшенія, то ухудшенія; состояніе рефлексовъ отмѣчено:

19—III. Лѣвый колѣнный рефлексъ повышенъ.

15—V. Колѣнный рефлексъ слѣва повышенъ, справа пониженъ; слѣва рѣзкій клонусъ стопы.

За время съ 15-го марта по 15-ое августа отмѣчалось диплопія, вслѣдствіе пареза п. abducentis лѣвой стороны, парезъ лѣваго же п. facialis въ нижнемъ его отдѣлѣ, зубная боль, локализованная во всей лѣвой половинѣ челюстей, ослабленіе зрѣнія (neuritis п. optici), трофическія разстройства въ смыслѣ обильнаго роста темныхъ волосъ на голенихъ и т. п.

15—VIII. Легкое повышеніе колѣннаго рефлекса. Къ этому времени состояніе больной значительно лучше.

15—IX. Здорова.

16—XII—1897. Больная снова жалуется на возобновеніе своей болѣзни. Этотъ седьмой возвратъ продолжался

около 11 мѣсяцевъ и протекалъ въ общихъ чертахъ такъ же, какъ и предыдущій. При поступленіи правый колѣнный рефлексъ слабъ, лѣвый повышенъ.

2—II—1898. Справа колѣнный рефлексъ отсутствуетъ, слѣва повышенъ.

24—II. Слѣва колѣнный рефлексъ повышенъ, справа—слабъ; рѣзкій блонусъ стопъ съ обѣихъ сторонъ.

22—VII. Правый колѣнный рефлексъ отсутствуетъ, лѣвый все еще повышенъ.

10—VII. Правый колѣнный рефлексъ снова удается вызвать.

15—X. Колѣнный рефлексъ справа получается слабый, слѣва повышенъ.

15—XI. Общее значительное улучшение. Сила хороша. Лѣвый колѣнный рефлексъ повышенъ слегка; другихъ расстройствъ со стороны нервной системы не наблюдается.

Авторъ подчеркиваетъ, что колѣнный рефлексъ на лѣвой ногѣ неизмѣнно оставался повышеннымъ въ теченіе всей болѣзни, не смотря на то, что параличъ упорно держался именно на этой ногѣ.

10. Случай *Spitzer'a* [199]. Свой случай авторъ считаетъ чистой формой меркуріальнаго полиневрита.

Больной 27 лѣтъ, воюющъ, поступилъ 29—XII—1899.

Наслѣдственности нѣтъ, въ прошломъ необходимо отмѣтить, что въ 1894-мъ году онъ имѣлъ какую-то сыпь, по поводу которой пробылъ въ госпиталѣ 30 дней. Годъ тому назадъ имѣлись симптомы какого-то церебральнаго пораженія (параличъ мягкаго неба, диплопія). Въ моментъ поступленія—авленія вторичнаго сифилиса. Ртутное леченіе въ виду анемического состоянія больного, было предпринято не сразу, но послѣ нѣсколькихъ же втираній *Ung. cinerei* по 3,0 *pro die* у него появились діаррея и стоматитъ. Леченіе было временно отмѣнено, но при новой попыткѣ возобновить его, въ серединѣ февраля 1900 года, уже послѣ восьмого втиранія, больной сталъ жаловаться на рѣзкія боли въ нижнихъ конечностяхъ. Боли эти были настолько сильны, что не смотря на принятія лечебныя мѣры больной 12 сутокъ провелъ безъ сна и пищи. t° слегка повышена.

Исслѣдованіе больного, произведенное 15—II—1900, обнаружило: въ области черепныхъ нервовъ лишь незначи-

ный правосторонний парезъ п. *facialis*. Всѣ патологическія измѣненія сосредоточены, главнымъ образомъ, въ нижнихъ конечностяхъ и выражены здѣсь почти симметрично. Нервные стволы болѣзненны при давленіи, равно какъ и мускулатура. Колѣнные рефлексы съ обѣихъ сторонъ очень повышены, ясно выраженный клонусъ стопы. Сухожильные и періостальные рефлексы на всемъ тѣлѣ повышены. Мышечная сила обѣихъ ногъ понижена. При изслѣдованіи активныхъ движеній ясная атаксія. Симптомъ Romberg'a. Больной напоминалъ табетика.

Діагнозъ: острый полиневритъ.

Въ серединѣ марта состояніе больного было таково: незначительный парезъ въ области праваго п. *facialis*, лѣвая небная дужка менѣе подымается, чѣмъ правая; другихъ измѣненій въ области черепныхъ нервовъ нѣтъ. Рефлексы верхнихъ конечностей вѣсколько повышены. На нижнихъ конечностяхъ атрофіи отсутствуютъ, но мышечная сила незначительна. Особенно слабы движенія разгибанія голени и тыльного сгибанія стопы. Походка удовлетворительна, но правая нога дѣйствуетъ нѣсколько хуже. Romberg отсутствуетъ. Фибриллярныя подергиванія, преимущественно въ разгибателяхъ голени. Колѣнные рефлексы повышены, клонусъ стопы слѣва—ясный, справа—намекъ. Чувствительность, какъ и прежде нормальна, т^о—тоже. Незначительная атаксія въ правой рукѣ и ясная въ обѣихъ ногахъ. Нервы и мышцы верхнихъ конечностей, п. *ischiadicus* на всемъ его протяженіи слѣва, а также мускулатура голени и бедра съ обѣихъ сторонъ—болѣзненны при давленіи. Незначительное пониженіе элементарной возбудимости на оба вида тока. Сокращенія живыя.

Въ срединѣ апрѣля картина болѣзни отличается отъ только что описанной лишь количественно. Атрофіи отсутствуютъ попрежнему, общее состояніе улучшилось.

11. Полиневритъ токсическаго происхожденія, описанный *Salomonson*'омъ (185).

24-X-1905 въ вливиу поступилъ школьный учитель 21 года, у котораго 3 недѣли тому назадъ развился параличъ обѣихъ ногъ, а за послѣдніе дни начали слабѣть и руки.

Мать умерла отъ рака, одинъ дядя отъ тbc легкихъ; дѣдъ его втеченіе 5 лѣтъ находился въ заведеніи для умалишенныхъ. Остальные родственники здоровы.

Самъ больной росъ и развивался правильно, былъ лишь нѣсколько слабого сложения, что помѣшало ему продолжать ремесло кузнеца, которое онъ первоначально избралъ. Въ возрастѣ 9-ти лѣтъ онъ сдалъ экзаменъ на школьнаго учителя. Годъ спустя у него появился кашель съ обильной мокротой, лихорадка; это заставило его поступить въ лечебное заведеніе, гдѣ онъ провелъ 3 мѣсяца и нѣсколько поправился. Однако кашель продолжался, а черезъ нѣкоторое время больной сталъ сильно ослабѣвать и въ августѣ 1905 года обратился за помощью къ врачу, который ему назначилъ *Ol. Jesonis aselli*, какой-то препаратъ желѣза и *creosotum phosphoricum*. Втеченіе 7 недѣль онъ принялъ всего около 75,0 этого послѣдняго средства, но 18 сентября превратилъ свое леченіе, т. е. в. не видѣлъ улучшенія. Въ первыхъ числахъ октября, при не очень острыхъ боляхъ развился вялый параличъ нижнихъ конечностей втеченіе 3—4 дней; на 4-ый день больной уже не могъ ходить. Боли начались въ области бедра, затѣмъ распространились на голень и стопу. На третій день онъ испытывалъ чувство ледящаго холода въ ступняхъ. 19 октября развился также парезъ рукъ.

Инфекціонныя заболѣванія въ прошломъ—дифтеритъ, сифилисъ, гоноррея—безусловно исключаются; также алкоголизмъ и возможность отравленія металлами и мышьякомъ.

St. praesens. Больной нѣсколько слабого сложения. Всѣ движенія въ области черепныхъ нервовъ, туловища, плечъ и предплечій обѣихъ верхнихъ конечностей нормальны. Сила въ кистяхъ рукъ—понижена, по динамометру справа—22 кг., слева 28 кг. Письмо правильно, но немного затруднено. Движенія въ тазобедренномъ суставѣ достаточно сильны, выпрямленіе голени совершается съ недостаточной силой, движенія стопой и пальцами совершенно невозможны. Ни стоять, ни ходить больной не въ состояніи. Атрофіи, нигдѣ не выраженные рѣзко, замѣтны въ слѣдующихъ мышцахъ: на рукахъ—*interossei I* и *II*, *thenar*; на ногахъ—мм. тибіальной и перонеальной областей.

Рефлексы верхнихъ конечностей и туловища совершенно нормальны. Коленные рефлексы ясно повышены; при быстромъ отгибненіи *patella* книзу появляется клонусъ. Рефлексы Ахиллова сухожилія совершенно утрачены. Подошвенный—вялъ,

рефлексы *sternaster'a* и брюшные—живы. Механическая возбудимость пораженныхъ мышцъ повышена.

Чувствительность тактильная нѣсколько понижена на ступняхъ и наружной поверхности голени. Стволы п.п. *peronei, tibialis, mediani* и *ulnaris* возбужденны при надавливаніи, мышцы очень чувствительны къ оцупыванію. Высшіе органы чувствъ, глазное дно—нормальны.

Обѣ верхушки легкихъ при перкуссіи даютъ тупой звукъ, надъ ключицами выслушивается бронхиальное дыханіе.

Въ мышцахъ перонеальной и тибіальной областей наблюдается полная утрата фарадической возбудимости, прямая гальваническая возбудимость рѣзко повышена, сокращенія носятъ вялый характеръ.

Въ мышцахъ *thenar'a, adductor brevis* и *interosseus I* на рукахъ—фарадическая возбудимость сильно понижена, гальваническій же токъ силою 1,3—1,5 МА. вызываетъ вялыя сокращенія.

12. Случай восходящаго неврита, наряду съ которымъ имѣлся и хроническій ревматизмъ (*arthritis deformans*). Этотъ послѣдній и могъ отчасти обуславливать повышение рефлексовъ, о чемъ *Lejonne* и *Chartier* (113), наблюдавшіе этотъ случай, высказываются довольно осторожно, считая, что связь, существующая между двумя упомянутыми заболѣваніями, не можетъ еще считаться окончательно выясненной.

Большая 23 лѣтъ, безъ всякихъ указаній со стороны наследственности или перенесенныхъ заболѣваній. 25 окт. 1905 года она придавила дверью средней палецъ лѣвой руки, послѣ чего на третій день пришлось произвести удаленіе ногтя. Рана зажила безъ нагноенія дней черезъ 8. Тотчасъ послѣ описаннаго случая появляются сильныя боли, распространяющіяся постепенно на остальные пальцы, всю кисть, предплечье и, наконецъ 4 мѣсяца спустя послѣ трамвы, и на плечо. По временамъ эти боли особенно обостряются, что наблюдается, между прочимъ, послѣ продолжительной ходьбы или стоянія, послѣ движеній рукой. Мало по малу повышается и сила въ лѣвой рукѣ. Въ концѣ февраля боли стихаютъ, способность движеній отчасти восстанавливается, но съ мая боли возобновляются, а вмѣстѣ съ тѣмъ развивается и почти полный параличъ пораженной конечности.

6-го-1906 больная явилась въ Salpêtrière. Рука представляетъ рядъ трофическихъ и секреторныхъ разстройствъ: отекъ тыльной поверхности вѣсти и 2-й, 3-го, и 4-го пальцевъ, веретенообразная форма послѣднихъ, похуданіе мышцъ, измѣненіе кровенаполненія кожныхъ сосудовъ, разстройства потоотдѣленія.

Почти полный двигательный параличъ на периферіи конечности, сглаживающійся по направленію къ туловищу: движенія въ плечевомъ суставѣ если и ограничены, то исключительно въ силу болѣзненности. Болѣзненность суставовъ и нервныхъ стволовъ лѣвой руки при давленіи, также какъ и лѣваго plexus brachialis. Объективныхъ измѣненій кожной чувствительности нѣтъ.

Рефлексы очень повышены на лѣвой верхней конечности по сравненію съ правой. Существуетъ даже намекъ на клоническія явленія: въ мышцахъ предплечья при перкусіи можно отмѣтить нѣсколько клоническихъ сокращеній.

Неясныя измѣненія электровозбудимости. Радиографическое изслѣдованіе показало характерныя измѣненія суставныхъ концовъ костей: arthritis deformans.

13. *Sarbo* въ засѣданіи секціи психіатріи и неврологіи Будапештскаго Общества Врачей 20 января 1908 года продемонстрировалъ рядъ случаевъ различныхъ нервныхъ заболѣваній (187). Изъ нихъ для настоящей работы представляетъ интересъ случай IV,

Polyneuritis alcoholica у 23-хъ лѣтнаго мужчины, у котораго заболѣваніе началось въ декабрѣ 1907-го года головными болями и отклоненіемъ лѣваго глаза внаружу. Полная *ophthalmoplegia interna et externa sinistra*; справа глазные рефлексы нормальны; слѣва парезъ п. *abducentis*; стрѣляющія боли, парестезіи; чувствительность на нижнихъ конечностяхъ понижена, чувствительные къ давленію нервные стволы; рефлексы — живые, съ обѣихъ сторонъ — *Pseudoklonus*. Пациентъ отрицаетъ *lues*, но признаетъ злоупотребленія алкоголемъ¹⁾.

14 и 15. *Tinel* и *Coldflam* (214) сообщаютъ 3 случая туберкулезнаго полиневрита съ патолого-анатомическимъ из-

¹⁾ Цитир. по реф. *Hindovernig'a* въ *Neur. Centr.*, 1909, стр. 618.

слѣдованіемъ пораженныхъ нервовъ и спинного мозга. Но повышеніе рефлексовъ съ намекомъ на клонусъ стопы наблюдалось въ двухъ изъ этихъ случаевъ. Всѣ свои случаи авторы описываютъ вкѣстѣ.

Во всѣхъ трехъ случаяхъ — молодые женщины, имѣвшія заверны туберкулезнаго происхожденія, безъ всякихъ слѣдовъ алкоголизма. Клиническія явленія полиневрита были слабо выражены. Главнымъ образомъ, боли, спонтанныя, постоянныя, по временамъ обострившіяся; боли вызывались прикосновеніемъ простыни или одеяла; рѣдкія боли можно было вызвать давленіемъ на мышцы и нервные стволы. Мышечная сила если и была измѣнена, то незначительно и преимущественно въ мышцахъ передне-наружной поверхности бедра, — во всякомъ случаѣ, настоящій параличъ отсутствовалъ. Объективныя измѣненія лишь въ одномъ случаѣ выражались ясно въ формѣ пониженія чувствительности на всѣ виды въ области нижнихъ конечностей.

Наконецъ, ни въ одномъ изъ трехъ случаевъ не было констатировано отсутствіе рефлексовъ. Лишь въ одномъ случаѣ рефлексы колѣнные Ахиллова сухожилія были очень понижены. Въ другихъ же двухъ рефлексы были рѣзки, ясно повышены, съ намекомъ даже на ложный клонусъ. Это повышеніе рефлексовъ, вообще нерѣдко наблюдаемое у туберкулезныхъ, не должно, по мнѣнію авторовъ, говорить противъ неврита и не должно быть поставлено въ связь съ пораженіемъ спинного мозга. Напротивъ, оно выразитъ лишь извѣстную степень повышенія периферической нервно-мышечной возбудимости.

Пораженіе периферическихъ нервовъ во всѣхъ трехъ случаяхъ оказалось тождественнымъ. При изслѣдованіи крупныхъ нервныхъ стволовъ, внутри мышечныхъ и кожныхъ вѣточекъ, наряду съ перерожденіемъ, исчезновеніемъ и распадомъ мѣлина, обнаруживаніемъ какъ при обработкѣ по Marchi, такъ и по Pal'ю, можно замѣтить и значительный интрастициальный склерозъ.

Въ корешкахъ и межпозвоночныхъ узлахъ найдены тѣ же измѣненія: незначительное перерожденіе нервныхъ элементовъ и выраженный склерозъ. Слабо выраженное перерожденіе заднихъ столбовъ спинного мозга вполнѣ напоминало картину *tabes incipiens*. Однако, существованіе *tabes*'а безусловно должно быть исключено.

Ознакомившись съ приведенными случаями, видимъ, что въ случаѣ *Shimamura* (3) имѣлось пораженіе боковыхъ столбовъ спинного мозга, а въ случаяхъ *Naunyn*'а (7) *Lejonne*'а et *Chartier* (12) одновременно существовалъ и артритъ. Въ остальныхъ же 11 случаяхъ, если въ нѣкоторыхъ изъ нихъ и имѣлись какія-либо измѣненія въ спинномъ мозгу, то во всякомъ случаѣ не такого рода, чтобы измѣненія эти могли содѣйствовать появленію клоническихъ явленій. Слѣдовательно, на эти случаи мы должны смотрѣть, какъ на случаи несомнѣннаго неврита, сопровождавшагося болѣе или менѣе рѣзко выраженными клоническими явленіями.

Обращаясь теперь къ нашему собственному случаю, видимъ что діагнозъ, поставленный на основаніи клиническаго изслѣдованія больного, находитъ для себя оправданіе въ литературѣ вопроса, хотя съ перваго взгляда такой діагнозъ и могъ быть подвергнутъ сомнѣнію: мы имѣемъ дѣло съ хроническимъ полиневритомъ, протекающимъ при повышенныхъ сухожильныхъ рефлексахъ.

Въ заключеніе выражаю искреннюю признательность глубокоуважаемому профессору Н. М. Попову, благодаря руководству и указаніямъ котораго въ затруднительныхъ случаяхъ я находилъ правильный путь въ своей работѣ.

Литература.

1. *Acchifé, P.* Clonisme du pied et nevroses. XIV Congrès International de Médecine tenu à Madrid (23—30 avril 1903), Section des Neuropathies, Maladies Mentales et Antropologie criminelle.
2. *Atwood.,* Poliomyélite antérieure avec augmentation de la force du Réflexe rotulien. NewYork Neurological Society, 8—I—1907., The Journ. of nerv. and ment. Dis., Sept. 1907, стр. 600. Реф. въ Rev. Neur., 1909, стр. 1383.
3. *Aubri, G.,* Périnévrite en relation avec les lésions de Tuberculose pulmonaire. Soc. de Neur. de Paris, séance du 6 juin 1901. Rev. Neur., 1901, стр. 571.
4. *Audenino, E.,* Les Réflexes cutanés et tendineux chez les Épileptiques. Rivista di Patologia nervosa e mentale. vol. XVII, f. 4, стр. 193—228, avril 1912. Реф. въ Rev. Neur., 1912, II, стр. 678.
5. *Auerbach,* Neurologische Untersuchungen an Radrennfahren. Neur. Centr., 1905, № 6.
6. *Babinski, I.,* A propos du travail de M. Ettore Lévi intitulé: „Quelques nouveaux faits relatifs à un cas d'Hystérie avec exagération des Réflexes tendineux“. L'Encephale, an IV, № 7, 10—VII—1909, стр. 62.

7. *Babinski, I.*, De l'Épilepsie spinale. (Procédés pour la faire apparaître quand elle est latente). Soc. de Neur. de Paris, séance du 15—I—1903. Rev. Neur., 1903, стр.—III.
8. *Babinski, I.*, De l'Épilepsie spinale fruste. Soc. de Neur. de Paris, séance du 1-er mars 1906. Rev. Neur., 1906, стр. 287.
9. *Babinski I.*, Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique.
10. *Babinski, I.*, Quelques remarques sur le memoir de M. Ettore Lévi intitulé: „Nouvelles recherches graphiques sur le phénomène de la Trepidation du pied“. L'Encephale, an IV, № 1, janvier 1909, стр. 40.
11. *Babinski, I.*, Réflexes tendineux et Réflexes osseux. Bulletin médical, 19 et 26 oct., 6 et 23 nov. 1912, Стр. 929, 953, 985 и 1053. 4 лекция. Реф. Е. Feindel'я въ Rev. Neur., 1913, I, стр. 809—817.
12. *Ballet, G.*, Note sur le Clonus du pied par irritation de voisinage du Faisceau Pyramidal, sans lésion de ce Faisceau. Soc. de Neur. de Paris, séance du 12 janv. 1905. Rev. Neur., 1905, стр. 132.
13. *Ballet, G.*, et Bernard, H., Contribution à l'étude des paraplégies obstétricales. Rev. Neur., 1899, стр. 816.
14. *Ballet, G.*, et Delherme L., Clonus du pied chez un neurasthénique (présentation pe malade). Soc. de Neur. de Paris, séance du 5 févr. 1903. Discussion. Rev. Neur., 1903, стр. 234.
15. *Bechterew, W.*, Demonstration von Fällen mit stark ausgeprägter Steigerung der Reflexe und aussergewöhnlichen klonischen Phänomenen mit Hin-

- weis aufeinige unlängst beschriebene Reflexe. Neur. Centr., 1906, стр. 1019.
16. *Bechterew, W.*, Über wenig bekannte Reflexerscheinungen bei Nervenkrankheiten und über die diagnostische Bedeutung des sog. Fussphänomens und der Sehnen- und Hautreflexveränderungen. Neur. Centr., 1895, стр. 1157—1166.
17. *Bechterew, W.*, Über das Kniescheibephänomen als diagnostisches Kennzeichen von Nervenleiden und über andere verwandte Erscheinungen. Neur. Centr., 1896, стр. 818.
18. *Бехтеревъ, В.*, Семіологія клонуса чашечки. Совѣщаніе врачей первой клиники въ СПБ. Засѣд. 25 янв. 1896. Реф. въ Rev. Neur., 1896 стр. 287.
19. *Beco*, Monoplégie hystérique avec signe de Babinski et clonus du pied passagers. Annales de la Soc. méd.—chir. de Liège, juillet 1903.
20. *Beefor, E.*, Bemerkungen über das Unterkieferphänomen oder die Reaction der Sehne der Masseter mit Rücksicht auf einen Fall von amyotrophischer Lateralsclerosis mit Clonus des Unterkiefers. Реф. въ Neur. Centr., 1886, стр. 40.
21. *Bennet, H.*, Muscular Hypertonicity in Paralysis. Lond. neurol. Soc. sac. 7—VII—1887. Brain, jann. 1888, стр. 289.
22. *Bernhardt, M.*, Über die Beziehungen des Kniephänomens zur Diphtherie und deren Nachkrankheiten. Virchow's Archiw, Bd. 99, стр. 393. Реф. въ Neur. Centr. 1885, стр. 298—299.
23. *Bethe, A.*, Vergleichende Untersuchungen über den Einfluss der Sauerstoffes auf die Reflexerregbarkeit. Festschrift für I. Rosenthal, Leipzig, 1906.

24. *Biancone, G.*, Contributo clinico allo studio della mioclinua. Riv. sper. di Fren., 1898, XXIV.
25. *Bittorf, A.*, Zur Kenntniss der Muskelkrämpfe peripheren Ursprungs und verwandter Erscheinungen. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenhe., Bd. 39, 1910, стр. 208—228.
26. *Bonola*, Les Reflexes du Tendon d'Achille et du Tenseur de Fascia lata dans la Sciatique Radiculaire. et dans la Sciatique Troneulaire. Rev. Neur., 1912, II, стр. 324.
27. *Breccia, G.*, Contributo allo studiografico del clono della rotula. Riforma med., 1910, T. XXV, № 33, стр. 897—900.
28. *Brisaud et Bauer*, Poliomyélite antérieure subaiguë ou Polynévrite motrice (présent. du malade). Soc. de Neur. de Paris, séance du 1-er dec. 1904. Rev. Neur., 1904, стр. 1226.
29. *Brissaud et Bryandet*, De l'Exageration des Réflexes tendineux dans les Névrites périphériques. Journ. de Neur., 1902, № 15.
30. *Brissaud et Grenet*, Tremblement cloniforme et Clonus vrai (présent. de malade). Sos. de Neur. de Paris, séance du 2 juin 1904. Rev. Neur., 1904, стр. 632.
31. *Bruns*, E'tat pes Réflexes dans la Tuberculose, 34-e Réunion des aliénistes de saxe. Allg. Zeitschr. f. Psych., t. VI, f. 5, oct. 1899. Peф. въ Rev. Neur., 1900, стр. 509.
32. *Buzzard, Th.*, On the significance and value of tendon reflex. The Lancet, 1888, vol. I, № 4.
33. *Cossirer, R.*, Neuritis und Polyneuritis. Die Deutsch. Klinik, 1905, Bd. VI, стр. 1021.
34. *Cawadias*, Névrite ascendante d'origine traumatique. Soc.

- de Neur. de Paris, séance du 6 mars 1913.
Rev. Neur., 1913, I, стр. 432.
35. *Chaddock*, Ch. G., The Reflex of the Tendo Achillis.
Inst. Medic. Journ., vol. VII, nov. 1905,
стр. 778.
36. *Charcot*, Oeuvres complètes, 1892, T. I.
37. *Cheraiis*, T., Des Réflexes tendineux dans le Rheumatisme
chronique. Thèse de Paris, 1897.
38. *Clarks*, P., Notes sur quelques affections rares du Sys-
tème nerveux. Medic. Record, 23—VII—1904.
Реф. въ Rev. Neur., 1904, стр. 982.
39. *Claude*, H., et Rose, F., E'tude graphique du Clonus dans
les maladies organiques et fonctionnelles du
système nerveux. Rev. Neur., 1906, стр. 829.
40. *Claude*, H., et Rose, F., E'tude graphique du Clonus du
pied. Soc. de Neur. de Paris, séance du 7 juin
1906. Rev. Neur., 1906, стр. 570 (cp. № 39).
41. *Crocq*, Le phénomène plantaire combiné. E'tude de la
réflectivité dans l'hystérie. Rev. Neur., 1904
№ 16.
42. *Crocq*, I., Tremblement hudergerique avec dissociation
des réflexes tendineux et cutanés. Ann. de la
Soc. Belge de Neur., 1902, № 8, стр. 209.
43. *Crocq*, fils, Un cas de polynévrite atypique. Journ. de
Neur. et d'Hypnot., 1897, № 10.
44. *Curschmann*, H., Über Muskelhypertrophien hyperkine-
tischen Ursprungs bei toxischen Polyneuritiden.
Münch. Med. Woch., 1905, № 34, стр. 1627.
45. *Debray*, Réflexe achilléen paradoxal. Journ. de Neur.,
1901, № 14, стр. 276.
46. *De-Buck* (Laureys), Réflexes tendineux et Réflexes cu-
tanés. Journ. de Neur., 1900, № 24, а также

- Belgique médic., 1901, № 1 u Ann. de la Soc. Belge de Neur., 5 année, стр. 163.
47. *De-Buck, D.*, Les paralyties post-anesthésiques. Ann. de la Soc. Belge de Neur., 1901, № 6, стр. 180.
48. *De-Buck, D.*, L'importance du Clonus du pied dans le diagnostic de la Paraplegie Hystérique. Belgique médic., 4 mai 1899, № 18.
49. *De-Buck, D.*, Polynévrite et réflexe. Journ. de Neur., 1901, № 8, стр. 143—144.
50. *De-Buck, D.*, Polynévrite tuberculeuse avec exagération des réflexes chez le lapin. Journ. de Neur., 1903, № 6, стр. 143.
51. *De-Buck, D.*, Un cas de polynévrite tuberculeuse. Ann. de la Soc. Belge de Neur., 1901, № 4, стр. 112.
52. *De-Buck, D.*, et von-den-Linden, O., Exagération des Réflexes dans la Carcinose. Nouveau signe de Diagnostic des Tumeurs malignes. La Presse Médicale, 3 janvier 1903, № 1, стр. 11.
53. *Decroly, E.* Etat de Réflexes dans la Polynévrite à propos d'un nouveau cas de polynévrite motrice tuberculeuse. Ann. de la Soc. Belge de Neur., 1901, T. 6, № 1, а также Journ. de Neur., 1901, № 11, стр. 202.
54. *Decroly, O.*, Un cas de Polynévrite tuberculeuse motrice. Journ. de Neur., 1900, № 2, стр. 25 и 38, а также Polyclinique, 15 janvier 1900.
55. *De-Fleury, M.*, Notes sur les rapports de la trépidation épileptoïde pu pied avec l'exogération des réflexes rotuliens. Rev. de méd., Août 1884, стр. 656.
56. *De-Grandmaison,* L'exagération des réflexes patellaires et

- le clonus du pied chez les atheromateux. La méd. moderne, 1896, № 103.
57. *Dejerine*, Séméiologie du système nerveux. 1900.
58. *Dejerine*, I., et *Norero*, M., 'Epilepsie spinale vraie et Clonus de la rotule chez une hystérique anorexique aynat été atteinte d'une Hémiplegie gauche actuellement guérie. Soc. de Neur. de Paris, séance du 1-er-fevr. 1906. Rev. Neur., 1906, стр. 182.
59. *Delom-Lorbé*, I., De la trépidation épileptoïde provoquée. Bordeaux, 1885.
60. *De-Renzi*, E'tude graphique sur le clonus du pied. Nuova Rivista clin.-terap. 1905, № 11.
61. *Diets*, A., Verhalten der Reflexe bei Nephritis und Urämie. Jnaug.—Dissert., München, 1911.
62. *Dtller*, Th., Multiple Neuritis in Verbindung mit. Basedow'scher Krankheit. Neur. Centr., 1902, № 16, стр. 740.
63. *Dufour*, H., D'une forme douloureuse de Polynévrite tuberculeuse; du rôle important de la tuberculose en pathologie nerveuse. Rev. Neur., 1900, стр. 108.
64. *Dofour*, H., et *Chaix*, Trépidation épileptoïde et Hémiparésie du même côté chez une hystérique (présent. de malade). Soc. de Neur. de Paris, séance du 2 juillst 1903. Rev. Neur., 1903, стр. 731.
65. *Edinger*, Zur Kasuistik des Nervenverbrauches. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen—und Irrenärzte in Baden—Baden am 1. und 2. Juni 1907. III. Sitzung. Neur. Centr. 1907, стр. 637.
66. *Ehrmann*, S., Zur Kasuistik der irritativen Neuritis syp-

- hilitica peripherica. Wien. med. Woch., 1893, №№ 33 и 34.
67. *Eichhorst H.*, Über infantile Alcoholneuritis. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1910, № 30.
68. *Fairchild, D. C.*, Diagnostic value of the deer reflexes of the lower extremities. Journ. of the Americ. med. Assoc., 1900, vol. 34, № 14.
69. *Fette, H.*, Über die diagnostische Bedeutung der Sehnen- und Hautreflexe bei Urämie. Berl. klin. Woch., 1910, № 3, p. 100.
70. *Finizio*, Contribuzione clinica ed istologica sulla polineurite tuberculare. Riforma medica, XVI, vol. II, 12—14 mai 1900, №№ 36—37, стр. 422—435.
71. *Fischer, I.*, Ein Fall von Polyneuritis preipherica als Folgezustand von Typhus abdominalis. Jnaug.-Dissert., Berlin, 1901.
72. *Franz, Sh. I.*, The knee-jerk in paresis. Amer. Journ. of insanity, LXV, № 3.
73. *Funch, M.*, Deux cas de névrites dans la fièvre typhoïde. Journ. de méd., de chir. et de pharmacol., 1893, № 20.
74. *Germain, O.*, L'Exagération des Réflexes tendineux dans l'Insuffisance antitoxique. Thèse de Montpellier, № 59, 1903.
75. *Gilzert*, Ein weiterer Fall von Pseudotabes mercurialis. Versamml. deutsch. Naturforscher u. Ärzte in Aachen vom 16—22 sept. 1900. Abtheil. f. Neurol. u. Psych., II. Sitzung, Dienstag, 19 Sept.. Ref. въ Neur. Centr., 1900, стр. 922.
76. *Goldflam, I.*, Über die Ungleichheit der Kniephänomene bei Tabes dorsalis. Neur. Centr., 1888, стр. 528 и 556.

77. *Gottlieb*, Демонстрація больного въ Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. Sect. f. Kinderh., 21 Jann. 1909. Реф. въ Neur. Centr., 1910, стр. 283.
78. *Gowers*, Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten.
79. *Gowers*, Сообщ. въ Clinical Society of London; застѣд. 13—III—1891. Lancet, 1891, 21. März. Реф. въ Neur. Centr., 1891, стр. 406.
80. *Grimm, F.*, Über Beri—beri. Deutsch. med. Woch., 1898, № 29.
81. *Handelsman und Jarzynski*, Ein Fall von Polyneuritis cerebralis Menièriformis. Neurologja Polska, 1912, T. II, f. 7.
82. *Hanns*. Exagération considérable de tous les réflexes tendineux sans affection médullaire. Revue méd. de l'Est, 1911, стр. 54—57.
83. *Hauch, E.*, (Auch), Névrite du Plexus lombaire dans les suites de Couches. Soc. d'Obstétrique de Paris 15 fevr. 1906. Реф. въ Rev. Neur., 1906, стр. 512.
84. *Hauch, E.*, (Auch), Névrite Puerpérale lumbalis peracuta. Communication de la Maternité et de l'Hospice des nouveau—nés (établissement royal) de Copenhague. Bibliotek for Lager. janv. 1906. Реф. въ Rev. Neur., 1906, стр. 455 (Ср. также № 83).
85. *Heard, I.-D.* et Diller, Th., Clonus du pied dans un cas de grande Hystérie. The Journ. of nerv. and ment. Dis., avril 1910, № 4, p. 239. Реф. въ Rev. Neur. 1911, II, стр. 438.
86. *Herzog, F.*, Über die Erkrankung des Zentralnervensystems bei Polyneuritis degenerativa. Deutsch.

- Zeitschr. f. Hervenh., 1909, Bd. 37, №№ 1—2, стр. 122.
87. *Hoffmann, I.*, Muskelwogen in einem Falle von chronischer doppelseitiger Ischias. Neur. Centr., 1895, № 6, p. 244.
88. *Hoffmann, I.*, Über syphilitische Polyneuritis. Neur. Centr., 1912, № 17, стр. 1075.
89. *Holsti, Ett* Fall of multipel neurit med ledgangsaffektioner. Finska läkaresallsk. handl., 1898, XL, стр. 1249.
90. *Hudovernig*, Polyneuritis im Anschluss an antirabische Schutzimpfungen. Psych.—Neurol. Section d. Budapester königl. Arztegesellschaft von 22. April 1912. Реф. въ Neur. Centr., 1912, стр. 1166.
91. *Hughes, C. H.*, Neuritis Plantaris. Weekly Med. Review, 1887, 12 märz.
92. *Huismans, L.*, Gekreuzte Adductorreflexe bei Syringomyelie und Neuritis. Deutsche med. Woch., 4 Dec. 1902, № 49, стр. 882.
93. *Jngelrans*, De l'exagération des réflexes dans les palynévrites. Echo méd. du Nord., 3 févr. 1903, стр. 61.
94. *Jngelrans*, Névrite périphérique d'origine alcoolique, prédominance de la paralysie sur les muscles extenseurs du pied, exagérationides réflexes rotuliens. Bulletin de la soc. centr. de méd du Nord, 1899, стр. 163.
95. *James, A.*, Clinical lecture on two cases of malarial Neuritis with tremors. Brit. med. Journ., 8 mai 1897, стр. 1141.
96. *Jарра*, Къ вопросу объ измѣненіи въ периферическихъ

- нервахъ при чахоткѣ. Ducl., СПб., 1888.
Реф. въ *Neur., Centr.*, 1888, стр. 425.
97. *Jemma*, Un caso di nevralgia ischiadica doppia accompagnata da crampi muscolari agliarti inferiori. *Gazetta ospitali*, Milano, 1893.
98. *Josias*, Du réflexe tendineux dans le choléra. *Progr. méd.*, 1884, № 53.
99. *Josserand*, Réflexe rotulien latéralisé. *Lyon médical*, 8 juin 1902.
100. *Kahlbaum*, Klinische Beobachtung zweier Fälle von polyneuritischer Psychose. *Dysphrenia alcoholico-polyneuritica*. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, T. LVI, 3 juni 1899.
101. *Kaufmann, P.*, Über die diagnostische und prognostische Bedeutung der Sehnen und Hautreflexe bei Nephritis und Urämie. *Jnaug.—Dissart.*, Heidelberg, 1911 а также *Vereinsbl. der Pfälz. A"rzte*, XXVII, 1911, № 3.
102. *Klewe*, Über alcoholische Pseudoparalyse. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, Bd. LII, стр. 595.
103. *Knapp, Ph. C.*, Les Réflexe dans l'Hystérie. *The Journ. of nerv. and ment. Dis.*, № 2, febr. 1910, стр. 93—93. Реф. въ *Rev. Neur.*, 1911, II, стр. 437.
104. *Knapp and Thomas*, The Reflexes in Long Distance Runners. A Study of the Influence of. Fatigue on certain Reflexes. *The Journ. of nerv. and ment. Dis.*, Febr. 1904.
105. *Kollarits, I.*, Über das Zittern. *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenh.*, Bd. 38, 1910, H, 5—6, стр. 438.
106. *Kononowa, E.*, Polyneuritis der unteren Extremitäten mit Anfangssymptomen von Claudicatio intermittens. *Neurol. Centr.* 1912, № 18, стр. 1155.

107. *Kost, A.*, Über Saltatorischen Reflexkrampf. Neur. Centr., 1883, стр. 315.
108. *Kraepelin*, Учебникъ психіатріи Т. II. Москва, 1912.
109. *Labordevie, I.* Sur l'état des Réflexes dans le Cancer. Thèse de Bordeaux, № 98, 1904—1905.
110. *Lamy, H.*, Paralysie post-puerperale par névrite périphérique. Rev. Neur., 1896, стр. 481.
111. *Lannois, M.*, et *Clement, H.*, La trépidation épileptoïde du pied pendant l'anesthésie. Soc. de Neur. de Paris, séance du 11 mai 1905. Rev. Neur., 1905, № 10, стр. 511.
112. *Lannois, M.*, et *Clement, H.*, Trépidation épileptoïde pendant l'Anesthésie chirurgicale. Soc. de Neur. de Paris, séance du 6 juillet 1905. Rev. Neur., 1905, стр. 787.
113. *Lejonne, P.*, et *Chartier, M.*, Névrite ascendante et Rhumatisme chronique. Sos. de Neur. de Paris, séance du 5 juillet 1906. Rev. Neur., 1906, p. 873—876.
114. *Lenoble, E.*, A propos de la Trépidation Epileptoïde du pied pendant l'Anesthésie. Soc. de Neur. de Paris, séance du 6 juillet 1905. Rev. Neur., 1905, стр. 787.
115. *Lenoble, E.*, Nystagmus et la Trépidation Epileptoïde considérés comme syndrome clinique traduisant la marche des anesthésiques à travers l'axe encéphale—medullaire. Arch. génér. de méd., Sept. 1896, стр. 319—333.
116. *Levi*, Clonus et pseudo-clonus du pied. H. Morgagni Rivista, № 4, 25—I—1908, стр. 54.
117. *Levi, E.*, Ein neuer vervollkommneter Clonograph und seine Anwendungsweise. Neus. Centr., 1909, стр. 414, а также Arch. ital. de Biologie, 1909.

118. *Levi, E.*, Das graphische Studium des Fussklonus und seine Bedeutung in der Klinik. Arb. aus d. Wiener Neur. Inst., 1907, XXI, Festschr. zur Feier des 25-jährig. Bestandes.
119. *Levi, E.*, Nouvelles recherches graphiques sur le phénomène de la trépidation du pied. Etude clinique et physiologique. L'Encephale, an III, № 9 et 11, sept. et. nov. 1908, стр. 260—297 и 453—496.
120. *Levi, E.*, Nouvel Appareil pour l'Enregistrement automatique Clonus du Pied; quelques nouveaux faits relatifs à ce phénomène. H Policlinico, oct. 1908, стр. 433. Peф. вь Rev. Neur. 1910, I, стр. 486.
121. *Levi, E.*, Nouvelles recherches sur la valeur diagnostie de l'étude graphique du Clonus du pied. I-er Congrès Italien de Neur., Naples., 8 avr. 1908. Peф. вь Rev. Neur., 1909, стр. 338.
122. *Levi, E.*, Quelques nouveaux faits relatifs à un cas d'Hystérie avec forte exagération des Réflexes tendineux. Réponses aux critiques de M. Babinski. L'Encephale, an IV, № 5, 10 mai 1909, стр. 473—486.
123. *Levi, G.*, La Réaction Pupillaire, les Réflexes tendineux et les troubles de la parole en rapport avec l'Accès Epileptique. Gazzetta deyli ospedali et delle cliniche, 28 avr. 1901, стр. 535, Peф. вь Rev. Neur., 1901, стр. 1058.
124. *Levi, L.* Sur l'état des réflexes patellaires au cours des affections hepaticques. Soc. de Biologie, séance du 11 janvier 1896. Rev. Neur., 1896 стр. 412.
125. *Levi, L.* et *Beuer, A.*, 'A propos de la Trépidation Epi-

- leptoïde. Soc. de Neur. de Paris., séance du 5 mars 1903. Rev. Neur., 1903 стр. 329.
126. *Levi, L.*, et Follet, Trépidation Epileptoïde dans la Tuberculose pulmonaire (présent. de malade). Soc. de Neur. de Paris, séance du 10 janvier 1901. Rev. Neur., 1901, стр. 54.
127. *Libert*, Contribution à l'étude des Réflexes dans la Fievre Tiphôïde. These de Paris, № 265, 1902.
128. *Lindl, Fr.*, Ergebnisse klinischer Beobachtungen von Polyneuritis alcoholica. Der Alcoholismus. Neue Folge. Heft 1., а также Jnaug.—Dissert., Berlin, 1903.
129. *Lion, A.*, Das Verhalten der Sehnenreflexe bei Nierenentzündung. Zeitschr. f. klin. Med., 1903, H. 3 и 4.
130. *Longart, I.*, Über die Beschaffenheit der Sehnenreflexen bei fieberhaften Krankheiten und unter der Einwirkung psychischer Einflüsse. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenh., 1891, I, H. 3 и 4.
131. *Longeart, P.*, Etude critique sur l'évolution des Poly-névrites. Durée, pronostic, terminaison. Thèse de Paris, 1904.
132. *Lortot-Jacob, L.*, et *Sabaréanu G.*. Sciatique Radiculaire unilatérale. Presse méd., 1904, стр. 633.
133. *Lückerath, M.*, Beitrag zu der Lehre von der Korsakow'schen Psychose. Neur. Centr., 1900, стр. 341.
134. *Ludlum, S. D.*, A case of Alcoholic Multiple Neuritis with Exaggeration of the Knee Jerks. The Journ. of Nerv. and Ment. Dis., 1905, vol 32, стр. 657.
135. *Moczkowski, W.*, Über Neuritis als Folge der Kohleno-

- xydvergiftung. *Gazeta lekarska*, 1899, №№ 48 — 49. Реф. въ *Neur. Centr.*, 1900, стр. 520.
136. *Maisner*, Neuritis multiplex unter dem Bilde der Myasthenie verlaufend. *Casopis lekařu ceskych*, 1908, № 12.
137. *Mally*, Paralyse périphérique d'origine traumatique. Trouble réflexes concomitants. *Gaz. hebdomadaire*, № 55, 10 juillet 1898, стр. 651.
138. *Matignon*, Hémiplégie cholérique (polynévrite périphérique à forme hémiplégique). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 16 juillet 1897. *Rev. Neur.* 1897, стр. 529.
139. *Mendelson*, Valeur pathogénique et séméiologique des réflexes. *Congrès International de Neur., de Psch., d'Electric, méd. et. d'Hypnologie tenu à Bruxelles 14—19 sept. 1897.*
140. *Medical*, Society of London, Sitz. von 2 Nov. 1885. *Brit. med. Journal*, 7 nov. 1885, *Neur. C.* 1885, стр. 546.
141. *Mills, Ch. K.* Some points of special interest. in the study of the deep reflexes of the lower extremities. *The Journ. of nerv. and ment. Dis.*, 1899, XXVI, № 8, стр. 131—161,
142. *Mischel, S. Weir.*, The muscular factors concerned in ankle clonus. *The Journ. of nerv. and ment. Dis.*, 1902, № 5 стр. 257.
143. *Morton W. J.*, A case of multiple neuritis with atrophy, fibrillary twitchings, cramps and exaggerated reflexes: two years duration and recovery. *The Journ. of nerv. and ment. Dis.*, 1900, vol, 27, стр 605.
144. *Muskens*, Myolonische Reflexe bei Vertebraten und Invertebraten. *Tagung der Internattonalen Lige*

- zur Erforschung und Bekämpfung der Epilepsie in Zürich am 6. und 7. September 1912.
145. *Муратовъ, В. А.*, Къ вопросу о повышевіи рефлексовъ при множественномъ невритѣ. Медич. Обзор., т. XXXVII, 1892, № 12, стр. 1079.
146. *Myerson, A.*, Hystérie avec Fièvre et Clonus du pied; relation d'un cas. Boston medic and Surgic. Journ., vol. CLXIX, № 6, стр. 194, 7—VIII 1913. Реф. въ Rev. Neur., 1913, II, стр. 606.
147. *Naunyn, B.*, Über Neuritis gonorrhoeica Zeitschr. f. prakt. Arzte, 1898, № 11. Реф. въ Neur. Centr. 1898, стр. 1010.
148. *Neiding. M.*, Ein Fall von Polyneuritis mit motorischen Reizsymptomen. Psych.—Neurol. Woch., 1912, № 6, стр. 61.
149. *Никитинъ*, Клонусъ стопы функціональнаго происхожденія. Обзор. псих. невр. и экск. псих., 1910, №№ 10 и 11.
150. *Nogués, et Jiról*, Un cas de Polynevrite Urémique Arch. med. de Toulouse, 1-er juillet 1901.
151. *Norman, C.*, The clinical features of Beri-beri (Transactions of the Royal Academy of Medicine in Ireland, (XVII).
152. *Oddo, M.*, Etude des Réflexes tendineux dans la chorée de Sydenhame. Gaz. des hôpitaux, 1900.
153. *Oekonomakis, M.*, Die Sehnenreflexe angestrenzter Körperteile. Untersuchungen an Marathonläufern Neur. Centr., 1906, №№ 11—12, стр. 498, 563.
154. *Oekonomakis, M.*, Weitere Untersuchungen über die Wirkung der Ermüdung auf die Reflexe. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. 1911, Bd. VI, H. 1, стр. 85.

155. *Pelnár, I.*, Über das Verhältnis zwischen den morphologischen Veränderungen und Functionen des entzündeten peripherischen Nerven. Über die erhöhte Erregbarkeit des kranken Nerven. Vestnik des IV. Kongr. der Böhm. "Ärzte in Prag, 1908, стр. 192. Autoref. вь Neur. Centr., 1909, стр. 649.
156. *Pérochaud, Mirailié et Arin*, Die l'état des Réflexes tendineux dans le Rhumatisme chronique. Sos. de Biol., séance du 3 juillet 1897. Реф. вь Rev. Neur., 1898 стр. 152.
157. *Perrin, M.*, A propos de l'exagération des réflexes rotuliens dans un cas de polynévrite. Rev. Nev., 1909, № 5, стр. 255—263.
158. *Perrin, M.*, Des Polynévrites. Thèse de Nancy. Paris, 1901.
159. *Pick, A.*, Mittheilungen aus der psychiatrischen Klinik in Prag. Ein Fall von Reflexpsychose nebst Mittheilungen über das sog. Delirium oder nervosum und transitorischen Fussklonus. Jahrb. f. Psych. 1888, VIII, 1 и 2.
160. *Playfair W. S.*, Note on ankle—clonus as a symptom in certain forms of nervous disease. The Lancet, 1886, vol. I, стр. 12.
161. *Playaud*, Etude des réflexes tendineux dans la fièvre tiphoïde. Paris, 1883.
162. *Poljakoff u. Choroschko*, Polyneuritis und Bacterium Coli. Deutsch. med. Woch., 1907, № 36.
163. *Potts, Ch.-S.*, An. apparently normal man with persistent ankle clonus. The Journ. of nerv. andment. Dis., 1912, vol. 39, № 10, стр. 658.
164. *Prévost*, Contribution à l'étude des phénomènes nommés réflexes tendineux. Rev. médic. de la Suisse romande, 1901, стр. 77 и слѣд.

165. *Raymond*, Clinique des maladie du système nerveux.
166. *Raymond*, F., et *Conrtemont*, V., Névrite professionnelle chez un cocher. Soc. de Neur. de Paris, séance du 5 mai 1904. Rev. Neur., 1904, стр. 500.
167. *Raymond* et *Guillain*, Névrite ascendante consécutive à une plaie de la paume de la main (présent. de la malade). Sos. de Neur. de Paris, s. du 2 fev. 1905. Rev. Neur., 1905 стр. 248.
168. *Remack*, E. und *Flatau*, E., Neuritis und Polyneuritis. Nothnagel's spec. Path. u. Ther., XI, T. III, Abt. IV, 1900.
169. *Remack*, E., Zur Pethologie des Melkerkrampf. Deutch. med. Woch. 1889, № 13.
170. *Remlinger*, P., Coniribution à l'étude des réflexes tendineux dans la fièvre typhoïde. Rev. de méd., 1901, стр. 46.
171. *Remlinger*, P., Paralysies nerveuses à la suite de la fièvre typhoïde. Gaz. méd. d'Orient, XLVI, стр. 659—662.
172. *Rénon*, L., Exagération des Réflexes, Clonus du Pied et de la Main sans contracture dans in cas d'Hémiplégie gauche. Soc. médic. pes Hôpit. de Paris, s. du 7 avr. 1899. Rev. Neur., 1899, стр. 427.
173. *Rimboud*, L., 'A propos d'un cas de névrite diabétique. Gaz. des Hôpit., àn LXXXII, № 125, 2 nov. 1909, стр. 1555.
174. *Roger*, G. H., Les névrites périphériques. L'Encephale, 1885, № 2.
175. *Roger*, H., De l'exagération des Réflexes Tendineux dans l'Hystérie. Thèse de Montpellier, № 95, 1908.

176. *Roger, H.*, Les Réflexes cutané et tendineux dans l'hystérie. Valeur séméiologique. *Gaz. des Hôpit.*, an LXXXII, № 3,9 janv 1909, стр: 27—33.
177. *Roger, H.*, *Baumel, I.*, Polynévrite saturnine des extenseurs du poignet chez un mineur, avec exagération des réflexes tendineux, Tumeur dorsal de la main et Hypotension artérielle. Quelques considérations sur le Saturnisme dans les mines de plomb. (présent. de malade). *Soc. des sciences méd. de Montpellier*, s. du 1-er-mars 1912. *Рецф. въ Rev. Neur.*, 1913, I, стр 178.
178. *Rossolimo, G. I.*, Le Réflexe des Orteils (réflexe tendineux pathologique). *Neur. Centr.*, 1908, № 10, стр. 452—455.
179. *Roth, V.*, Über einen Fall von traumatischem Fazialis-klonus, späterem Auftreten der Fazialisparalyse, deren Korrektur und forense Bedeutung. *Jnaug.—Dissert.*, München, 1908.
180. *Routhier, A.*, Sur la névrite lombaire puerpérale légère. *Thèse de Paris*, № 447, 1911.
181. *Roux, I.*, La Trépidation Epileptoïde du Pied dans les Névroses. *Loire médic.*, an XXVI, № 2, 15—II—1907, стр. 55.
182. *Russel, R.*, On some circumstances under which the normal state of the knee jerk is altered. *Proceedings of the Royal Soc.*, vol. 53, стр. 430-458.
183. *Ruyssen*, De l'exagération des réflexes dans le polynévrites. *Thèse pe Lille*, 1905—1906.
184. *Sacquépée, E.*, et *Dopter, Ch.*, Des névrites palustres. *Rev. de méd.*, 1900, стр. 340 и 468.
185. *Salomonson, W.*, Toxysche Polynéuritis bei einem Phthisiker. *Neur. Centr.*, № 10, 16 Mai 1906, стр. 434—437.

186. *Sane, E. F.*, Un cas de Polynévrite par usage du Phosphate de Créosote. Riv. clin. de Madrid, t. V. № 10, 15 mars 1911, стр. 386. Реф. въ Rev. Neur., 1911, II, стр. 389.
187. *Sarlo. A.*, Polyneuritis alcoholica. Psych.—neur. Sect. des Budahester königl. Arztevereines, Sitz. v. 20 janu. 1908. Реф. въ Neur. Centr. 1909, стр. 618.
188. *Sarbo, A.*, Über den diagnostischen Werth des Achillessehnenreflexes. Gyógyaszat., 1903, № 40.
188. *Шамаловъ, Н Ф.*, Къ характеристикѣ параличей при острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ. Второй съѣздъ Общества Русскихъ Врачей.
190. *Shhlesinger, H.*, Über eine durch Gefässerkrankungen bedingte Form der Neuritis. Neur. Centr., 1895, стр. 578 и 634.
191. *Schlier. I.*, Recurrierende Polyneuritis. Zeitschr. f. klin. Medicin, 1899, стр. 96—108.
192. *Schönborn, S.*, Bemerkungen zur klinischen Beobachtung der Haut—und Sehnenreflexe der unteren Körperhälfte. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenh., 1901, Bd. 21 стр. 281.
193. *Schultze, Fr.*, Seltene Symptome bei Nervenkranken. Neur. Centr., 1888, стр. 460.
194. *Schulz, R.*, Beitrag zur Lehre der multiplen Neuritis bei Potatoren. Neur. Centr., 1885, стр. 482.
195. *Sherrington, C. S.*, Experimental note on the knee-jerk. Brit. med. journ., 23 Sept. 1893, стр. 685.
196. *Shimamura, S.*, Über einen Fall von Myelitis et Neuritide ascendente. Zeitschr. f. klin. Medic., 1894, стр. 531—542.
197. *Smith, P. C.*, Exagération du Réflexe Rotulien d'origine nerveuse. Brit. Medic. Journ., № 2463, стр. 621, 14 mars 1908.

198. *Spiller, W. G.*, Exagération des Réflexes rotuliens dans la Poliomyélite antérieure aiguë. The Philadelphia eurol. Soc., 26—XI—1907, The Journ. of nerv. and ment. Dis., vol. 35, № 4, avril 1908, стр. 261. Реф. въ Rev. Neur., 1909, стр. 464.
199. *Spitzer, L.*, Ein Beitrag zur Kenntniss der mercuriellen Polyneuritis acuta. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenhe., Bd. XIX, 4 April 1901, стр. 215—226.
200. *Starker, W.*, Über intermittierendes Hinken mit Polyneuritis verbunden (Dysbasia angiosclerotica polyneuritica). Deutsch. Zeitsch. f. Nervenhe., Bd. 45, 1912, H. 1 стр. 52.
201. *Stcherback, Al.*, Etude graphique des Phénomènes vibratoires. Clonus Fonctionnel et Organique chez les animaux. Rev. Neur, 1908, стр. 101, а также Врачебная газета, 1907, №№ 37—38.
202. *Stcherback, Al.*, Signe de Babinski et dissociation des réflexes profonds et cutanés, provoqués expérimentalement chez l'homme; valeur sémiologique du réflexe dorsale du pied. Rev. Neur., 1908, 408.
203. *Stein, O.*, Über Polyneuritis senilis. Münch. med. Woch., 1897, №№ 11, 12.
204. *Sternberg, M.*, Die Sehneureflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems. Leipzig und Wien. 1893.
205. *Sternberg, M.*, Sehnenreflex bei Ermüdung, nacheinem Vortrage im physiol. Club in Wien, Sep. Abdr. Реф. въ Neur. Centr. 1887, стр. 392.
206. *Stevens, W. M.*, A Note of Tanden Reflexes in Uraemia. Brit. med. Journ., 1904, I, стр. 123.

207. *Strümpell, A., und Möbius. P. J.*, Über Steigerung der Sehnenreflexe bei Erkrankung peripherischer Nerven. Münch., med Woch., 1886 № 34, стр. 601—603.
208. *Сухомовъ, С. А., и Орловъ, Н. С.*, Къ вопросу о полиневритическомъ психозѣ. Общ. невр. и псих. въ Москвѣ. Засѣд. 27 ноября и 18 декабря 1898 года.
209. *Syllaba, M.*, Tremblement mercuriel. Soc. des Médecins Tchèques de Pragues, séance du 14 févr. 1898. Реф. въ Rev. Neur., 1898, стр. 302.
210. *Szuman, H.*, Über die Anomalien der Reflexe (insbesondere des Patellarreflexes) und die sie begleitenden Sensationen (Unlusgefälle und Affecte) in Fällen von Neurosen. Arch. f. Psych., Bd. 36, 1902, стр. 630—650.
211. *Taylor, W. E.*, Un cas de névrite du plexus brachial suivi d'autopsie. Rev. Neur., 1904, стр. 153.
212. *Tileston, W.*, Fréquence du Clonus du pied sans Maladie évidente du Système Nerveux central. The Americ. Journ. of the Medic. Sciences, vol. CXLVI, № 1, juillet 1913, стр. 1—10.
213. *Tinel, I., et Gastinel*, Un Cas de Sciatique Radiculaire Tuberculeuse avec Autopsie. Rev. Neur., 1911, II, стр. 453.
214. *Tinel, I., et Goldflam, A.*, Palynévrite Tuberculeuse avec lésions des Cordons postérieurs. Sos. de Neur. de Paris, séance du 29 fevr. 1912. Rev. Neur., 1912, I, стр. 383.
217. *Weber, F. P.*, A note on excessive patellar reflex of functional nervous origin and especially the,

- trepidation or „spinal epilepsy“. Brit. med. Journ., № 2453, 4 janv. 1908, стр. 14.
215. *Tugelram*, Névrite Périphérique d'origine Alcoolique. Prédominance de la Paralysie atrophique sur les muscles extenseurs du pied. Exagération der Réflexes rotuliens. Bulletin de la Sos. centr. de méd. du Nord, 2-e série, t. II, № 4, 28 avr. 1899, стр. 163.
216. *van-Gehuchten*, Un cas d'Hyperexcitabilité Réflexe extraordinaire. Journ. de Neur., 1899, № 14, стр 261—266.
218. *Werner, S.*, Kasuistische Mittheilungen aus dem Gebiete der Neurologie. I. Periphäre Neuritis mit gesteigerten Sehnenreflexen. Münch. med. Woch., 1899, №№ 35 и 36.
219. *Wertheim-Salomonsen, I. K. A.*, Clonus of Organik and Functional Origin. Folia Neuro—Biologica, 1910, Bd. IV, № 1, стр. 1.
220. *Westphal*, Über einen Fall von polyneuritischer Psychose („Korsakowscher“ Psychose) mit eigentümlichen Verhalten der Sehnenreflexe. Deutsch. med. Woch., № 5, 30 Jann. 1902.
221. *Westphal, A.*, Über Hysterische Dämmerzustände und das Symptom des „Vorbeiredens“. Neur. Centr. 1903, стр. 7—12.
222. *Введенскій, Н.*, Законы дѣятельности рефлексорнаго аппарата при отравленіи стрихниномъ. Общ. псих. въ СПб., засѣд. 24 марта, 1907 г. Реф. въ Rev. Neur., 1908, стр. 59.
223. *Ziehen, Th.*, Die diagnostische Bedeutung der Steigerung des Kniephänomens und des Fussklonus. Cor-

resp.—Blätter des allg. ärztl. Vereins von Thüringen, 1889. № 1. Реф. въ Непг. Centr., 1889, стр. 363.

224. *Ziehen, Th.*, Zur diagnostischen Bedeutung des Achilles'schen Phänomens. Deutsch. med. Woch., №№ 33 и 34, Nov. 1894.