

(Изъ клиники нервныхъ болѣзней И. К. У. Директоръ—проф.
Л. О. Даркшевичъ).

Параличъ нижнихъ конечностей съ повыше́ніемъ кожныхъ т. наз. защитныхъ рефлексовъ.

А. Оаворскаго.

Если по отноше́нію къ сухожильнымъ рефлексамъ мы можемъ считать въ настоящее время вопросъ достаточно выясненнымъ въ главныхъ его частяхъ, то нельзя того же сказать относительно рефлексовъ кожныхъ. Благодаря послѣднимъ изслѣдованіямъ Babinski ¹⁾ и Trommer'a ²⁾, мы знаемъ, какіе сухожильные рефлексy у человѣка нужно считать въ нормальномъ состояніи постоянными и какіе непостоянными, и какъ эти рефлексy могутъ извращаться въ состояніи паталогическомъ. Что же касается кожныхъ рефлексовъ, то многое въ этой области остается еще невыясненнымъ. Не говоря уже объ анатомической сторонѣ вопроса, о ходѣ рефлекторныхъ дугъ, мы мало знаемъ ихъ и со стороны клинической. До сихъ поръ, напримѣръ, не рѣшенъ еще

¹⁾ Babinski. Réflexes tendineux et réflexes osseux. Le Bulletin medical 1912 г., p. 929.

²⁾ Trommer. Цитир. по Babinski.

вопросъ о взаимоотношеніи рефлексовъ кожныхъ и сухожильныхъ, о взаимоотношеніи кожныхъ рефлексовъ и ригидности мышцъ, о взаимоотношеніи кожныхъ рефлексовъ и разстройствъ произвольнаго движенія и т. д. Эти положенія и послужили предметомъ изслѣдованія д-ра Babinski. А именно, онъ еще въ 1899 году обратилъ вниманіе на слѣдующій фактъ. По его мнѣнію, слѣдуетъ отличать *tabes dorsalis spasmodique*, при которомъ наблюдается разгибательная контрактура нижнихъ конечностей, стоящая, повидимому, въ зависимости отъ повышенія сухожильныхъ рефлексовъ, — отъ спазмотической паралегіи, сопровождающейся сгибательной контрактурой, зависящей, повидимому, отъ расстройства въ сферѣ кожныхъ т. наз. защитныхъ рефлексовъ. Эти наблюденія впослѣдствіи были подтверждены Souques¹⁾, Claude²⁾, G. Etienne et E. Gelma³⁾ и Klippel et Monier-Vinard⁴⁾. Дальнѣйшія изслѣдованія Babinski'аго показали, что эти двѣ совершенно противоположныя по клиническимъ симптомамъ группы паралегій могутъ встрѣчаться при различныхъ пораженіяхъ цереброспинальной оси. Первая группа, выражающаяся въ парезѣ произвольныхъ движеній, повышеніи сухожильныхъ рефлексовъ, наличности признака Babinski'аго и легкомъ повышеніи или нормальномъ состояніи защитныхъ рефлексовъ, разгибательной контрактурѣ, встрѣчается при спастическомъ параличѣ типа Erb'a, при банальной гемиплегіи съ перерожденіемъ пирамиднаго пучка. Вторая же

¹⁾ Souques. Paraplégie spasmodique organique, avec contracture en flexion et exagération des réflexes cutanés de défense. *Revue neurol.*, 1911, p. 376.

²⁾ Claude Sur la Paraplégie avec Contracture en flexion. *Revue neurol.* 1911, p. 249.

³⁾ Etienne et Gelma. Paraplégie spastique spinal en flexion. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1911, p. 337.

⁴⁾ Klippel et Monier-Vinard. Paraplegie avec Contracture en Flexion et Exaltation des Réflexes de Defense. *Revue neurol.*, 1912., p. 139.

группа параличей, выражающаяся въ полномъ параличѣ произвольныхъ движеній, повышеніи сухожильныхъ рефлексовъ, наличности рефлекса Babinski, сгибательной контриктурѣ и сильномъ повышеніи защитныхъ рефлексовъ, встрѣчается при сдавленіи пирамиднаго пучка, напр. при опухоляхъ интрадуральныхъ, пахименингитѣ, *malum Potti* или въ случаяхъ *sclerose en plaque*, когда нѣтъ перерожденія пирамиднаго пучка. Между этими двумя крайними группами наблюдаются и формы, т. сказать, промежуточные. Такъ въ случаяхъ, гдѣ имѣется пораженіе рефлекторныхъ дугъ сухожильныхъ рефлексовъ, какъ напримѣръ, при диффузныхъ склерозахъ спинного мозга, наблюдается ослабленіе или исчезновеніе сухожильныхъ рефлексовъ, наличность признака Babinski и сильное повышеніе защитныхъ рефлексовъ. При болѣзни Friedreich'a наблюдается ослабленіе или исчезновеніе сухожильныхъ рефлексовъ и рѣзкое повышеніе защитныхъ рефлексовъ, и т. д. Изъ сказаннаго само собою вытекаетъ, что обѣ группы представляютъ только симптомокомплексъ, обязанный своимъ происхожденіемъ различному патологоанатомическому субстрату. Какъ показываютъ наблюденія этотъ патологоанатомическій субстратъ въ первой группѣ паражений связывается съ деструкціею, съ вторичнымъ перерожденіемъ пирамиднаго пучка, между тѣмъ какъ во 2-й группѣ такого перерожденія нѣтъ. Это, слѣдовательно, отличіе съ точки зрѣнія патологоанатомической. Съ точки же зрѣнія клинической главнымъ дифференцирующимъ симптомомъ являются т. наз. защитные рефлексы, ихъ отношеніе къ движенію и сухожильныхъ рефлексамъ.

Въ чемъ же заключаются эти защитные рефлексы? Этимъ именемъ Babinski назвалъ тотъ рефлексъ, который получается въ нормальномъ состояніи при энергичномъ раздраженіи подошвы, и состоитъ въ сгибаніи стопы, голени и бедра. Это движеніе бываетъ внезапнымъ, слабой амплитуды и очень короткой продолжительности. Защитными онъ

назвалъ ихъ потому, что оно напоминаетъ то движеніе, которое получается при экспериментѣ съ обезглавленной лягушкой, когда у нея раздражаютъ лапку. Названіе это Woerko m¹⁾ признаетъ неудачнымъ и предлагаетъ для нихъ названіе „mouvements de fuite localisée“. Въ условіяхъ патологическихъ эти рефлексy могутъ повышаться, причемъ они приобрѣтаютъ слѣдующія отличительныя черты: 1) амплитуда движеній становится болѣе и происходитъ съ болѣе медленностью; 2) продолжительность сокращенія мускуловъ—болѣе длинной; 3) зона рефлексогенная болѣе распространена.

Со стороны технической для вызванія этихъ рефлексовъ Babinski рекомендуетъ слѣдующіе приемы: 1) у субъекта, сидящаго на стулѣ, раздражаютъ фарадическимъ токомъ кожу бедра или голени. Когда рефлексy повышены, то обыкновенно бедро сгибается и нога отнимается отъ пола и держится нѣкоторое время въ этомъ положеніи. У нормальнаго субъекта въ такихъ случаяхъ обыкновенно стопа не отнимается отъ пола. 2) у субъекта въ лежачемъ положеніи щиплютъ кожу тѣла стопы или голени, при этомъ получается такое энергичное сгибаніе ноги, какого не бываетъ въ нормальномъ состояніи; 3) у лежащаго субъекта берутъ рукою пальцы ноги и энергично ихъ сгибаютъ (какъ при изслѣдованіи рефлекса Бехтерева и Marie), при этомъ получается энергичное сгибаніе ноги. Но это, собственно, какъ признаетъ и Babinski, не есть рефлексъ въ зависимости отъ раздраженія кожи.

Имѣя въ виду, что вопросъ о защитныхъ рефлексaxъ представляетъ для клинициста немалый интересъ и нуждается въ дальнѣйшей разработкѣ и провѣркѣ, я позволю себѣ остановить вниманіе товарищей на двухъ болѣе.

¹⁾ v. Woerko m. Sur la signification physiologique des réflexes cutanés des membres inférieur, Revue neurologique, p. 285, 1912.

1-й случай. Больная М., 44-хъ лѣтъ, происходитъ, по ея словамъ, изъ здоровой семьи. Сифилиса, туберкулеза и алкоголизма въ семьѣ не было. Росла и развивалась правильно. никакими инфекціонными болѣзнями не страдала. Menses на 16 году, замужъ вышла 21 года; дѣтей не имѣла, былъ только 1 выкидышъ отъ неизвѣстной причины. Въ іюнѣ 1911 года при движеніи почувствовала сильную боль въ спинѣ. Эта боль съ перерывами держалась до марта 1912 г. Въ это время она замѣтила, что одинъ изъ позвонковъ у нея выступилъ. Съ мая у нея стали постепенно слабѣть ноги, ей стало трудно ходить, появилось одеревенѣніе въ пальцахъ ногъ. Въ концѣ іюля она должна была лечь въ постель, такъ какъ не могла владѣть ногами; въ это же время появилась незначительная задержка мочи, запоры и стрѣляющія боли въ ногахъ. Въ сентябрѣ она уже потеряла способность сидѣть въ постели. 18/x 12 г. поступила въ клинику нервныхъ болѣзней И. К. У. съ жалобой на отсутствіе движеній въ ногахъ и подергиванія въ нихъ. Status praesens 19/x 12. Черепномозговые нервы въ порядкѣ. Движенія рукъ въ предѣлахъ нормы. Движенія въ нижнихъ конечностяхъ совершенно отсутствуютъ. Больная лежитъ съ согнутыми ногами. Рефлексы съ m. m. biceps, triceps, ниже-радіальный и пронаторный нормальны. Колѣнные рефлексы не рѣзко повышены, причемъ справа больше. Ахилловы рефлексы не повышены. Клонуса чашечки и клонуса стопъ нѣтъ. Рефлексъ Orrenheim'a и рефлексъ Mendel—Бехтерева отсутствуютъ. Рефлекса Россолимо нѣтъ. Babinski съ обѣихъ сторонъ, но не всегда вызываемый. Рефлексъ брюшной (верхній, нижній и средній) отсутствуютъ. Рефлексы съ слизистой оболочки носа, глаза и глотки въ нормальномъ состояніи. Имѣются рѣзко повышенные т. наз. защитные рефлексы. Легкое проведеніе волосяною кисточкою по кожѣ даже одной ноги или нижней части живота тотчасъ же вызываетъ энергичное сгибаніе обѣихъ ногъ во всѣхъ суставахъ. Въ такомъ согнутомъ состояніи ноги держатся довольно продолжительное время. Щипаніе

кожи ногъ, уколы иглою, раздраженіе фарадическимъ токомъ съ электродомъ Erb'a, также вызываютъ эти рефлексъ. Однако, есть разница въ интенсивности ихъ и въ величинѣ зоны, съ которой они получаютъ при примѣненіи указанныхъ раздражителей. Самымъ лучшимъ раздражителемъ у данной больной являлось щипаніе кожи. Верхняя граница, съ которой можно было вызвать этимъ раздражителемъ защитные рефлексъ, была самой высокой и проходила по циркулярной линіи въ области 11-го грудного корешка. При раздраженіи же фарадическимъ токомъ названные рефлексъ получались съ постоянствомъ только въ случаѣ приложенія электрода въ нижней $\frac{1}{3}$ бедра; выше же этой границы рефлексогенная зона убываетъ въ своей интенсивности: здѣсь не всегда удается вызвать рефлексъ и при томъ онъ не рѣзко выраженъ. Нужно отмѣтить, что сила тока не играла роли при вызываніи защитныхъ рефлексовъ. Раздраженіе кожи холодомъ (ледъ) и тепломъ (вода съ $t^0 + 70^0$ C) совершенно не вызывало этихъ рефлексовъ.

На ногахъ получается рефлексъ Бехтерева—Marie. Правый зрачекъ нѣсколько шире лѣваго, реакція на свѣтъ и конвергенцію нормальна. Retentio urinae et alvi. Въ нижнихъ конечностяхъ слабая ригидность сгибаемыхъ мышцъ, главнымъ образомъ, въ колѣнномъ суставѣ; наклонность къ сгибательной контрактурѣ въ области колѣннаго сустава. Органы высшихъ чувствъ нормальны. Чувствительность всѣхъ видовъ на рукахъ нормальна. На ногахъ и нижней части живота полное отсутствіе всѣхъ видовъ чувствительности до циркулярной линіи, идущей на одинъ палецъ выше пупка (въ области 9-го грудного корешка). Однако, при изслѣдованіи кожи ногъ электродомъ Erb'a больная испытываетъ чувство боли, сопровождающееся чувствомъ жженія, которое она локализируетъ неправильно: выше или ниже приложенія электрода. Пояса гиперестезіи выше границы анестезіи обнаружить не удается. Имѣется атрофія мышцъ нижнихъ конечностей. Фарадическая и гальваническая электровозбудимость

понижены количественно; реакціи перерожденія нѣтъ. Су-
ставы и кости конечностей въ порядкѣ. Позвоночникъ—
имѣется кифозъ въ нижней части грудного отдѣла. На
крестцѣ пролежень. Cystitis. Сердце, легкія и сосуды въ по-
рядкѣ. Люмбальная пункция: давленіе нормальное; реакція
Nonne въ 1-й фазѣ рѣзко положительная (мутъ), плеоцитозъ
= 0. Реакція Wassermann'a въ крови и люмбальной жидкости
отрицательная. t° тѣла 37° С.

При дальнѣйшемъ пребываніи больной въ клиникѣ (до
22/1 13) состояніе ея оставалось почти безъ измѣненія. Сухо-
жильные рефлексy времени колебались въ своей интенсив-
ности, но тѣмъ не менѣе никогда не достигали значительной
степени повышенія. Чувствительность общая иногда возста-
новляется нѣсколько, а затѣмъ снова угасаетъ. Рѣдко по-
является клонусъ стопъ и снова исчезаетъ, исчезаетъ не-
рѣдко и признакъ Babinski. t° тѣла колеблется достигая
иногда $39, 4^{\circ}$ С, что надо поставить въ связь съ суще-
ствующимъ cystitis. Защитные рефлексy обнаруживаютъ очень
мало колебаній.

Итакъ, резюмируя данныя исторіи болѣзни, мы видимъ,
что передъ нами больная, у которой въ теченіе 2-хъ лѣтъ
постепенно развился кифозъ съ *полнымъ параличемъ* ниж-
нихъ конечностей, *небольшимъ повышеніемъ коленныхъ и*
Ахилловыхъ рефлексовъ, слабо выраженнымъ признакомъ
Babinski, полной анестезіею ногъ и нижней части живота,
задержкою мочеиспусканія и alvi и *рѣзко повышенными такъ*
наз. защитными рефлексами, верхняя граница которыхъ (при
вызываніи ихъ щипаніемъ кожи ногъ) проходитъ на ладонь
ниже верхней границы разстройства чувствительности, прибли-
зительно въ области 11 грудного корешка. Какъ видно изъ
только что сказаннаго, мы имѣемъ, слѣдовательно, въ данномъ
случаѣ compressio medullae spinalis e spondylitide. Клини-
чески же данный случай протекаетъ въ той формѣ, на которую

было обращено вниманіе Babinski, и которую онъ называлъ: „paraplegie spasmodique organique avec contracture en flexion“. При этой формѣ кожные защитные рефлексъ въ противоположность сухожильнымъ бываютъ рѣзко повышены.

Для контраста я приведу краткую исторію болѣзни другой больной, гдѣ соотношеніе этихъ двухъ группъ рефлексовъ совершенно иное.

Больная Т., дѣвица, 30 л., происходитъ отъ здоровыхъ, по ея словамъ, родителей; lues, туберкулезъ и алкоголизмъ отрицаетъ. На 4-мъ году отъ роду она заболѣла скарлатиной, послѣ которой у нея отнялись ноги. Разстройства тазовыхъ органовъ не было. Къ концу 4-го года движенія въ ногахъ постепенно возстановились и она начала ходить. До 14 лѣтъ отъ роду она могла даже бѣгать, но съ этихъ поръ ноги начали снова слабѣть. 8 лѣтъ тому назадъ стала замѣчать, что правая нога особенно сильно слабѣетъ и быстро утомляется при ходьбѣ. Болей въ ногахъ не замѣчала; иногда въ правой ногѣ бывали слабыя парестезіи. За послѣднее время не можетъ долго удерживать мочу. Status praesens, 19—13. Черепные нервы всѣ въ порядкѣ. Движенія рукъ нормальны. Парезъ нижнихъ конечностей, походка спастическая, ходитъ безъ палки. Колѣнные рефлексъ сильно повышены, клонусъ чашечекъ, клонусъ обѣихъ стопъ, рѣзкій Babinski на обѣихъ ногахъ, симптомъ Oppenheim'a. Кожные рефлексъ живота отсутствуютъ. Рефлексъ съ слизистыхъ оболочекъ носа, глаза и глотки нормальны. Кожные защитные рефлексъ нормального типа. Рефлексъ Бехтерева—Marie нѣтъ. Чувствительность всѣхъ видовъ не разстроена. Органы высшихъ чувствъ нормальны. Рѣзкая ригидность мышцъ ногъ. По временамъ не можетъ долго удерживать мочу. Люмбальная пункция: плеоцитозъ=0,3 лимфоцитовъ въ 1 к. м., реакція Nonne въ 1-й фазѣ отриц., реакція Wassermann'a отрицательная въ крови и люмбальной жидкости. Диагнозъ: sclerosis lateralis.

Итакъ, у данной больной при наличности *спастическаго пареза* въ нижнихъ конечностяхъ мы имѣемъ *рѣзко повышенные сухожильные рефлексy*, а кожные защитные рефлексy остаются въ *нормальномъ* видѣ.

При сравненіи этихъ двухъ больныхъ сразу же бросается въ глаза разни́ца клинической картины болѣзненнаго процесса. Эта разни́ца касается съ одной стороны взаимоотношенія т. наз. кожныхъ защитныхъ рефлексовъ и сухожильныхъ рефлексовъ, а съ другой—взаимоотношенія т. наз. кожныхъ защитныхъ рефлексовъ и расстройства произвольнаго движенія. Въ первомъ случаѣ имѣется при параличѣ нижнихъ конечностей, небольшомъ повышеніи сухожильныхъ рефлексовъ *рѣзкое* повышеніе кожныхъ защитныхъ рефлексовъ, а во второмъ случаѣ при парезѣ ногъ *рѣзкое* повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ и отсутствіе кожныхъ защитныхъ рефлексовъ. Чѣмъ же объясняется эта разни́ца? Отвѣтить на этотъ вопросъ съ положительностью въ настоящее время не представляется возможнымъ, тѣмъ болѣе, что еще пока не вполне изучена клиническая сторона этихъ рефлексовъ. Новѣйшія наблюденія показываютъ, напри́мѣръ (см. ниже), что *рѣзкое* повышеніе разсматриваемыхъ рефлексовъ наблюдается даже тогда, когда расстройства движенія едва замѣтны.

Кромѣ того, предпринятая мною изслѣдованія обнаружили, что характеръ раздраженія кожи играетъ немалую роль въ интенсивности занимающихъ насъ рефлексовъ, а равно и въ протяженіи рефлексогенной зоны.

Не смотря на все это, повышенные кожные защитные рефлексy имѣютъ, повидимому, большое значеніе для топической діагностики. Такъ, по изслѣдованіямъ Babinski¹⁾, они

¹⁾ Babinski. Sur la localisation des lésions comprimant la moelle de la Possibilité d'en préciser le siège, et d'en déterminer la limite inférieure au moyen des réflexes de défense. Communication faite à l' Académie de Médecine le 16 janvier 1911.

даютъ возможность болѣе точно опредѣлить границы сдавленія спинного мозга, что очень важно при необходимости, на-примѣръ, хирургическаго вмѣшательства. Пользоваться для этой цѣли только границею анестезіи, по его мнѣнію, не всегда представляется надежнымъ, такъ какъ въ подобномъ случаѣ граница анестезіи можетъ быть или слишкомъ низка, когда сдавленіе спинного мозга ничтожное или же слишкомъ высока, когда выше мѣста сдавленія существуетъ отекъ. Далѣе, анестезія можетъ опредѣлять только верхнюю границу сдавленія. Для опредѣленія же нижней границы сдавленія можно воспользоваться той верхней границей кожи, раздраженіемъ которой вызываются защитные кожные рефлексы. Въ нашемъ случаѣ эта граница проходила въ области 11 грудного корешка, а граница анестезіи въ области 9-го грудного корешка. Следовательно, можно предполагать что спинной мозгъ сдавленъ на протяженіи отъ 9-го до 11 грудного корешка. Если бы понадобилось оперативное вмѣшательство, то оно должно быть произведено именно въ этой области.

Однако, какъ показываетъ случай, опубликованный послѣ моего доклада Henri Claude et P. Rouillard — „Evolution inverse de réflexes de défense et des troubles de la sensibilité dans un cas de Mal de Pott à évolution aigue“, при *Malum Potti* приходится быть осторожнымъ при опредѣленіи нижней границы при посредствѣ защитныхъ кожныхъ рефлексовъ. Правда, въ ихъ случаѣ эти рефлексы рѣзко выступали тогда, когда симптомы со стороны двигательной сферы были очень мало замѣтны. Тѣмъ не менѣе граница этихъ рефлексовъ за время болѣзни сильно колебалась; сначала она была очень высока, а затѣмъ спустилась очень низка, а граница анестезіи, наоборотъ: сначала была очень низка, а затѣмъ поднялась до первоначальной границы защитныхъ рефлексовъ. При вскрытіи же оказалось, что нижняя граница сдавленія спинного мозга туберкулезными массами находится значительно ниже той границы,

откуда получают защитные рефлексы. Это дало повод авторам выразиться так: „en tout cas, la valeur localisatrice des phénomènes apparaît assez fragile d'après cet exemple“. Нужно замѣтить, что тотъ случай, которымъ оперируютъ авторы еще не позволяетъ вполне присоединиться къ такому выводу, и вотъ по какимъ соображеніямъ. Течение и развитіе отдѣльныхъ симптомовъ со стороны нервной системы при *Malum Potti* представляетъ очень часто большія колебанія. Это относится въ равной степени и къ двигательной сферѣ и къ чувствительной. Къ разряду такихъ случаевъ, судя по приводимой исторіи болѣзни, нужно отнести и больную *Claude et Rouillard*. Колебались здѣсь значительно, какъ я уже упомянулъ выше, и границы защитныхъ рефлексовъ и границы анестезіи. Передъ смертью же защитные рефлексы исчезли совершенно. При такомъ колебаніи, конечно, очень трудно пользоваться границею защитныхъ рефлексовъ для опредѣленія нижней границы сдавленія. Кромѣ того, у ихъ больной микроскопическое изслѣдованіе показало измѣненіе менингоміелитическаго характера въ *средне-грудной* части, т. е. какъ разъ тамъ, гдѣ при началѣ заболѣванія была граница защитныхъ кожныхъ рефлексовъ. Очевидно, второй очагъ, находившійся ниже перваго, развиваясь, постепенно настолько измѣнилъ какую-либо часть рефлекторной дуги защитныхъ кожныхъ рефлексовъ, что въ концѣ концовъ они совершенно угасли.

Нашъ случай не представлялъ колебаній границъ защитныхъ рефлексовъ а равно и анестезіи, а потому можно думать, что указанное нами выше протяженіе сдавленія спинного мозга имѣетъ мѣсто въ дѣйствительности.

Внѣ сомнѣнія, вопросъ о кожныхъ защитныхъ рефлексахъ требуетъ дальнѣйшей разработки и дальнѣйшихъ клиническихъ наблюденій. Въ особенности же онъ нуждается въ выясненіи хода рефлекторныхъ дугъ и тѣхъ условій патологическихъ, наличность которыхъ вызываетъ

появленіе повышенныхъ кожныхъ защитныхъ рефлексовъ. Въ этомъ направленіи мы остаемся въ области голыхъ гипотезъ, которыя для своего поддержанія требуютъ экспериментальной провѣрки. Такъ, мнѣніе французскихъ авторовъ, связывающихъ повышеніе защитныхъ рефлексовъ съ неполной деструкціею именно пирамиднаго пучка не можетъ быть принято безъ оговорокъ. Дѣло въ томъ, что въ единственномъ случаѣ Claude et Rouillard съ аутопсіей говорится только о перерожденіи перекрещеннаго пирамиднаго пучка. О состояніи же остальныхъ двигательныхъ системъ совершенно ничего не упоминается. Правильнѣе было бы, на мой взглядъ, говорить пока, въ виду отсутствія подробныхъ патологоанатомическихъ изслѣдованій, о пораженіи, при повышеніи кожныхъ защитныхъ рефлексовъ, какого-то двигательнаго пути или даже многихъ двигательныхъ путей, (пирамидный пучекъ, пучекъ Монаковъа и т. д.), черезъ которые проводится задерживающее вліяніе головного мозга.

Далѣе, нельзя всецѣло присоединиться къ взгляду на патогенезъ разбираемыхъ нами рефлексовъ, приводимому, Claude'омъ et Rouillard'омъ и отражающему, повидимому, существующіе на этотъ счетъ взгляды французскихъ невропатологовъ. Они говорятъ: „la formation des réflexes de défense nous paraît néanmoins d'une façon générale sous la dépendance de deux facteurs, irritation du faisceau pyramidal, irritation de la voie sensitive, notamment des systèmes radiculaires“. Съ точки зрѣнія физиологической скорѣе нужно предположить какъ разъ обратное: не раздраженіе, а угнетеніе, прекращеніе проводимости по двигательныхъ путямъ, тормозящихъ рефлексъ вліяній съ головного мозга, обуславливаетъ между прочимъ появленіе вышеупомянутыхъ рефлексовъ. Устраненіе этихъ тормозящихъ вліяній и влечетъ за собою сильное увеличеніе возбудимости рефлекторныхъ центровъ, благодаря чему ничтожныя раздраженія съ кожи тѣла, которыя въ нормальномъ состояніи не

способны вызвать сложный рефлексъ, здѣсь этотъ рефлексъ вызываютъ очень легко.

Описываемый случай заслуживаетъ между прочимъ нашего вниманія и со стороны состава цереброспинальной жидкости. Именно, при плеоцитозѣ, равномъ нулю, реакція Nonne въ I-й фазѣ была положительной. Такое отношеніе между этими двумя факторами лишній разъ подтверждаетъ діагнозъ сдавленія спинного мозга, на что впервые указалъ еще Nonne¹⁾ при опухоляхъ спинного мозга.



¹⁾ Nonne. Über das Vorkommen von starker Phase I—Reaktion bei fehlender Lymphocytose bei 6 Fällen von Rückenmarkstumoren. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1910, S. 161.