Правосторонняя гемиплегия съ афазией на почвъ сифилиса.

Л. А. Сергеева (Казань).

15 априля 1904 г., будучи приглашень въ больному К—у, я засталъ его неподвижно лежащимъ на спинѣ. При совмѣстномъ исслѣдовании съ д-ромъ Д. найдено hemiplegia dextra, сглаживание правой носогубной складки, опущеніе праваго угла рта. При смотрѣваніи лба разницы между больной и здоровой стороной не обнаружено. Языкъ покрытъ бѣлымъ налетомъ, при высовываніи уклоняется въ больную сторону. Больной въ полномъ сознаніи, воспринимаетъ предложаемые вопросы, исполняетъ возможныя требования. Настровенъ подавленно-плаксиво. При малѣйшемъ поводѣ плачеть. Онъ 45-ти лѣтъ, крѣпкаго сложенія, хорошаго питанія. Въ нижнѣ-заднихъ доляхъ легкихъ влажные хрипы. Тонь сердца чисты. Пульсъ полный, твердый, 80 ударовъ въ 1'. Артеріи склерозированы. Чувствительность сохранена: при уколѣ иглою на паразилизованной сторонѣ больной ужасается здоровой рукою мѣсто укола. Колѣнныя рефлексы на паразилизованной сторонѣ отсутствуютъ. Температура въ предѣлахъ нормы. Стуль задержанъ. Моча кислой реакціи, бѣла и сахара не содержить.

Изъ анамнеза извѣстно—больной женатъ, до настоящаго заболевания не хворалъ, алкоголемъ не злоупотреблялъ. Боль-
шую часть времени проводил на свежем воздухе в работе по хозяйству. Заболевание произошло 13 апреля. Домашние, по их словам, уснули, что лишь только отец (больной) прошёл со двора в комнаты, как оттуда послышалось, что упало что-то тяжелое. Бросившись в кабинет, они застали больного лежащим на полу. Когда положили больного на кровать, он очнулся, приподнялся, но снова упал на кровать, потеряв сознание. Вскоре он открыл глаза, но на всё обращенные к нему вопросы отвечал невнятным мечанием. Лицо было перекошено. В день происшествия больной с утра чувствовал себя плохо. Кроме того, за полгода приблизительно до этого несчастного случая больной жаловался на онемение пальцев правой руки, незадолго до происшествия разъ как-то упал, но скоро всстал с болью в пояснице, которая держалась несколько дней.

Анализируя данные нашего случая, имелся полный правосторонний полупаралич — паралич руки, ноги, p. facialis, hypoglossi и полную потерю речи. Гемиплегия, мы знаем, зависит от поражения каким-нибудь патологическим процессом двигательного пути где-нибудь на его протяжении в полушарии, противоположном парализованной половине тела, у нашего больного в левой полушарии. Сопутствующие явления указывают, задесь ли пирамидный путь в коре, т. е. в центральных извилинах (lobus centralis anterior, posterior et paracentralis), где находится центр этого пути, или во внутренней сумке, мозговой ложке и т. д.; в виду того, что гемиплегия сопровождалась афазией, необходимо предположить, что процесс, обусловивший hemiplegiam, вызвал и двигательную потерю речи, т. е., что кроме пирамидного пути поражена лётвая третья лобная извилина (gyrus Broca) центра артикуляции речи, при чем поражение захватывает вору, а не подкорковые части мозга (поражение в centrum ovale).
ПРАВОСТОРОННЯЯ ГЕМИПЛЕГІЯ СЪ АФАЗІЕЙ НА ПОЧВѢ СИФІЛИСА 347

За это говорить во 1-хъ то, что афазія въ зависимости отъ пораженія подкорковыхъ узловъ наблюдается рѣдко и сопровождается другими симптомами, въ зависимости отъ локализаціи патологическаго процесса. Такъ, при пораженіи ближе къ корѣ подъ центральными извилинами наблюдается моноплегія, подъ затылочными долями геміанопсія, ближе къ внутренней сумкѣ—геміпллегія, геміанестезія и т. п. Отсутствіе геміанестезіи въ нашемъ случаѣ отъ пораженія артеріи зрительного ядра (Dieulafouй) говорить также за то, что предполагаемый вскрытія не было облитерирующей эндоартеріи долженъ былъ находиться въ артеріи fossae Sylvii позади отхожденія центральныхъ ея вѣтвей. Да и самая стойкость афазіи, какъ увидимъ дальше, по Leube говорить въ пользу пораженія коры.

Что касается вопроса о болѣзниенномъ процессѣ, поразившемъ нашего больного, то кровоизлияніе приходилось исключать, потому что оно должно было бы захватить центральныя извилины, чѣмъ повлекло болѣе сильныя разстройства, болѣе глубокое и продолжительное коматозное состояніе и даже быструю смерть въ виду обширности. По Strumpfelю оно должно бы простираться отъ capsula interna до области 3 лобной извилины. Нашъ больной скоро очнулся и вторично наступившее коматозное состояніе продолжалось не долго. Кровоизлиянія въ корковое вещество по Dieulafouу чрезвычайно рѣдки. Кровоизлияніе очень рѣдко сопровождается афазіей. (Gowers) Dieulafouу Гемиплегію и афазію часто вызываютъ эмболія или тромбозъ артерій.

1) Dieulafouу. Руководство къ внутреннимъ болѣзнямъ. Т. II.
2) Leube. Частная диагностика внутреннихъ болѣзней. Т. II.
3) Штромпель. Частная патологія и терапія. Т. II.
4) Dieulafouу. 1. с.
5) Gowers. Руководство къ болѣзнямъ нервной системы.
6) Dieulafouу. 1. с.
fossae Sylvii. (Dieulafoy ¹), Gowers ²), Strumpell ³), Leube ⁴)

В нашем случае и эмболия должна быть исключена на основании отсутствия данных, способствующих ее появлению—молодой возраст, пороки сердца, заразная заболеваний, поражение сосудов и т. д.

Тромб организуется на почве изменений состава крови изменений сосудистых стволов и замедлений кровообращения—напр., при аневризмах, при слабой деятельности у стариков ⁵). У последних играют роль оба момента—вместе с замедлением кровообращения от слабости сердца почти всегда существует атероматозное перерождение сосудов.

В нашем случае имелся лишь артериосклероз, сравнительно недостаточный для объяснения внезапной закупорки. Указания Dieulafoy ⁶), Schwalbe ⁷) что у сифилитиков, вследствие облитерирующего эндоarterиита (Cornil ⁸), обнаруживающего особенное предрасположение к поражению черепно-мозговых артерий, внезапное появление тромба в более крупных сосудах встречается редко, навело на мысль предположить в данном случае влияние сифилитической инфекции и попробовать диагностировать ex juvantibus et nocentibus. Тьмя болезни что положение больного быстро ухудшалось, он становился день ото дня апатичнее, появилась неправильная дефекация, а через 5 дней послезаполнения обнаружены decubitus посредине ягодицы парализованной стороны—острых злокачественный пролежень Charcot. (Штромпель, Leube).

¹) Ibidem.
²) Gowers, l. c, стр. 439.
³) Strumpell. T. II.
⁴) Leube. T. II.
⁵) Eulenberg. Асапасьев. Реальная энциклопедия. T. XI.
⁶) Dieulafoy. l. c. стр. 786.
⁷) Schwalbe. Основы частной патологии и терапии. 1902 пер. Энбольда.
Больному назначен natr. iodat. и ртутным втиранием. Через 5 дней состояние больного начало улучшаться—онъ сталъ оживленнѣе, знаками лѣвой руки показалъ, что 8 лѣтъ тому назадъ онъ также лѣчился 40 дней. По знакамъ можно было предположить, что у него часто болѣла раньше голова и были головокруженія. Сдѣлано 30 фрікцій по 4 грамма. Строгая питательная дѣта. Специфическое лечение вскорѣ обнаружило благотворныя результаты. Больной, лежавшій совершенно безпомощно, послѣ 2-хъ недѣльаго лѣчения, могъ самъ, придерживаясь здоровой рукою, подняться на кровати и производить нѣкоторыя движенія парапализованной ногой. Вмѣстѣ съ тѣмъ больной могъ повторять сказанное слово, хотя не совсѣмъ ясно. Черезъ 5 дней послѣ этого больной могъ производить сгибанию, опусканиемъ и легкое поднять ноги. Черезъ мѣсяцъ больной могъ при поддержкѣ пройтись, но движенія парапализованной ноги были еще неувѣрены, и при ходьбѣ въ ней замѣчалось-дрожаніе. Въ теченіе 3-хъ послѣдующихъ мѣсяцевъ больной получилъ способность ходить при помощи палки. Движенія въ руку возстановились. Вернулась у больного и рѣчь, хотя говорилъ онъ невнятно. Дальше мы больного не видали.

Болѣзниеный процесъ, наблюдавшійся нами, можно представить слѣдующимъ образомъ: въ вышеуказанномъ мѣстѣ артеріи было сифилитическое перерожденіе внутренней оболочки. Кровь, омыющая перерожденной мѣстѣ, постепенно отлагала на нихъ фибрина, а въ день апоплектическаго инсульта, благодаря утомленію, а можетъ быть и временному ослабленію сердечной дѣятельности, свертки фибрина закрыли просвѣть сосуда.

Что касается сифилиса, который указывается въ числѣ этиологическихъ моментовъ мозгового кровоизлиянія, то тутъ какъ бы вызывала сомнѣніе давность зараженія—8 лѣтъ. Между тѣмъ, какъ въ руководствахъ отмѣчается, что мозговое кровоизлияніе бываетъ при раннихъ формахъ, когда суще-
стывают вторичные явления на коже и слизистых оболочках.

Можно было предположить, что страдание вызвано гумозными образованиями в дигитальной области коры, в извилинах Брога. Последняя, как известно, могут сопровождаться явлениями афазии, гемиплегий и др. Но они развиваются медленно, сопровождаются часто сведениями, падучеобразными приступами и т. п., что у нас отсутствовало.

Описываемый случай представляет интерес во 1-х тм, что наглядно показывает, что отсутствие анамнестических данных и положительных признаков перенесенного страдания (на коже, слизистых оболочках) недостаточно для отрицания заражения, и оно не может служить противопоказанием назначения специфического лечения. Оно говорить за то, что наступление внезапного апоплектического инсульта с явлениями выпадения нькоторых функций (афазия, гемиплегия) может развиться на почве сифилитического заражения.

В 3 х, из него мы видим, что сравнительно большая дозы ртути и йодистых препаратов при известной предосторожности не вызывают побочных явлений.

Наш случай также подтверждает положение, что области, расположенной ближе к пораженной артерии, поражаются боьше, чтм боьше отдаленные, потому что последняя имеет возможность сообщаться с поверхностными сосудами. В 2 вида вышеизложеннаго я и ршил подытиться своим наблюдением с товарищами.