

Серія докторських дисертацій, допущених къ зашитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1912—1913
учебномъ году.

7-НОЯ 2012

33

ИШАСЬ КОРЕШКОВАГО ПРОИСХОЖДЕНІЯ

(Meningo-radiculitis plexus lumbo-sacralis)

616.833

D-56

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины

Михаила Сергѣевича Доброхотова.

По матеріаламъ нервного отдѣленія Сакской земской грязеле-
чебницы.

4090
1941

ПРОВЕРЕНО

Цензорами диссертации по поручению Конференции были:
Академикъ В. М. Бехтеревъ, Профессоръ А. П. Фавицкій
и Приватъ-Доцентъ С. Д. Владычно.

Перечитано
2-го сент.
1906 г.

БИБЛИОТЕКА
Харьковскаго Медич. Інституту
№ 4433

Библиотека Читальня 4428
Харьк. Гос. Мед. Инст. и Библиот. 2-го сент.
Мат. кн. № 14818
Шифр. кс. А 11 кеттер 56

ПОЛТАВА.

Электрическая типо-литография преэминиковъ Дохмана.
1913.

ПРОВЕРЕНО 1936

1950

Персучет-60

7 - NOV 2012

Докторскую диссертацию врача М. С. Доброхотова под заглавием „Ишиас корешкового происхождения“ печатать разрешается, с тем, чтобы по отпечатанию было представлено в ИМПЕРАТОРСКУЮ военно-медицинскую академию 500 экземпляров самой диссертации и 100 экземпляров сброшюрованных: eirciculum vitae, автореферат, выводы и положения с заглавным листом диссертаций, при чем 175 экземпляров диссертации и выводы должны быть доставлены в канцелярию академии, а остальные 325 диссертаций — в библиотеку академии.

С.-Петербургъ.
(5 Декабря 1912 г.).

№ 32

Ученый секретарь,
Профессоръ М. Пальмъ.



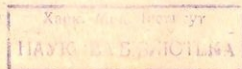
ВВЕДЕНІЕ.

Невралгія сѣдалищнаго нерва — ишиасъ, извѣстна съ давняго времени. Еще въ 1764 году Cotugno ¹⁾ выдѣлилъ эту форму изъ всевозможныхъ страданій ногъ, связанныхъ съ болевыми ощущеніями. И до сихъ поръ ишиасъ служить изученіемъ для цѣлага ряда врачей. Литература по этому вопросу огромна, касается всевозможныхъ частичныхъ вопросовъ, возникавшихъ у каждаго, которому приходилось болѣе близко и часто наблюдать такихъ больныхъ. И до послѣднихъ лѣтъ, литература продолжаетъ обогащаться матеріаломъ по этому вопросу. На это имѣется нѣсколько причинъ. Во первыхъ большое распространеніе этого заболѣванія, во вторыхъ тѣ страданія, съ которыми оно связано и наконецъ безсиліе во многихъ случаяхъ врачей облегчить эти страданія. Каждому врачу въ своей практикѣ приходится сталкиваться съ ишиасомъ и нерѣдко употреблять всевозможныя средства, иногда безъ результата для облегченія страданій больного. Невольно тогда у каждаго зарождается мысль, почему одни ишиасы проходятъ какъ бы по мановенію руки въ 3—5 дней, другіе тянутся годами, почему въ однихъ случаяхъ одна терапия помогаетъ, а въ другихъ остается безъ всякихъ результатовъ.

Невольно направилась мысль, что ишиасъ не есть опредѣленное клиническое заболѣваніе, а есть сборная группа, гдѣ соединены въ одно цѣло различныя заболѣванія.

Стремленіе врачей облегчить страданіе больныхъ и желаніе отыскать составныя группы этой сборной формы — вотъ главныя причины почему ишиасъ еще и до сихъ поръ стоитъ на очереди дня.

¹⁾ Cotugno. De ischiade nervosa commentarius Neap. 1764. Цитиров. по Roussellier.



Работами Landouzy ¹⁾ в 1875 году была выделена большая группа — невритов сфалицианного нерва. Потом общими работами многих невропатологов и клиницистов (Trousseau, Charcot и т. д.) еще одна большая группа — ишиасов симптоматических — должна была отойти из группы идиопатической невралгии сфалицианного нерва. За последние 10 лет работами французских авторов гл. обр. учеников профессора Dejerine, настала очередь и для третьей группы.

За четыре летних сезона работы в Саксонской Грязелечебнице мне пришлось видеть многих больных, как консультативных, так и находившихся под моим личным наблюдением, страдавших ишиасом. С самого начала работы бросалось в глаза насколько редко встречаются типичные случаи, случаи из учебников. В большинстве случаев при более внимательном исследовании больных с жалобами типичными для обычного ишиаса, удавалось отыскивать особенности не характерные для этого страдания. При дальнейшей работе из всего числа Саксонских больных с ишиасом резко выделялась и выливалась в обособленную группу своеобразная, резко определенная форма, как по симптомам и течению, так еще и тем, что в обычной, городской практике эта форма встречается сравнительно редко. При особенностях же подбора больных в Саках, о чем сказано будет дальше, эта форма встречается там часто, что и дало мне возможность явнее обособить эту группу и определить ее отличительные черты от обычного типичного ишиаса, как в смысле симптоматики, так и прогноза, течения и терапии.

Отличительной чертой клинической картины этой формы служит объективно отмечаемые расстройства в чувствующей сфере, область распространения которых соответствует корешковому типу, что дало повод назвать эту форму Scia-

¹⁾ Landouzy. De la sciatique et de l'atrophie musculaire qui peut la compliquer. Archives de Médecine 1875 Цитировано по Berthéol.

tique radicaire или meningo-radicalite du plexus lombo-sacrale французским и Würzel-ischias — ишемическим авторам. На самом деле, просматривая по возвращении из Сакс литературу об ишиасе, я нашел у французских и немецких авторов случаи, которые до мельчайших подробностей воспроизводили историю болезни моих больных.

Воспользовавшись тем, что у меня за эти 4 года собралось 23 случая этого заболвания и имея в виду, что до сих пор я не встретил в русской литературе указаний на эту форму, я решил опубликовать мою работу.

Работа моя разделяется на следующие отделы: после исторического обзора вопроса, следует описание моих случаев, затем отдельные главы, посвященные клинической картине болезни, этиологии, диагностики, патогенезу, патологической анатомии, прогнозу и терапии этой формы.

В заключение, я должен сказать несколько слов о том названии, которое я принял для этой формы: Ишиас корешкового происхождения.

Против этого можно много возразить. Главное возражение состоит в том, что такие более или менее глубокие расстройства чувствительности заставляют предполагать глубокие изменения в нервной системе; и на самом деле авторы, занимавшиеся этим вопросом, считают, что патолого-анатомической основой этого страдания служит интерстициальное воспаление корешков или воспаление оболочек, что никак не вяжется с понятием об ишиасе, невралгии сфалицианного нерва, являющейся страданием sine materia.

Вполне соглашаясь с справедливостью такого возражения, я могу возразить, что выбрав такое название этому страданию я руководствовался двумя соображениями: я хотел во первых, сохранить то название, которое ему дано французскими и немецкими авторами, а во вторых, указать

что главные симптомы болѣзни, которые заставляютъ больного обращаться къ врачу, тѣ же, что и при типичномъ идиопатическомъ ишиасѣ и только знакомство съ этой формой поможетъ отдѣлить такихъ больныхъ, отъ больныхъ съ обычнымъ ишиасомъ.

Такимъ образомъ названіе это является лишь чисто клиническимъ, что находить свое *raison d'être* еще и въ томъ, что патологическая анатомія и патогенезъ этого страданія еще далеко не выяснены.

Историческій очеркъ.

Ужъ давно нѣкоторые авторы указывали, что при обычномъ ишиасѣ часто поражаются области, не входящія въ зону иннервации сѣдалищнаго нерва. Такъ Bernhardt ¹⁾ говоритъ, что еще Valleix указывалъ на частоту поражения п. *cervicalis* при ишиасѣ. Самъ Bernhardt видѣлъ 5 мужчинъ и 1 женщину съ такимъ поражениемъ. Mann ²⁾ въ работѣ о двигательныхъ разстройствахъ при ишиасѣ указываетъ, что наблюдать разстройства движеній не только въ области иннервируемой п. *ischiadice*, но и въ областяхъ иннервируемыхъ другими нервами изъ *plexus lumbalis*, а также и *pl. sacralis*. Oppenheim ³⁾ указываетъ, что «болевыя явленія распространяются далеко за предѣлами п. *ischiadici*. Кроме того многіе авторы (Minor, Eulenburg, Oppenheim, Schultze и т. д.) указываютъ на тѣсную связь ишиаса съ *lumbago*, который можетъ наблюдаться одновременно или предшествовать ему.

Повидимому, первый кто анатомическую причину ишиаса предполагалъ въ заднихъ корешкахъ пояснично-крестцоваго сплетенія былъ Antie ⁴⁾, работу котораго я къ сожалѣнію не могъ имѣть. Но это мнѣніе явилось единичнымъ и повидимому сторонниковъ не нашло, такъ какъ еще долго спустя мы не находимъ никакихъ указаній на такую ло-

¹⁾ Bernhardt. Die Erkrankungen der peripherischen Nerven. 1898. Wien.

²⁾ Mann. Motorische Störungen und Wirbelsäuleverkrümmung bei Ischias. Deutsche Arch. f. Klin. Medicin. 51 s. 586. 1893. Цитировано по Klemm.

³⁾ Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1908.

⁴⁾ Antie. Neuralgia and the diseases that resemble it. London 1885. Цитиров. по Salomonsohn.

кализацию процесса при ишиасе. И только Kliem ¹⁾ снова возвращается къ этому воззрѣнію и на основаніи нарушенія глубокой чувствительности нашель, что въ 46% его случаевъ ишиаса были поражены задніе корешки поясничнаго сплетанія. Adolf Schmidt ²⁾ считаетъ причиною невральгій и міалгій поражение заднихъ корешковъ. Salomonsohn ³⁾ дѣлитъ ишиасы на невритическіе и невралгическіе и каждую группу въ отдѣльности на периферическаго и корешковаго происхожденія; всѣ случаи, гдѣ имѣется разстройство чувствительности или рефлексивъ, относятся имъ къ группѣ невритическихъ страданій.

Schellong ⁴⁾ говоритъ: Die Hypothese des radiculären Ursprungs der Neuralgien hat zweifellos etwas Bestehenes.

Такъ мы видимъ, что съ давнихъ поръ, сначала смутно, потомъ все болѣе и болѣе опредѣленно, раздавались голоса, что имѣются формы ишиаса не подходящія подь общеизвѣстныя картины ишиаса и неврита сѣдалищнаго нерва и надо было только небольшой толчекъ, чтобы опредѣленнѣе выдѣлить корешковую форму его. Такимъ толчкомъ явилось болѣе точное опредѣленіе разстройствъ чувствительности при ишиасѣ и установленія схемъ корешковой иннервации ея.

Разстройства чувствительности при ишиасѣ были давно извѣстны. Такъ уже Rousset ⁵⁾, Martinet ⁶⁾, Gonthier de Saint

¹⁾ Kliem. Über die Mitbeteiligung anderer Nerven als des Ischiadicus bei der Ischias Inaug.—Dissert. Halle a. S. 1909.

²⁾ Adolf Schmidt. Das Problem des Muskelrheumatismus. Deutsche Klinik 1910. № 19.

³⁾ Wertheim Salomonsohn. Neuralgie und Myalgie. Handbuch der Neurologie Levandowsky. Bd. II. s. I.

⁴⁾ Schellong. Neuralgien der Täglichen Praxis. Berlin 911.

⁵⁾ Russet. Dissertation sur la sciaticque nerveuse. Thèse de Paris an XII (1804) Цитиров. no Lagrelette.

⁶⁾ Martinet. L. Essai sur les neuralgies considérées en general et sur l'emploi de l'essence de térébenthine dans la neuralgie sciaticque. Thèse de Paris. 1818. Цитиров. no Lagrelette.

Martin ¹⁾, Gusolle ²⁾, Notta ³⁾ отмѣчаютъ разстройства чувствительности при ишиасѣ, неопредѣляя точнѣе ихъ распределеніе.

Только послѣдній авторъ отмѣчаетъ, что они располагаются неправильными пятнами (plaques) по бедру, занимая не всю область иннервируемую сѣдалищнымъ нервомъ, а только часть этой области и если оно есть, то чаще всего отмѣчается въ области n. peronei. Trousseau ⁴⁾, какъ и предшествующіе авторы считаетъ разстройства чувствительности при невральгіяхъ, resp. ишиасѣ, рѣдкимъ явленіемъ. Въ работѣ Lagrelette ⁵⁾ (дѣльная сводная работа) изъ 67 наблюденій только въ 5 упомянуто о состояніи чувствительности; въ двухъ чувствительность отмѣчена нормальной, (случ. X и XVIII), въ двухъ пониженной (случ. XXVIII и XXX) и въ одномъ повышенной (случ. XX). Другіе авторы, иногда съ громкими именами, какъ Valleix ⁶⁾ и Lasègue ⁷⁾, ничего не упоминаютъ объ разстройствахъ чувствительности. Первый Hubert-Valleroux ⁸⁾ высказался за постоянство разстройствъ чувствительности при ишиасѣ. При этомъ онъ считаетъ, что изученіе этихъ разстройствъ поможетъ пониманію сущности природы ишиаса и укажетъ какое они имѣютъ отношеніе къ теченію, силѣ и натурѣ страданія, а можетъ быть укажетъ и на терапевтическія мѣропріятія,

¹⁾ Gonthier de Saint-Martin. Considération sur la neuralgie sciaticque et les moyens de traitement qui lui sont applicables. Thèse de Paris. 1835 № 84. Цитиров. no Lagrelette.

²⁾ Gusolle—Цитиров. no Hulpin.

³⁾ Notta. Etude sur les troubles de la sensibilité et de la motilité dans les neuralgies. Arch. gener. de Medecine. 1854. Цитиров. no Lagrelette.

⁴⁾ Trousseau. Leçons sur les neuralgies. Clinique medicale de l'Hotel Dieu tom II. 1865. Цитиров. no Hubert Valleroux.

⁵⁾ Lagrelette. De la sciaticque. Paris. 1869.

⁶⁾ Valleix. Traité des neuralgies ou affectivns douloureuses des nerfs. Paris 1841. Цитиров. no Lagrelette.

⁷⁾ Lasègue. Considérations sur la sciaticque. Arch. génér. de médéc. vol. II p. 558. 1864. Цитиров. no Lagrelette.

⁸⁾ Hubert-Valleroux. Des alterations de la sensibilité cutanée dans la sciaticque. Thèse de Paris. 1870.

которые при этомъ слѣдуетъ примѣнять. Изъ его 18 наблюдений въ 5 была гиперестезія, въ остальныхъ анестезія; въ 12 случаяхъ можно предположить невритъ сѣдалищнаго нерва, такъ какъ топографія разстройствъ чувствительности занимала наружную поверхность голени и ступни т. е. область иннервации п. peronei, въ остальныхъ 6 случаяхъ мы по видимому имѣемъ дѣло съ интересующимъ насъ страданіемъ: топографія разстройствъ чувствительности далеко заходила за область иннервации п. ischiadici и располагалась по протяженію всей ноги. Различіе между этими формами самъ авторъ не дѣлаетъ.

Но послѣдующіе авторы Fernet, Nuchart, Nomolle ¹⁾ лишь глухо отмѣчаютъ разстройства чувствительности, не придавая имъ значенія и даже считая ихъ исключеніемъ. Hardy ²⁾ совершенно ничего не упоминаетъ объ этихъ разстройствахъ.

Въ первый разъ болѣе подробно изучены разстройства чувствительности Guinon и Parmantier ³⁾ при невритѣ п. peronei, что позволило Achard и Sourpault ⁴⁾ выдѣлить истерическую форму ишіаса. Phulpin ⁵⁾ различаетъ два вида разстройствъ чувствительности: ограниченную и сплошную; первый видъ распадается на двѣ группы: болѣе частая, когда разстройство чувствительности занимаетъ только очень незначительное пространство въ 2—3 см. (anesthésie parcellaire) и болѣе рѣдкая, когда поражение занимаетъ одну или нѣсколько нервныхъ периферическихъ вѣточекъ. Сплошная анестезія не имѣетъ строго опредѣленныхъ границъ, и можетъ занимать цѣлую конечность, какъ это наблюдается при алкогольныхъ или свинцовыхъ параличахъ. Изъ приведенныхъ у

¹⁾ Citrov. no Barthéol.

²⁾ Citrov. no Berthéol.

³⁾ Guinon et Parmantier. Névrite localisée au sciatique poplité interne. Arch. de Neurologie 1890 pg. 178 Citrov. no Phulpin.

⁴⁾ Achard et Sourpault. Sciatique et hystérie. Gasette des hôpitaux. 1892. Citrov. no Phulpin.

⁵⁾ Phulpin. La sciatique. Thèse de Paris, 1895.

него 22 наблюдений въ 11 были разстройства чувствительности, 2 истерич. характера, а остальные невритическаго происхожденія.

Hallion ¹⁾ указываетъ, что чувствительность при ишіасѣ часто бываетъ поражена, но въ видѣ отдѣльныхъ разбросанныхъ островковъ; разстройства же чувствительности при ишіасѣ въ видѣ широкихъ полосъ (en large bande) представляютъ изъ себя позднія и стойкія явленія, указывающія на глубокое поражение сѣдалищнаго нерва и встрѣчаются лишь въ тяжелыхъ случаяхъ ишіаса.

Pitres и Vaillard ²⁾ говорятъ слѣдующимъ образомъ: кожа большой конечности можетъ представлять разстройствъ чувствительности, анестезіи различной величины, отъ маленькихъ островковъ до широкихъ полосъ (larges placards), занимающихъ иногда цѣлую поверхность конечности; такіа рѣзкія и обширныя разстройства принадлежать къ давнишнимъ и тяжелымъ ишіасамъ.

Dubarry ³⁾ въ своей работѣ о состояніи чувствительности при ишіасѣ приводитъ 38 наблюдений, изъ которыхъ въ 18 случаяхъ были разстройства чувствительности; чаще всего эти разстройства занимаютъ или одну изъ поверхностей конечности или ея сегменты (12 разъ изъ 18). Только въ 3 случаяхъ наблюдались разстройства въ области одной нервной вѣточки. Въ заключеніи онъ говоритъ: „разстройство чувствительности рѣдко занимаетъ строго ограниченную зону периферическаго распредѣленія иннервации чувствительности, иногда они представляютъ ограниченные островки, но чаще всего занимаютъ цѣлую поверхность или сег-

¹⁾ Hallion. Sciatique. Traité de Médecine, Charcot, Bouchard et Brissaud. 2 ed. Tom IX. Citrov. no Dubarry.

²⁾ Pitres et Vaillard. Sciatique. Traité de médecine et de thérapeutique Brouardel et Gilbert. Citrov. no Dubarry.

³⁾ Dubarry. Contribution à l'étude de la sensibilité cutanée dans la sciatique. Thèse de Paris. 1903.

ментъ конечности или всю конечность. Они могутъ не сопровождаться атрофіей мышцъ или измѣненіемъ рефлексовъ. Намъ не удалось опредѣлить этиологическую причину появленія этихъ расстройствъ чувствительности при ишіасѣ⁴.

Такимъ образомъ и въ сферѣ чувствительности, какъ это мы видѣли въ сферѣ движеній и въ топографіи субъективныхъ болевыхъ ощущеній, авторы были близки къ выдѣленію изъ общей группы ишіасовъ—особой формы корешкового происхожденія. Какъ только работы Rhoss, Thornburn, Kocher, Seiffer и т. д. о корешковомъ распределеніи расстройствъ чувствительности получили общее распространеніе, появляется цѣлый рядъ работъ, ставящихъ себѣ цѣлью опредѣлить особенности симптоматики, течения, этиологии и терапіи корешкового ишіаса. Въ этой работѣ первенствующую роль играетъ французская школа, особенно школа профессора Dejerine⁵.

Случаевъ корешкового ишіаса пока въ текущей литературѣ немного. Первымъ случаемъ относящимся сюда надо признать случай Raymond¹⁾.

Дѣло шло о женщинѣ 47 лѣтъ безъ указаній на левъ и какой либо интоксикаціи, но съ указаніями на переутомленіе и псевдоревматизмъ подостраго характера, можетъ быть туберкулезной природы. Въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ сначала прогрессивное ослабленіе, постепенно перешедшее въ полный вялый параличъ всей правой ноги; атрофія мышцъ бедра и голени, реакція перерожденія во всѣхъ парализованныхъ мышцахъ, сохраненіе кожныхъ рефлексовъ, симптомъ Lasègue положительный, болевая точка Valleix: крестцовая поясничная и по всему тракту сѣдалищнаго нерва, анестезія по передне-внутренней поверхности бедра, гипестезія въ области сѣдалищнаго нерва, сфинктеры нормальны; полиморфная эритема по передней поверхности бедра.

⁴) Raymond. Cliniques des maladies nerveuses T. III. 1898. Leçon. XXI.

Течение болѣзни: боли постепенно стихли, анестезія и параличныя явленія остались по прежнему и съ тѣмъ же характеромъ, потомъ процессъ захватилъ и лѣвую ногу и появились расстройства сфинктеровъ. При аутопсіи найдено: пораженіе переднихъ и заднихъ корешковъ всѣхъ крестцовыхъ и II, III, IV и V поясничныхъ главнымъ образомъ съ правой стороны. Пораженія эти были первичными воспалительными, съ эмбриональными узелками вокругъ сосудовъ, расширеніе сосудовъ, утолщеніе мягкой оболочки, набуханіе осевыхъ цилиндровъ, распадъ мѣлина, склерозъ, казеозное перерожденіе туберкулезнаго вида, вторичныя явленія въ *conus terminalis*. Авторъ обозначилъ свой случай *meningoradiculitis plexus lumbo-sacralis in suspicio tuberculosa*.

Далѣе въ 1902 г. Chipault¹⁾ опубликовалъ 6 случаевъ радикулита, изъ которыхъ второй случай относится къ поясничному сплетенію, а остальные къ плечевому. Сопоставленіе этихъ случаевъ даетъ автору право утверждать о существованіи невралгій, зависящихъ отъ заболѣванія оболочекъ вокругъ корешковъ, заблѣванія большою частью сифилитическаго или ревматическаго характера; характерными симптомами такихъ невралгій является гипералгезія, строго локализирующаяся въ области нѣсколькихъ корешковъ, болевые кризы въ соответствующихъ областяхъ и отсутствіе какихъ либо другихъ симптомовъ со стороны нервной системы. Терапія предлагаемая авторомъ при безуспѣшности обычной терапіи, остается только резекція заднихъ корешковъ. Больные наблюдались нѣсколько лѣтъ, при чемъ *status morbi* не измѣнялся. Въ 4 случаяхъ было произведено оперативное вмѣшательство, при чемъ найдено было: воспаленіе мягкихъ оболочекъ, сращеніе твердой и мягкихъ оболочекъ гл. обр. у мѣста выхода корешковъ. Изъ 6 случаевъ въ одномъ въ анамнезѣ была травма, въ осталь-

¹) Chipault. Un type clinique nouveau la radiculalgie meningopatique. Bulletin medicale 1902 № 26.

ных 5—в 3 случаях сифилис и в 2—ревматизм. В интересующем нас втором случае дѣло шло о давнишнем сифилитикѣ, за нѣсколько лѣтъ представлявшемъ явленія разлитого менингита, остаткомъ котораго послѣ специфической терапіи наблюдалась гипералгезія ягодичной области въ видѣ сѣдла. Черезъ два года вспышка менингита, гипералгезія распространилась по задней поверхности бедра и внутренней голени правой ноги; при поясничномъ проколѣ ничего ненормальнаго, эпидуральное вспрыскиваніе кокаина осталось безъ результата.

В томъ же 1902 г. Dubois ¹⁾ описалъ случай внезапнаго появленія двухсторонняго ишіаса у 46-ти лѣтней женщины послѣ поднятія тяжести, съ симптомами пораженія III и IV сакральныхъ корешковъ, какъ двигательныхъ, такъ и чувствующихъ; полное выздоровленіе черезъ 8 мѣсяцевъ полного покоя. Авторъ объясняетъ свой случай кровоизліаніемъ въ сплетенія.

Gaukler et Roussy ²⁾, въ 1904 г. описали случай ишіаса съ корешковымъ разстройствомъ чувствительности: мужчина 58 лѣтъ, давнишній сифилитикъ, страдалъ сѣдалищной невралгіей на правой нижней конечности, совершенно схожей съ простымъ ишіасомъ; признакъ Lasègue положительный, болевая точка Valleix, пониженіе колѣннаго рефлекса; кромѣ того отмѣчалась гипестезія корешковаго типа въ области 3, 4 и 5 крестцовыхъ сегментовъ и незначительный лимфоцитозъ цереброспинальной жидкости. Постѣднее давало право діагностировать менингоадикулитъ сифилитическаго происхожденія

В томъ же году Eggert и Chiray ³⁾, описали случай симметричнаго пораженія V поясничнаго и I крестцоваго

¹⁾ Dubois. Radiculaire Lähmung im Bereiche der Sakralwurzeln. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1902 № 12.

²⁾ Gaukler et Roussy. Un cas de sciaticque avec trouble de la sensibilité à topographie radiculaire. Revue Neurologique. 1904 p. 617.

³⁾ Eggert et Chiray. Revue Neurologique 1902 r.

корешковъ: боли стрѣляющаго типа, разстройство чувствительности и атрофія мышцъ въ соответствующихъ областяхъ (m. tibialis anticus и extensor hallucis longus).

Lortat Jacob и Sabaréanu ¹⁾, описали слѣдующій случай: мужчина 39 лѣтъ, давнишній сифилитикъ страдаетъ болями въ лѣвой ногѣ; атипичныя точки Valleix, признакъ Lasègue положительный, гомологичный сколіозъ, анестезія въ видѣ ленты въ области I и II крестцовыхъ корешковъ, гипестезія въ области поясничныхъ.

Въ 1905 году тѣ же авторы ²⁾ опубликовываютъ большую работу, въ которой приводятъ 4 новыхъ случая.

1. Мужчина 56 лѣтъ, рѣзкія боли по тракту обоихъ сѣдалищныхъ нервовъ, вкорѣ сосредоточившіяся въ одной лѣвой ногѣ; болевая точка Valleix, признакъ Lasègue положительный, гиперестезія болевая и термическая по передней поверхности бедра, голени и на тылѣ стопы, рефлексы колѣнные повышены, ахилловыя выявы. Улучшеніе субъективныхъ жалобъ подѣ влияніемъ специфическаго леченія; объективно разстройства чувствительности тѣ же.

2. Мужчина 59 лѣтъ, рѣзкія боли по тракту лѣваго сѣдалищнаго нерва, болевая точка Valleix, признакъ Lasègue положительный, пониженіе колѣннаго и отсутствіе ахилловаго рефлексовъ. Анестезія въ видѣ ленты по наружной поверхности всей ноги и въ области промежности, гомологичный сколіозъ; у большого имѣется пигментированный рубецъ на glans penis. Специфическая терапія значительно ослабила боли; объективно же разстройства чувствительности остались по прежнему.

3. Мужчина 65 лѣтъ, боли въ лѣвой ногѣ съ подошвы и большого пальца вверхъ до ягодицы, по наружной по-

¹⁾ Lortat Jacob et Sabaréanu. Sciaticque radiculaire unilatérale. Presse médicale 1904.

²⁾ Lortat Jacob et Sabaréanu. Les sciaticques radicales. Revue de médecine 1905. № 11.

верхности лѣвой ноги, признак Lasègue положительный, болевая точка Valleix, анестезія по наружной и передней поверхности бедра, гипестезія по наружной поверхности голени, повышение лѣваго колѣннаго, отсутствие обоихъ ахилловыхъ рефлексовъ, явления туберкулеза и алкоголизма. Быстрое улучшение подъ влияніемъ ртути и іода.

4. Мужчина 42 лѣтъ, невралгическія боли по тракту лѣваго сѣдалищнаго нерва, признак Lasègue положительный, болевая точка Valleix, атрофія мышцъ бедра и голени, анестезія по наружной поверхности бедра и голени, верхняя граница анестезіи на уровнѣ пупка; колѣнные рефлексы оба вялые, ахилловые—оба отсутствуют, одноименный сколіозъ.

Авторы бѣгло проводятъ дифференціальный діагнозъ между даннымъ страданіемъ и пораженіями epiconus, conus medullaris и cauda equina.

Анатомическимъ субстратомъ авторы склонны предположить односторонній менингитъ, но въ виду отсутствия вскрытій предлагают не употреблять названій meningitis и radiculite sciatique, что уже опредѣляетъ причинное анатомическое страданіе, а держаться пока лишь чисто клинической картины болѣзни и сохранить впредь до выясненія анатомическаго субстрата страданія название sciatique radicaire.

Gavazinni ¹⁾, въ томъ же 1905 году опубликовалъ слѣдующій случай: мужчина 46 лѣтъ, около 1½ года страдаетъ болями по задней поверхности правой ноги; при изслѣдованіи у него находятся слѣдующія явленія: признак Lasègue положительный, болевая точка Valleix, рѣзкая атрофія ягодичной области и похуданіе всей ноги, рефлексы нормальны, гомологичный сколіозъ, разстройство чувствительности въ области перваго поясничнаго корешка въ видѣ

¹⁾ Gavazinni. Un cas de sciatique radicaire. // Policlinico 1905. Cit. по Berthéol.

гиперѣстезіи, а въ остальныхъ поясничныхъ и въ I и II крестцовыхъ въ видѣ глубокой гипестезіи. Въ виду имѣвшейся въ анамнезѣ безболѣзненной язвы на членѣ и послѣдовательной черезъ годъ сыпи на тѣлѣ, авторомъ былъ поставленъ діагнозъ meningo radiculitis plexus lumbo-sacralis luetica, что подтвердилось полнымъ выздоровленіемъ отъ ртутнаго и іодистаго леченія.

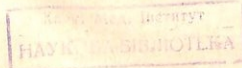
Въ слѣдующемъ 1906 году Berthéol ¹⁾ представилъ докторанскую работу, въ которой приводитъ свои 2 случая:

1. Мужчина 39 лѣтъ, страдаетъ 3—4 мѣсяца болями по задней поверхности правой ноги. Симптомы: признак Lasègue положительный, болевая точка Valleix, клонусъ стопы, гомологичный сколіозъ, гиперѣстезія въ области поясничныхъ и двухъ верхнихъ крестцовыхъ корешковъ. Выздоровленіе отъ ртутнаго и іодистаго леченія.

2. Женщина 73 лѣтъ, во второй разъ страдаетъ болями по задней поверхности правой ноги. Симптомы: признак Lasègue положительный, точки Valleix, пониженіе колѣннаго рефлекса, рѣзкая гипестезія по наружной поверхности бедра и верхней 1/3 голени. Исходъ случая не приведенъ.

На основаніи своихъ случаевъ и случаевъ изъ литературы, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: наравнѣ съ обычнымъ ствольнымъ (tronculaire) ишиасомъ существуетъ ишиасъ типа Lortat Jacob-Sabaréau, характеризующійся разстройствомъ чувствительности корешкового типа, въ видѣ ленты вдоль конечности, при чемъ самыми частыми вовлечены въ пораженіе V поясничный, затѣмъ I и II крестцовые корешки. Эти ишиасы своимъ теченіемъ, отсутствіемъ разстройствъ со стороны сфинктеровъ рѣзко отличаются отъ tabes, истеріи и заболѣваній conus medullaris и cauda equina; причиной ихъ часто является сдавленіе корешковъ опухолью, туберкулезнаго или ракаваго происхожденія, ограниченный

¹⁾ Berthéol. Contribution à l'étude de la sciatique radicaire. Thèse de Paris 1906.



ПЕРЕКРАДІНО 1986

менингитъ въ области выхода корешковъ, вызванный токсемиями либо сифилисом, либо туберкулеза, и наконецъ заболѣвание венозныхъ сплетеній, на почвѣ артерioskлероза или алкоголизма.

Имѣя на лицо указанный синдромъ, надо прежде всего думать о сифилисѣ и, при отсутствіи ясныхъ указаній на какую либо другую этиологію, всегда назначать энергичную противо-сифилитическую терапію.

Далѣе слѣдуетъ случай Camus и Sézary ¹⁾. Мужчина 38 лѣтъ, втеченіи года, страдаетъ болями по задней поверхности правой ноги. Паралитич. m. extensor hallucis и m. tibialis anticus; анестезія корешкового типа съ позвоночника (съ уровня III—IV поясничныхъ позвонковъ) внизъ къ боковой поверхности колѣна, по передней поверхности голени къ большому пальцу; признак Lasègue положительный, болевая точка Valleix, рефлексы — въ предѣлахъ нормы. При чиханіи боли рѣзко усиливаются. Анестезія соответствуетъ I крестцовому корешку, параличныя же явленія IV и V поясничнымъ корешкамъ. Dejerine думаетъ, что центръ пораженныхъ мышцъ соответствуетъ также I крестцовому корешку. Диагнозъ авторовъ: поражение оболочекъ.

Въ слѣдующемъ 1907 г. вышло нѣсколько работъ по этому вопросу.

Mosny et Malloizel ²⁾, описали случай туберкулезнаго радикулита. Дѣло шло о 23-хъ лѣтнемъ мужчинѣ, 3 мѣсяца страдавшемъ болями въ поясничной области въ видѣ пояса съ иррадіаціей въ области сѣдалищнаго и бедряннаго нерва лѣвой ноги. Объективно отмѣчалось: пониженіе чувствительности въ видѣ ленты по передненаружной поверхности обоихъ бедеръ; колѣнные рефлексы очень понижены, поясничныи

¹⁾ Camus et Sézary. Un cas de radiculite sensitivo-motrice. Revue Neurologique. 1906.

²⁾ Mosny et Malloizel. Meningoradiculite lombaire consécutive à une ostéite tuberculeuse. Société medic. des Hôpitaux 1907.

проколъ показали ясныи лимфоцитозъ: давленіе на боковыи поверхности I поясничнаго позвонка болѣзненно, что принято какъ указаніе на туберкулезный процессъ въ кости.

Raymond и Oppert ¹⁾: женщина 31 года, стрѣляющія боли въ ногахъ, чувство онѣмѣнія въ ступнѣ и сжиманіе въ колѣнѣ; отсутствіе колѣнныхъ и ахилловыхъ рефлексовъ, Romberg, область гипестезіи соответствуетъ IV и V поясничному и 4 верхнимъ крестцовымъ корешкамъ, рѣзче на правой ногѣ, область анестезіи отъ колѣна до ягодицы въ области III и IV крестцовыхъ корешковъ, рѣзче на правой ногѣ; парестезія, замедленіе проводимости, костная, мышечная и суставная анестезія: парезъ правой нижней конечности, рѣзче въ мышцахъ ягодицы и задней поверхности бедра, гипотонія мышцъ, атаксія нѣтъ. Поясничныи проколъ показал лимфоцитозъ средней интенсивности. Авторы считаютъ случай — менинго-радикулитомъ поясничнаго сплетенія, вѣроятно сифилитическаго происхожденія.

Jeanselme et Sézary ²⁾ 47 лѣтній мужчина безъ указаній на сифилисъ и гоноррею жалуется на боли въ поясничной области и въ лѣвой ногѣ Первыи приступъ такихъ болей въ 1906 г. прошель послѣ прижиганія Раquelene'-омъ. Въ 1907 г. послѣ рѣзкаго нагбання во время приступа кашля снова появились рѣзкіи боли, локализирующіяся въ поясницѣ и въ области n. cruralis sin. Давленіе на n. ischiadicus и cruralis sin. на срединѣ бедра болѣзненно; признак Lasègue отрицательный, лента анестезіи въхъ видовъ чувствительности въ области лѣвой tibia, переходящая книзу въ гипестезію по передней поверхности ступни до пальцевъ и кверху въ ленту гипестезіи по наружной и задней поверхностямъ бедра до поясницы; колѣнный рефлексъ очень пониженъ на лѣвой ногѣ, на правой живой; рефлексъ m.

¹⁾ Raymond et Oppert. Revue Neurologique 1907.

²⁾ Jeanselme et Sézary. Radiculite lombaire. Revue Neurologique 1907.

cremaster отсутствует на левой стороне; ахилловый — нормален; атрофия мышц бедра и голени, изменение электро-возбудимости с извращением формулы в m. quadriceps femoris и tibialis anticus. После ртутной и иодистой терапии больной совершенно выздоровел. Область разстройств чувствительности соответствовала V поясничному и верхним 3 крестцовым корешкам.

Ardin-Delteil и Dumolard ¹⁾: мужчина 31 года, за год до заболвания заразившийся сифилисом, жалуется на изменение походки и боли в левой ягодичной области и области n. sciuralis. Признак Lasègue положительный; обширная и резкая атрофия всех мышц конечности с реакцией перерождения; коленный и ахилловый рефлексы резко понижены, кожные нормальны; сфинктеры действуют хорошо; объективно чувствительность нормальна; лимфоцитоз спинномозговой жидкости; быстрое улучшение под влиянием специфической терапии. Авторы объясняют явления, наблюдавшиеся у больного, специфическим процессом в оболочках и корешках крестцовой области, главным образом, в передних корешках.

Lortat-Jacob и Salomon ²⁾ описали случай менинго-радикулита гоноррейной этиологии. Дело шло о 26 летнем молодом человеке, который в 1905 г. заразился гонорреей. В июне 1906 г. после утомительной ходьбы появились боли в пояснице, принятые врачами за Lumbago. Боли постепенно спустились вниз и заняли всю левую ногу. При исследовании авторами найдено: разстройство чувствительности в виде гипестезии по боковой поверхности всей ноги, начиная с crista os illi, боли стреляющего типа по тракту сфалицианного нерва, атрофия ягодичных мышц

¹⁾ Ardin-Delteil et Dumolard. Radiculite syphilitique de la queue du cheval du côté gauche. Revue Neurologique 1907.

²⁾ Lortat-Jacob et Salomon. Syndrome radiculaire blennorrhagique à prédominance sciatique. Société med. des Hôpitaux Paris 1907.

верхней трети голени, понижение рефлексов, гомологичный сколиоз. Улучшение после эпидурального впрыскивания кокаина. Случай интересен как своей этиологией, так и сравнительной высотой, занимаемой поражением (L₄, II, III, IV, V S_{1, 2, 3}).

Наконец в том же 1907 году появилась большая сводная работа Roussellier ¹⁾ о разстройствах чувствительности при сифилитических менинго-радикулитах, где он к 6 собранным из литературы случаям (Gaukler et Roussy, Lortat-Jacob et Sabaréanu, Gavazenni и Berthéol) прибавляет свои 8 случаев.

1. 44 летний мужчина, имевший сифилис 12 лет т. н., страдает болями по задней поверхности ноги. Признак Lasègue положительный, болевые точки Valeix, общее похудание конечности, атрофия аддукторов и мышц задней поверхности бедра одноименный сколиоз, резкое поражение ахиллового рефлекса, менее резкое коленного, гиперестезия по задней поверхности всей ноги в виде ленты в области распространения первого и второго крестцового корешков. Выздоровления от ртутного лечения.

2. Мужчина 21 года, имевший язву на члене 4 г. до заболвания, представляет типичные симптомы ишиаса: признак Lasègue положительный, болевые точки Valleix, боли по тракту n. ischiadici sinistri, и кроме того отмечено разстройство чувствительности в виде ленты гипестезии по задней поверхности ноги в области II крестцового корешка. Ртутного лечения больной не закончил.

3. Женщина 26 лет, имевшая один выкидыш и 8 лет т. н. страдавшая болями в бедре в течение месяца, жалуется на боли в правой ноге и в меньшей степени в левой, боли стреляющего типа. При исследовании отм-

¹⁾ Roussellier. Les troubles de la sensibilité dans la radiculite sciatique syphilitique. Thèse de Paris 1907.

чено: болевая точка Valeix только под колбномъ, признаки Lasègue и Kernig — отрицательные, повышенный правый колбный рефлексъ, рѣзкая гиперестезія на правой ногѣ, занимающая область IV поясничнаго и I и II крестцовыхъ корешковъ, небольшое ослабленіе всѣхъ мышцъ правой ноги; специфической терапіи больная провести не хотѣла.

4. Мужчина 47 лѣтъ, страдает 8 мѣсяцевъ болями въ лѣвой ногѣ, въ юношескихъ годахъ имѣлъ язвочку на членѣ. Симптомы: рѣзкій положительный признакъ Lasègue, болевая точка Valleix, пониженіе колбнаго и ахилловаго рефлексовъ, одноименный сколіозъ, анестезія въ области III, IV и V поясничныхъ корешковъ, атрофія мышцъ бедра и голени въ области *p. scutalis* и *p. ischiadici* и кромѣ того неравенство зрачковъ. Терапія — ртуть и іодъ; черезъ мѣсяць болей нѣтъ, но разстройство чувствительности по прежнему.

5. Мужчина 69 лѣтъ, вѣроятный lues (у жены два выкидыша), страдает въ теченіи 4-хъ мѣсяцевъ стрѣляющими болями по тракту *p. ischiadici sinistri* и чувствомъ ползанія мурашекъ въ глубинѣ мышцъ; объективно: гипестезія болевая, тактильная и термическая въ области I крестцовога корешка, костная и мышечная чувствительность нормальна, ослабленіе силы сгибателей колбна, уменьшеніе объема голени, болевая точка Valleix, признаки Lasègue и Kernig положительные и кромѣ того неравномерность зрачковъ. Терапія ртуть; черезъ 6 недѣль почти полное исчезаніе болей, ползаніе мурашекъ по прежнему.

6. Мужчина 50 лѣтъ, вѣроятный сифилитикъ (у жены 2 выкидыша), восемь мѣсяцевъ страдает приступами болей по тракту лѣваго сѣдалищнаго нерва; объективно: глубокая гипестезія въ области I II крестцовога корешка, ослабленіе мускулатуры всей ноги съ атрофіей, неясный признакъ Lasègue, болевая точка Valleix, отрицательный Kernig, колбный рефлексъ очень живой, одноименный сколіозъ. Терапія — ртуть; больной исчезъ изъ подъ наблюденія.

7. Мужчина 37 лѣтъ, вѣроятный сифилитикъ (выкидышъ у жены), два мѣсяца страдает приступами болей въ видѣ электрическаго тока въ лѣвой ногѣ; объективно: гиперестезія въ области IV и V поясныхъ и I и II крестцовыхъ корешковъ; значительное ослабленіе силы мышцъ всей ноги, увеличеніе подкожножировога слоя, положительные признаки Lasègue и Kernig, болевая точка Valleix, повышенный ахилловый рефлексъ, небольшой одноименный сколіозъ, ослабленіе реакціи на свѣтъ на лѣвомъ глазу. Терапія — ртуть; черезъ двѣ недѣли леченія боли совершенно прошли.

8. Женщина 25 лѣтъ, 2 года послѣ зараженія сифилисомъ, 7 недѣль страдает упорными стрѣляющими болями правой ноги, рѣзко усилившимися при чиханіи; объективно: гипестезія въ области IV и V поясничныхъ и I и II крестцовыхъ корешковъ, положительный признакъ Lasègue, болевая точка Valleix, ахилловые и колбные рефлексы повышены на обѣихъ ногахъ. Терапія — ртуть; черезъ 2 недѣли почти полное исчезновеніе болей, объективно разстройство чувствительности тоже.

На основаніи своихъ данныхъ авторъ приходитъ къ выводу, что изъ большей сборной группы ишиасовъ надо выдѣлить форму корешковаго происхожденія; для послѣдней разстройства чувствительности корешковаго типа играютъ первенствующую роль; самой частой причиною такихъ ишиасовъ является сифилисъ и ртутное лѣченіе даетъ прекрасные результаты.

Constantin Stroescu ¹⁾ въ своей работѣ приводитъ случай ишиаса корешковаго характера. Этой работы я къ сожалѣнію не могъ достать.

Lortat-Jacob и Sabaréanu ²⁾ описали въ 1907 г. еще два случая: первый — мужчина 52 лѣтъ, съ стрѣляю-

¹⁾ Constantin Stroescu. *Sciatica radiculara*. Thèse Bucarest 1907. Цитир. по Lortat-Jacob et Sabaréanu. *Les sciaticues*. Paris. 1910.

²⁾ Lortat-Jacob et Sabaréanu. *Sur les Sciaticues radiculaires*. La Tribune médicale. № 38. 1908.

ними болями в правой ногѣ, объективно отмѣчались: разстройство чувствительности в области $L_{IV, V}$ и $S_{1, 2, 3}$, атрофія ягодицы и бедра, поражение рефлексовъ; второй—мужчина 45 лѣтъ, съ болями в бедрѣ и голени; объективно отмѣчено: гиперестезія той же области, гомологической склонозъ, повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ. Авторъ отстаетъ свое названіе: *sciaticque radicaire*, такъ какъ: 1.—больные представляютъ одинаковые симптомы съ ишиасомъ: точки Valleix, признакъ Laségue и т. д. 2.—При первомъ осмотрѣ больные указываютъ прежде всего на свои боли, при чемъ указываютъ характернымъ жестомъ на сѣдалищный нервъ, какъ на болящую область и въ 3.—эта форма безъ изслѣдованія чувствительности вполне можетъ быть смѣшана съ простымъ ишиасомъ или невритомъ сѣдалищнаго нерва.

Въ томъ же году появилась сводная работа Thomas ¹⁾, гдѣ онъ признавая существованіе особой формы ишиаса корешкового происхожденія, отмѣчаетъ, что очень часто въ этихъ случаяхъ пораженіе не ограничивается корешками, дающими начало сѣдалищному нерву, но переходитъ на корешки другихъ нервовъ. Поэтому онъ не согласенъ называть это страданіе ишиасомъ корешкового происхожденія (*sciaticque radicaire*) тамъ гдѣ поражаются корешки не только сѣдалищнаго, но и бедреннаго нерва, а болѣе склоняется къ названію радикулита нижней конечности (*radiculite du membre inferieur*).

Въ томъ же году выходитъ другая сводная работа Camus и Sezary ²⁾ о радикулитахъ. Они даютъ общій клиническій очеркъ этой новой нозологической единицы и различаютъ радикулиты отъ радикуладггіи, когда явленія не такъ рѣзки, вагето-симптомовъ разрушеній имѣются лишь симптомы раздраженія корешковъ.

¹⁾ Thomas. Les radiculites du membre inferieur. La clinique 1907 № 7. pag 99.

²⁾ Camus et Sezary. Les radiculites. La Presse medicale. 1907. № 68.

Въ слѣдующемъ 1908 году вышла большая работа Pierre Camus ¹⁾, о заболѣваніяхъ корешковъ, радикулитахъ. Клинически онъ различаетъ формы исключительно чувствующія, преимущественно двигательныя и смѣшанныя двигательнo-чувствующія, а по локализациі шейныя, шейно-грудныя, поясничныя, пояснично-крестцовыя, крестцово-копчиковыя, черепныя и множественныя. По его мнѣнію радикулиты представляютъ обособленную анатомоклиническую группу, клиническія явленія, а также патологоанатомическія явленія которой указываютъ на поверхностныя или глубокія воспалительныя, дегенеративныя измѣненія въ корешкахъ, токсическаго или инфекціоннаго происхожденія. Клинически радикулиты выражаются симптомами, рѣзко ограниченными въ области отдѣльныхъ пораженныхъ корешковъ: гиперестезіи, гипестезіи, анестезіи, парестезіи, парезы и параличи. Этіологически на первый планъ авторъ ставитъ сифилисъ, затѣмъ туберкулезъ. Первичное основное пораженіе выражается по автору эндоневритомъ корешковъ, по соосѣдству съ которымъ находится и въ оболочкахъ измѣненія различной степени, которыя часто являются первичными; вторичными по автору, являются измѣненія въ спинномъ мозгу и въ нервныхъ стволахъ.

Въ своей работѣ авторъ приводитъ слѣдующіе новые случаи (собственныя наблюденія автора), относящиеся къ нашей темѣ.

1. Мужчина 37 лѣтъ, 2 года послѣ зараженія сифилисомъ, страдаетъ стрѣляющими болями по задней поверхности лѣвой ноги, боли усиливаются и вызываются кашлемъ, чиханіемъ. Объективно: гиперестезія въ области двухъ послѣднихъ поясничныхъ и двухъ первыхъ крестцовыхъ корешковъ, положительный признакъ Laségue, отсутствіе болевыхъ точекъ Valleix, пониженіе ахилловаго рефлекса; леченіе—ртуть и іодъ. Черезъ недѣлю больной прекратилъ леченіе, облегченія не получилъ.

¹⁾ Pierre Camus Etude de Neuropathologie sur les radiculites. Paris. 1908.

2. Мужчина 27 лѣтъ, страдает 5—6 мѣсяцев болями по тракту п. ischiadici sinistri. Объективно отмѣчается: почти полная анестезія въ области V поясничнаго и I крестцоваго корешковъ, атрофія параличъ экстензоровъ стопы и пальцевъ, неясный признакъ Lasègue, отсутствие болевыхъ точекъ Valleix и ахилловаго рефлекса. Лѣчение вспрыскиваніемъ ртути, черезъ мѣсяць улучшение; черезъ годъ появляется рѣзкій сколіозъ, болѣе обширная анестезія—и явленія *Поттовой болѣзни*.

3. Мужчина 35 лѣтъ, вѣроятный сифилитикъ, мѣсяць какъ страдает болями въ поясницѣ, иррадирующія въ ягодицу и правую ногу; боли вызываюся и усиливаюся чиханіемъ, кашлемъ. Объективно: гиперестезія въ области IV и V поясничныхъ и I и II крестцовыхъ корешковъ на обѣихъ ногахъ, двусторонній положительный признакъ Lasègue, отсутствие болевыхъ точекъ Valleix и праваго ахилловаго рефлекса. Лечение ртутными втираніями; черезъ два мѣсяца болей нѣтъ, на мѣстѣ бывшей гиперестезіи полоса гипестезіи только на бедрѣ правой ноги.

4. Мужчина 60 лѣтъ, страдает 3 мѣсяца двусторонними болями въ ногахъ, по переднаружной поверхности голеней, на лѣвой ногѣ имѣющія характеръ стрѣляющихъ сверху внизъ. Боли усиливаюся и вызываюся чиханіемъ, кашлемъ. Объективно отмѣчается: гипестезія въ области V поясничнаго и I и II крестцовыхъ корешковъ на лѣвой ногѣ, ослабленіе сгибанія стопы, сгибанія бедра въ тазобедренномъ суставѣ, небольшая атрофія мышцъ передней поверхности бедра и m. m. extesor digitorum communis et tibialis anticus; отсутствие лѣваго ахилловаго рефлекса; о признакѣ Lasègue и точкахъ Valleix ничего не упомянуто. Лечение—ртутныя втиранія; черезъ 3 недѣли болей нѣтъ, небольшое ослабленіе силы въ рангѣ парализованныхъ мышцахъ, черезъ 6 недѣль совершенно здоровъ.

5. Мужчина 59 лѣтъ, боли стрѣляющаго типа больше въ правой ногѣ; боли вызываюся и усиливаюся чиханіемъ,

кашлемъ. Объективно: гипестезія на правой ногѣ въ области V поясничнаго и I крестцоваго корешковъ, отсутствие болевыхъ точекъ Valleix и праваго коленаго рефлекса, пониженіе ахилловаго; о признакѣ Lasègue не упоминается. Лечение—ртутныя втиранія; черезъ 2 недѣли болей нѣтъ, гипестезія по прежнему.

6. Мужчина 42 лѣтъ, вѣроятный сифилитикъ, 2 мѣсяца страдает болями стрѣляющаго типа по задней поверхности правой ноги; боли усиливаюся и вызываюся кашлемъ, чиханіемъ. Объективно: гипестезія въ области V поясничнаго и I крестцоваго корешковъ, положительный признакъ Lasègue, отсутствие болевыхъ точекъ Valleix, пониженіе ахилловаго рефлекса. Лечение—ртутныя втиранія; черезъ 3 мѣсяца болей нѣтъ, имѣется небольшая гипестезія въ области п. cruralis и голени.

Въ этомъ же году имѣются двѣ сводныя работы Mirallié¹⁾ о радикулитахъ. Авторъ даетъ клинической очеркъ этого синдрома и указываетъ на его частоту: съ того времени какъ вышла эта форма въ опредѣленной рамкѣ, Ав. чаще встрѣчалъ радикулиты крестцово-поясничныхъ сегментовъ (radiculite des membres inferieures, какъ онъ ихъ называетъ), чѣмъ простой обычный ишіасъ.

Затѣмъ въ 1909 году Lafforgue²⁾, описалъ случай корешковаго ишіаса у 22-хъ лѣтнаго мужчины съ выходомъ въ верхушкахъ и положительною реакціей на туберкулезъ. У него отмѣчалось гиперестезія въ области I, II, III и IV крестцовыхъ корешковъ. Выздоровленіе послѣ пріемовъ іодистаго калия. Авторъ предполагаетъ туберкулезный менингитъ.

Въ слѣдующемъ 1910 г. появилась работа Stursberga³⁾, гдѣ онъ приводитъ слѣдующіе случаи.

¹⁾ Ch. Mirallié. Les radiculites. Gazette Médicale de Nantes. 1907. № 7. Ch. Mirallié. Les radiculites. Le Progrès Médical 1908. 11 janv.

²⁾ Lafforgue, Sciatique radiculaire d'origine tuberculeuse. Presse médicale 1909. № 74.

³⁾ Stursberg. Ueber Wurzelschias. Münchener medic. Wochenschrift. 910. № 34. S. 1776.

1. Мужчина 38 лѣтъ, съ мѣсяць страдает болями въ крестцѣ и по задней поверхности праваго бедра, боли появились послѣ простуды. Объективно отмѣчается: гипестезія въ области всѣхъ крестцовыхъ корешковъ, похудѣніе ягодичныхъ мышцъ, положительный признак Lasègue, нетипичныя болевыя точки Valleix, отсутствіе ахилловаго рефлекса, одноименный сколіозъ. Лечение (?) осталось безъ результата.

2. Мужчина 46 лѣтъ, страдает 7 мѣсяцевъ болями по задней поверхности правой ноги, начавшіяся снизу и постепенно поднимавшіяся вверхъ. Гипестезія въ области послѣднихъ четырехъ поясничныхъ корешковъ и анестезія въ области всѣхъ крестцовыхъ; вся нога худѣе здоровой, особенно въ области ягодичныхъ мышцъ, положительный признак Lasègue, отсутствіе ахилловаго рефлекса, пониженіе обоихъ коленныхъ. Послѣ лѣченія песочными ваннами небольшое улучшение.

3. Мужчина 26 лѣтъ, около года страдает болями по задней поверхности правой ноги, начавшіяся въ поясницѣ и постепенно спустившіяся внизъ по всей ногѣ. Гипестезія въ области II, III и IV поясничныхъ и анестезія въ области V поясничнаго и всѣхъ крестцовыхъ корешковъ, похудѣніе всей ноги особенно ягодичны, отсутствіе ахилловаго рефлекса. О признакъ Lasègue и болевыхъ точекъ Valleix ничего не упомянуто. Послѣ продолжительнаго покоя уменьшеніе болей.

4. Мужчина 38 лѣтъ, 3 недѣли страдает болями по задней поверхности лѣвой ноги, начавшіяся съ поясницы и постепенно спустившіяся внизъ; чиханіе вызываетъ и усиливаетъ боли. Глубокая гипестезія всѣхъ видовъ чувствительности въ области 2 послѣднихъ грудныхъ, всѣхъ поясничныхъ и трехъ верхнихъ крестцовыхъ корешковъ, положительный признак Lasègue, болевыя точки Valleix, отсутствіе ахилловаго рефлекса, болѣзненность при давленіи IV и V поясничныхъ позвонковъ и крестца. Послѣ лѣченія (?) боли меньше, разстройства чувствительности по прежнему.

5. Мужчина 55 лѣтъ, 5 мѣсяцевъ страдает болями по задней поверхности правой ноги, по тракту п. ischiadici. Гипестезія въ области послѣднихъ грудныхъ корешковъ, верхнихъ 4 поясничныхъ и 4 нижнихъ крестцовыхъ и анестезія въ области пятаго поясничнаго и перваго крестцоваго корешковъ, небольшая дряблость ягодичныхъ мышцъ, положительный признак Lasègue, болѣзненность при давленіи крестца и поясничныхъ позвонковъ, рефлексы нормальны, движенія позвоночника въ поясничной части, особенно сгибаніе въ правую сторону ограничено: Рентгеновскій снимокъ не далъ указаній на заболѣваніе костяка.

Авторъ считаетъ первичнымъ пораженіе корешковъ. Онъ противъ присоединенія въ эту же группу случаевъ съ несомнѣнной сифилитической этиологіей, считая тамъ безспорнымъ анатомическимъ субстратомъ воспаленіе оболочекъ. Для своихъ случаевъ онъ совершенно исключаетъ сифилитическую и туберкулезную этиологію, относя ихъ къ группѣ тяжелыхъ и недостаточно изученныхъ еще ишиасовъ корешковаго происхожденія—Wurzelschias.

Далѣе слѣдуетъ случай Clarac ¹⁾, опубликованный въ слѣдующемъ 1911 году. Дѣло шло о мужчинѣ 48 лѣтъ, который уже имѣлъ два приступа болей по задней поверхности лѣвой ноги; проходившихъ отъ ртутнаго лѣченія. Послѣдніе 3 мѣсяца въ третій разъ страдает болями по задней поверхности правой ноги; боли усиливаются и вызываются кашлемъ, чиханіемъ. Гипестезія въ области 2 послѣднихъ поясничныхъ и 1 крестцоваго корешковъ, параличъ съ реакціей перерожденія въ m.m. peroneus longus et brevis, extensores hallucis et digitorum communis, положительный признак Lasègue, отсутствіе болевыхъ точекъ Valleix, значительное пониженіе ахилловаго рефлекса и повышеніе коленного.

¹⁾ Clarac. Un cas de radiculite lumbosacrée sensitive-motrice. Revue Neurologique. 1911. pag. 157.

Въ 1912 году Dejerine и Regnard ¹⁾ представили въ за- сѣданіе парижскаго неврологическаго общества слѣдующій случай:

Мужчина 32 лѣтъ, вторично страдаетъ болями въ правой ногѣ; послѣ перваго приступа у него осталась анестезія большого пальца; второй приступъ состоялъ въ рѣзкихъ боляхъ, продолжавшихся однако только двое сутокъ, послѣ чего остались слѣдующія явленія: ясный положительный Laségue болевая точки Valleix, болевая и тактильная анестезія въ области I крестцоваго корешка, параличъ разгибателей стопы и пальцевъ, кромѣ *m. tibialis anticus*, пониженіе ахиллова рефлекса.

Въ этомъ же за сѣданіи Chiray и Clarac ²⁾ предта- вили еще случай:

Мужчина 54 лѣтъ, упалъ съ козелъ и ударился бедромъ, послѣ чего у него появились боли въ поясницѣ, иррадирую- щія по задней поверхности лѣвой ноги; объективно отмѣ- чено: анестезія въ области V поясничнаго и I крестцоваго корешковъ и гипестезія во II, III и IV поясничныхъ, поло- жительный признакъ Laségue, болевая точки Valleix, атрофія мышцъ главнымъ образомъ передняго отдѣла голени, параличъ съ реакціей перерожденія разгибателей стопы и паль- цевъ и перонеальной группы, съ частичной реакціей пере- рожденія *m. gastrocnemii*, отсутствіе колыбинаго и пониженіе ахилловаго рефлексовъ.

Авторъ объясняетъ образование ишиаса корешковаго про- исхожденія растяженіемъ корешковъ, а можетъ быть и ихъ разрывомъ.

¹⁾ Dejerine et Regnard. Sciatique radiculaire avec paralysie dis- sociée des muscles anteroexternes de la jambe droite, intégrité du jamrier anté- rior, anesthésie dans le territoire du S₁. Revue Neurologique. 1912 № 4, pag. 288.

²⁾ Chiray et Clarac. Un cas de lésion radiculaire du plexus lombo- sacré survenue à la suite d'un traumatisme. Revue Neurologique. 1912 № 4, pag. 296.

Заканчивая описаніе случаевъ ишиаса корешковаго про- исхожденія, я долженъ упомянуть еще о работѣ Sarbo ¹⁾. Авторъ на основаніи своихъ случаевъ ишиаса и невритовъ сѣдалищнаго нерва создаетъ симптомокомплексъ пораженія II крестцоваго сегмента. По его мнѣнію къ симптомамъ та- кого пораженія принадлежатъ: разстройство чувствительности въ видѣ гипестезіи отъ ягодицы по задней поверхности бедра, голени и по наружному краю стопы, параличъ resp. парезъ *m. m. gastrocnemii* и *solei*, исчезаніе ахилловаго сухожилія и парестезіи въ области мочевого пузыря и прямой кишки. Симптомы пораженія самаго корешка и ствола сѣдалищнаго нерва, т. е. при невритѣ его, одинаковы и отличаются лишь отсутствіемъ разстройствъ со стороны тазовыхъ органовъ во второмъ случаѣ. Разстройства чувствительности могутъ быть выражены очень незначительно, тогда имѣется гипестезія лишьнизу отъ наружнаго мышцека и по наружному краю стопы. Несомнѣнно, что послѣдніе случаи (которыхъ у автора большинство: 14 изъ 20) принадлежатъ къ случаямъ неврита сѣдалищнаго нерва съ разстройствами чувствительности въ области иннерваціи *n. Suralis*; можно согласиться съ авторомъ и съ тѣмъ, что это надо отнести на счетъ пораженія той части *n. suralis*, которую онъ получаетъ отъ *n. tibialis*. Совсѣмъ новымъ взглядомъ, съ которымъ врядъ ли можно согласиться, является утверженіе автора, что при невритахъ периферическихъ нервовъ получается разстройства чувстви- тельности строго расчленяютъ эти два вида топографіи: периферической и корешковой, и такое смѣшеніе, какъ это допускаетъ авторъ поведетъ къ болшимъ затрудненіямъ. По моему было бы правильнѣе считать случаи съ разстрой- ствомъ чувствительности въ области *n. suralis* за невриты *n. tibialis*, какъ это дѣлаетъ авторъ, не приводя ихъ въ

¹⁾ Sarbo. Die Symptomatologie der Erkrankungen im Bereiche des zweiten Sakralsegmentes und deren diagnostische Bedeutung. Wien. klin. Wochenschrift. 1911. № 30. S. 1086.

связь съ заболѣваніемъ II крестцового сегмента, а въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ разстройство чувствительности занимаетъ всю конечность, отъ ягодицы по задней поверхности бедра и голени до наружнаго края стопы, причислить къ корешковой гесп. сегментарной формѣ.

Разсматривая извѣстные изъ литературы случаи „радикулитовъ пояснично-крестцового сплетеній“—ишіасовъ корешкового происхожденія—мы видимъ, что главной отличительной чертой ихъ служатъ явленія пораженія корешковъ. Это пораженіе выражается разстройствами чувствительности въ видѣ болѣе или менѣе обширныхъ полосъ или лентъ гипер-, гип-, или ан-эстезій, занимающихъ области вдоль конечности; въ двигательной сферѣ это пораженіе корешковъ выражается параличами мышцъ соотвѣтственно корешковой иннервации, какъ напр.: нормальное состояніе m. tibialis anticus при параличахъ экстензоровъ стопы и пальцевъ въ случаяхъ пораженіи I крестцового корешка. По частотѣ пораженія корешки распредѣляются слѣдующимъ образомъ. Изъ 43 случаевъ, гдѣ имѣется разстройство чувствительности

S ₁	былъ пораженъ	33 разъ.
L _V	„ „	31.
S ₂	„ „	24.
L _{IV}	„ „	23.
S ₃ и L _{III}	„ „	по 13 разъ.
L _{II}	„ „	10.
L ₁ и S ₄	„ „	по 7.
S ₅	„ „	4.
D _X и XI	„ „	по 2.

Остальные симптомы обычные, встрѣчающіеся при всякомъ типичномъ ишіасѣ. Нѣкоторые авторы пытались найти и въ этихъ симптомахъ что либо характерное для радикулитовъ. Такъ Dejerine и Thomas особенно отмѣчали, что при ишіасѣ корешкового происхожденія не бываетъ болевыхъ точекъ

Valleix, что можетъ служить будто бы для дифференціального діагноза этой формы. Если мы просмотримъ съ этой точки зрѣнія собранный нами матеріалъ, то мы получимъ данныя не въ пользу постоянства отсутствія болевыхъ точекъ Valleix при корешковомъ ишіасѣ. Такъ изъ всѣхъ 45 случаевъ въ 14 совершенно не упоминается о болевыхъ точкахъ; изъ оставшихся 31 случаевъ только въ 7 отмѣчено отсутствіе ихъ, а въ 24 онѣ были налицо, т. е. болѣе чѣмъ въ половинѣ всѣхъ случаевъ. Характеръ болей приводится нѣкоторыми авторами какъ типичный для простаго ишіаса; нѣкоторые же отмѣчаютъ стрѣляющій, молниеносный ихъ характеръ. Dejerine, Leenhardt и Nero ¹⁾, а за ними и Sicard ²⁾ описали симптомъ, который потомъ приводился какъ признакъ Sicard'a: это рѣзкое обостреніе и вызываніе невралгическихъ болей при чиханіи: „signe de l'éternuement“. Но за послѣднее время самъ Sicard отрицаетъ за этимъ симптомомъ его специфичность, говоря при debатахъ въ парижскомъ неврологическомъ обществѣ по поводу демонстраціи больного Dejerine и Regnard ³⁾: „le reveil aigu de la douleur sous l'influence de la secousse de toux, de l'éternuement... n'a pas de valeur spécifique, puisque le choc de la masse intestinale sur les troncs funiculaire peut être responsable de ce reveil paroxystique aussi bien que le choc du liquide cephalo-rachidien sur les racines“. Lortat-Jacob и Sabaréanu думали въ сколіозѣ видѣть тотъ симптомъ, который по преимуществу встрѣчается при ишіасѣ корешкового происхожденія. Изъ нашихъ литературныхъ 45 случаевъ только въ 11 отмѣченъ гомологичный сколіозъ, процентъ слишкомъ небольшой чтобы придавать ему значеніе. Болѣе постояннымъ надо считать признакъ Lasègue изъ всѣхъ 45 случаевъ онъ только 3 указалъ какъ отрицательный, въ 12 слу-

¹⁾ Dejerine, Leenhardt et Nero. Nevrite radicaire cervico-dorsale avec douleurs très vives pendant l'éternuement. Revue Neurologique. 1905. Изд-во. Camus.

²⁾ Sicard—idem.

³⁾ Loco citato.

чаяхъ о немъ ничего не сказано, и въ остальныхъ 30—оно быль на лицо.

Измѣненіе колѣнныхъ и ахилловыхъ рефлексовъ частое явленіе при этомъ страданіи: измѣненіе это больше выражалось въ смыслѣ пониженія ихъ (28 случаевъ), чѣмъ повышения (8 случ.). Въ 6 случаяхъ о состояніи рефлексовъ совершенно не упомянуто, изъ остальныхъ 39 случ. только въ 4 случаяхъ оба рефлекса были нормальны: нормальный колѣнный рефлексъ при измѣненіи ахилловаго отмѣченъ въ 15 случаяхъ; нормальный ахилловый при измѣненіи колѣннаго въ 6 случаяхъ. Измѣненіе обоихъ рефлексовъ отмѣчено въ 14 случаяхъ, въ общемъ измѣненіе въ рефлексахъ отмѣчено въ 35 случаяхъ изъ 39 (89,7%). По частотѣ измѣненія ахилловаго рефлекса превалируютъ надъ таковыми же колѣннаго; такъ изъ 39 случаевъ колѣнный рефлексъ измѣненъ въ 20 случ. (51,28%), тогда какъ ахилловый въ 29 случ. (75,35%).

Говоря о клинической картинѣ болѣзни слѣдуетъ отмѣтить, что изъ 45 случаевъ, приведенныхъ мною, только въ 7 страданіе было двустороннее (случаи Raymon, Dubois, Egger et Chiray, Raymond et Oppert, III случ. Roussellier, V случ. Camus и случай Mosny et Malloizel). Такое сравнительно небольшое количество зависитъ не оттого конечно, что такіе случаи вообще рѣдки, а потому что такіе случаи трудно дифференцировать отъ поражений *cauda equina* и *conus medullaris* и доказать первичную натуру страданія. Въ этомъ послѣднемъ смыслѣ случай Mosny et Malloizel является нечистымъ и подверженъ многимъ возраженіямъ. Сами авторы предполагаютъ туберкулезъ остистаго отростка I поясничнаго позвонка что, хотя и не доказано, очень вѣроятно. Только стремленіемъ французской школы злоупотреблять чисто клинической діагностикой можно объяснить, почему авторы включили свой случай въ эту категорію. Правильнѣе было бы смотрѣть на явленія со стороны нервной системы, какъ

на вторичныя и совсѣмъ не включать свой случай въ эту категорію.

Сообразно съ тѣмъ, какіе корешки поражаются, передніе или задніе или оба вмѣстѣ, можно клинически различать три типа: чувствующій, чувствующе-двигательный и чисто двигательный. Послѣдній типъ самый рѣдкій. Изъ 45 случаевъ чисто двигательнымъ можно назвать только одинъ случай Ardin-Delteil и Dumolard.

Сообразно распространенію пораженія корешковъ можно отмѣтить случаи поясничнаго, пояснично-крестцоваго и только крестцоваго шіаса. Самымъ частымъ является пояснично-крестцовымъ: 28 случ., затѣмъ крестцовыхъ 9 случ. и поясничныхъ 5; имѣются два случая, гдѣ, кромѣ поясничныхъ и крестцовыхъ были задѣты и грудные корешки (Stursberg).

Діагностика по авторамъ не представляетъ особыхъ затрудненій. Они лишь очень поверхностно касались этого вопроса. Болѣе подробно останавливаются надъ этимъ тѣ изъ авторовъ, которые, какъ напр. Pierre Camus, писали сводныя работы. Но авторъ болѣе занятъ вопросомъ о діагностикѣ радикулитовъ вообще, чѣмъ шіаса корешковаго происхожденія, почему мы не можемъ все безъ измѣненій перенести въ интересующую насъ область. Сдѣлавъ краткій намѣкъ на діагнозъ локализации, онъ указываетъ на возможность быть затрудненія при дифференціальномъ діагнозѣ этого страданія съ хроническимъ или острымъ полиоміелитомъ, сирингоміэліей и амиотрофическимъ боковымъ склерозомъ. Признавая, что особенно двѣ послѣднія формы могутъ представить извѣстныя затрудненія для діагноза при радикулитахъ высоко-лежащихъ сегментовъ, мы не можемъ того же сказать относительно радикулитовъ пояснично-крестцоваго сплетенія, такъ какъ и сирингоміэлія и амиотрофическій боковой склерозъ начинаются почти исключительно въ шейномъ отдѣлѣ спинного мозга. Гораздо большаго вниманія заслуживаетъ для шіаса корешковаго происхожденія, по

нашему мнѣнію, діагноз между *tabes incipiens*, что авторомъ отмѣчено лишь вскользь; немного подробнѣе онъ останавливается на вопросѣ объ опухоляхъ оболочекъ, указывая, что въ начальныхъ стадіяхъ (*stadium neuralgicum, pseudo-neuralgies Charcot*) иногда не бываетъ никакихъ опорныхъ пунктовъ для діагноза. Специально діагностикой этой формы ишиаса занялись Lortat-Jacob и Sabaréanu; они долго заняты вопросомъ объ опредѣленіи характера разстройствъ чувствительности, доказывая корешковое происхожденіе ихъ. Затѣмъ они обращаютъ вниманіе на дифференціальный діагнозъ между заболѣваніями *conus, ericonus* и *sauda equina*—заболѣваніями, которыя могутъ давать тѣ же схемы разстройствъ чувствительности. Главнымъ опорнымъ пунктомъ авторы указываютъ, что при этихъ заболѣваніяхъ, всегда имѣются: разстройства тазовыхъ органовъ, чего никогда не встрѣчается при ишиасѣ корешкового происхожденія; и двусторонность явленій. Какъ мы видѣли выше послѣднее не играетъ такой важной роли, какъ первое.

Говоря о дифференціальномъ діагнозѣ нельзя не отмѣтить какъ мало обращено вниманія авторомъ на діагнозъ первичнаго корешковаго ишиаса отъ вторичнаго, напримѣръ отъ заболѣванія позвоночника. Наоборотъ, мы видимъ полное смѣшеніе этихъ двухъ формъ. Такъ Mosny и Malloizel публикуютъ свой случай какъ первичное пораженіе. Berthéol частой причиной считаетъ сдавленіе корешковъ опухолью, туберкулезнаго или раковаго происхожденія.

Рѣзко поставленъ этотъ вопросъ только у Dejerine'a въ книгѣ *Maladies de la moelle épinière*¹⁾, о которой надо сказать, что это первое большое руководство, въ которой включена отдѣльная глава о радикулитахъ. Онъ раздѣляетъ радикулиты на вторичныя и чистыя формы. Первую онъ снова дѣлитъ на группы: вторичнаго перерожденія и совмѣстную (*associés*). Къ первой онъ причисляетъ тѣ случаи, гдѣ ко-

¹⁾ Dejerine et Thomas. *Maladies de la Moelle épinière*. Paris. 1909.

решки перерождаются вторично при заболѣваніи ихъ фронтальныхъ центровъ: переднихъ роговъ и спинальныхъ узловъ; ко второй, когда корешки страдаютъ отъ заболѣванія позвоночника и оболочекъ.

Насколько этотъ вопросъ важенъ и какъ иногда трудно бываетъ его разрѣшить, указываетъ интересный и поучительный случай P. Camus (II случай): у больного съ явленіями корешковаго ишиаса не было никакихъ указаній на заболѣваніе позвонковъ, даже послѣ мѣсячнаго лѣченія ртутью у него отмѣчено улучшеніе, а черезъ годъ у него развились ясные признаки спондилита.

Изъ всего этого мы видимъ, насколько важенъ и заслуживаетъ особаго вниманія этотъ вопросъ.

Далѣе слѣдуетъ отмѣтить разницу замѣчаемую между французскими и нѣмецкими авторами во взглядахъ на эту форму. Тогда какъ первые охотно ставятъ діагнозъ радикулита при сифилитической этиологіи и даже, какъ мы увидимъ ниже, сифилису отводятъ здѣсь первое мѣсто, нѣмецкіе авторы (Stursberg, Oppenheim) при наличности сифилиса, когда мы въ правѣ предполагать опредѣленную анатомопатологическую основу страданія, ставятъ діагнозъ *leptomenigitis spinalis* и только при ревматической или неизвѣстной (не сифилитической) этиологіи, когда мы не можемъ дать такой точной основы страданію, они довольствуются діагнозомъ *Würzelischias*.

Этиологія даннаго заболѣванія очень разнообразна. На первомъ планѣ французскіе авторы ставятъ сифилисъ. Многие авторы не только выставляютъ сифилисъ какъ первой, наибѣе встрѣчающейся этиологіей, но считаютъ, что одна личность корешковаго характера ишиаса уже говоритъ за пріобрѣтенный или наследственный сифилисъ, хотя на это и не было бы никакихъ указаній. (Lortat-Jacob, Sabaréanu). Другіе, признавая за сифилисомъ его преобладающее значе-

ние, все же не придают ему такой исключительно первенствующей роли (Camus, Roussellier и друг.). Как мы видели немецкие авторы стоятъ въ этомъ вопросѣ совершенно отдѣльно, не признавая сифилитической формы корешкового ишиаса за таковой.

За сифилисомъ слѣдуетъ туберкулезъ, гоноррея, простуда и т. д.

Совершенно обособленно стоитъ случай Chiray и Clagac, въ единственномъ изъ всѣхъ 45 случаевъ, гдѣ этиологіей была травма.

Извѣстный интересъ съ точки зрѣнія этиологіи представляетъ опубликованное Touche ¹⁾ вскрытіе 4 больныхъ съ хроническимъ ревматизмомъ, гдѣ авторомъ было найдено утолщеніе твердой мозговой оболочки, пораженіе корешковъ и восходящее перерожденіе Голлевикихъ столбовъ.

Далѣе Lepine ²⁾, въ цѣломъ рядѣ статей въ Lyon médicale за 1906 годъ установилъ зависимость воспаления мозговыхъ оболочекъ съ хроническимъ ревматизмомъ.

Эти изслѣдованія даютъ намъ право въ этиологіи радикулитовъ включить и хроническій ревматизмъ, не забывая какъ широко французскіе авторы пользуются этимъ понятіемъ.

Паталогическая анатомія этого страданія еще не достаточно выяснена, такъ какъ имѣется очень мало вскрытій.

¹⁾ Touche. Lésions radicales du rhumatisme chronique. Bulletin de la Société anatomique de Paris. 1901. № 5. pag. 334.

²⁾ Lepine. Meningite spinale et syndrome radiculaire dans le rhumatisme chronique. Lyon médicale 1906. № 34. pag. 342.

Lepine. Rapports du rhumatisme chronique avec quelques maladies de la moelle. Lyon médicale 1906. № 37. pag. 465.

Lepine. Quelques manifestations cérébrales du rhumatisme chronique. Lyon médicale 1896. № 40. pag. 581.

Lepine. Considerations pathologiques sur les accidents nerveux du rhumatisme chronique. Lyon médicale 1906. № 43, pag. 681.

Изъ всѣхъ 45 случаевъ имѣется одно вскрытіе въ случаѣ Raymond, гдѣ было найдено первичное воспалительное поражение переднихъ и заднихъ корешковъ, утолщеніе оболочекъ, казеозное перерожденіе. Кромѣ того имѣется еще одинъ случай вскрытія, опубликованный въ послѣднее время, случай Tinel и Gastinel ¹⁾, мною въ перечнѣ литературы не помѣщенный, такъ какъ исторія болѣзни приведена слишкомъ сжато и не подробно, чтобы можно было воспользоваться ею для изученія клинической картины болѣзни. Дѣло шло о туберкулезномъ больномъ, у котораго за 13 мѣсяцевъ до смерти были явленія жестокаго корешковаго (?) ишиаса. При аутопсіи было найдено: интерстиціальный склерозъ въ стволѣ сѣдлицнаго нерва, безъ дегенерациі волоконъ; корешковые нервы и преимущественно задніе корешки кверху отъ спиннаго ганглія представляли объемистые узелки фиброзной ткани; эти узелки, утолщая оболочку корешковъ, входятъ внутрь между нервными стволами, раздѣляютъ ихъ, сдавливаютъ и т. д. Процессъ трактуется авторомъ какъ остатки рубцеванія воспалительнаго процесса туберкулезнаго характера.

Для насъ имѣетъ больше значеніе случай Widal и Le Sourd ²⁾, случай восходящаго паралича, кончившійся смертью. При аутопсіи было найдено по всему протяженію спинного мозга, но болѣе выраженное въ поясничной части пораженіе корешковъ, пораженіе интерстиціальныхъ и паренхиматознаго характера: инфильтрація интерстиціальныхъ пространствъ, разбуханіе и жировое перерожденіе мѣлина, атрофія осевыхъ цилиндровъ. Оболочки были здоровы, такъ же и при жизни не было лимфоцитоза цереброспинальной жидкости. Периферическіе нервы и спинной мозгъ нормальны.

¹⁾ Tinel et Gastinel. Un cas de sciaticque radiculaire tuberculeuse. Revue Neurologique 1911. № 20. pag. 453.

²⁾ Widal et Le Sourd. Paralysis ascendante aigue; nevrite radiculaire sans alteration meningée; absence de lymphocytose dans le liquide cephalo rachidien. Société médical des Hôpital, 1902.

Widal противопоставляет свой случай—сифилитическим радикулитам, гдѣ всегда оболочка принимаетъ участіе въ процессѣ и имѣется лимфоцитозъ.

Къ этой же группѣ случаевъ можно причислить еще одинъ изъ области ветеринаріи. Именно, Marchand и Alix ¹⁾ описали случай радикулита поясничнокрестцового сплетенія у кобылы. При аутопсіи было найдено только первичное интерстиціальное воспаление двигательныхъ и чувствующихъ корешковъ, безъ пораженія оболочекъ и спинного мозга.

Съ другой стороны мы можемъ найти указанія на болѣе или— менѣе глубокое пораженіе оболочекъ. Такъ, если мы обратимся къ хирургическимъ вѣдѣтелямъ (Chirault), то увидимъ, что всюду были находимы ограниченныя бляшки воспалительныхъ измѣненій въ оболочкахъ.

Далѣе имѣется аутопсія случая менингорадикулита, который по клинической картинѣ не принадлежитъ къ этому заболѣванію, а относится къ группѣ поражений сауда equina. (Laignel-Levastine et Verliac) ²⁾. При аутопсіи было найдено: сращеніе оболочекъ съ корешками правой половины сауда equina, оболочка утолщена и отъ нея идутъ волокна въ корешки, которые совершенно уничтожены.

Далѣе мы знаемъ, что сифилитическая инфекция всегда предпочтительно начинается съ оболочекъ, такъ что мы въ правѣ при сифилитической этиологіи первичный процессъ искать именно тамъ.

Сопоставляя эти двѣ группы: аутопсіи съ пораженіемъ корешковъ и цѣлостью оболочекъ и таковыя съ несомнѣннымъ заболѣваніемъ тѣхъ и другихъ, мы должны придти

¹⁾ Marchand et Alix. Radiculite sacrée chez une jument. Société anatomique de Paris. 1906. Цитир. по Camus.

²⁾ Laignel-Levastine et Verliac. Syndrome meningo-radiculaire de l'hémiparésie de cheval. Revue neurologique 1908.

къ заключенію, что до сихъ поръ слишкомъ мало вскрытій, чтобы этотъ вопросъ былъ рѣшенъ въ ту или другую сторону, а во вторыхъ, что, имѣя передъ собою клиническую картину корешкового ишиаса, мы не можемъ пока въ каждомъ данномъ случаѣ указать поражены ли тутъ одни корешки или только оболочки или оба вмѣстѣ.

Что касается патогенеза этого страданія, то вопросъ этотъ еще болѣе запутанъ. Большинство авторовъ (Dejerine, Thomas, Nageotte, Tinel и т. д.) высказываются слѣдующимъ образомъ. Корешки не на всемъ своемъ протяженіи одинаково легко ранимы. Такимъ болѣе ранимымъ мѣстомъ является протяженіе ихъ отъ мѣста соединенія переднихъ и заднихъ корешковъ до спинальных ганглиевъ, т. е. такъ назыв. корешковый нервъ Nageotte'a (Obersteiner и Redlich). На этомъ-то протяженіи мы и должны локализовать мѣсто пораженія въ приводимыхъ авторами случаяхъ радикулитовъ. Но такъ какъ на этомъ протяженіи корешковый нервъ является смѣшаннымъ, то мы клинически должны были бы имѣть во всѣхъ случаяхъ расстройства въ чувствительной и въ двигательной сферѣ. На самомъ дѣлѣ, какъ мы это видѣли изъ приведенныхъ исторій болѣзней, большинство изъ нихъ является чисто чувствующимъ типомъ. Это объясняется тѣмъ, что корешки ранимы не въ равной степени, именно задніе корешки гораздо раньше поражаются всевозможными токсическими и инфекционными агентами. По изслѣдованіямъ Nageotte, а особенно Tinel ¹⁾ имѣются чисто анатомическія условія, благоприятствующія такому заболѣванію корешковъ. Именно anachnoïdeia на этомъ протяженіи не сразу переходитъ въ периневритическую оболочку корешкового нерва, а образуетъ родъ мѣшка или губы. Эта губа различной глубины смотря по уровню корешковъ, и наибольшей величины она достигаетъ въ шейномъ отдѣлѣ съ C₃ по D₁ и въ поясничномъ отдѣлѣ, осо-

¹⁾ Tinel. Radiculites et tabes. Thèse de Paris. 1910.

бенно въ 3 нижнихъ сегментахъ, гдѣ она всегда доходить до самого узла. Кромѣ того губа эта гораздо глубже заходить для заднихъ корешковъ, чѣмъ для переднихъ, для которыхъ никогда не заходитъ до спинальнаго узла; затѣмъ около самого узла раздѣляется своими отвѣтвленіями задній корешокъ на нѣсколько отдѣльныхъ пучковъ. Такимъ образомъ въ этихъ мѣстахъ застаивается цереброспинальная жидкость и омываетъ корешки, главнымъ образомъ задніе и прилегающую оболочку. Далѣе является интересный вопросъ, что же производитъ это постоянное орошеніе корешковъ и мягкой оболочки инфицированной или токсической жидкостью и гдѣ первоначально появляются реактивныя измѣненія, въ корешкахъ или оболочкахъ. Повидимому, вебъ авторы склоняются, что появляется реакціонное интерстиціальное воспаленіе. Что же касается первичнаго мѣста пораженія, то мы имѣемъ данныя за оба предположенія. Случай Raymond, а особенно Widal и LeSourd, а также и Marchand и Alix ясно показываютъ, что воспаленіе корешковъ можетъ быть и безъ заболѣванія оболочекъ. Съ другой стороны въ громадномъ большинствѣ случаевъ, гдѣ можно было убѣдиться о происходящемъ процессѣ въ корешкахъ и оболочкахъ (Chirault) были наблюдаемы измѣненія и тамъ и тутъ, но рѣшито, что поразилося первично не представляется возможнымъ. Въ этомъ отношеніи намъ крайне интересны изслѣдованія Tinel и Goldenfan¹⁾, гдѣ они изъ 12 туберкулезныхъ больныхъ безъ всякихъ клиническихъ явленій со стороны двигательной или чувствующей сферы въ 6 случаяхъ нашли утолщеніе оболочекъ корешковаго нерва склерозированіе ихъ и послѣдовательную демиелинизацию корешковыхъ волоконъ безъ послѣдовательной дегенерации ихъ. Это доказываетъ насколько оболочки восприимчивы ко всякимъ инфекціямъ.

¹⁾ Tinel et Goldenfan. Les lésions radiculaires chez les tuberculeux. Revue neurologique 1911. № 6. I. pag. 402.

Почему въ нѣкоторыхъ случаяхъ получается лишь одно мѣстное пораженіе корешковъ, и въ другихъ наблюдается послѣдовательно перерожденіе волоконъ, Tinel¹⁾ объясняетъ слѣдующимъ образомъ. При остромъ процессѣ быстро происходитъ слнпчивое воспаленіе arachnoidea съ оболочкой корешковаго нерва, и на корешки перестаетъ дѣйствовать инфицированная цереброспинальная жидкость и поэтому измѣненія въ корешкахъ получаются не настолько глубокими, чтобы вызвать послѣдовательную дегенерацию волоконъ; въ случаѣ же хроническаго, медленнаго процесса, пространства между arachnoidea и корешковымъ нервомъ остаются открытыми и въ нихъ все время пребываетъ и застаивается цереброспинальная жидкость, что вызываетъ глубокое пораженіе корешковъ, влекущее за собой перерожденіе ихъ.

Какъ ни проста и понятна эта гипотеза патогенеза менингоградикулитовъ, несмотря на то, что она основана на особенностяхъ строенія корешковаго нерва, на патологоанатомической картинѣ страданія и на экспериментальныхъ данныхъ (Tinel²⁾, все же поднимаются голоса противъ нея. Такъ, въ зазданіи парижскаго общества невропатологовъ 1 февраля 1912 г. Sicard выступилъ съ заявленіемъ по поводу доклада Dejerine и Regnard, что онъ считаетъ каждый шпасаъ происходящимъ отъ пораженій, лежащихъ внѣ оболочекъ спинного мозга. Имѣются двѣ группы: шпасаъ съ пораженіями самого ствола (lésions tronculaires) у мѣста выхода нерва изъ таза и шпасаъ съ пораженіемъ корешковыхъ стволовъ на протяженіи отъ спинальных ганглиевъ кнаружи до образованія сплетеній (lésions funiculaires). Основанія приводимыя имъ: анатомическое положеніе V поясничнаго корешковаго ствола, отсутствіе болей въ области вунтренняго срамнаго сплетенія и отсутствіе лимфоцитоза въ

¹⁾ Tinel loco citato.

²⁾ Tinel. loco citato. Авторъ вливалъ подъ низкимъ давленіемъ растворъ туши въ субархноидальное пространство и получалъ застой этого вещества въ упомянутыхъ выше губахъ поясничныхъ корешковыхъ нервовъ.

цереброспинальной жидкости въ изслѣдованныхъ имъ случаяхъ ишіаса.

Такимъ образомъ и эта гипотеза предполагаетъ поражение корешковъ, но другой локализациі: кнаружи отъ спинальныхъ узловъ. Сейчасъ мы не можемъ высказаться опредѣленно за ту или другую гипотезу и этотъ вопросъ должны рѣшить результаты дальнѣйшихъ вскрытій.

Что касается течения и прогноза страданія, то всѣ случаи надо раздѣлить на двѣ группы. Тамъ гдѣ имѣется сифилитическая этиологія, то какъ только приступлено къ специфической терапіи, быстро наступаетъ улучшение; случаи же гдѣ имѣется другая этиологія болѣзнъ протекаетъ очень тяжело и плохо поддается лѣченію. Особенно поучительны въ этомъ смыслѣ случаи Stursberg'a, гдѣ изъ 5 случаевъ только въ двухъ было небольшое улучшение, а въ остальныхъ, не смотря на лѣченіе—улучшенія не было. Бросается въ глаза какъ сравнительно рѣдко отмѣчено полное выздоровленіе: изъ 27 случаевъ, гдѣ упомянуто объ исходѣ, такое выздоровленіе отмѣчено лишь въ 4 случаяхъ; въ остальныхъ 23 случаяхъ въ одномъ была смерть (Raymond), въ другомъ улучшение, но черезъ годъ развились симптомы спондилита (Camus); остальные 21 случай—получилось лишь облегченіе болей, при чемъ въ 8 случаяхъ отмѣчено, что чувствительность оставалась по прежнему. Эта статистика показываетъ, что несмотря на большое число сифилитическихъ случаевъ (19), гдѣ мы должны были бы ожидать блестящіе результаты, форма эта трудно поддается лѣченію и очень рѣдко удается достигнуть полного выздоровленія. Это сдѣлается намъ понятнымъ, если мы вспомнимъ, что пораженіе корешковъ влекутъ за собой болѣе глубокія измѣненія, чѣмъ пораженія периферическаго нерва, такъ напримѣръ, извѣстно, что при перерѣзкѣ корешка получается дегенерациа и въ нервѣ, обратнаго же не наблюдается, перерѣзанный корешокъ не сростается и т. д. Исхода изъ всего этого мы въ правѣ

заклчить, что ишіасъ корешковаго происхожденія принадлежитъ къ группѣ тяжелыхъ ишіасовъ и прогнозъ такихъ случаевъ надо ставить очень осторожно.

О терапіи сказать много не приходится; гдѣ авторы подвержали сифилису была проведена специфическая терапія; гдѣ этой этиологіи не было и нельзя было предположить, или гдѣ яено была другая этиологія страданія, была пригнбена обычная терапія: ванны, электризаціа, песочныя ванны. Ни у одного автора не упомянуто какого либо особаго метода лѣченія, дававшего хорошіе результаты при этомъ страданіи.

Собственные наблюдения.

Случай I. Ве — П. (История болезни 1912 г. № 190). 40 летъ, хлѣбонапецъ. Боленъ съ октября 1909 года. Заболѣлъ послѣ того какъ проспалъ въ продолженіе 2-хъ часовъ на холод-

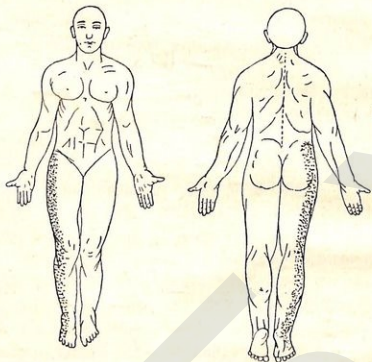


Рис. 1.

ной землѣ. Въ началѣ процессъ носилъ острый характеръ и больной въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ пролежалъ въ постели.

St. рг. 14/V 1910 г. Больной ходить упираясь на двѣ палки. Внутренніе органы N. Въ мочѣ ничего особеннаго.

Нервная система. Сильныя боли въ правой ногѣ по направленію сѣдалищнаго нерва и по наружной поверхности

правой голени; боли въ голени стрѣляющаго характера. Признакъ Lasègue положительный. При давленіи болѣзненны п. ischiadicus на всемъ протяженіи, п. cruralis, obturatorius и cutaneus femoris externus. Объективно отмѣчается болевая гиперестезія по наружной поверхности бедра и голени правой ноги. (Рис. 1). *Позвоночникъ:* рѣзкая болѣзненность при давленіи IV и V поясничныхъ позвонковъ.

Льченіе. Принялъ 4 грунтовыхъ и 8 разводныхъ грязевыхъ и 9 раннихъ ваннъ.

Исходъ. Боли стали меньше, стрѣляющій характеръ ихъ совершенно прошелъ; болѣзненность нервовъ при давленіи меньше, гиперестезія по прежнему.

По приѣздѣ домой улучшеніе, полученное въ Сакахъ, продолжалось и черезъ двѣ недѣли больной ходилъ безъ палокъ. Чувствовалъ себя совершенно здоровымъ до января 1911 года. Въ январѣ безъ видимой причины снова появились боли, которыя постепенно все увеличивались и въ февралѣ достигли такой степени, что больной принужденъ былъ лечь въ постель, пролежалъ два мѣсяца. Терапія отвлекающая: мушки, aspirin и т. д. Небольшое улучшеніе.

На лѣто 1911 года больной снова приѣхалъ въ Саки.

Stat. рг. а. с. Боли по тракту п. ischiadici, усиливающимся при чиханьи, кашлѣ. Характеръ болей стрѣляющій сверху внизъ. При давленіи болѣзненны п. ischiadicus, cruralis, obturatorius правой ноги. Рѣзкій положительный Lasègue. Объективно отмѣчается гиперестезія по передней поверхности бедра и голени правой ноги, саади доходящая до области поясницы и крестца. (Рис. 2). Рефлексы равномѣрны. Зрачки равномѣрны, реагируютъ живо. Тазовые органы въ порядкѣ. *Позвоночникъ.* Рѣзкія боли при давленіи остистыхъ отростковъ всѣхъ поясничныхъ позвонковъ.

Льченіе. Принялъ 11 грунтовыхъ и 1 разводную грязевую и 9 раннихъ ваннъ.

Исходъ. Убѣхалъ безъ улучшения. Черезъ мѣсяць послѣ Саки появилось улучшение, которое постепенно продолжалось вплоть до марта 1912 г., послѣ чего снова наступило небольшое ухудшение.

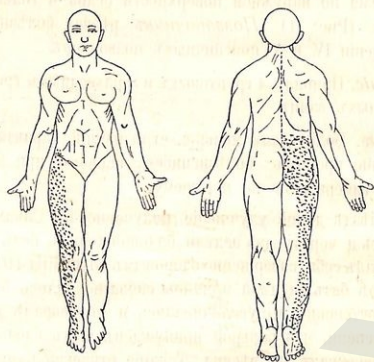


Рис. 2.

Stat. praes. $\frac{3}{vii}$ 1912 г. Боли по тракту сѣдалищнаго нерва гораздо слабѣе, чѣмъ были въ прежніе года. Давленіе на n. ischiadicus, cruralis, obturatorius болѣзненно. Lasègue положительный, гиперестезія по прежнему.

Лѣчение. Принялъ 10 грунтовыхъ и 2 разводныя грязевыя и 9 рапныхъ ваннъ.

Исходъ. Убѣхалъ безъ болей.

Случай II. В — вѣ. (Исторія болѣзни 1911 г. № 291). 39 лѣтъ, желѣзнодорожный служащій. Приѣхалъ въ Саки въ 1910 году съ жалобой на боли по задней поверхности лѣвой ноги.

Анамнезъ. 12 лѣтъ т. н. былъ уретритъ; у жены былъ одинъ выкидышъ на 3-ьемъ мѣсяцѣ беременности. $\frac{24}{i}$ 1910 г.

послѣ простуды появились рѣзкія боли въ лѣвой ногѣ по тракту лѣваго n. ischiadici: съ $\frac{5}{ii}$ по $\frac{5}{iv}$ пролежалъ въ больницѣ; лѣчение состояло въ мушкахъ, KJ, Na Salicyl., ванны, электризація; облегченія въ больницѣ не получилъ. Дома дѣлалъ растиранія спиртомъ, настояннымъ на перцѣ и пилъ NaJ. Боли стали меньше.

Stat. praes. $\frac{4}{vii}$ 1910 г. Внутренніе органы N.

Нервная система. Боли по тракту лѣваго n. ischiadici, боли постоянныя, усиливаются при кашлѣ, чиханіи, ходьбѣ, локализируются главнымъ образомъ по наружной поверхности голени. Объективно отмѣчается болевая и тактильная гипестезія по наружной поверхности всей ноги. (Рис. 3).

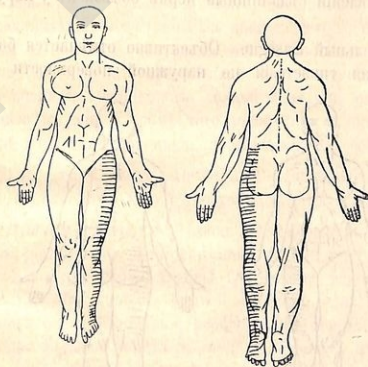


Рис. 3.

При давленіи немного болѣзненъ сѣдалищный нервъ въ мѣстѣ выхода его изъ таза и подъ колѣномъ. Лѣвый колѣнный рефлексъ вялый, ахилловый нормальный, положительный признакъ Lasègue. Тазовые органы въ порядкѣ. Зрачки реагируютъ вяло. *Позвоночникъ:* боли при давленіи IV и V

поясничного позвонка. Въ мочѣ, кромѣ высокаго удѣльнаго вѣса (1026), слизи и лейкоцитовъ (2—3 въ полъ зрѣнія) ничего ненормальнаго не отмѣчается.

Лѣчение. Принялъ 10 грунтовыхъ и 2 разводныхъ грязевыхъ и 8 рапныхъ ваннъ.

Исходъ. Нервные стволы почти безболѣзненны; боли въ голени и ступнѣ стали сильнѣе, въ поясницѣ меньше.

Дома почувствовалъ черезъ мѣсяць улучшение, которое продолжалось до января 1911 г. Всю зиму боли бывали лишь при дурной погодѣ. На лѣто 1911 г. снова прѣхалъ въ Саки.

Stat. praes. ⁴/_{vii} 1911 г. Внутренние органы N.

Нервная система. Небольшія боли по тракту n. ischiadicus sin. При давленіи сѣдалищный нервъ болѣзненъ у наружной ладыжки.

Положительный Lasègue. Объективно отмѣчается болевая и тактильная гипестезія по наружной поверхности бедра

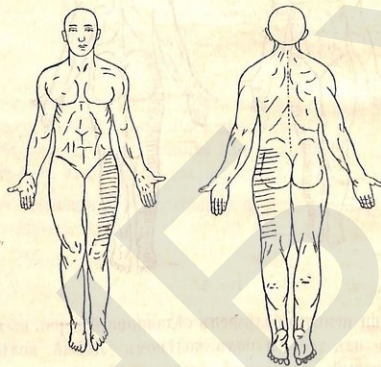


Рис. 4.

(Рис. 4). Колѣнные и ахилловы рефлексы равномерны. Позвоночникъ при давленіи безболѣзненъ.

Лѣчение. Принялъ 6 грунтовыхъ и 6 разводныхъ грязевыхъ и 8 рапныхъ ваннъ.

Исходъ. Уѣхалъ при обостреніи болей подѣ влияніемъ отходныхъ—рапныхъ ваннъ.

Случай III. Ви — въ, студентъ, 19 лѣтъ. Прѣхалъ въ Саки съ жалобой на боли въ лѣвой ногѣ.

Анамнезъ. Лѣтомъ 1906 года перенесъ брюшной тифъ; въ ноябрѣ того же года заразился уретритомъ. Боли въ лѣвой ногѣ начались въ октябрѣ 1906 года. Появились приступы болей по задней поверхности ноги по ночамъ, съ 2-хъ часовъ ночи на 1½—2 часа. Сначала боли локализовались подѣ колѣномъ, а черезъ 5—6 мѣсяцевъ распространились на всю ногу. Больной лѣчился, принималъ хину, дѣлалъ гальванизацию, электрическія ванны: отъ всего этого облегченія не получалъ. Похуданіе мышцъ замѣтилъ зимою 1907 г. Боли, достигнувъ опредѣленной интенсивности, оставались все время въ одной силѣ, только приступы стали чаще, по 2 раза въ день и кромѣ того появлялись и днемъ. Боли носили характеръ ноющихъ, дергающихъ по всей ногѣ.

Stat. praes. Внутренние органы N; изслѣдованіе уретральной отдѣляемого дало отрицательный результатъ.

Нервная система. Рѣзкое похуданіе мышцъ лѣвой ноги: m. m. glutei, vasti, semimembranosus и semitendinosus и triceps surae, мышцы крайне дряблы. Окружность бедра прав. 42 см., лѣв. 38 см. голени—правой 31 см., лѣв. 29 см. Сила мышцъ очень ослаблена, особенно m. iliopsoas и сгибателей колѣна. Больной ходитъ съ трудомъ, хромаетъ на правую ногу.

Боли приступами въ видѣ дергающихъ и стрѣляющихъ сверху внизъ по всей ногѣ; ночью боли рѣзче, чѣмъ днемъ. Объективно отмѣчается на фонѣ болевой и тактильной гипестезіи по всей лѣвой ногѣ, почти съ уровня пупка полоса анестезіи болевой, тактильной и температурной чувствительности, занимающая на бедрѣ наружную переднюю поверх-

ность, на голени переднюю, книзу суживающаяся и переходящая на ступню в видъ узкой ленты, проходящей по первому межкостному промежутку до концов I и II пальцев, при чемъ ею заняты обращенныя другъ къ другу поверхности этихъ пальцевъ. Въ области анестезіи больной не различаетъ разницы въ 3° и 24° ощущается холоднѣе, чѣмъ на правой ногѣ (Рис. 5). При давленіи болѣзненность п. ischiadici и

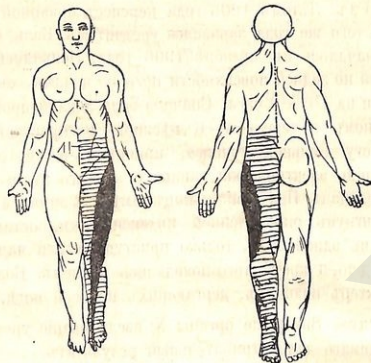


Рис. 5.

sciralis sin. Признакъ Lasègue положительный. Рефлексы: лѣвый колѣнный abs, правый—живой, ахилловыя, кремастеровыя—равномѣрны. Тазовыя органы въ порядкѣ. Полное отсутствіе волосъ на лѣвой ногѣ. *Позвоночникъ* при давленіи безболѣзненъ.

Льченіе: принялъ 14 грунтовыхъ грязевыхъ и 9 рапныхъ ваннъ.

Исходъ. При отъѣздѣ изъ Сакъ $7/11$ отмѣчено: анестезіи нѣтъ, по всей ногѣ чувствительность на мѣстѣ бывшей гипестезіи возстановилась до нормы; имѣется лишь намекъ на

гипестезію на мѣстѣ бывшей анестезіи. Нервные стволы совершенно безболѣзненны; колѣнный рефлексъ на лѣвой ногѣ появился, но очень вялый. Боли стали меньше.

Зимю больной чувствовалъ себя значительно лучше, приступы болей были лишь изрѣдка и въ легкой степени; съ іюня 1910 года больной уже не ощущаетъ болей въ ногѣ; нога окрѣпла, пополнила. Лѣтомъ 1910 года снова пріѣхалъ въ Сакъ.

Stat. praes. $25/VI$ 1910 г. Внутренніе органы—N.

Нервная система. Болей нѣтъ; небольшая болѣзненность при давленіи п. ischiadicus sin. у мѣста выхода изъ таза. Похуданіе и дряблость мышцъ менѣе рѣзкая, чѣмъ въ прошломъ году. Объемъ: бедро—правое 42 см. лѣв. 39 см., голень—правая $32\frac{1}{2}$ см. лѣв. $31\frac{1}{2}$ см. Сила мышцъ лѣвой ноги почти не отличается отъ силы соответствующихъ мышцъ на правой ногѣ. Объективно разстройство чувствительности нѣтъ. Признакъ Lasègue положительный. Рефлексы: лѣвый колѣнный менѣе живой чѣмъ правый, остальные равномѣрны. Тазовыя органы въ порядкѣ. *Позвоночникъ* безболѣзненъ при давленіи. На лѣвой ногѣ появились волосы, но разница между двумя ногами еще рѣзко замѣтна.

Льченіе. Принялъ 11 грязевыхъ натуральныхъ и 9 рапныхъ ваннъ.

Исходъ. Объемъ $22/VI$ 1910 г.—бедро правое—40 см. лѣвое—40 см.; голень—правое—32 см. лѣвое 31. Болей никакихъ нѣтъ. При давленіи были въ подколенной ямкѣ и въ incisura ischiadica. Рефлексы равномѣрны. Чувствительность—N.

Случай IV. Ла — вѣ. (Исторія болѣзни № 391 1911 г.). Въ анамнезѣ ничего особеннаго отмѣтить не приходится; lues и уретритъ отрицаетъ. Въ августѣ 1909 года безъ видимыхъ причинъ появились боли при отведеніи правой ноги; потомъ начала подвергаться ступня. Съ ноября того же

года появились рѣзкія боли по задней поверхности правой ноги, онѣмѣніе наружной поверхности голени и опухоль всей ноги. Съ декабря больной перекосялся на лѣвую сторону. Лѣчились: мушки, сѣрные, суховоздушныя и радиевыя (въ Кенисбергѣ) ванны. Подъ вліяніемъ лѣченія спала опухоль ноги и уменьшилось онѣмѣніе голени. За все время нога вѣя крайне похудѣла; за послѣднее время подъ вліяніемъ массажа мышцы снова восполнились.

Stat. praes. 15/v 1910 г. Внутренніе органы N.

Нервная система. Рѣзкій лѣвосторонній сколіозъ въ поясничной части позвоночника. Боли въ поясницѣ и по тракту праваго сѣдалищнаго нерва. Давленіе на n. ischiadicus, obturatorius, cruralis вызываетъ боль. При изслѣдованіи чувствительности имѣется пониженіе тактильной и болевой чувствительности въ видѣ ленты отъ I—III поясничныхъ позвонковъ по наружной поверхности бедра и голени (Рис. 6).

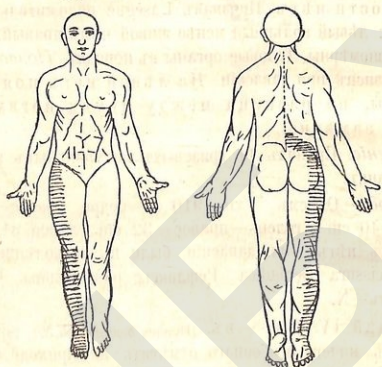


Рис. 6.

Мышцы правой ноги дряблѣе, чѣмъ на лѣвой; дряблыя ягодичныя, приводящія бедро и икроножныя; движенія въ ко-

нечности затруднены болью, совершаются съ достаточной силой. Положительный признак Lasègue. Рефлексы равномѣрны. Тазовые органы въ порядкѣ. **Позвоночникъ:** давленіе на IV—V поясничные позвонки вызываетъ боли. Давленіе на область съ праваго бока остистыхъ отростковъ поясничныхъ позвонковъ вызываетъ боль.

Послѣ 4 натуральныхъ и 6 разводныхъ ваннъ перенезлѣдованіе 1/vii. Гиперѣстезія по наружной поверхности голени и стопы, небольшая гипѣстезія въ области поясницы въ IV—V позвонка корешкового типа. Эти позвонки при давленіи болѣзненны. Степень гипѣстезіи значительно меньше чѣмъ раньше.

Лѣченіе. Назначено, кромѣ рапныхъ ваннъ, подвѣшиваніе. Послѣ 10 подвѣшиваній припелъ съ правостороннимъ сколіозомъ, который черезъ 3 дня снова перешелъ въ лѣвосторонній. Принялъ всего 6 натуральныхъ и 6 разводныхъ грязевыхъ и 24 рапныхъ ваннъ.

Исходъ. Stat. по окончаніи лѣченія: болѣзненность при давленіи правыхъ n. ischiadicus, cruralis, obturatorius и лѣваго n. ischiadicus въ области ягодицъ. Онѣмѣніе и объективно отмѣчаемая гипѣстезія по наружной поверхности стопы. Стоить гораздо прямѣе.

Улучшеніе послѣ Саки почувствовалъ черезъ мѣсяць послѣ лѣченія и продолжалось оно около 3-хъ мѣсяцевъ. Съ октября 1910 года, никакихъ болей нѣтъ. Весною 1911 года безъ видимыхъ причинъ небольшое обостреніе. Лѣтомъ 1911 года пріѣхалъ въ Саки.

Stat. praes. 19/vii 1911 г. Внутренніе органы въ порядкѣ.

Нервная система. Незначительныя боли у наружной ладыжки правой ноги, въ этомъ мѣстѣ давленіе на n. ischiadicus вызываетъ боли. Признакъ Lasègue положительный.

Объективно отмѣчается гипестезія съ уровня IV—V поясничныхъ позвонковъ, легкой по наружной поверхности бедра и голени (Рис. 7). Колѣнные рефлексы равномерны. Сколиоза

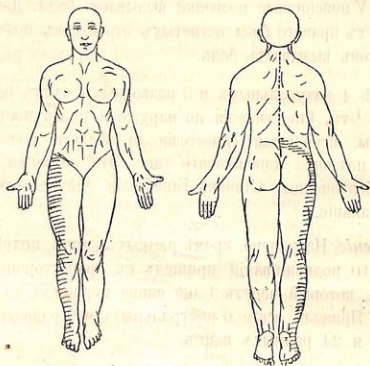


Рис. 7.

нѣтъ. Тазовые органы въ порядкѣ. *Позвоночникъ* при давленіи безболѣзненъ.

Лѣченіе. Принялъ 9 грунтовыхъ и 1 разводную грязевую и 10 рапныхъ ваннъ.

Исходъ. Гипестезія только на голени и нижней $\frac{1}{3}$ бедра, гораздо слабѣе выраженная; болей нѣтъ.

Случай V. Шу—въ. 38 лѣтъ, швейцаръ (Истор. бол. 21 1910 г.). Боленъ съ 1909 года. Появились боли въ поясницѣ, постепенно спускавшіяся внизъ, сначала по задней поверхности лѣвой ноги, потомъ и правой; боли усилились до того, что въ июлѣ принужденъ былъ лечь въ больницу, гдѣ пролежалъ 2 мѣсяца. За время пребыванія въ больницѣ боли стали меньше, а съ сентября до отъѣзда въ Саки боли оставались безъ перемѣнъ.

Stat. praes. $\frac{14}{V}$ 1910 года. Внутренніе органы N.

Нервная система Боли по тракту обоихъ сѣдалищныхъ нервовъ; боли усиливаются при ходьбѣ, кашлѣ, чиханіи. Давленіе на сѣдалищный нервъ лѣвой ноги по всему его тракту вызываетъ боль. Кромѣ того болѣзненны n. n. cruralis и obturatoriusii и немного правый сѣдалищный нервъ. Чувствительность болевая и тактильная понижены по наружной поверхности бедра, голени и стопы. (Рис. 8). Признакъ

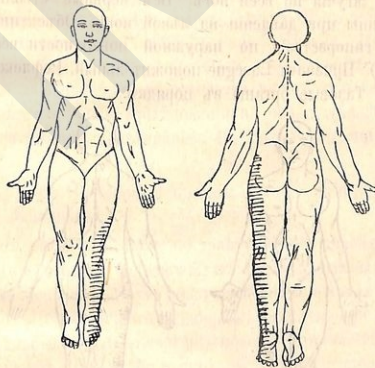


Рис. 8.

Lasègue положительный. Рефлексы—колѣнные равномерны, ахилловыя—лѣвый вялый, правый живой. Тазовые органы въ порядкѣ. *Позвоночникъ* при давленіи безболѣзненъ.

Лѣченіе. Принялъ 4 натуральныхъ и 8 разводныхъ грязевыхъ и 9 рапныхъ ваннъ.

Исходъ. Боли въ правой ногѣ совершенно прошли; въ лѣвой стали значительно меньше.

Случай VI. Бэ—ръ Му—а, 37 лѣтъ. Боленъ 8 лѣтъ, боли въ груди, спинѣ, а потомъ въ ногахъ. Былъ въ Сакахъ въ 1909 году съ жалобами на боли и парестезіи въ нижнихъ конечностяхъ. Послѣ лѣченія, черезъ 2—3 мѣсяца, всѣ субъективныя ощущенія прошли. Съ весны 1910 года появились рвущія стрѣляющія боли въ лѣвой ногѣ, изъ которыхъ онъ вторично пріѣхалъ въ Саки.

Stat. praes. 27/vii 1910 года. Боли въ лѣвой ногѣ острыя, жгучія по всей ногѣ. Всѣ нервные стволы крайне болѣзненны при давленіи на лѣвой ногѣ. Объективно отмѣчается гиперестезія по наружной поверхности всей ноги. (Рис. 9). Признакъ Lasègue положительный. Рефлексы равномерно. Тазовые органы въ порядкѣ.

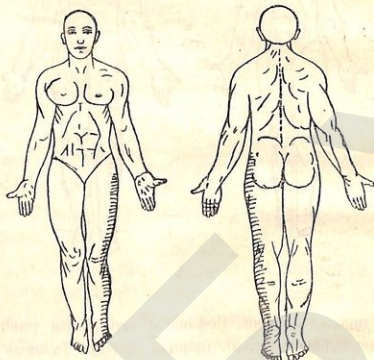


Рис. 9.

Лѣченіе. Принялъ 3 натуральныхъ, 4 разводныхъ грязевыхъ и 10 рапныхъ ваннъ.

Исходъ. Гиперестезія по прежнему, не такъ рѣзко выражена. Боли стали значительно меньше.

Случай VII. Ор—овъ. Студентъ 24 лѣтъ, пріѣхалъ въ Саки 5/vii 1910 года, жалуясь на боли въ поясницѣ и по тракту обоихъ сѣдалищныхъ нервовъ. Urethritis, lues отрицаетъ. Въ ноябрѣ 1909 года на охотѣ провелъ ночь въ болотѣ; со слѣдующаго утра появились боли въ правой ногѣ, вскорѣ перешедшія и на лѣвую: боли локализовались въ крестецъ, задней поверхности обѣихъ ногъ и въ подошвахъ. На седьмой день послѣ простуды вслѣдствіи сильныхъ болей принужденъ былъ лечь въ больницу, гдѣ пролежалъ 3 мѣсяца, не будучи въ состояніи ходить. Затѣмъ сталъ понемногу ходить, но больницу не покидалъ еще 2 мѣсяца. Ноги, по его словамъ, сильно похудѣли, были вѣсду крайне болѣзненны при давленіи, но разстройства чувствительности въ смыслѣ анестезій при изслѣдованіи не обнаруживали. Лѣчили: электризація, растиранія. Къ 15 марту похуданіе прошло.

Stat. praes. Внутренние органы: Акцентъ и шумъ на II тонѣ art. pulmonalis.

Нервная система. Боли по тракту обоихъ сѣдалищныхъ нервовъ. При давленіи болѣзненны всѣ нервные стволы обѣихъ нижнихъ конечностей. Объективно отмѣчается болевая гиперестезія съ II—III поясничнаго позвонка въ видѣ ленты по наружной поверхности бедра и по передней поверхности голени обѣихъ ногъ. (Рис. 10). Похуданія мышцъ нѣтъ. Объективно ослабления силы мышцъ не отмѣчается, хотя самъ больной говоритъ, что ноги его ослабѣли. Колѣнные и ахилловыя рефлексы равномерно живые. При давленіи болѣзненъ крестецъ. *Позвоночникъ* безболѣзненъ. Признакъ Lasègue положительный на обѣихъ ногахъ.

Лѣченіе. Принялъ 9 грунтовыхъ и 3 разводныхъ грязевыхъ и 14 рапныхъ ваннъ. Обостреніе болей послѣ каждой ванны до вечера того же дня.

Исходъ При отъѣздѣ больного 9/viii отмѣчено въ лѣвой ногѣ никакихъ болей нѣтъ, въ правой небольшая боль въ

икрѣ; при давленіи болѣзненн. *p. ischiadicus sin.*, въ бедрѣ, *p. ischiadicus dext.* въ бедрѣ и подѣ колѣннмъ; остальные нервы безболѣзненны: гиперестезія нѣтъ.

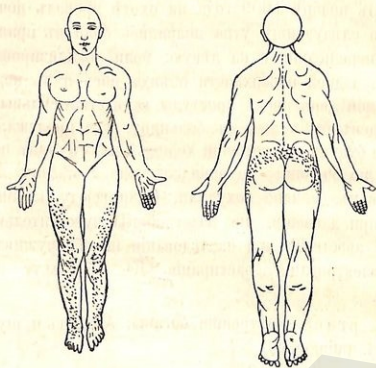


Рис 10.

Случай VIII. Тер — въ, 33 лѣтъ, пріѣхалъ въ Саки лѣтомъ 1909 г. жалуясь на боли по задней поверхности обѣихъ ногъ. Urethritis, lues отрицаетъ. 2 года т. н. безъ видимой причины появилась боль въ правой ногѣ, боль постепенно все усиливалась и съ годъ какъ перешла и на лѣвую ногу.

Stat. praes. ⁸/_{VI} 910. Внутренніе органы N.

Нервная система. Боли по тракту обѣихъ сѣдалищныхъ нервовъ. При давленіи болѣзненн. *p. p. ischiadus, obturatorius, cruralis* на обѣихъ ногахъ.

Давленіе сбоку поясничныхъ позвонковъ вызываетъ боли. Признакъ Lasègue положительный. Объективно при изслѣдованіи чувствительности обнаруживается гипестезія болевой и тактильной чувствительности по наружной поверхности всей правой ноги. Объемъ: бедро правое 40 см., лѣвое 42 см.,

голень—правая 33 см., лѣвая—35 см. (Рис 11). Рефлексы колѣнные и ахилловые равнобѣрно живые. Тазовые органы въ порядкѣ. Зрачки—равнобѣрны, реакція живая.

Позвоночникъ при давленіи безболѣзненъ.

Льченіе. Принялъ 10 грунтовыхъ и 2 разводныхъ грязевыхъ и 8 рапныхъ ваннъ.

Исходъ. Боли стали значительно меньше, объективно чувствительность по прежнему.

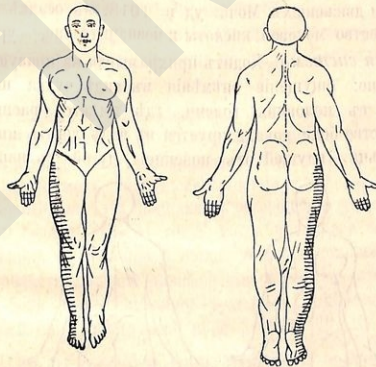


Рис 11.

Случай IX. Р — инѣ. (Истор. бол. № 279. 1909 г.) 38 лѣтъ, желѣзнодорожный кондукторъ. Lues 12 л. т. назадъ. Боленъ лѣтъ 7; появилась боль въ лѣвой ногѣ съ внутренней стороны голени, въ мѣстѣ гдѣ имѣется расширеніе венъ; боль была непостоянная, появлялась приступами. Въ то же время болѣли попеременно все суставы. Черезъ 3 года присоединилась боль въ правой ногѣ, съ чувствомъ подзання мурашекъ; эта боль локализовалась по наружной поверхности голени съ того мѣста гдѣ имѣется расширеніе венъ внизъ

до мыщелка и вверх до пояницы. Эта боль в правой ноге остается до сих пор; зимой она значительно усиливается, летом уменьшается. Боль усиливается при чихании, сморкании, кашле, при отхождении газов.

Stat. praes. 14/v 909 г. Внутренние органы. Легкая obesitas. Имется расширение вен на обоих голених, болѣзненных, при давлении; на правой ноге расширение вен находится с наружной стороны по серединѣ голени. Размеры сердца не увеличены, тоны чисты. Суставы не изменены, хрустят при движениях. Моча: уд. в. 1018; в осадкѣ обильное количество мочевой кислоты и незначительное — уратов.

Нервная система. Ходит прихрамывая на правую ногу. Субъективно: ощущение онѣмѣнія в видѣ чулка на правой ноге с половины голени, гдѣ имется расширение вен. Чувство боли локализуется в видѣ ленты шириною в 3 пальца, идущей от пояницы дугой къ наружной

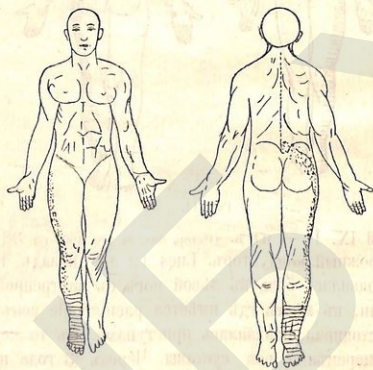


Рис. 12.

поверхности бедра и голени до мѣста расширения вен (Рис. 12). Переходящая боли, то в одномъ, то в другомъ

суставѣ. Объективно разстройство чувствительности не отмѣчается. N. ischiadicus dexter болѣзненъ при давлении у мѣста выхода изъ таза и подъ коленнымъ. Коленные и ахилловыя рефлексы равномѣрны. Тазовые органы в порядкѣ.

Лечение. Принялъ 7 грунтовыхъ и 2 разводныхъ грязевыхъ и 11 раннихъ ваннъ.

Исходъ. Боли в видѣ ленты совершенно прошли. Боли около расширеній вен по прежнему.

Случай X. Ло — нѣ. 44 лѣтъ, прибылъ в Саки в 1909 году, жалуясь на боли по задней поверхности обоихъ ногъ.

Анамнезъ. Пилъ немного. Lues, уретритъ отрицаетъ. Когда больному было 15 лѣтъ его переѣхала пустая телѣга по пояницѣ, послѣдовательныхъ параличей не было, черезъ 2 недѣли могъ ходить совершенно свободно; но боль в пояницѣ изрѣдка появлялась и особенно усилилась къ 25 и 30 годамъ. Къ 41 году, когда появилась боль в ногѣ, пояница совершенно прошла, в это время появились боли в области праваго тазобедреннаго сустава сзади; съ годъ эти боли все усиливались и потомъ спустились внизъ по задней поверхности всей ноги.

Stat. praes. 13/vi 1909. Внутренние органы N.

Нервная система. Боли по тракту праваго сѣдалищнаго нерва, весь стволъ при давлении болѣзненъ. Признакъ Lasègue положительный. Чувствительность разстроена: объективно отмѣчается болевая и тактильная гипестезія по всей ногѣ, начиная съ уровня 10—11 грудного позвонка; на фонѣ болевой гипестезіи рѣзкая болевая анестезія съ I—II поясничнаго позвонка внизъ по задней и наружной поверхности бедра, наружной, задней и задне—наружной поверхностямъ голени. На мѣстѣ анестезіи больной совершенно не различаетъ разницу в 2°, а разницу до 6° не такъ рѣзко раз-

личает как на здоровой ногѣ (Рис. 13). Похуданія мышц нѣтъ. Колѣнные рефлексы равномерно повышены, также какъ

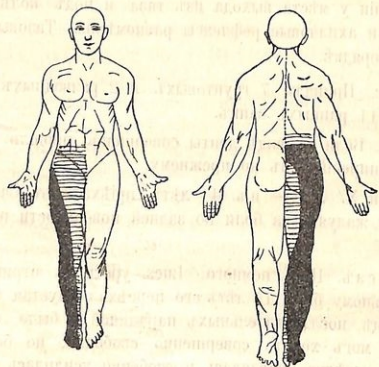


Рис. 13.

и ахилловые. Тазовые органы въ порядкѣ. Зрачки равномерны, реакція на свѣтъ живая. *Позвоночникъ*: давленіе на поясничные позвонки болѣзненно.

Лѣченіе. Принялъ 10 грунтовыхъ и 2 разводныхъ грязевыхъ и 9 рапныхъ ваннъ.

Исходъ. Боли и болѣзненность при давленіи нервныхъ стволовъ и поясничныхъ позвонковъ меньше. Чувствительность объективно возстановилась, болевой анестезіи нѣтъ, по всей ногѣ неглубокая болевая гипѣстезія, гораздо слабѣе выраженнѣе, чѣмъ при прѣздѣ, отъ тактильной гипѣстезіи остались лишь отдѣльные островки. (Рис. 14).

Рѣзкое улучшеніе послѣдовало черезъ 3 недѣли послѣ Саки и продолжалось до Рождества. Съ Рождества по мартъ 1910 года былъ совершенно здоровъ. Съ марта, безъ видимой для больного причины, вскорѣ появились боли въ пра-

вой ногѣ, вскорѣ передшедшія въ лѣвую и больной снова прѣбхалъ въ Саки.

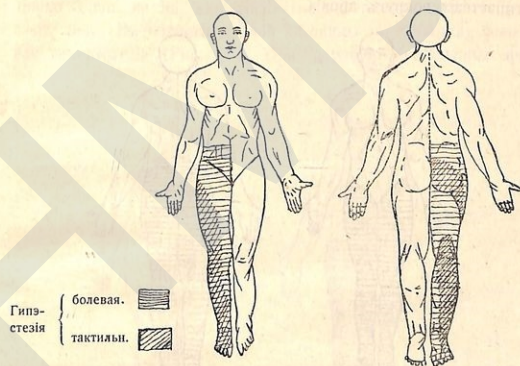


Рис. 14.

Stat. praes. Внутренніе органы N.

Нервная система. Боли по задней поверхности обѣихъ ногъ. На лѣвой ногѣ при давленіи болѣзненны п. п. ischiadicus и sigitalis, на правой ногѣ нервы безболѣзненны. Субъективно, кромѣ болей имѣется чувство онемѣнія въ правой ногѣ.

Объективно отмѣчается болевая и тактильная гипѣстезія на обѣихъ ногахъ, начиная съ уровня I—II поясничныхъ позвонковъ, симметрично внизъ по всей ногѣ. (Рис. 15). Признакъ Lasègue положительный на обѣихъ ногахъ. Колѣнные и ахилловые рефлексы равномерно повышены. Тазовые органы въ порядкѣ. *Позвоночникъ* безболѣзненъ.

Лѣченіе. Принялъ 10 грунтовыхъ и 1 разводную грязевыхъ и 10 рапныхъ ваннъ.

Исходь. При отъѣздѣ болѣй никакихъ нѣтъ, нервные стволы безболѣзненны, чувствительность: имѣется небольшая гипѣстезія вокругъ anus'a.

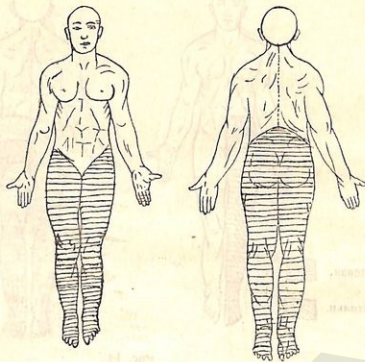


Рис. 15.

Случай XI. Е — въ 52 лѣтъ, швейцаръ. 5 лѣтъ т. н. послѣ простуды появилась боль въ лѣвой ногѣ и продолжалась около 4-хъ мѣсяцевъ. Потомъ былъ здоровъ, бывали лишь незначительныя боли при переменѣхъ погоды. Въ ноябрѣ 1909 года снова рѣзкая простуда, послѣ которой появилась боль въ поясницѣ, спустившаяся внизъ по задней поверхности обѣихъ ногъ, главнымъ образомъ, лѣвой.

Stat. praes. 27/уп 910. Внутренніе органы: сердце увеличено влѣво, I тонъ у верхушки нечистый.

Нервная система. Боли въ поясницѣ и по наружной поверхности обѣихъ голени, гл. обр. лѣвой. Боли носятъ ноющій и стрѣляющій сверху внизъ характеръ; чувство онѣмѣнія въ ступнѣ. Объективно отмѣчается: гипѣстезія болевая и тактильная по всей лѣвой ногѣ, гораздо рѣче

выраженная по наружной поверхности конечности и небольшое пятно гипѣстезіи на правой сторонѣ величиною около 5 см. на lin. axillaris dext. на 2 пальца выше crista ossis ilei. Въ области правой ягодицы отмѣчается болевая гиперѣстезія (Рис. 16). При давленіи болѣзненныя на

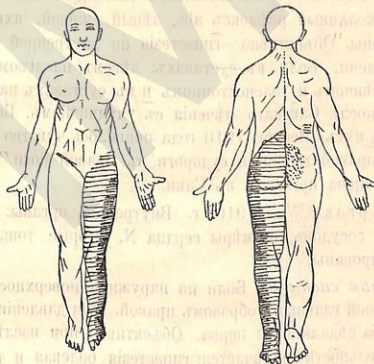


Рис. 16.

лѣвой ногѣ n. n. cruralis, cutaneus femoris externus, obturatorius, ischiadicus, peroneus, dorsalis pedis, на правой — n. ischiadicus въ области бедра, подъ коленнымъ и на голени. Признакъ Lasègue положительный на обѣихъ ногахъ. Колѣнные рефлексы: правый живой, лѣвый очень живой, ахилловыя — равномерны. Бабинскій, клонусы не вызываются. Тазовые органы — въ порядкѣ. Зрачки равномерны, реакціи на свѣтъ — живая. *Позвоночникъ* при давленіи безболѣзненъ.

Лѣченіе. Принялъ 10 грунтовыхъ и 2 разводныхъ грязевыхъ и 9 рапныхъ ваннъ.

Исходь. Уѣхалъ безъ улучшенія.

Случай XII Пу — кий. 40 лѣтъ (Истор. бол. 1911 г. № 8). Болея 7 лѣтъ. Постепенно развились боли въ поясницѣ, потомъ въ ногахъ; боли въ ногахъ иногда рѣзко усиливались. Лѣтомъ 1909 года рѣзкое ухудшеніе: Видѣлъ больного консультативно и тогда мною отмѣчено: похуданіе мышцъ бедра, ослабленіе силы сгибателей тазобедреннаго сустава. Правый коленный рефлексъ abs, лѣвый — живой, ахилловыя равномѣрны. Объективно — гипѣстезія по внутренней поверхности голени. Боли въ суставахъ: лѣвомъ плечевомъ, правомъ коленномъ и голеностопномъ и въ суставахъ пальцевъ. Убѣхалъ послѣ Сакскаго лѣченія съ улучшеніемъ. Болей въ поясницѣ нѣтъ. Весною 1910 года появилось чувство онѣмбнія въ правой голени и судороги въ правой ноги. Лѣтомъ 1910 г. снова прѣѣхалъ въ Саки.

Stat. pras. 28/VI 1910 г. Внутренніе органы: рѣзкій склерозъ сосудовъ, размѣры сердца N, вторые тоны рѣзко акцентированы.

Нервная система. Боли по наружной поверхности обѣихъ голени главнымъ образомъ правой. При давленіи болѣзненные оба сѣдалищные нерва. Объективно при изслѣдованіи чувствительности отмѣчается: гипѣстезія болевая и тактильная на правой ногѣ, начиная съ уровня II и III поясничнаго позвонка лентой по задней поверхности бедра и задне-наружной голени и кромѣ того гипѣстезія по наружной поверхности голени и гиперѣстезія въ области ягодицы лѣвой ноги. (Рис. 17). Атрофій, похуданія и ослабленія силы мышцъ нѣтъ. Коленные рефлексы правый abs, лѣвый живой; ахилловыя рефлексы равномѣрны. Признакъ Lasègue положительный на обѣихъ ногахъ. Тазовые органы въ порядкѣ. Зрачки на свѣтъ реагируютъ живо. *Позвоночникъ* безболѣзненъ при давленіи.

Лѣченіе. Принялъ 7 грунтовыхъ и 3 разводныхъ грязевыя и 10 раннихъ ваннъ.

Исходъ. Боли стали значительно меньше, гипѣстезія по прежнему.

Улучшеніе продолжалось еще и послѣ лѣченія въ Сакахъ, такъ что къ октябрю сталъ себя чувствовать совершенно здоровымъ, болей никакихъ не было. На Рождествѣ промокъ

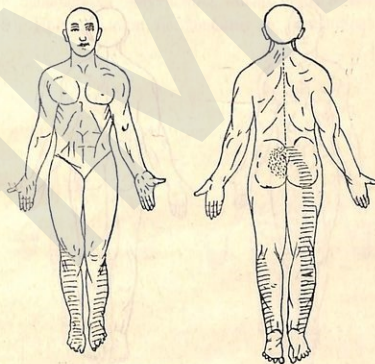


Рис. 17.

подъ дождемъ, послѣ чего появились небольшія боли въ суставахъ лѣвой ноги. Въ правой никакихъ болей не было и нѣтъ до сихъ поръ. Лѣтомъ 1911 г. въ третій разъ прѣѣзжаетъ въ Саки.

Stat. praes. 14/V 1911 г. Внутренніе органы: непостоянныя боли въ суставахъ; сосудистая система какъ прежде. *Нервная система.* Чувство онѣмбнія по передней поверхности правой голени. Объективно отмѣчается гипѣстезія болевая и тактильная по передней поверхности голени въ ея верхней 1/3 и очень незначительный островокъ такой же гипѣстезіи въ области тазобедреннаго сустава правой ноги. (Рис. 18). Болей въ правой ногѣ нѣтъ. При давленіи очень незначительная болѣзненность праваго сѣдалищнаго нерва у мѣста выхода изъ таза и подъ коленнымъ. Остальные нервы безболѣзненны при давленіи. Признакъ Lasègue положитель-

ный, очень нервно выражен. Рефлексы коленные равномерны. Тазовые органы в порядке. *Позвоночник* при давлении безболезнен.

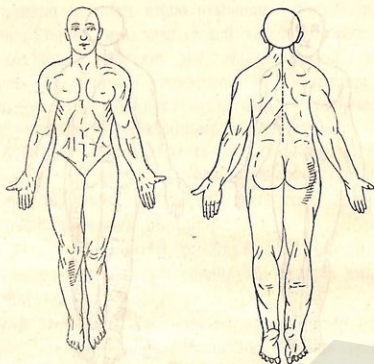


Рис. 18.

Лечение. Принял 5 грунтовых и 7 разводящих грязевых и 9 рапных ванн.

Исход. Объективно расстройства чувствительности как при приезде, также как и чувство онемения. Боли в суставах меньше.

Случай XIII. Ба — ла, 38 лет, земледelec. Приехал в Саки с жалобой на боли в обеих ногах. 2 года т. н. после простуды (проспал на сырой земле) появились боли в пояснице и по задней поверхности обеих ног. Боли постепенно все усиливались.

Stat. praes. 3/III 1910 г. Внутренние органы N.

Нервная система. Боли в икрах и по наружной поверхности голени, постоянные рвущие сверху вниз.

Объективно отмечается гипестезия болевой и тактильной чувствительности симметрично на обеих ногах, начиная с уровня I—II поясничного сегмента вниз по всей ноге, оставляя свободными внутреннюю поверхность обеих бедер (Рис. 19). При давлении болезненны n. ischiadicus sin, оба

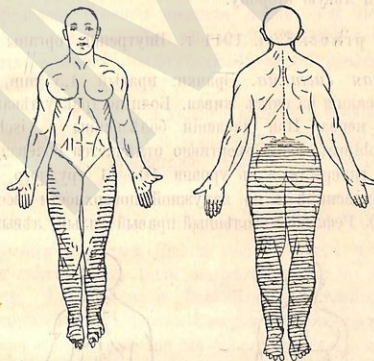


Рис. 19.

n. cruralis и obturatorius dext. Признаки Lasègue положительный на обеих ногах. Рефлексы коленные и ахилловые равномерны, живые; тазовые органы в порядке. *Позвоночник* при давлении безболезнен.

Лечение: принял 8 грунтовых и 4 разводящих грязевых и 9 рапных ванн.

Исход. Боли стали меньше; объективно чувствительность in statu quo ante.

Случай XIV. Он — в (Истор. бол. 1912 г. № 99). 28 лет, матрос. Приехал в Саки с жалобой на боли в левой ноге.

Анамнез. Lues, уретрит отрицает. 2 года т. н. появилась ноющая боль под левым коленным после ходьбы и в берцовой кости по ночам. Боли все время находились в одном положении. С мая 1911 г. боли поднялись вверх в область левой ягодицы и в тоже время большого переосило в левую сторону.

Stat. praes. 20/VI. 1911 г. Внутренние органы N.

Нервная система. Зрачки: правый 4,5 mm, левый 4 mm., реакция на свет живая. Боли по тракту левого сфалищного нерва. При давлении болезненны n. ischiadicus, cruralis, obturatorius. Объективно отмечается болевая и тактильная гиперестезия с уровня 10—11 грудного позвонков по пояснице и по наружной поверхности всей ноги. (Рис. 20). Рефлексы: коленный правый вялый, левый очень

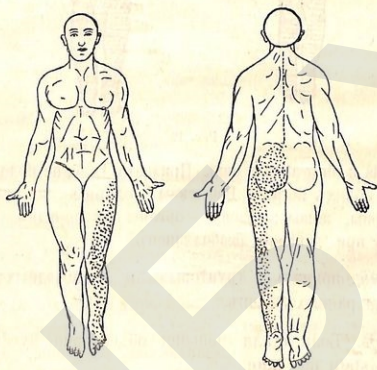


Рис. 20.

вялый, ахилловы живые равномерны. Резкий левосторонний (гомологичный) сколиоз. Признак Lasègue положительный.

Тазовые органы—в порядке. *Позвоночник* при давлении безболезнен.

Лечение. Принял 12 грунтовых и 4 раздных грязевых и 9 рапных ванн; принимал КJ.

Исход. Давление на нервы более не вызывают после 6-й грязевой; сколиоз прошел после 11-й. Несмотря на улучшение субъективных ощущений и полной безболезненности нервных стволов, при отъезде объективно чувствительность осталась без перемен.

Дома чувствовал себя хорошо, в ноябре ухудшение: резкие боли в левой ноге, все усиливались. Лечился с декабря мѣсяца: мушки, прижигание, электризация, от чего боли несколько стихли.

Stat. praes. 11/VI 1912 г. Внутренние органы N.

Нервная система. Зрачки прав. 4,5, лев. 3 mm., реакция на свет живая. Боли в левой голени и в области ягодицы. Давление на n. ischiadicus в области ягодицы вызывает боли. Признак Lasègue положительный. Очень нервная гиперестезия той же топографии как и в прошлом году. Коленные и ахилловые рефлексы равномерно живые. Очень незначительный левосторонний сколиоз.

Лечение. Принял 9 грунтовых и 5 раздных грязевых и 11 рапных ванн.

Исход. Боли стали значительно меньше. Чувствительность без перемен.

Случай XV. Ро — к. о. (Истор. бол. 1912 г. № 144) 46 лет, хлѣбопашец. Lues отрицает, у жены выкидышей не было. Первый приступ боли в правой ноге в 1885 г. В 86 и 87 годах был в Саках¹⁾, где поправился и был здоров до 1911 г. В февраль 1911 года после простуды заболѣла правая и левая нога по наружной поверхности;

¹⁾ История болезни за эти года я не мог найти.

боль постепенно все увеличивалась, принимала характер стреляющей сверху вниз. При кашле, чиханье боль усиливалась.

Stat. praes. ^{s/vi} 1912 года. Внутренние органы N. Имбется большой перистить на правой tibia и меньшей на левой clavicula.

Нервная система. Боли по наружной поверхности всей правой ноги и очень незначительная под коленом левой. Боли стреляющего характера. Все нервные стволы на правой ноге болзанны при давлении; на левой ноге давление на нервные стволы боли не вызывает.

При объективном изследовании чувствительности отмечается гиперестезия болевой и тактильной чувствительности на правой ноге, в виде ленты шириною с ладонь, начинающейся сверху с области промежности и идущей вниз

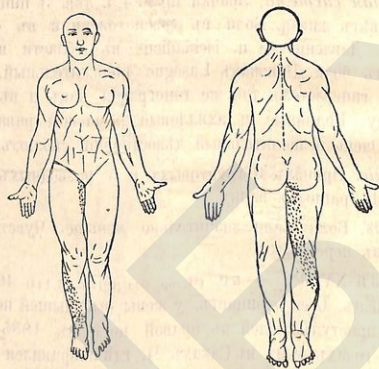


Рис 21.

по внутренней поверхности бедра, потом переходящей на заднюю поверхность в области колена и огибающей сии-

ральной лентой голень и оканчивающейся у наружного мыщелка. На левой ноге разстройство чувствительности нет. (Рис. 21). Сила мышц достаточная, нигде похудания не заметно. Коленные и ахилловые рефлексы равномерно живые. Тазовые органы в порядке. *Позвоночник* при давлении безболзнен.

Лечение. Принял 11 грунтовых и 1 разводную грязевую и 9 рапных ванн, принимал kali iodati по 2,0 в день и сдлано 6 инъекций 10% раствора hydrarg. salicylicylici.

Исходь. Ходит свободнѣе. Болей нет, гиперестезия меньше резко выражена.

Случай XVI. Кос — ий 34 лѣтъ.

Анамнезъ. Lues 11 лѣтъ т. н., лечился втираніями, впрыскиваниями и йодистым калием; последнее ртутное лечение продолжал 2 года т. н. После Рождества принимал Sajodin.

4 года т. н. простудился после чего появилась боль в левой ноге, боль появилась сразу, острый период, в продолжении которого больной должен был лежать, продолжался около 2-х недель, потом боль постепенно совершенно прошла. В Августѣ 1910 года появилась боль в пояснице, постепенно спускавшаяся вниз по левой ноге; боль постепенно усиливалась и в октябрь больной принужден был слечь и пролежать 1 1/2 мѣсяца. Лечился: мушки, массажъ, электризація, ванны, впрыскивание ас. carbolic. Боли стали меньше.

Stat. praes. ^{s/vi} 1911 г. Внутренние органы N.

Нервная система. Боли в левой ноге по задней поверхности, приступами при дурной погоде. Кашель, чихание усиливают боль. Объективно отмечается болевая и тактильная гипестезія, начиная с I—III поясничных позвонков

по наружной поверхности всей ноги (Рис. 22). Давление на нервные стволы боли не вызывает. Признак Lasègue положительный. Похудания мышц и ослабления их силы не

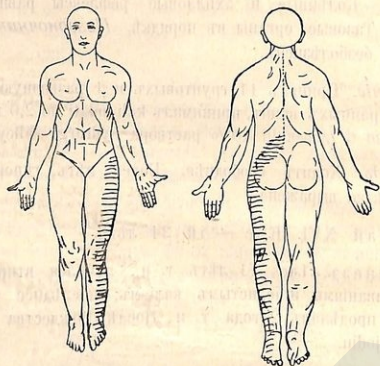


Рис. 22.

отмѣчается. Колѣнные и ахилловые рефлексы вызываются въ предѣлахъ нормы. Тазовые органы въ порядкѣ. *Позвоночникъ* при давленіи безболѣзненъ.

Личеніе. Принялъ 7 грунтовыхъ и 4 разводныхъ грязевыхъ и 8 рапныхъ ваннъ.

Исходъ. Болей нѣтъ. Объективно гипестезія по прежнему.

Случай XVII. Пох — ЛО. (Истор. бол. 1911 г. № 227). 36 лѣтъ, хлѣбопашецъ.

Анамнезъ. У жены 10 беременностей, послѣдняя кончилась выкидышемъ на 2-мъ мѣсяцѣ; изъ дѣтей 1 † 18 лѣтъ отъ случайной причины, 2 † въ раннемъ дѣтствѣ отъ „родимчика“. Мать больного умерла отъ туберкулеза легкихъ. Lues отрицаетъ.

Боли въ правой ногѣ лѣтъ 20, приступами раза 2 въ годъ, весною и передъ Рождествомъ. 2 раза лежалъ въ больницѣ, лѣчились ваннами и пилъ какую то микетуру (На J.?). Послѣдніе 4 года болѣе не было.

Рѣзкое обострѣніе ³/vi 911 года:—²⁹/v переночевалъ въ полѣ и застудилъ ногу; ³/vi появились рѣзкія боли въ поясици, быстро спустившіяся внизъ по всей ногѣ по ея задней поверхности. Боли носятъ ломящій характеръ, „крутить“, больше по вечерамъ; утромъ чувствуетъ себя сносно.

Stat. praes. ²⁸/vi 1911 г. Внутренние органы—глухіе тоны сердца. Моча—уд. вѣсъ 1033, небольшое количество солей.

Нервная система. Ходитъ больной съ трудомъ, прихрамываетъ на правую ногу. Боли по задней поверхности правой ноги. Давленіе на всѣ нервные стволы правой ноги вызываетъ рѣзкія боли, движенія ногой также вызываютъ боли. Об-

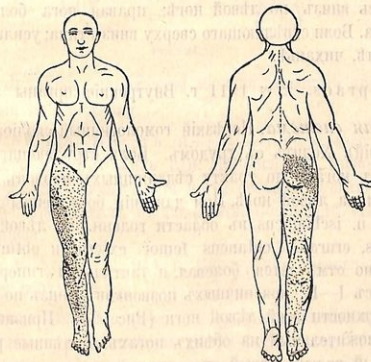


Рис. 23.

ективно отмѣчается гиперестезія по всей ногѣ, рѣзче выраженная по наружной ея поверхности и у поясици (Рис. 23).

Температуру ощущает на правой ноге холоднее чем на левой. Рефлексы: коленный правый вялый, левый живой, ахилловы—равномерно живые. Признак Lasègue положительный, очень резко выражен. Резкая дряблость мышц гл. обр. приводящих и сгибающих колено. Тазовые органы в порядке. *Позвоночник*: болезненность при давлении IV поясничного позвонка.

Лечение: Больной принял 4 рапных ванн, от которых улучшение не получил и больше на ванны не приходил.

Случай XVIII. Ги — н.б. (Истор. бол. 1911 г. № 218). 53 летъ.

Анамнезъ. Urethritis, lues отрицаетъ. У жены 1 выкидышъ; 12 чел. дѣтей, 5 умерло въ раннемъ дѣтствѣ.

Ноги болятъ года 2. Боли появились въ поясницѣ и спустились внизъ по левой ноге; правая нога болитъ не больше года. Боли стрѣляющаго сверху внизъ типа; усиливаются при кашлѣ, чиханьѣ.

Stat. praes. 22/vi 1911 г. Внутренніе органы N.

Нервная система. Нервный гомотогичный сколиозъ (лѣвосторонний). Ходитъ съ трудомъ. Боли стрѣляющаго типа въ обѣихъ ногахъ по тракту сѣдалищныхъ нервовъ, резко выражены на левой ноге. При давлении болезненны на правой ноге п. ischiadicus въ области колени, на левой—п. p. ischiadicus, cruralis, cutaneus femor. extern и obturatorius. Объективно отмѣчается болезная и тактильная гиперестезія, начинающаяся I—IV поясничныхъ позвонковъ внизъ по наружной поверхности всей левой ноги (Рис. 24). Признакъ Lasègue положительный на обѣихъ ногахъ. Коленные рефлексы: правый вялый, левый очень вялый; ахилловы равномерно живые. Тазовые органы в порядке. Давление крестца и II—V поясничныхъ позвонковъ вызываетъ резкія боли. Зрачки равномерны, на свѣтѣ реагируютъ живо.

Лечение. Принялъ 5 грунтовыхъ и 7 разводныхъ грязевыхъ и 2 (недокончилъ леченія) рапныхъ ванны.

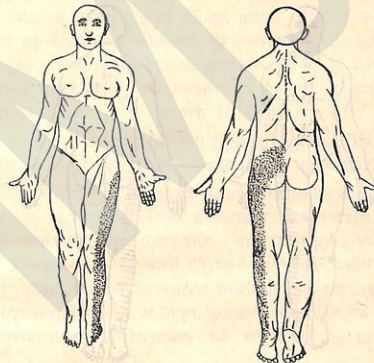


Рис. 24.

Исходъ. Боли значительно меньше, держится прямбе, гиперестезія по прежнему.

Случай XIX. Ив—вѣ (Истор. болѣзни 1911 г. № 49). 49 лѣтъ, машинистъ. Lues 30 лѣтъ т. н. Лѣчился въ теченіи 4-хъ лѣтъ. Годъ какъ болятъ обѣ ноги, особенно лѣвая. Въ январѣ больной лежалъ въ больницѣ по поводу лѣвосторонняго ишиаса.

Stat. praes. 15/v. 911 г. Внутренніе органы: нечистый I тонъ у верхушки.

Нервная система. Боли по задней поверхности обѣихъ ногъ, резко выражены въ левой ноге. Боли ноющего и стрѣляющаго характера, усиливаются при кашлѣ, чиханіи. Чувство онѣмѣнія въ левой икрѣ. Давление на п. p. ischiadicus, cruralis, obturatorius на левой ноге вызываетъ боль; на правой ноге болезненно давление сбоку поясничныхъ

позвонковъ. Объективно отмѣчается болевая и тактильная гипестезія по наружной поверхности всей лѣвой ноги (Рис. 25).

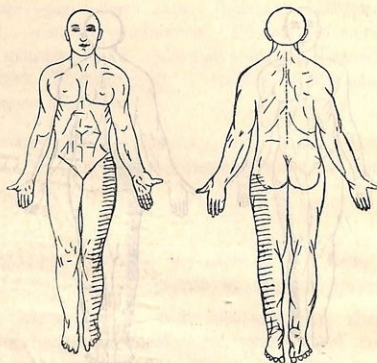


Рис. 25.

Признакъ Lasègue положительный, гораздо рѣзче выраженъ на лѣвой ногѣ. Колѣнные рефлексы живые, равномерные, также какъ и ахилловыя. Тазовые органы въ порядкѣ. Зрачки равномерны, реакція на свѣтъ живая. *Позвоночникъ* при давленіи безболѣзненъ.

Льченіе. Принялъ 6 грунтовыхъ и 6 разводныхъ грязевыхъ и 8 рапныхъ ваннъ.

Исходъ. Болей почти нѣтъ; область гипестезіи стала меньше обширной, только на голени.

Случай XX. Ко — ко (Истор. болѣзни 1912 г. № 282). 56 лѣтъ, земледѣлецъ. Приѣхалъ въ Саки въ 1910 году жаловаясь на боли въ обѣихъ ногахъ.

Анамнезъ. Urethritis, lues отрицаетъ. У жены было 17 беременностей: 1 мертворожденный, 1 (последн. беремен.) выкидышъ на 3-ьемъ мѣсяцѣ; 6 дѣтей умерло до году, 3 болѣе взрослые (7, 4 и 2 лѣтъ), 6 живы.

2 года т. н. появились боли въ поясницѣ безъ видимой для больного причины; боль эта постепенно спускалась внизъ по задней поверхности лѣвой ноги. Боль все усиливалась, но въ больницу больной не поступалъ. Весною 1910 году боль въ лѣвой ногѣ стала меньше, но за то появилась и въ правой ногѣ, боль эта появилась сразу по всей ногѣ. Кифосколиозъ развился въ мартѣ 1910 года.

Stat. praes. ⁸/vi. 910. Внутренніе органы отклоненія отъ нормы не представляютъ. Ходить съ двумя палками.

Нервная система. Боли по задней поверхности обѣихъ ногъ, больше въ правой; боль ломящаго характера, „крутить“, гл. образомъ въ поясницѣ, въ колѣнныхъ, въ икроножныхъ мышцахъ и во всей ступнѣ. Чувство онѣмѣнія въ стопахъ и пальцахъ. Объективно отмѣчается глубокая гипестезія симметрично на обѣихъ ногахъ начиная съ уровня II—III поясничныхъ позвонковъ по передней и наружной

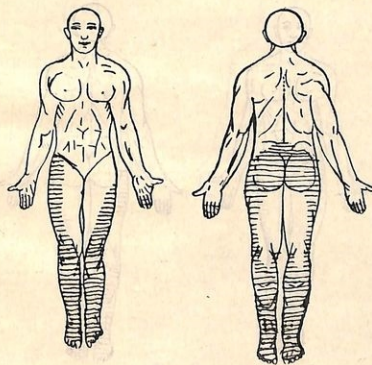


Рис. 26.

поверхности бедеръ и на голенихъ. (Рис. 26). Гипестезія занимаетъ всѣ виды чувствительности. При давленіи болѣз-

ненны оба сѣдалищные нерва, и правые *n. n. cruralis* и *cutaneus femoris externus*. Признакъ Lasègue рѣзко положительный на обѣихъ ногахъ. Больной стоитъ наклонившись впередъ, согнуть почти подъ прямымъ угломъ и наклонить влѣво; въ поясничной части *позвоночника* имѣется лѣвосторонній кифосколиозъ. Правая нога значительно худѣ лѣвой: объемъ бедра справа 44½ см., слѣва 46 см., голени—правой 34 см., лѣвой—35 см. Незначительное ослабленіе силы мышцъ сгибающихъ колѣно. Колѣнные и ахилловыя рефлексы живы. Тазовые органы въ порядкѣ. Зрачки равномерны, хорошо реагируютъ на свѣтъ.

Лѣчение. Принялъ 1 натуральную и 7 разводныхъ *) грязевыхъ и 11 рапшыхъ ваннъ.

Исходъ. Объективно гипѣстезія стала меньше, она исчезла на поясницѣ (Рис. 27); боли остались почти въ такой же степенн.

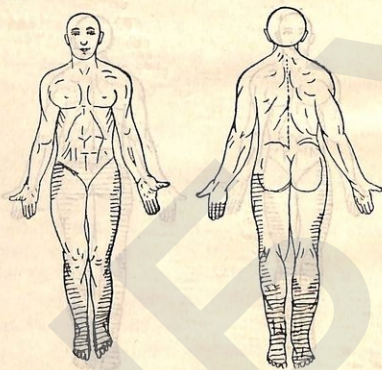


Рис. 27.

*) Вслѣдствіе рѣзко выраженнаго кифосколиоза больного нельзя было укладывать на площадкѣ, поднимались очень рѣзкія боли уже черезъ 2—4 минуты.

По прїѣздѣ домой черезъ мѣсяцъ сталъ чувствовать облегченіе болей, вмѣстѣ съ чѣмъ ходить сталъ прямѣе и черезъ 1½ мѣсяца совсѣмъ выпрямился. Всю зиму за врачебной помощью не обращался; оставалось изъ субъективныхъ ощущеній только чувство онѣмѣнія въ I и II пальцѣ лѣвой стопы и на тылѣ ея и незначительныя боли въ поясницѣ и по всей правой ногѣ и до колѣна лѣвой.

Въ 1911 г. снова прїѣхалъ въ Саки.

Stat. praes. 3/уи 1911 г. Внутренніе органы въ порядкѣ.

Нервная система. Больной ходитъ съ палкой, кифосколиоза нѣтъ, держится прямо. Очень незначительныя боли по задней поверхности всей правой ноги и начиная съ поясницы до колѣна лѣвой ноги. Объективно глубокая гипѣстезія всѣхъ видовъ чувствительности: болевой, тактильной и температурной (не различаетъ разницу въ 4—5°)

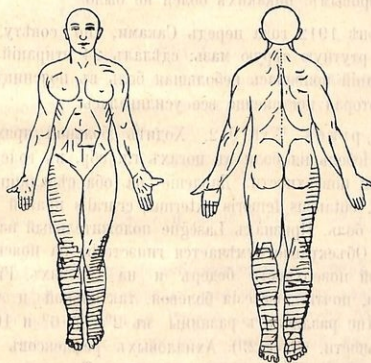


Рис. 28.

по наружной поверхности праваго бедра и на обѣихъ голениахъ. (Рис. 28). Давленіе на *n. n. cutaneus femoris externus*, obtu-

gatorius и cruralis обѣихъ ногъ и на правой сѣдалищной нервъ подѣ колѣнномъ вызываетъ боль. Ахилловыя рефлексы очень вялы, почти отсутствуютъ, колѣнные вялые. *Позвоночникъ*: давленіе въ поясничной части вызываетъ боль. Признакъ Lasègue положительный на обѣихъ ногахъ. Тазовыя органы въ порядкѣ.

Льченіе. Принялъ 7 грунтовыхъ и 4 разводныхъ грязевыхъ и 9 рапныхъ ваннъ, и кромѣ того дѣлалъ втираніе сѣрой мази: втеръ 30,0 unguentum cinereum с. resorbino.

Исходъ. При отбѣздѣ болѣе никакихъ нѣтъ; нервныя стволы при давленіи безболѣзненны. Гипѣстезія на лѣвой ногѣ спустилась до нижней $\frac{1}{3}$ голени.

Черезъ мѣсяць послѣ Сахъ снова рѣзкое улучшеніе; въ октябрѣ бросилъ ходить съ палкой. Всю зиму чувствовалъ себя здоровымъ, никакихъ болѣе не было.

Въ іюнѣ 1912 года передъ Саками, по совѣту, началъ втирать ртутную сѣрую мазь; сдѣлалъ 24 втираній. Сначала втираній появилась небольшая боль въ поясницѣ и ногахъ, которая постепенно все усиливалась.

Stat. praes. ²⁸/уп 912. Ходитъ больной прямо, безъ палки. Небольшія боли въ ногахъ гл. обр. въ голенихъ по наружной поверхности. Давленіе на оба сѣдалищные нерва, n. n. cutaneus femoris externus, cruralis правой ноги вызываетъ боль. Признакъ Lasègue положительный на обѣихъ ногахъ. Объективно отмѣчается гипѣстезія на поясницѣ, по наружной поверхности бедеръ и на голенихъ. Гипѣстезія глубокая, почти анестезія болевой, тактильной и температурной (не различаетъ разницы въ 2°, 3°, 6° и 10°) чувствительности. (Рис. 29). Ахилловыхъ рефлексовъ вызвать не удастся; колѣнные рефлексы вялые. Тазовыя органы въ порядкѣ. *Позвоночникъ* безболѣзненъ. Были сдѣланы Рентгеновскіе снимки XI и XII грудныхъ и поясничныхъ позвонковъ; измѣненій въ костяхъ на снимкахъ не отмѣчается.

Льченіе. Принялъ 8 грунтовыхъ и 4 разводныхъ ваннъ и 7 рапныхъ.

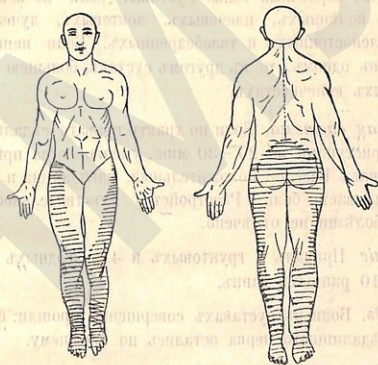


Рис. 29.

Исходъ. Боли стали меньше. Нервные стволы при давленіи безболѣзненны. Гипѣстезія стала менѣе глубокой, на поясницѣ почти не отмѣчается.

Случай XXI. Ша — инѣ. (Исторія болѣзни 1911 г. № 281). 40 лѣтъ машинистъ.

Анамнезъ. 5 лѣтъ т. н. ulcus molle; въ 1904 — 1908 г. ретритъ.

Въ 1904 году былъ на командировкѣ въ Сибирь, гдѣ послѣ простуды болѣла правая нога по тракту сѣдалищнаго нерва. По возвращеніи въ Россію въ 1906 году боли стали меньше. Весною 1908 году боли значительно ухудшились; въ іюль того года появилась опухоль всѣхъ суставовъ, боль въ ногѣ, пролежалъ въ постелѣ 14 дней. Лѣчился салициловымъ и йодистымъ натромъ. Боли стали лучше, но остались до сихъ поръ.

Stat. praes. 15/v 1909. Внутренние органы: легкая obesitas; глухие сердечные тоны. Суставы: боли во всех суставах: коленных, плечевых, локтевых, лучезапястных, голеностопных и тазобедренных. Боли непостоянные, то в одном, то в другом суставе, большею частью в правых конечностях.

Нервная система. Боли по тракту правого сѣдалищного нерва, приступами по 20—30 мин., уменьшаются при ходьбе. Признак Lasègue положительный; давление на n. ischiadicus вызывает боль. Разстройство чувствительности в истории болезни не отмечено.

Льчение Принял 7 грунтовых и 4 разводных грязевых и 10 рапных ванн.

Исход. Боли в суставах совершенно прошли; боли по тракту сѣдалищного нерва остались по прежнему.

По приезде домой боли в ноги оставались те же. В декабре 1909 года стал чувствовать улучшение, которое постепенно продолжалось до февраля 1910 года, после чего боли остались в одном положении. Улучшение состояло в уменьшении болей в пояснице и в правой ноге. Болей в суставах нет и не было они прошли еще в Саках; только при дурной погоде ощущает неловкость в суставах при движении.

Летом 1910 года приехал в Саки.

Stat. praes. Внутренние органы в порядке.

Нервная система. Боли по тракту правого сѣдалищного нерва, того же характера как и в 1909 году, но менее резко выражены. Объективно отмечается легкая гипестезия по всей правой ноге, не затронуты внутренние поверхности бедра и голени. (Рис. 30). Давление на правый сѣдалищный нерв вызывает боль. Признак Lasègue положительный. Правый ахилловый рефлекс вялый, левый живой; коленные

равномерны. Тазовые органы в порядке. Позвоночник безболезнен при давлении.

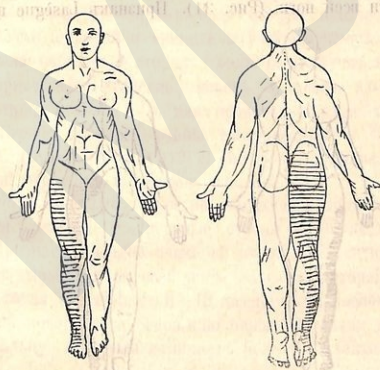


Рис. 30.

Льчение. Принял 7 грунтовых и 1 разводную грязевую и 12 рапных ванн.

Исход. Боли стали значительно меньше; давление на сѣдалищный нерв боли почти не вызывает. Гипестезия по прежнему.

Облегчение после Саки продолжалось месяца 2. Зимой никаких болей не было, больной ощущал лишь небольшое чувство неловкости в правой ноге.

Летом 911 г. больной в третий раз приехал в Саки.

Stat. praes. 4/vii 911 г. Внутренние органы как в прежние годы.

Нервная система. Боли по задней поверхности правой ноги. Давление на правый сѣдалищный нерв боли не вызывает. Объективно отмечается гипестезия начиная от поз-

воночника на уровнѣ II—IV поясничныхъ позвонковъ дугой къ наружной поверхности бедра и внизъ по наружной поверхности всей ноги. (Рис. 31). Признакъ Lasègue положи-

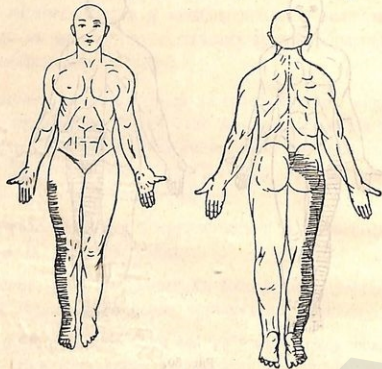


Рис. 31.

тельный. Давленіе на п. cruralis вызываетъ боль. Ахилловый рефлексъ на правой ногѣ вялый, на лѣвой живой. Колѣнные равнобѣрны. Позвоночникъ безболѣзненъ. Тазовые органы въ порядкѣ.

Лѣчение. Принялъ 7 натуральныхъ и 5 разводныхъ грязевыхъ и 8 рапныхъ ваннъ. Кромѣ того принималъ Kali jodati по 2,5 въ сутки.

Исходъ. При отбѣздѣ ²⁷/viii болей нѣтъ. Объективно полоса гипѣстезіи стала уже.

Случай XXII. Тел — скій (Исторія болѣзни 1912 г. № 281). 53 лѣтъ.

Пріѣхалъ въ Саки по поводу болей въ лѣвой ногѣ.

Анамнезъ. Лиес отрицаетъ; уретритъ 30 лѣтъ т. н. 2 года т. н. плевритъ, продолжавшійся 4 мѣсяца.

Въ мартѣ 1912 года безъ видимой для больного причины появились боли по наружной поверхности лѣвой ноги въ видѣ нитки. Въ апрѣлѣ боль быстро прогрессируетъ, стала болѣе широкой и приняла жгучій характеръ. Съ мая боль стала постепенно стихать и больной замѣтилъ steppage: стопа при ходбѣ отвисала, носокъ задвѣвалъ за полъ и ступня прихлопывала. Съ мая явленія steppage уменьшаются. Лѣчение: массажъ, ванны, электризація.

Stat. praes. ⁴/viii 1912 г. Внутренніе органы: выдохъ въ лѣвой верхушкѣ и жесткое дыханіе.

Нервная система. Боли по наружной сторонѣ всей лѣвой ноги. Давленіе на нервные стволы боли не производятъ. Признакъ Lasègue очень не рѣзкій. Объективно отмѣчается гипѣстезія по всей ногѣ, на фонѣ которой выступаетъ рѣзкая анестезія съ II—III поясничныхъ позвонковъ по наружной поверхности бедра и по передней голени къ большому пальцу. Анестезія занимаетъ болевую, тактильную и

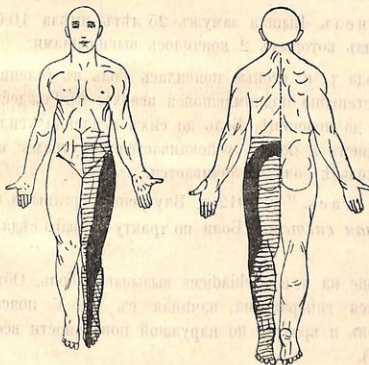


Рис. 32.

температурную (не различаетъ разницы въ 3°) чувствительности. (Рис. 32). Вся лѣвая нога похудѣла; объемъ: бедро

правое 48 см., левое 46, голень правая 35 $\frac{1}{2}$ см., левая 33 $\frac{1}{2}$ см. На передней поверхности голени снаружки от crista tibiae заметно углубление вдоль кости соответственно атрофии m. tibialis ant. Резкое ослабление движения разгибания стопы, стопа при ходьбе немного отвисает. Сила разгибания большого пальца недостаточная. Рефлексы: колбнный лбвый вялый, правый живой, ахилловые равномерно живые. *Позвоночник* безболбзненъ при давлении. Тазовые органы въ порядкб.

Льчение. Принялъ 6 грунтовыхъ и 4 разводныхъ грязевыхъ и 9 рапныхъ ваннъ.

Исходъ. Болей нбтъ. Оббъективно разстройтва чувствительности по прежнему.

Случай XXIII. Ни — ко (История болбзни 1912 г. № 2). 39 лбтъ крестьянка.

Прбѣхала въ Саки съ жалобой на боли въ правой ногб.

Анамнезъ. Вышла замужъ 25 лбтъ, имбгла 10 беременностей, изъ которыхъ 2 кончилось выкидышами.

Два года т. н. осенью появилась боль въ голени правой ноги, постепенно поднимавшаяся вверхъ; къ Рождеству боль достигла до поясницб. Боль до сихъ медленно усиливается; болить днемъ и ночью, успокаивается по утрамъ; при усиленной ходьбб боль увеличивается.

Stat. praes. 16/v. 1912 г. Внутренние органы въ порядкб.

Нервная система. Боли по тракту праваго сбдалищнаго нерва.

Давление на n. n. ischiadicus вызываетъ боль. Оббъективно отмбчается гиперестезия, начиная съ III—V поясничныхъ позвонковъ и крестца по наружной поверхности всей ноги. (Рис. 33).

Отмбчается дряблость мышцъ голени. Признакъ Lasègue положительный.

Рефлексы: колбнный правый вялый, лбвый живой, ахилловый правый повышенъ, лбвый живой. *Позвоночникъ:* давление на IV и V поясничные позвонки вызываетъ боли.

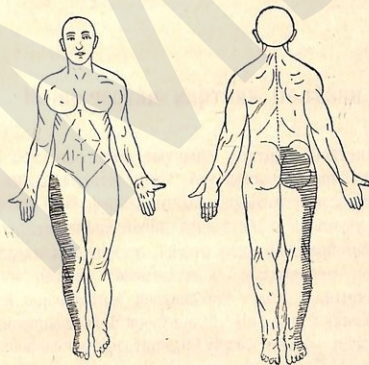


Рис. 33.

Льчение. Приняла 11 грунтовыхъ и 3 разводныхъ грязевыхъ и 7 рапныхъ ваннъ.

Исходъ. У больной послб 10-ой грязевой ванны наступило рбзкое обострение болей, и съ этимъ обострениемъ она убѣхала домой.



Клиническая картина болѣзни.

Какъ показало намъ изученіе картины болѣзни собран-ныхъ нами изъ литературы случаевъ, главной отличитель-ной чертой этой формы миіаса служить разстройство чув-ствительности гиперестезіи, гипестезіи и анестезіи—въ видѣ лентъ вдоль конечности. Такого рода разстройства чувстви-тельности авторы связываютъ съ поражениемъ корешковъ. Корешки поражаются неодинаково часто, самыми частыми —V поясничный и I крестцовый. По высотъ наи чаще встрѣ-чается пояснично-крестцовый типъ, потомъ поясничный и крестцовый. Большинство случаевъ поражение было односто-роннемъ, случаевъ съ двустороннемъ поражениемъ описано немного, въ виду трудности дифференцировать съ пораже-ниемъ cauda equina и conus terminalis и доказать первичный характеръ самого процесса.

Далѣе характерной чертой является распредѣленіе пара-личей, въ тѣхъ случаяхъ гдѣ они наблюдаются. Распредѣ-леніе это такого характера, что указываетъ на поражение одного отдѣльнаго корешка; наиболѣе типичными случаями такихъ параличей мы имѣемъ въ наблюдении Egger et Chiray, Jeanselme et Sezary, II и IV случай Camus et Dejerine et Reynard. Случай Ardin Delteil et Dumolard, единственный гдѣ имѣлись одни двигательныя явленія, не можетъ считаться въ этомъ смыслѣ типичнымъ, такъ какъ въ немъ наблюдалась сплошная атрофія мышцъ ягодицы и заднихъ мышцъ бедра; авторы ставятъ діагнозъ

менинго-радикулита, потому что получили лимфоцитоз цереброспинальной жидкости.

Попытки авторов найти в других симптомах, что либо характерное для этой формы не увенчались успехом, наиболее удачно указание на характер болей—их стреляющий типъ. Дѣйствительно во многих случаях такіа боли носили ясный корешковый характеръ. Симптомъ Sicard'a „le signe de l'éternuement“—приводимый многими какъ характерное явленіе для этой формы, развѣнчанъ самимъ Sicard'омъ.

Также не подтвердилось при изученіи литературнаго матеріала указаніе Dejerine'a, Lortat-Jacob и Sabaréanu на отсутствіе точекъ Valleix. Той же участи подверглось предположеніе Lortat-Jacob и Sabaréanu о постоянствѣ гомологичнаго сколіоза при этой формѣ.

Такимъ образомъ все остальные симптомы тѣ же что и при типичномъ простомъ ишіасѣ. Характерными симптомами остаются только разстройства въ сферѣ чувствительности и движенія и можетъ быть, характеръ болей.

Переходя къ нашимъ 23 случаямъ первое что бросается въ глаза при просмотрѣ ихъ это разстройства чувствительности въ видѣ болѣе или менѣе длинныхъ лентъ вдоль конечности различной локализации.

Разстройства чувствительности выражалось какъ въ видѣ пониженія ея, такъ и повышенія, въ одномъ случаѣ объективно разстройство чувствительности не было, но боль локализовалась въ видѣ широкой ленты по наружной поверхности ноги (IX случай). Гиперестезія встрѣчается въ 10 случаяхъ, гипестезія въ 7, анестезія на ряду съ гипестезіей въ 3 и гипестезія вмѣстѣ съ гиперестезіей въ 2 случаяхъ. Изъ всехъ 23 случаевъ въ 5 случаяхъ (VII, XI, XII, XIII и XXI) разстройство было двустороннимъ; къ этому надо прибавить еще случай X, гдѣ въ первый годъ больной прѣхалъ съ одностороннимъ разстройствомъ чувствительно-

сти, а на второй годъ съ двустороннимъ; такимъ образомъ мы будемъ имѣть 16 сл. (и одинъ безъ разстройствъ чувствительности) съ одностороннимъ и 6 сл. съ двустороннимъ разстройствомъ чувствительности. Но это число (6) не служить выраженіемъ всехъ случаевъ съ двустороннимъ ишіасомъ, такъ какъ имѣется рядъ случаевъ (V, VIII, XV, XVIII и XIX) гдѣ при одностороннемъ разстройствѣ чувствительности боли были въ обѣихъ ногахъ.

Въ упомянутыхъ 6 случаяхъ съ двустороннимъ разстройствомъ чувствительности, въ 4 (VII, X, XIII и XXI) разстройствомъ чувствительности были симметричными или почти симметричными; въ двухъ случаяхъ (XI и XII) разстройство чувствительности были весьма различны на обѣихъ ногахъ: на одной ногѣ была гипестезія въ видѣ дуги отъ поясницъ по наружной (XI) или задней (XII) поверхности ноги, а на другой была гиперестезія въ области ягодицы въ обѣихъ случаяхъ, а кромѣ того въ XII случаѣ имѣлась и гипестезія по наружной поверхности голени.

Что касается видовъ чувствительности на которые распространялись разстройства чувствительности, то во всехъ случаяхъ анестезія были поражены все виды чувствительности болевая, тактильная и температурная. И въ случаяхъ съ глубокой гипестезіей, какъ на примѣръ случай XXI, было тоже распределеніе, при чемъ по силѣ пониженія температурной чувствительности случай XXI (не различаетъ разницу въ 6° и даже 10°) можно отнести къ анестезіямъ. Въ случаяхъ, гдѣ имѣлась лишь гипестезія чаще наблюдалось пониженіе лишь болевой и тактичной чувствительности, когда больные менѣе рѣзко ощущаютъ боль при уколахъ и не такъ ясно прикосновеніе вагой. Гиперестезія всегда занимала только болевую и тактильную чувствительность, когда больнымъ было слишкомъ болѣзненно простое уколъ и неприятно прикосновеніе; такого же чувства боли или неприятности при изслѣдованіи на температурное чувство мнѣ отмѣчать не

приходилось. Исследование производилось: на болевую чувствительность уколами простой булавкой, на тактильную—прикосновением ватой, в некоторых случаях циркулемъ Вебера а на термическую—термометрами проф. Рота.

Разсматривая расстройства чувствительности по их интенсивности и по распространению на отдельные виды чувствительности, мы должны перейти къ вопросу об их топографическом отношеніи къ конечности. Съ этой точки зрѣнія мы можемъ все схемы расстройствъ чувствительности въ нашихъ случаяхъ раздѣлить на три группы. Первою будетъ та, гдѣ область расстройствъ чувствительности,

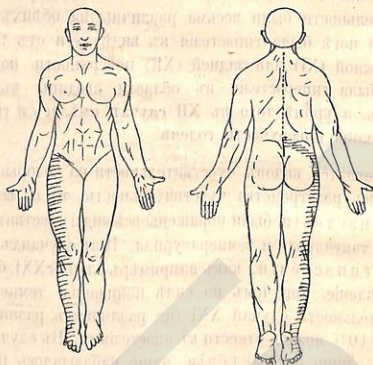


Рис. 34.

начавшись отъ позвоночника въ области поясницы или верхней части крестца идетъ болѣе или менѣе пологой линіей къ наружной или задней поверхности бедра, чтобы дальше продолжать идти внизъ по занятой поверхности или перейти на переднюю поверхность голени и ступни. (Рис. 34). Вторую—гдѣ область эта занимаетъ всю наружную поверхность

конечности (Рис. 35) и третьей—область эта, начавшись въ

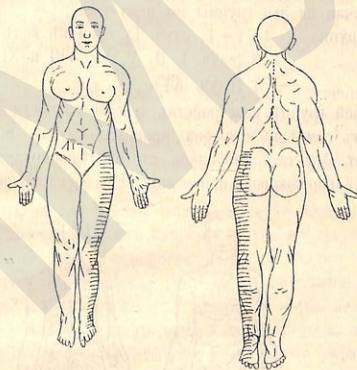


Рис. 35.

области промежности отъ ягодицы окружаетъ всю конечность (Рис. 36).

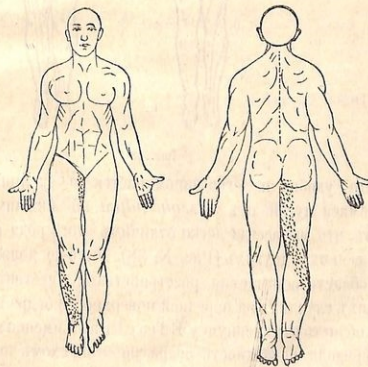


Рис. 36.

винтообразно сверху вниз и сзади наперед. Разбивши наши случаи на эти группы мы получимъ

- I группа — 15 (+1, случ. IX боли въ видѣ ленты).
- II „ — 6 (случ. I, II, V, VI, VIII и XIX).
- III „ — 1 (случ. XV).

О первой группѣ разстройствъ чувствительности врядь ли возникнетъ сомнѣнiе, что она происходитъ отъ пораженiя корешковъ. Мы такъ освоились съ послѣдней схемой распределенiя корешковой иннервации Edinger'a, она такъ

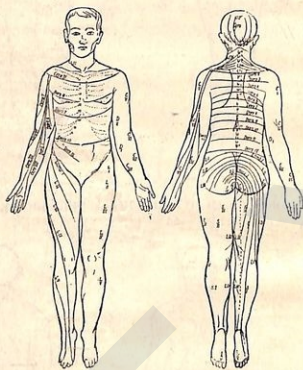


Рис. 38.

проста, удобна и легко запоминается съ ея линиями, расходящимися дугой отъ *позвоночника* по нижнимъ конечностямъ, что мы всегда легко отличимъ этого рода разстройствъ отъ всякихъ другихъ (Рис. № 38). Намъ не должно смущать, что область занимаемая разстройствомъ чувствительности въ нашихъ случаяхъ на передней поверхности бедра занимаетъ на всю область отмѣченную у Edinger'a. А именно вся наружная и передняя поверхность бедра по этой схемѣ иннервируется одними и тѣми же поясничными корешками, а въ нашихъ

случаяхъ это наблюдается не всюду: есть случаи, гдѣ разстройства чувствительности располагаются или только по одной наружной поверхности или занимаютъ и наружную половину передней поверхности бедра, не доходя до границъ, отмѣченной въ схемахъ Edinger'a. Такимъ образомъ признавая въ этихъ случаяхъ поражение поясничныхъ корешковъ, мы должны добавить, что область разстройствъ чувствительности въ нашихъ случаяхъ занимаетъ лишь часть отведенной для нихъ области. Это несоответствiе можно объяснить незначительностью пораженiя корешковъ, а затѣмъ не надо забывать, что въ каждой иннервации области отдѣльныхъ корешковъ находятъ другъ на друга и для получения ясныхъ разстройствъ чувствительности въ области опредѣленнаго корешка, надо чтобы пораженiе задѣло по крайней мѣрѣ 3 корешка. Такимъ образомъ это несоответствiе не можетъ препятствовать намъ признать въ I группѣ разстройства чувствительности корешкового характера.

Подводя наши схемы подъ схемы Edinger'a мы получимъ слѣдующую таблицу пораженiя корешковъ для нашихъ случаевъ:

Случ.	III.	D _{XI XII}	L _{I, II, III, IV, V}	S _{1, 2, 3, 4, 5} ¹⁾ .
„	IV.	—	L _{II, III, IV, V}	II S ₁ .
„	VII.	—	L _{IV, V}	S _I .
„	IX.	—	L _{IV, V}	(чувство боли).
„	X.	D _{XI XII}	L _{I, II, III, IV, V}	S _{1, 2, 3, 4, 5} .
„	XI.	—	L _{I, II, III, IV, V}	S _{1, 2, 3, 4, 5} .
„	XII.	—	L _V	II S _I .
„	XIII.	—	L _{II, III, IV, V}	S _{1, 2, 3, 4, 5} .
„	XIV.	—	L _{IV, V}	S _I .
„	XVI.	—	L _{IV, V} .	
„	XVII.	—	L _{I, II, III, IV, V}	S _{1, 2, 3, 4, 5} .
„	XVIII.	—	L _V	S _{I и 2} .

¹⁾ Буквами D обозначены грудные корешки, L—поясничные, а S—крестцовые.

Случ. XX. —	L _{ii, iii, iv, v} S _{i и 2.}
„ XXI. —	L _{i, ii, iii, iv, v} S _{1, 2, 3, 4 и 5.}
„ XXII. —	L _{i, ii, iii, iv, v} S _{1, 2, 3, 4 и 5.}
„ XXIII. —	L _{iii, iv, v} S _{i и 2.}

Немного труднее будет объяснить схему разстройства чувствительности второй группы. Къ ней нельзя приложить схему Edinger'a, такъ какъ она не отвѣчаетъ тому принципу, на которомъ построена вся эта схема: область иннервации *каждаго корешка* начинается съ *позвоночника*. Но исходя путемъ исключения, мы должны будемъ и эту группу причислить къ корешковому типу разстройства чувствительности.

На самомъ дѣлѣ нельзя признать эти разстройства какъ происшедшія отъ пораженія периферическихъ нервовъ или спинного мозга. Какъ мы знаемъ характерно для перифе-

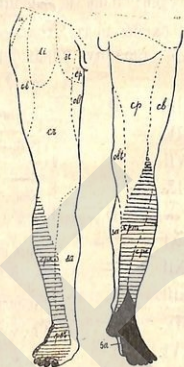


Рис. 39.

рическаго разстройства чувствительности при инииасѣ (при невритѣ n. ischiadici) то, что оно всегда располагается на

периферіи т. е. занимается область иннервации n. peronei или n. tibialis (Landouzy). На прилагаемомъ рисункѣ кожной периферической иннервации по Henle отмѣчены горизонтальными линиями область иннервации n. peronei, а сплошь зачернена область n. tibialis. При глубокихъ пораженіяхъ ствола сѣдалищнаго нерва получаютъ разстройство чувствительности въ обѣихъ областяхъ, при менѣе глубокой въ одной изъ нихъ, чаще въ области n. peronei. Не говоря уже про то, что разстройства чувствительности на бедрѣ, которыя имѣются во всѣхъ нашихъ случаяхъ, мы не можемъ подвести подъ схему иннервации ни одного периферическаго нерва или нѣсколькихъ вмѣстѣ, схема распределения этихъ разстройствъ на голени совершенно не похожа на то, что мы должны были бы ожидать (см. рис. № 39) и кромѣ того она не занимаетъ всей области иннервации n. peronei; а какъ известно послѣднее служитъ отличительной чертой пораженія периферическаго нерва.

Характерной чертой разстройствъ чувствительности при пораженіи спинного мозга является то, что эти разстройства занимаютъ область, соответственно всѣмъ ниже лежащимъ сегментамъ, чего никакъ нельзя сказать, глядя на наши схемы второй группы. Такое распределение разстройствъ чувствительности мы съ большой натяжкой могли бы объяснить поражениемъ заднихъ роговъ отдѣльныхъ сегментовъ. Но такого рода пораженія, какъ мы знаемъ, даютъ картину глубокаго пораженія чувствительности, тогда какъ во всѣхъ нашихъ случаяхъ этой группы чувствительность задѣта лишь слегка [3 раза (случ. I, II и VI) легкой гипестезіи и 4 раза (случ. V, VIII и XIX) гиперестезіи]. Затѣмъ типъ разстройствъ чувствительности при пораженіи заднихъ роговъ характеризуется такъ называемою сирингоміэлитическимъ распределениемъ т. е. поражены температурная и болевая чувствительности при нормальной тактильной: въ нашихъ же случаяхъ такого распределения не было. Кромѣ того всѣ сопутствующія явленія или вѣрнѣе отсут-

ствие таких явлений отклоняют всякую мысль о поражении самого спинного мозга.

Может возникнуть еще одно предположение, именно о функциональном характере этих расстройств чувствительности. Но мы знаем, что такие функциональные расстройства при наличии субъективных жалоб на боли обычно располагаются именно в области субъективных ощущений, тогда как наши больные жалуются на боли по тракту сфалицианного нерва, а расстройства чувствительности располагаются по наружной поверхности конечности. Кроме того стойкость этих расстройств, часто даже наличие их при полном отсутствии субъективных жалоб, заставляет признать для них анатомическую основу. Таковую же приходится признать поражение корешков.

Съ еще большими затруднениями мы встретимся, когда захотим ближе подойти къ определению этой основы и

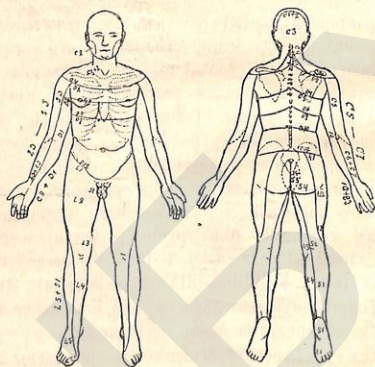


Рис. 40.

дать каждой схемѣ определенное конкретное объяснение т. е. определить тѣ корешки, которые въ данномъ случаѣ пора-

жены. Какъ сказано выше мы не можемъ сравнивать эту группу расстройствъ чувствительности съ схемами данными Edinger'омъ, такъ какъ она рѣзко отклоняется отъ принципа, на которомъ построена вся схема: иннервация каждаго корешка начинается съ позвоночника. Такимъ образомъ для опредѣленія съ поражениемъ какихъ корешковъ мы имѣемъ дѣло въ данномъ случаѣ, мы должны прибѣгнуть къ другимъ схемамъ корешковой иннервации. Таковыми намъ могутъ служить всего болѣе подходящая къ схемѣ Edinger'a—схема предложенная Seiffer'омъ (Рис. 40) или—какъ это

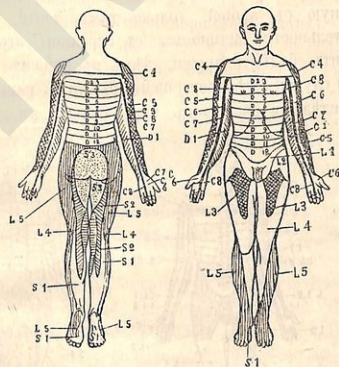


Рис. 41.

сдѣлали Lortat-Jacob и Sabaréanu, не избежавшіе этихъ же затрудненій, къ схемѣ Thorburn'a (Рис. 41). Пользуясь этими схемами, мы для случаевъ II группы будемъ имѣть поражение слѣдующихъ корешковъ: по Seiffer'y: L III IV V S I и 2, по Thorburn'y L V S I и 2.

Такъ какъ разница въ схемахъ между отдѣльными случаями этой группы очень незначительна, то мы можемъ признать, что во всѣхъ этихъ случаяхъ поражены одни и тѣ же корешки.

Еще болѣе отстаетъ отъ схемы Edinger'a III группа разстройствъ чувствительности, наблюдавшаяся только въ одномъ XV случаѣ. Я не буду повторять соображеній, высказанныхъ мною для доказательства принадлежности разстройствъ чувствительности второй группы къ корешковому типу, но все эти же соображенія вполне применимы и къ третьей группѣ, почему и за ней надо признать корешковое происхожденіе. На самомъ дѣлѣ, просматривая имѣющуюся у насъ иностранную литературу, мы въ случаѣ Camus et Sezary найдемъ схему разстройствъ чувствительности почти совершенно идентичную съ нашей, только тамъ лента разстройства чувствительности начинается съ середины ягодицы и вся она стоитъ болѣе кнаружи, чѣмъ въ нашемъ XV случаѣ. Также и случаи Sarbo совершенно схожи съ нашими. Авторы для опредѣленія корешковъ, пораженныхъ въ этомъ случаѣ

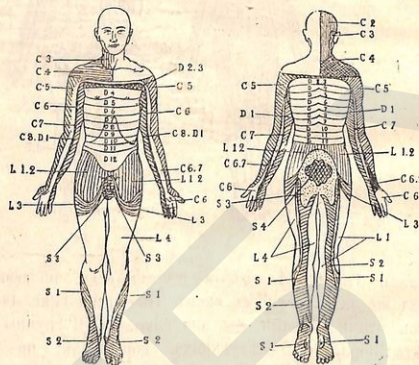


Рис. 42.

воспользовались схемой Kocher'a (Рис. 42) и связываютъ полученную ими схему разстройствъ чувствительности съ поражениемъ перваго [второго (Sarbo)] крестцоваго корешка. Такъ какъ,

снаружи отъ области этого корешка на голени и кзади отъ нея на нижней $\frac{1}{3}$ бедра расположена въ схемѣ Kocher'a область иннерваціи втораго крестцоваго корешка, то мнѣ кажется, что мы имѣемъ право нашъ случай трактовать какъ поражение именно этого корешка.

Разсмотрѣвъ все три группы разстройствъ чувствительности невольно возникаетъ вопросъ, чѣмъ обусловлена такая разница отъ случая къ случаю въ схемахъ распределенія этихъ разстройствъ, если мы признали, что во всехъ случаяхъ анатомическая основа ихъ одна и та же, т. е. поражение корешковъ, почему при пораженіи однихъ и тѣхъ же корешковъ (случ. XIII съ одной стороны и вся вторая группа съ другой) объективно отмѣчаемыя разстройства чувствительности располагаются по двумъ неодинаковымъ типамъ. По моему мнѣнію этого нельзя объяснить нашимъ малымъ знакомствомъ съ иннерваціей корешковъ нижнихъ конечностей, съ возможными индивидуальными различіями въ ихъ распределеніи въ сплетеніяхъ, а еще менѣе тѣмъ, что каждый изслѣдующій старается отыскать въ разстройствахъ чувствительности знакомую ему форму, старается такъ сказать подогнать имѣющіяся у больного разстройства подъ схему, къ которой онъ болѣе всего привыкъ. Въдь большинство авторовъ, писавшихъ по нѣсколькимъ случаямъ корешковаго ишиаса уже сталкивалось съ этимъ вопросомъ, у нихъ, какъ и у насъ, попадаются случаи съ совершенно различнымъ распределеніемъ разстройствъ чувствительности, такъ напр. Lortat-Jacob и Sabaréanu отмѣчаютъ тоже три типа такихъ разстройствъ. Если мы просмотримъ наши случаи съ этой точки зрѣнія, то мнѣ кажется, что можно было бы сдѣлать нѣкоторыя предположенія, по крайней мѣрѣ о двухъ первыхъ группахъ. Если мы сравнимъ случаи первой группы и второй группы, то намъ бросится въ глаза, что все случаи съ анестезіями и глубокими гипестезіями относятся къ первой группѣ, во второй имѣются лишь случаи съ гиперестезіей и не глубокой гипестезіей.

Далѣ въ числѣ нашихъ случаевъ мы найдемъ и такіе, гдѣ одинъ видъ разстройствъ чувствительности переходитъ въ другой. Такъ въ случаѣ I въ первомъ году у больного отмѣчалась гипѣстезія второй группы, а на второй годъ послѣ бывшаго весной обостренія — первой группы, въ случаѣ IV второй годъ прѣхалъ съ гипѣстезіей первой группы, а на второй годъ при улучшеніи всѣхъ другихъ симптомовъ второй группы, случай XX — въ первый годъ больной прѣхалъ имѣти симметричную глубокую гипѣстезію перваго типа, на второй годъ на лѣвой ногѣ была гипѣстезія второго типа, а на III годъ снова симметричная глубокая гипѣстезія, почти анестезія перваго типа. Первое заключеніе, которое мы можемъ сдѣлать изъ этихъ фактовъ это, что обѣ группы должны зависѣть отъ одной и той же причины, т. е. какъ мы раньше рѣшили отъ пораженія корешковъ. Что касается причины различной топографіи разстройствъ чувствительности, то можно высказать два предположенія: во первыхъ разница можетъ зависѣть отъ различной локализациіи процесса, а во вторыхъ отъ различной интенсивности ею. На первое предположеніе мы ничего не можемъ сказать, ни за, ни противъ, такъ какъ патогенезъ этого страданія, какъ мы видѣли въ исторической части нашей работы, еще не достаточно выясненъ, у насъ же самихъ нѣтъ собственныхъ наблюденій въ этомъ направленіи.

Изученіе нашихъ случаевъ указываетъ на то, что во первыхъ разстройства чувствительности первой группы встрѣчаются при болѣе глубокомъ пораженіи корешковъ и во вторыхъ, что иногда эта группа при улучшеніи процесса переходитъ во вторую. Такимъ образомъ само собой вытекаетъ предположеніе, что пораженіе корешковъ прежде всего даетъ разстройства чувствительности на периферіи ихъ иннервациіи (II группа), какъ это наблюдается и при невритахъ, и только при болѣе глубокомъ пораженіи въ область разстройствъ чувствительности вступаютъ проксимальная часть, т. е. область около позвоночника (I группа).

Если разматривать наши случаи по частотѣ пораженія отдѣльныхъ корешковъ и подвести разстройствъ чувствительности второй группы подъ схему предложенную Seiff'er'омъ, то мы получимъ слѣдующую таблицу:

L_{V}	22 раза
L_{IV} и S_1	по 20 разъ.
S_2	17 "
L_{III}	16 "
L_{II}	15 "
$S_{3,4}$ и S_5	по 7 "
L_1	6 разъ.
D_{XI} и XII	по 2 раза.

Разстройства въ сферѣ движенія отмѣчено въ 6 случаяхъ. Только въ одномъ случаѣ (XXII) отмѣнены ограниченныя атрофія и параличъ мышцъ, въ остальныхъ же случаяхъ дѣло шло о сплошномъ похуданіи мышцъ и о таковой же ихъ дряблостъ. Похуданіе это можетъ быть очень значительное и доходить до разницы въ 5 и 7 см. на бедра. Въ случаѣ XXII, гдѣ къ сожалѣнію я не былъ въ состояніи изслѣдовать электровозбудимости мышцъ, была явная атрофія *m. tibialis anticus* и параличъ ея, а также и *m. extensor hallucis*. Какъ извѣстно эти мышцы иннервируются 5 поясничнымъ и I крестцовымъ сегментомъ, что вполне согласуется съ разстройствами чувствительности, такъ какъ у больного наблюдалась анестезія въ области иннервациіи тѣхъ же корешковъ.

Боли не всегда локализируются строго по тракту сѣдла лица нерва; очень часто больные указываютъ на наружную поверхность голени и пальцы, какъ на мѣста наиболѣе болѣзненные; въ этихъ же мѣстахъ они ощущаютъ всевозможныя парѣстезіи, если онѣ у нихъ имѣются. Боли довольно характерны: рѣдко онѣ постоянны, чаще притуплены, всегда носятъ острый, сверлящій характеръ, часто стрѣляющій сверху внизъ, корешкового типа. Боли усилива-

ются при чихании, кашле, симптом, как выяснилось за последнее время, на который раньше слишком много обращали внимания, желая его выделить как изъясняющий дифференциально-диагностическое значение. Сейчас для этой цели он служить не может.

Вопреки утверждению Dejerine и некоторых его учеников, что при поражении корешков нервные стволы безболезненны, а на основании моих наблюдений, также как и Camus, Lortat-Jacob и Sezary, могу сказать, что эта болезненность нервных стволов при этом страдании далеко нередкий симптом. Из всех 23 случаев только в 2 (XVI и XXIII) не было этого симптома, в пяти случаях (случ. II, IX, X, XII и XXI) был болезнен один только сфаличный нерв, во всех же остальных были болезненны целый ряд нервных стволов крестцово-поясничного сплетения. При этом надо заметить, что самым болезненным при давлении бывал *n. obturatorius*, если он вообще был в данном случае болезнен. Больные, которые легко переносили даже сильное давление на другие нервы, прямо корчилились от боли при надавливании на *n. obturatorius*. Возможно, что это объясняется тем, что этот нерв придавливается при этом к твердой костинной складке.

Болезненность позвоночника отмечена лишь в 4 случаях (случ. I, II, X и XXIII): только раз (случ. X) отмечена болезненность всех поясничных позвонков, в других же были болезненны лишь IV и V поясничные позвонки. Болезненность во всех случаях была очень значительная и не было других признаков указывающих на поражение позвонков.

Из всех 23 случаев только в трех отмечен гомологичный сколиоз и в одном резко выраженный кифосколиоз (случ. XX), как видно симптом слишком редкий, чтобы придавать ему то значение, как это делали некото-

рые авторы (Lortat-Jacob и Sabarçanu). В одном случае (IV) гомологичный сколиоз под влиянием подвешивания или какой либо другой причины перешел в гетерологичский, чтобы потом снова стать гомологичным.

Изменение рефлексов отмечено в 13 случаях. Только в трех случаях отмечено повышение рефлексов: один раз обоим вместе (коленный и ахилловый) (случ. XI), один раз коленного при нормальном ахилловом (случ. XI) и один раз ахиллового при понижении коленного (случ. XXIII). Понижение обоих рефлексов отмечено 2 раза (случ. XIII и XVIII), полное отсутствие ахиллового рефлекса при нормальном коленном отмечено только в случае XX, а отсутствие коленного при нормальном ахилловом 2 раза (случ. III и XII), понижение одного только рефлекса отмечено для ахиллового 2 раза (случ. V и XVI) и для коленного 3 раза (случ. II XVII и XXII). Во всем изменение коленного рефлекса отмечено 11 раз, ахиллового 7 раз.

Признак Lasègue во всех случаях был положительный и не имел в себе ничего специфического.

Таким образом изучение клинической картины болезни корешкового шиаса по нашим случаям указывает, как это мы видели и в историческом обзоре вопроса, что главной отличительной чертой ее является симптомы со стороны корешков. Они могут быть как в чувствующей, так и в двигательной сферах. В первой они выражаются во первых расстройствах чувствительности, носящими явный корешковый характер, в виде лент вдоль конечности, при чем могут встречаться различные виды топографий этих лент, а во вторых очень часто корешковыми болями. В двигательной сфере они характеризуются параличами и атрофиями мышц с распределением их по корешковой иннервации.

Остальные симптомы обычные для обыкновенного шиаса и ничего специфического для этой формы сами по себе не представляют.

Заканчивая клиническую картину болѣзни я не могу не отметить особенность III случая, которую я больше не встрѣчалъ, какъ самъ лично, такъ и въ доступной мнѣ литературѣ. У больного съ типичными явлениями тяжелаго корешковаго ишіаса отмѣчалось *полное отсутствіе волосъ на больной ногѣ*, что особенно рѣзко бросалось въ глаза, такъ какъ больной брюнетъ съ сильно развитой волосатостью всего тѣла, нога такъ сказать полусѣла. Когда онъ вторично прѣхалъ въ Саки съ значительнымъ улучшеніемъ всѣхъ прочихъ симптомовъ, на ногѣ начали уже появляться волосы, хотя разница между обѣими ногами была еще рѣзко замѣтна.

Діагностика.

Изученіе иностранной литературы показало намъ, что діагнозъ корешковаго ишіаса распадается на двѣ части. Во первыхъ приходится доказать, что мы имѣемъ тутъ страданіе корешковъ, а во вторыхъ исключить заболѣванія побочныхъ областей, могущихъ давать ту же картину болѣзни. По первому вопросу заняты главнымъ образомъ Lortat Jacob и Sabaréanu и Camus. Первые два автора понимали какое представляетъ затрудненіе точнѣе опредѣлить анатомическую основу отмѣчаемыхъ объективно разстройствъ чувствительности и они главное свое вниманіе обратили на этотъ вопросъ, считая принадлежность такихъ разстройствъ къ корешковому типу совершенно яснымъ. Camus обратилъ больше вниманіе на эту послѣднюю сторону вопроса и подробно дифференцируетъ эти разстройства чувствительности съ тѣми, которыя наблюдаются при невритахъ. Но какъ сказано выше работа Camus и его соображенія относятся къ радикулитамъ вообще, всѣхъ сегментовъ спинного мозга и даже головного, такъ что переносить все приводимое имъ въ нашу область безъ измѣненія нельзя. Очень мало вниманія авторомъ обращено на вторую часть діагностики. Только одинъ Degerine посвящаетъ этому вопросу должное вниманіе въ главѣ о радикулитахъ въ руководствѣ по заболѣваніямъ спинного мозга. Насколько этотъ вопросъ важенъ указываетъ случай Camus, гдѣ черезъ годъ послѣ появленія типичнаго корешковаго ишіаса развились симптомы спондилита.

Переходя къ діагностикѣ нашихъ случаевъ я долженъ указать, что характеръ распредѣленія чувствительности и точное опредѣленіе анатомической ихъ основы подробно разобраны мною въ отдѣлѣ клинической картины болѣзни. Боясь повторенія я лишь въ краткихъ чертахъ укажу сдѣланные мною тамъ выводы. Разстройство чувствительности въ нашихъ случаяхъ отвѣчаютъ тремъ типамъ. О принадлежности перваго, наиболѣе часто встрѣчающагося, типа не можетъ возникнуть сомнѣній, что онъ носитъ корешковый характеръ. Путемъ исключенія приходится также и второй типъ причислить къ этой категоріи и тѣже соображенія приложимы и къ послѣднему типу. Причину разницы въ топографіи разстройствъ чувствительности по крайней мѣрѣ по отношенію перваго и втораго типа надо по всей вѣроятности искать въ интенсивности процесса: при болѣе глубокомъ пораженіи получается распредѣленіе по первому типу, а при менѣе глубокомъ по второму. Для опредѣленія какимъ корешкамъ соответствуютъ наблюдаемыя разстройства, надо прибѣгать къ различнымъ схемамъ, для перваго типа къ схемѣ Edinger'a, для втораго—Seiffer'a или Thorburn'a, для третьяго Kocher'a.

Разстройства въ области движенія не требуютъ такого вниманія къ себѣ, какъ разстройства чувствительности, уже по одному тому, что они сами бросаются въ глаза. Тамъ гдѣ имѣются сплошное похуданіе и дриблность мышцъ конечно нельзя говорить о преобладаніи въ какихъ либо отдѣльныхъ корешкахъ. Но тамъ гдѣ въ группѣ мышцъ, иннервируемыхъ однимъ нервомъ, мы имѣемъ поражение лишь части ихъ, легко опредѣлить характеръ такого распредѣленія, такъ какъ сегментарная иннервация мышцъ болѣе или менѣе подробно разработана. Такъ въ случ. XXII мы безъ затрудненія предполагаемъ заболѣваніе переднихъ корешковъ пятого поясничнаго и перваго крестцоваго.

Переходя ко второй части діагностики, намъ придется говорить особо объ одностороннихъ и двустороннихъ пора-

женіяхъ. Въ первыхъ случаяхъ только въ одномъ можетъ возникнуть подозрѣніе, не имѣемъ ли мы дѣло съ измѣненіями въ позвонкахъ. Это касается случая X, гдѣ во первыхъ въ этиологіи имѣется давнишняя и значительная травма *позвоночника* и во вторыхъ—большой на второй годъ, несмотря на улучшение, полученное во время перваго лѣченія въ Сакахъ, пріѣхалъ уже съ двустороннимъ пораженіемъ, хотя и тогда ясныхъ указаній на поражение *позвоночника* не было. Какъ мы видимъ этотъ случай почти совпадаетъ съ случаемъ Samus и отличается отъ него лишь тѣмъ, что тамъ были рѣзкія измѣненія со стороны *позвоночника*. Такимъ образомъ этотъ случай въ смыслѣ своей „чистоты“ является очень подозрительнымъ. Во всѣхъ другихъ случаяхъ съ одностороннимъ пораженіемъ не было никакихъ указаній на какой либо процессъ въ оболочкахъ и позвонкахъ (опухоль, caries) который могъ бы дать такую же картину. Отсутствие разстройствъ тазовыхъ органовъ и односторонность пораженія исключаетъ предположеніе о заболѣваніи *conus, ericonus* и *cauda equina*.

Болѣе сложно дѣло обстоитъ съ случаями съ двустороннимъ пораженіемъ. О принадлежности разстройствъ чувствительности къ корешковому типу не приходится много говорить, такъ какъ во всѣхъ этихъ случаяхъ эти разстройства соответствовали I типу. За то вопросъ о первичности ихъ требуетъ болѣе детального разбора.

Какъ извѣстно большинству авторовъ держится того взгляда, что всякій двусторонній обычный, простой ишіасъ не является уже идиопатическимъ, а представляетъ изъ себя только симптоматическое заболѣваніе. Тѣмъ болѣе это должно быть приложимо къ корешковому ишіасу. Но несмотря на выше приведенное мнѣніе несомнѣнно встрѣчаются случаи типичнаго, простаго ишіаса съ двустороннимъ пораженіемъ.

Точно того же можно по аналогии ожидать и при корешковомъ ишиасѣ, но въ данномъ случаѣ надо быть еще болѣе осторожнымъ въ діагнозѣ.

Наиболѣе сомнительнымъ въ этомъ смыслѣ является случай XX. Несмотря на рѣзкій кифосколиозъ (больной былъ какъ бы сложенъ пополамъ), наблюдавшійся у него въ первый его приѣздъ, онъ не производилъ впечатлѣнія страдающаго поражениемъ позвоночника, скорѣе онъ подходилъ подъ категорию сифилитическихъ менинго-радикулитовъ. Дальнѣйшее теченіе какъ бы подтвердило это предположеніе: подвляніемъ грязевого лѣченія совмѣстно съ ртутнымъ и іодистымъ симптомы болѣзни прошли, также какъ и кифосколиозъ, но когда больной началъ дѣлать ртутныя втиранія передъ послѣднимъ (третьимъ) своимъ приѣздомъ въ Саки, появились прежнія боли и постепенно увеличивались параллельно фрикціямъ. Въ виду возникшихъ вслѣдствіе этого сомнѣній, не имѣемъ ли мы въ данномъ случаѣ все таки пораженія костяка (хотя больной держался совершенно прямо и не было никакой болѣзненности въ области позвонковъ какъ самостоятельной, такъ и при давленіи) были сдѣланы Рентгеновскіе снимки позвоночника, начиная на двѣнадцатаго грудного крестца. На этихъ снимкахъ позвонки были найдены совершенно нормальными. Такимъ образомъ приходится отказать отъ мысли, что въ данномъ случаѣ симптомы двусторонняго корешковаго ишиаса зависятъ отъ пораженія позвоночника и снова вернуться къ первому предположенію. Тѣмъ болѣе, что отъ лѣченія грязями снова наступило улучшеніе, ухудшеніе же полученное при фрикціяхъ можно объяснить простымъ совпадениемъ двухъ фактовъ, не имѣющихъ внутренней связи. Остальные случаи съ двустороннимъ поражениемъ не представляли никакихъ симптомовъ, указывавшихъ на пораженіе позвоночнаго столба; потомъ

настолько была ясно выражена этиологія данныхъ случаевъ (простуда), что предположеніе о симптоматической натурѣ корешковаго ишиаса въ данныхъ случаяхъ отпадало само собой.

Насколько коварны могутъ быть случаи корешковаго ишиаса указываетъ слѣдующій случай.

Др — 0 в ъ (Исторія болѣзни 1912 г. № 431). торговецъ, 34 лѣтъ; приѣхалъ въ Саки жалуясь на боль въ ногахъ.

Анамнезъ. 2 раза (18 и 23 лѣтъ) попадалъ зимою въ воду, послѣ чего никакихъ болей не было.

Въ 1909 году—брюшной тифъ, послѣ котораго простудился по дорогѣ зимою изъ больницы; были небольшія боли въ ногахъ.

25/iv 1912 года болѣе часу простоялъ по поясъ въ водѣ и потомъ проѣхалъ 12 верстъ съ непокрытыми ногами.

10 мая появились боли въ лѣвой ногѣ въ области тазобедреннаго сустава; боль постепенно спускалась внизъ по наружной поверхности ноги, къ сентябрю боль спустилась до пальцевъ, болѣла вся нога, болѣе по наружной поверхности; отъ болей не могъ ходить и пролежалъ 3 мѣсяца. Въ сентябрѣ появились боли въ правой ногѣ, но не въ такой рѣзкой степени, какъ въ лѣвой. Лѣчился съ октябры: ванны, растиранія, КJ и салициловые препараты. Съ января 1912 лѣчился домашними средствами, отъ которыхъ получилъ облегченіе и въ концѣ января могъ ходить на костыляхъ, которые и оставилъ въ апрѣлѣ.

Stat. praes. 31/v 912 года. Постоянныя боли по всей лѣвой ногѣ, въ паху, по наружной поверхности и около голенистопаго сустава; незначительныя боли въ лѣвой ногѣ

при сырой погодѣ—подъ коленнымъ, въ голеностопномъ суставѣ и по наружной поверхности бедра. Боли въ лѣвой ногѣ усиливается при кашлѣ, чиханьѣ, при ходьбѣ, дурной погодѣ. На лѣвой ногѣ болѣзненны всѣ нервы крестцово-поясничнаго сплетенія, на правой одинъ сѣдалищный нервъ. Объективно отмѣчается гипѣстезія по всей лѣвой ногѣ, на фонѣ которой отмѣчается глубокая гипѣстезія, занимающая и часть промежности, по топографіи отвѣчающая нашему I типу разстройствъ чувствительности. На правой ногѣ разстройство чувствительности нѣтъ. Lasègue рѣзкій положительный на обѣихъ ногахъ. Лѣвый коленный рефлексъ повышенъ, ахилловый пониженъ; правые сухожильные рефлексы нормальны.

Очень рѣзкій гетерологическій сколиозъ: вертикаль отъ грос. prominens отстоитъ вправо отъ остистыхъ отростковъ поясничныхъ позвонковъ на 6 см.

При снимкахъ Рентгеновскими лучами было найдено поврежденіе II поясничнаго позвонка.

Изъ этого случая, такъ похожаго на наши выше приведенные, видно, какъ важно знать объ этой формѣ и какія нецѣбныя данныя могутъ намъ дать Рентгеновскіе лучи при діагностикѣ этого страданія.

Въ связи съ діагнозомъ интересенъ вопросъ какъ часто встрѣчается эта форма страданія и какъ часто она является симптоматическимъ. Для освѣщенія этой стороны вопроса я могу привести статистику больныхъ, бывшихъ подъ моимъ наблюденіемъ въ 1912 году.

Всѣхъ нервнобольныхъ прошло черезъ мои руки за лѣто 1912 года—326 человѣкъ, обратившихся ко мнѣ съ жалобами типичными для ишіаса было 92 человѣка, изъ нихъ

5—были съ явленіями неврита сѣдалищнаго нерва, 51 чел.— съ явленіями простого ишіаса и 36 чел. съ явленіями межено-радикулита пояснично-крестцоваго сплетенія (корешкового ишіаса).

Больные съ простымъ ишіасомъ распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

идіопатическій ишіасъ	41
симптоматическій	10

Съ явленіями менинго радикулита пояснично-крестцоваго сплетенія (корешковаго ишіаса) было 36 человѣкъ; изъ нихъ

идіопатическихъ было	21
симптоматическихъ	15

Такимъ образомъ изъ 92 больныхъ съ жалобами на ишіасъ, на боли по тракту сѣдалищнаго нерва, было 36 человѣкъ (39, 12%) съ корешковымъ ишіасомъ, и изъ нихъ 15 человѣкъ (т. е. 41, 6%) зависели отъ спондилита, тогда какъ при простомъ ишіасѣ изъ 51 случая симптоматическихъ было только 10, т. е. 19, 8%. Изъ этой краткой статистики видно какъ часты ишіасы корешковаго происхожденія и насколько чаще встрѣчаются при нихъ симптоматическіе ишіасы (41, 6% въ одномъ случаѣ и 19, 8% въ другомъ).

Эта статистика близко подходит къ статистикѣ иностранныхъ авторовъ; такъ Verger ¹⁾ нашелъ среди своихъ 32 случаевъ ишіаса 8 съ корешковыми явленіями.

¹⁾ Verger. Formes cliniques et diagnostic des neuralgies. Revue Neurologique. 1908. № 16. pag. 864.

Этіологія.

Преобладающее значеніе въ этиологии этого страданія по французскимъ авторамъ является сифилисѣ. Нѣкоторые авторы даже считаютъ, что уже наличность корешковаго характера ишиаса заставляетъ предполагать приобрѣтённыхъ или наследственный сифилисѣ, хотя бы на это и не было бы никакихъ указаній. Нѣмецкіе авторы стоятъ въ этомъ вопросѣ на другой точкѣ зрѣнія. Считаая, что при сифилисѣ мы въ правѣ предполагать известную опредѣленную паталого-анатомическую основу они не причисляютъ къ группѣ корешковаго ишиаса тѣ случаи, гдѣ имѣются указанія на сифилитическую этиологию, и считаютъ за таковыми только тѣ случаи, гдѣ имѣется ревматическая или другая неизвѣстная намъ этиология.

За сифилисомъ идетъ туберкулезъ, гонноррея и всевозможныя инфекціи и интоксикаціи, которыя могутъ давать ту же картину болѣзни. Для насъ очень важны работы Touche и Lepine, которые показали что и при хроническомъ ревматизмѣ можно найти измѣненія воспалительнаго характера въ оболочкахъ, такъ что и это страданіе мы имѣемъ право включить въ этиологию корешковаго ишиаса.

Переходи къ нашимъ случаямъ, мы должны сознаться, что опредѣленіе этиологии очень затруднительно, съ одной сто-

роны потому, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы можемъ предполагать нѣсколько этиологическихъ причинъ сразу, а во вторыхъ часто самый тщательный разпросъ больного не даетъ никакихъ указаний или приводитъ къ такому шаткому и ненаучному фактору какъ простуда. Такихъ совершенно не выясненныхъ съ точки зрѣнія этиологій случаевъ было четыре (случ. IV, VIII, XI и XVIII); простуда какъ единственный этиологическій моментъ отмѣченъ въ 7 случаяхъ (случ. I, V, VI, VII, XI, XIII и XXIII). Въ пяти случаяхъ несмотря на указаніе больныхъ на простуду, какъ на причину ихъ болѣзни, можно подозрѣвать и другую этиологію, такъ въ случ. II и XXI гонноррею, въ случ. XV, XVI и XVIII—сифились.

Сифились можно было заподозрѣть въ 7 случаяхъ (случ. IX, XIV, XV, XVI, XVII, XIX и XX) при чемъ, какъ только что указано, въ трехъ случаяхъ, могла имѣть значеніе и простуда. Туберкулезъ можно предположить въ случ. XXII, въ виду бывшаго продолжительнаго плеврита и пораженія правой верхушки; въ случаѣ X мы должны предположить этиологіей давнишнюю значительную *травму позвоночника*, а въ случ. III—сложную инфекцію: брюшной тифъ, съ присоединившейся потомъ гоннорреей.

Привода въ одно цѣлое эти разбросанныя данныя, мы будемъ имѣть въ 23 случаяхъ:

Указаніе на простуду	13 разъ.
„ „ гонноррею	3 „
„ „ сифились	7 „
„ „ брюшной тифъ	1 „
„ „ бывшую травму позвоночника	1 „
„ „ туберкулезъ	1 „
„ „ неизвѣстную причину	4 „

Просматривая эту таблицу невольно бросается въ глаза незначительное число случаевъ съ указаніемъ на lues, что стоитъ въ противорѣчій съ иностранными авторами. Нѣтъ ничего невѣроятнаго, что большая часть случаевъ съ неизвѣстной этиологіей должна быть отнесена въ эту же группу.

Прозрачные из густых, переходя в жидкие, в зависимости от количества воды, которую они содержат, и от количества их количества. При этом переходя в жидкие, в зависимости от количества воды, которую они содержат, и от количества их количества.

Патогенезъ и патологическая анатомія.

По этому вопросу у насъ лично нѣтъ никакихъ фактическихъ данныхъ, которыя могли бы освѣтить эту темную еще сторону вопроса и приходится въ краткихъ чертахъ повторить то, что сказано было при историческомъ обзорѣ.

Agachnoidea, переходя на корешки, не сразу переходитъ въ его периневрій и образуетъ нѣчто въ родѣ кармана или губы, которая достигаетъ на различной высотѣ различной величины. Наиболье глубокой эта губа находится въ нижней грудной, ниже-поясничной и крестцовой части, доходя до самаго ганглія. Тамъ эта оболочка проходитъ между раздвигающимися въ этомъ мѣстѣ пучками задняго корешка и тогда уже переходитъ въ периневрій корешка. На заднихъ корешкахъ губа эта гораздо глубже, чѣмъ на переднихъ, гдѣ она никогда не достигаетъ ганглія.

Въ этихъ карманахъ застаивается цереброспинальная жидкость и при различныхъ инфекціяхъ и интоксикаціяхъ раздражаетъ оболочки и корешки и инфицируетъ ихъ и въ нихъ происходитъ первичное интерспинальное воспаленіе съ послѣдующимъ склерозомъ. Этотъ процессъ сдавливаетъ нервныя волокна корешковъ и вызываетъ распаденіе мѣлина. При продолжительномъ и глубокомъ процессѣ получаютъ и вторичныя перерожденія Waller'a. Нѣкоторые авторы локализируютъ процессъ на корешковомъ нервѣ, на пространствѣ между гангліемъ и образованіемъ самихъ сплетеній.

Течение и прогноз.

Статистика изъ доступной мнѣ литературы показала, что корешковый ишиасъ представляетъ тяжелую форму ишиаса и очень мало случаевъ (4 изъ 23), гдѣ отмѣчено полное выздоровленіе.

Переходи къ нашимъ случаямъ, надо предварительно сказать объ особенностяхъ получаемыхъ результатовъ при лѣченіи Сакскими грязями. Дѣло въ томъ, что осязательные результаты отъ лѣченія всегда получаются черезъ нѣкоторое время, 1, 2 иногда 3 мѣсяца послѣ лѣченія, что можно видѣть изъ приводимыхъ мною выше исторій болѣзней. Такимъ образомъ если больной уѣзжаетъ изъ Саки не получивъ никакого облегченія, то это еще не значитъ, что лѣченіе ему не принесло, resp. принесетъ свою пользу и современемъ (черезъ 2—3 мѣсяца) оно не начнетъ сказываться.

Поэтому, чтобы судить о теченіи болѣзни, надо пользоваться исторіями болѣзни только тѣхъ случаевъ, гдѣ больные пріѣзжаютъ въ Саки по нѣсколько разъ. Такихъ было семь случаевъ (случ. I, II, III, IV, V, XX и XXI). Изъ нихъ два пріѣхали на второй годъ въ худшемъ состояніи чѣмъ было раньше: въ случ. I у больного было весной передъ вторичнымъ пріѣздомъ рѣзкое обостреніе, въ случ. X повидимому, какъ я указывалъ раньше, произошла выпышка процесса въ позвоночникъ.

Улучшение получилось во всех остальных пяти случаях, при чем уменьшились как субъективные ощущения, так и область разстройств чувствительности. Из этого числа надо выдѣлить случаѣ XX, гдѣ на второй годъ больной уѣхалъ съ значительнымъ улучшеніемъ, а на третій годъ съ ухудшеніемъ, имѣя ту же картину разстройствъ чувствительности, какъ и раньше, но рѣзкій кифосколиозъ, который у него наблюдался въ первый пріѣздъ, совершенно прошелъ.

Такимъ образомъ изъ всехъ семи случаевъ, когда больные пріѣзжали въ Саки по нѣсколько разъ, мы не можемъ отмѣтить ни одного полного выздоровленія. А между тѣмъ простыя ишіасы въ Сакахъ проходятъ очень быстро и легко, иногда отъ однихъ рапныхъ ваннъ, ишіасы же корешкового происхожденія даже такому энергичному лѣченію какъ Саки, поддаются съ большимъ трудомъ и не сразу. Больныхъ съ простыми ишіасами мы обычно не видимъ въ Сакахъ больше одного сезона, тогда какъ страдающіе корешковой формой его должны пріѣзжать по нѣсколько разъ. При чемъ очень часто больные во второй разъ пріѣзжаютъ съ ничтожными или безъ всякихъ субъективныхъ жалобъ, чтобы, какъ они выражаются, закрѣпить лѣченіе, а при объективномъ изслѣдованіи находишь точно такую же картину разстройствъ чувствительности какъ и въ первый пріѣздъ. Вотъ такимъ то хроническимъ теченіемъ и упорствомъ даже противъ самаго энергичнаго лѣченія этого страданія объясняется почему много такихъ больныхъ въ Сакахъ и сравнительно мало встрѣчается въ городахъ. Въ Саки съѣзжаются со всей Россіи и не простые, острые и легко больные, а большинство уже испытавшіе на себѣ всякое лѣченіе на мѣстѣ и прибѣгающіе къ Сакекимъ грязямъ какъ къ *ultimum refugium*. Поэтому мы тамъ очень мало видимъ свѣжихъ заболѣваній, а если они и попадаютъ, то такіа, которыя съ самаго на-

чала общають мало утѣшительнаго для больного. Такимъ образомъ въ Сакахъ случаются тяжелые случаи, которые разрѣшены на мѣстахъ и именно благодаря такому-то подбору больныхъ мнѣ удалось выдѣлнить ишіасы корешкового типа въ отдѣльную группу и изучить ея особенности.

Что касается прогноза, то его приходится раздѣлить на двѣ части, первая касающаяся субъективныхъ ощущений, а вторая объективныхъ данныхъ. Въ первой части при правильно поставленной терапіи (ругь при сифилитической этиологии) можно обѣщать больному, хотя и нескорое, улучшение его субъективныхъ ощущенийъ. На вторую часть приходится давать отвѣтъ, руководствуясь теченіемъ и продолжительностью болѣзни. Въ случаяхъ, гдѣ въ виду долгаго теченія нервныхъ волоконъ образовались стойкія измѣненія въ нервной ткани, тамъ конечно мы не въ правѣ ожидать улучшения объективныхъ данныхъ, зависящихъ отъ такихъ измѣненій, и сколько бы такіе больные ни лѣчились, у нихъ навсегда останутся ихъ ленты гипѣстезіи на нижнихъ конечностяхъ; для легкихъ же и недавнихъ случаевъ и въ этомъ отношеніи прогнозъ въ концѣ концовъ бываетъ благоприятенъ.

Вообще же никогда не надо забывать, что корешковый ишіасъ относится къ числу тяжелыхъ заболѣваній.

Лѣчение.

О терапии иностранные авторы мало говорятъ. Повидимому вездѣ примѣнялась обычная терапия, которая принята при всякихъ невралгіяхъ и невритахъ: ванны, электризація, калициловые препараты и т. д. и только французскіе авторы упорно рекомендуютъ въ каждомъ случаѣ корешковаго нѣпаса примѣнять ртутное и іодистое лѣчение.

Всѣ наши больные получали грязевое лѣчение и только въ случаяхъ, гдѣ было указаніе на сифились, примѣнялось и ртутное лѣчение.

Какъ извѣстно Сакскія грязи принадлежать къ самымъ сильнымъ, что вѣроятно зависитъ не столько отъ состава ихъ, какъ отъ способа ихъ примѣненія. Особенность метода Сакскаго лѣченія составляетъ то, что больные принимаютъ ванны на воздухѣ и грязь сложенная въ лепешки или медалионы нагрѣвается солнцемъ до 38—42°. Такимъ образомъ больные принимаютъ не только грязевую, но и солнечную ванну. Что это послѣднее обстоятельство должно имѣть свое вліяніе, указываетъ наблюденіе д-ра Платковскаго, завѣдующаго метеорологической станціей въ Сакахъ. Именно, онъ замѣтилъ, что больные труднѣе переносятъ ванны не тогда, когда температура самой ванны высока, или когда высока температура окружающаго воздуха, а когда усилена поглощаемость лучей солнца.

Второй особенностью Сакекаго лѣченія составляет послѣдовательное потѣніе въ теченіе 1—1½ и до 2 часовъ.

Въ тѣ дни когда стоит пасмурная погода и ванны на солнцѣ плохо нагрѣваются, больнымъ выдаются разводныя ванны: грязь размѣшенная съ рапой. Въ исключительныхъ только случаяхъ приходится отказываться отъ ваннъ на площадкахъ, на солнцѣ и назначать одни только разводныя. Такъ было въ случаѣ XX, гдѣ въ виду согнутаго положенія больного и быстро наступавшихъ болей при лежаніи, пришлось ограничиться одними разводными ваннами. Какая разница существуетъ въ терапевтическомъ эффектѣ между обоими видами ваннъ до сихъ поръ вопросъ очень спорный.

Передъ началомъ грязевыхъ ваннъ и по окончаніи ихъ назначаются рапныя ванны, въ первомъ случаѣ для того чтобы приготовить больного къ высокой температурѣ и къ потѣнію, во второмъ, чтобы охладить тѣло больного и избѣжать возможной простуды.

Число грязевыхъ ваннъ назначаемыхъ больнымъ зависитъ отъ страданія и его упорства. По тому, что мы раньше говорили о теченіи корешковаго ишіаса понятно, что въ этомъ случаѣ приходится назначать много ваннъ. Мои случаи въ этомъ отношеніи не могутъ служить показателемъ, такъ какъ большинство больныхъ было изъ присланныхъ на лѣченіемъ отъ земства или отъ организаций и были ограничены извѣстнымъ срокомъ. Больше 12 грязевыхъ ваннъ въ срокъ, положенный имъ для лѣченія, нельзя было успѣть дать, но всѣ „частные“ больные съ корешковымъ ишіасомъ получали отъ 14 до 16 ваннъ. Наибольшее количество ваннъ, которое назначается больнымъ въ Сакахъ не превышаетъ 18—20.

Благодаря усиленному потѣнію въ Сакахъ имѣется возможность вводить большія количества руты безъ всякихъ

непріятныхъ побочныхъ явленій. Такъ нерѣдки случаи, когда больные хорошо переносили во время лѣченія до 10 полныхъ шприцевъ 10% раствора *Hydrargyri salicylici*. Однако замѣчено, что лучшие результаты получаются, когда больной прѣзжаетъ въ Саки уже пройдя специфическую терапію дома, почему мы и советуемъ больнымъ, пройдя ваннами въ первый свой прѣздъ специфическую терапію въ Сакахъ, на будущій годъ пройти энергичное ртутное лѣченіе передъ самымъ прѣздомъ на грязевое лѣченіе.

Въ заключеніе я снова долженъ поднять вопросъ, затронутый мною во введеніи о номенклатурѣ этого страданія. Безусловно наименованіе корешковый ишіасъ, ишіасъ корешковаго происхожденія является неправильнымъ, такъ какъ во первыхъ мы имѣемъ дѣло съ глубокимъ анатомическимъ процессомъ въ корешкахъ—нервномъ корешковъ, а во вторыхъ вовлекаемые въ процессъ корешки далеко заходятъ за ту область, откуда начинается собственно сѣдалищный нервъ.

Это замѣчено и французскими авторами, которые, чтобы избѣжать эти затрудненія предлагали нѣсколько названій: *sciaticque radicaire, radiculite sciaticque, radiculite du membre inferior* и т. д.

Оставляя для данной работы названіе корешковаго ишіаса по приведеннымъ во введеніи основаніямъ, я нахожу, что для этого страданія всего удобнѣе было бы употреблять названіе менинго-радикулита пояснично крестцоваго сплетенія (*meningo-radiculitis plexus lumbo-sacralis*), какъ наиболѣе отвѣчающимъ настоящему положенію ученія о патогенезѣ и патолого-анатомической основѣ страданія.

В ы в о д ы.

1. Среди больных страдающих ишиасом имеется строго обособленная и определенная группа, при которой больше или меньше глубоко страдают корешки спинного мозга.
2. Клинически эта форма выражается явлениями со стороны корешков, как в чувствующей, так и в двигательной сферах: в чувствующей сфере это выражается изменением чувствительности с корешковым расположением, в двигательной—параличами и атрофиями, согласно сегментарной иннервации.
3. Распределение изменений чувствительности носить различный характер, что может зависеть от интенсивности процесса.
4. Патолого-анатомическим субстратом этой формы служить первичное интерстициальное воспаление корешков и оболочек.
5. Эта форма ишиаса является лишь синдромом и очень часто, чаще чем обычный ишиас, является страданием вторичным.
6. Этиологией могут служить различные инфекции, из которых на первом плане надо поставить сифилис, гоноррею и туберкулез.

7. Эта форма отличается своим хроническим течением и трудно поддается лечению. В этом смысле Саксия грязи являются для них лучшим методом лечения.

8. Наиболее отвечающим патологоанатомической картинѣ страданія именемъ является менинго—радикулитъ пояснично крестцового сплетенія (meningo-radiculitis plexus lumbosacralis).

Приложение I-е.

Случай изъ литературы.

№	Авторы.	Годъ.	Лѣта.	Полъ.	Этиологiя.	Боли	Разстройства чувствительности.	Разстройства движения.	Лавегу.
1	Raymond.	1898	47	Ж.	Тб.	Рѣзкая обхватывающая боли приступами по задней поверхности бедра.	Анестезія по передне-внутренней поверхности бедра въ области п. sciaticus и гипестезія въ области п. ischiadici на голени.	Валый параличъ съ реакціей перерождения сначала мышць правой, потомъ лѣвой ноги.	+
2	Chirault.	1902	52	М.	Сиф.	?	Гипестезія по внутренней поверхности голени и задней бедра S ₂ и 3.	?	?
3	Dubois.	1902	46	Ж.	Поднятие тяжести.	—	Въ области S ₃ и 4 съ двухъ сторонъ.	Параличъ въ области S ₃ и 4 съ обѣихъ сторонъ.	Не миду
4	Gaukler et Roussy.	1904	58	М.	Lues.	Боли по тракту п. ischiadici dext.	Пониженіе чувствительности въ области I, III, IV и V.	—	+

Тонус Valvix.	Рефлексы.	Таз. органы	Половочл.	Сторона пораженія.	Диагнозъ.	Терапія.	Исходъ.	Аутогн.	Особенности.
+	Колѣнный и ахилловый а. б. с.	N	Болезненность I поясничного съ боковъ стор.	Сначала правая потомъ лѣвая.	Meningo-radicularis plex. lumbosacralis in suspicio tbc.	Симптоматическая.	Смерть отъ пролежня.	Первичное воспалительное поражение переднихъ и заднихъ корешковъ. 4 поясничныхъ и крестцовыхъ; казеозное перерождение. Все рѣзче выражено справа.	I, II, III, IV, V S _{1, 2, 3, 4, 5} .
?	—	N	?	Правая.	Meningo-radicularisluetica.	Эндуральное всприкивание кокаина.	Безъ результата.		
употы.		N		Двустороннее.	Haemorrhagia plexus sacralis.	Покон.	Улучшеніе черезъ 8 мѣсяцевъ.		
Не приведены.	Пониженный колѣнный рефл.	N	—	Правая.	—	—	—	—	Незначительный лимфопозъ цереброспинальной жидкости.

№	Авторы.	Год.	Лѣт.	Пол.	Этиология	Боли.	Разстройства чувствительности	Разстройства движения.	Лазаге.	
5	Egger et Chiray.	1904	—	—	—	Боли стрѣляющаго типа.	Разстройство чувствительности въ области L _v и S ₁ .	Атрофія мышцъ въ области L _v и S ₁	Невед.	
6	Lortat-Jacob et Sabaréanu.	1904	39	M.	Lues въ анамнезѣ.	Боли въ лѣвой ногѣ.	Гипестезія въ области L _i , II, III, IV, V и анестезія S _{1, 2, 3 и 4} .	—	+	
7	Gavazenni.	1905	46	M.	Lues.	По задней поверхности ноги, по тракту п. ischiadici.	Гипестезія въ области L _{II, III, IV, V} и S _{1 и 2} , гиперестезія въ области L _I .	Атрофія ягодичныхъ мышцъ.	+	
8	Lortat-Jacob et Sabaréanu.	1. 1905	56	M	?	Рѣзкія боли по тракту п. ischiadici гл. образ. лѣв.	Гиперестезія по наружной поверхности ноги L _v S _{1, 2 и 3} .	Небольшое ослабленіе всей ноги.	+	
9	—	2	—	59	M.	?	Рѣзкія боли по тракту п. ischiadici sin.	Анестезія въ области L _v S _{2 и 3} .	—	+
10	—	3.	—	65	M.	The. alcohol.	Рѣзкія боли по наружной поверхности лѣвой ноги.	Анестезія въ области L _v и S _{1 и 2} .	—	+

Тонка Valtek.	Рефлексы.	Таз. органы.	Повлочи	Сторона пораженія.	Диагнозъ.	Терапія.	Исходъ.	Аутопси.	Особенности.
приня	—	—	—	Двустороннее.	—	—	—	—	—
Не типичны	—	—	Гомологичный сколиозъ.	Лѣвая.	—	—	—	—	—
+	N	N	Гомологичный сколиозъ.	Правая.	Sciatique radiculaire.	Hg и Naj.	Черезъ мѣсяць полное выздоровленіе.	—	—
+	Колѣнный живой; ахилловый вялый	N	N	Лѣвая.	Sciatique radiculaire.	Специфическое.	Уменьшеніе субъективныхъ ощущенийъ.	—	—
+	Пониженіе колѣннаго; ахилловыя a b s.	N	Гомологичный сколиозъ.	Лѣвая.	Idem.	Ртуть.	Уменьшеніе болей.	—	—
+	Лѣвый колѣнный вялый; оба ахилловыя a b s.	N	N	Лѣвая.	Idem.	Ртуть и іодъ.	Быстрое улучшеніе.	—	—

№	Авторы.	Годъ.	Лѣта.	Полъ.	Этиолог.	Боли	Разстройства чувствительности.	Разстройства движения.	Lasagne.
11	— 4.	—	42 М.	?	Неврогическая боли по тракту p. ischiadici sin	Анестезия въ области L _v и S ₁ и 2.	Атрофия мышц бедра, фибриллярная подергиванья.	+	
12	Berthéol. 1.	1906	69 М.	Luces.	Боли по задней поверхности; признак Sicard'a.	Гипестезия въ области L _{ii} , ii, iii, iv, v и S ₁ и 2.	—	+	
13	— 2.	—	73 Ж.	?	Рѣзкая боли по тракту p. ischiadici dext. усиливаются по ночамъ. Признакъ Sicard'a.	Гипестезия въ области L _{iii} , iv и v.	Похуланіе всей ноги.	+	
14	Camus et Sézary.	1906	38 М.	—	Боли по задней поверхности ноги. Признакъ Sicard'a	Гипестезия въ области S _i .	Параличь m. extensor hallucis long и m. tibialis anticus.	+	
15	Mosny et Malloizel.	1907	23 М.	The.	Опясывающие боли въ пояснице, отдающаяся въ лѣвую ногу по p. ischiadici.	Гипестезия въ области L _{iv} и v на обеихъ ногахъ.	—	Не веде	

Торси Valtetx.	Рефлексы.	Таз. органы.	Позвоночн.	Сторона поражения.	Диагнозъ.	Терапія.	Исходъ.	Аутопси.	Особенности.
+	Колѣнные вальсы, ахилловы а b s.	—	Гомологичный сколиозъ.	Лѣвая.	Idem.	—	—	—	—
+	Клонусъ стопы.	N	Гомологичный сколиозъ.	Правая.	Meningo radiculitis pl. lumbosacralis luetica.	Ругъ и юдъ.	Выздоровленіе.	—	—
+	Колѣнный очень вальсы, ахилловый почти нормалъ.	N	N	Правая.	Sciaticque radiculaire.	—	—	—	—
+	N	N	N	Правая.	Radiculite sensitivo-motrice.	—	—	—	—
приня.	Оба колѣнные вальсы.	—	Болѣзненность боковыхъ позвоночн. позв.	Двустороннее	Meningo radiculite lombaire, consecutive à une ostéite tuberculeuse.	—	—	—	—

№	Авторы.	Годъ.	Лѣта.	Полъ.	Этиологич.	Боли.	Разстройства чувствительности.	Разстройства движения.	Lasègue.
16	Raymond et Oppert.	1907	31	Ж.	Luës.	Стрѣляющая боль въ ногахъ. Парестези.	Гипестезія въ области L _{IV} и V и S _{1, 2 и 3} . Анастезія въ области S _{4 и 5} .	Парезъ правой ноги, рѣзче въ ягодичныхъ и заднихъ бедренныхъ.	Не веде
17	Jeanselme et Sézary.	1907	47	М.	Нагибаніе и приступы кашля лѣвой лues?	Рѣзкія боли въ поясницѣ и передней поверхности лѣвой ноги.	Разстройства въ области L _V и S _{1, 2 и 3} .	Атрофія m. quadriceps femoris и n. tibialis anticus. L _{IV} и S ₁ .	--
18	Ardin-Delteil et Dumolard.	1907	31	М.	Luës.	Боли въ ягодичной области и въ бѣдрѣ въ области n. sciaticus.	Н ѣ т ѣ.	Атрофія мышць ягодичъ и заднихъ бедра и голени.	+
19	Lortat-Jacob et Salomon.	1907	26	М.	Гоноррея.	Стрѣляющая боль по тракту лѣвого сѣдалищ. нерва.	Гиперестезія I, II, III, IV S _{1, 2 и 3} .	Похуданіе и парезъ мускулатуры главы. обр. верхн. 1/3 голени. Атрофія ягодичн.	+
20	Roussellier 1.	1907	44	М.	Luës.	Боли по задней поверхности ноги.	Гиперестезія въ области S _{1 и 2} .	Атрофія аддукторовъ и заднихъ мышць бедра.	+
21	— 2.	—	21	М.	Luës.	Боли по тракту n. ischiadicus.	Гипестезія въ области S ₂ тернич. и кости. N.	N	+

Тонус. Valleix.	Рефлексы.	Таб. органы.	Половочн.	Сторона пораженія.	Диагнозъ.	Терапія.	Исходъ.	Аутопси.	Особенности.
прнн.	Колѣнные и ахилловыя a b s	N	N	Дуэторонес.	Meningo-radicularitis in suspicio lueticæ.	—	—	—	—
+	Колѣнный очень пониженъ, cremaster a b s.	N	—	Лѣвая.	Radiculite lombaire.	Ртуль и юль.	Полное выздоровленіе.	—	—
Не при ведены.	Лѣвый колѣнный и ахилловый рѣзко понижены.	N	N	Лѣвая.	Radiculite syphilitique de la queue du cheval.	Специфическое.	Быстрое улучшеніе.	—	Лимфоптозъ спинно-мозговой жидкости.
+	Колѣнный очень вялый, ахилловый a b s.	N	Гомологичный сколиозъ.	Лѣвая.	—	—	—	—	—
+	Ахилловый вялый.	N	Гомологичный сколиозъ	Лѣвая.	Radiculite sclérotique syphilitique	Специфическое.	Почти полное выздоровленіе.	—	—
+	Ахилловый очень живой.	N	N	Лѣвая.	Idem.	Idem.	Больной исчезъ изъ поля наблюденія.	—	—

№	Авторы.	Годъ.	Лѣта.	Полъ.	Этиолог.	Боли.	Разстройства чувствительности.	Разстройства движения.	Lasghe.	
22	Roussellier 3.	—	26	Ж.	Luces.	Стрѣляющая боли по задней поверхности ноги, рѣзче правой.	Гиперестезія въ области правыхъ L _{IV} и S ₁ .	Небольшое ослабление правой ноги.	—	
23	—	4.	—	47	М.	Luces.	Рѣзкіе боли, постоянная съ обострениями.	Анестезія въ области L _{III, IV} и v.	Атрофія мышц бедра и голени въ области n. ischiadici и cruralis.	+
24	—	5.	—	69	М.	Luces.	Стрѣляющая боли и мурашки въ мышцахъ	Гиперестезія въ области S ₁ .	Ослабленіе сгибателей колѣна.	+
25	—	6.	—	50	М.	Luces.	Боли приступами по тракту n. ischiadici.	Глубокая гиперестезія въ области S _{1 и 2} .	Ослабленіе мускулатуры всей ноги	+
26	—	7.	—	37	М.	Luces.	Боли приступами въ видѣ электрическаго тока въ ногѣ.	Гиперестезія въ области L _{IV, v} и S _{1 и 2} .	Значительное ослабленіе силы всей ноги.	+
27	—	8. 1907	25	Ж.	Luces 23 л.	Стрѣляющая боли. Признакъ Si-card'a	Гиперестезія въ области L _{IV, v} S _{1 и 2} .	N	+	

Точка Valleix.	Рефлексы.	Таз. органы.	Позвоноч.	Сторона поражения.	Диагнозъ.	Терапія.	Исходъ.	Аутоген.	Особенности.
+	Колѣнный правый очень живой.	N	N	Двустороннее.	Idem.	—	—	—	Kernig отрицательный.
+	Колѣнный и ахилловый понижены.	N	Гомологичный сколюзъ.	Лѣвая.	Idem.	Idem.	Черезъ мѣсяцъ боли исчезли, чувствительность и сколюзъ idem.	—	—
+	N	N	N	Лѣвая.	Idem.	Idem.	Черезъ 6 недѣль болей нѣтъ, мурашки по прежнему.	—	—
+	Колѣнный очень живой.	N	Гомологичный сколюзъ.	Лѣвая.	Idem.	Idem.	Больной исчезъ изъ виду наблюденья.	—	—
+	Ахилловый повышенъ, колѣнный N.	N	Гомологичный сколюзъ.	Лѣвая.	Idem.	Idem.	Черезъ 2 недѣли боли совершенно прошли.	—	Ослабленіе реакціи на свѣтъ въ правомъ глазу.
+	Колѣнный и ахилловый равномерно повышены.	N	N	Правая.	Idem.	Idem.	Черезъ 2 недѣли почти полное исчезновение болей. Чувствительность по прежнему.	—	—

№	Авторы.	Год.	Возр.	Пол.	Этиология.	Боли.	Разстройтва чувствительности	Разстройтва движения.	Lasègue.
28	Constantin Stroescu.	1907	—	—	—	?	?	?	?
29	Lortat-Jacob et Sagaréanu.	1908	52	M.	Lues	Жгучия боли в правомъ бедрѣ; чувств. пояса.	Гипестезія и анестезія въ области L _{IV, V} S _{1 & 2} .	Ягоднича дрѣвца, небольшая атрофія бедра.	Ночка
30	—	2.	—	45	M	—	Гиперестезія въ области L _{IV, V} S _{1 & 2} .	?	Не указ. загл.
31	Camus.	1. 1908	27	M.	Lues 2 года до заболѣванія.	Стрѣляющія боли по задней поверхности ноги. Признакъ Sicard'a.	Гиперестезія въ области L _{IV, V} S _{1 & 2} .	N	+
32	—	2.	—	27	M.	Tb.	Почти полная анестезія въ области L _V и S ₁ .	Атрофія и параличъ м. п. extensores pedis et digitorum.	+ Невсн.
33	—	3.	—	35	M.	Lues.	Гиперестезія въ области L _{IV, V} S _{1 & 2} .	N	+ На обѣихъ ногахъ.

Токи Valleix.	Рефлексы.	Таз. органы.	Позвоноч.	Сторона пораженія.	Диагнозъ.	Терапія.	Исходъ.	Аутопсія.	Особенности.
?	?	?	?	—	—	—	—	—	—
заны.	Колѣнный пониженъ, ахилловъ N.	N	N	Правая.	—	Kj.	Выздоров.	—	—
+	Колѣнные оба живые, ахилловъ правый пониженъ.	N	Гомологичный сколюзъ.	Правая.	—	—	—	—	—
—	Ахилловъ пониженъ колѣнный N.	N	N	Лѣвая.	Radiculite lombosacrée luetique.	Ругъ и іодъ.	Черезъ недѣлю прекративъ лечение, улучшился нѣтъ.	—	—
—	Ахилловъ пониженъ колѣнный N.	N	N	Лѣвая.	Idem.	Ругъ.	Черезъ мѣсяць улучшение, черезъ годъ явленіе спондилита.	—	—
—	Лѣвый ахилловъ а b s.	N	N	Правая.	Idem.	Ругъ и іодъ.	Черезъ 2 недѣли боли совершенно пропали.	—	—

№	Авторы.	Год.	Лета.	Пол.	Этноген.	Боли.	Разстройства чувствительности	Разстройства движений.	Lasique
34	Samus. 4.	—	60	M.	Lues	Слѣва стрѣляющая боли сверху вниз, признак Sicard'a.	Гипестезія въ области L _V S ₁ и 2.	Ослабленіе сгибателей стопы и бедра въ тазобедрен. суставѣ на лѣвой ногѣ; небольшая атрофія мышц передней поверхности бедра и m.m. extensores digitorum comm. et tibialis ant.	Дан иѣ
35	— 5.	1908	59	M.	?	Боли стрѣляющаго типа по всей ногѣ больше правой. Признакъ Sicard'a.	Гипестезія въ области L _V и S ₁ .	N	Дан нѣтъ.
36	— 6.	—	42	M.	Lues.	Стрѣляющаго типа сверху вниз по задней поверхности ноги. Признакъ Sicard'a.	Гипестезія болевая, тактильная и термическая въ области L _V и S ₁ .	—	+
37	Lafforgue.	1909	22	M	Tbc.	Боли по тракту n. ischiadic.	Гиперестезія въ области L ₁ , II, III и IV.	—	+

Тонус Valleix.	Рефлексы.	Таз. органы.	Позвоночн.	Сторона поражения.	Диагнозъ.	Терапія.	Исходъ.	Аутопсия.	Особенности.
нѣтъ.	Лѣвый ахилловый а b s.	N	N	Лѣвая	—	Ргутъ.	Черезъ 3 недѣли болей нѣтъ небольшая слабость въ ранге парализованныхъ мышцахъ.	—	—
—	Кольчатый правый а b s. лѣвый пониженъ, ахилловый правый а b s. лѣвый N.	N	N	Двустороннее, больше правой.	Idem.	Idem.	Черезъ 2 недѣли болей нѣтъ, гиперестезія по прежнему.	—	—
—	Правый ахилловый рѣзко пониженъ.	N	N	Правая.	Idem.	Idem.	Черезъ 3 недѣли боли исчезли, гипестезія немного улучшилась.	—	—
+	N	N	N	Лѣвая.	Sciaticque radiculaire d'origine tuberculeuse.	Kaj.	Выздоровленіе.	—	—

№	Авторы.	Годъ.	Лѣта.	Полъ.	Этиологія.	Боли.	Разстройтва чувствительности	Разстройтва движенія.	Lasigae.
38	Stursberg. 1	1910	38	М	Простуда.	Боли въ крестцѣ и по задней поверхности бедра.	Гипэстезія въ области S _{1, 2, 3, 4 и 5.}	Похуданіе ягодичныхъ мышцъ.	+
39	— 2.	—	46	М.	?	Боли по задней поверхности ноги.	Гипэстезія въ области L _{II, III, IV и V.} Анэстезія въ области S _{1, 2, 3, 4 и 5.}	Рѣзкое похуданіе ягодичныхъ мышцъ, вся нога худѣздоровой.	+
40	— 3.	—	29	М.	?	Боли по задней поверхности ноги. Признакъ Sicard'a.	Гипэстезія въ области L _{II, III и IV.} Анэстезія въ области L _V S _{1, 2, 3, 4 и 5.}	Похуданіе всей правой ноги, особенно ягодичъ.	Не веде-
41	— 4.	—	38	М.	?	Боли по задней поверхности ноги. Признакъ Sicard'a.	Глубокая гипэстезія въ области D _{II, 12} L _{I, II, III, IV, V} S _{1, 2, 3, 4 и 5.}	N	+
42	— 5.	1910	55	М.	?	Боли стрѣляющія сверху внизъ по тракту n. ischiadicci dext.	Гипэстезія въ области D _{II, 12} L _{I, II, III, IV} и S _{2, 3, 4 и 5.} Анэстезія въ области L _V и S _{1.}	Небольшая атрофія ягодичныхъ мышцъ.	+

Тонки Valleix.	Рефлексы.	Таз. органы.	Позвоночн.	Сторона пораженія.	Диагнозъ.	Терапія.	Исходъ.	Аутогеня.	Особенности.
+	Правый ахилловый а b s.	N	Гомологичный скользя.	Правая.	Wurzel ischias.	Обычная.	Безъ результата	—	—
Не приведены.	Правый ахилловый а b s, оба коленные понижены.	N	N	Правая.	—	Песочные ванны.	Улучшеніе.	—	—
прим.	Ахилловый правый а b s.	N	N	Правая.	—	Aspirin, тепло; потомъ продолжительный покой.	Послѣ покоя уменьшеніе субъективныхъ жалобъ.	—	—
+	Ахилловый лѣвый а b s.	N	Болѣзненность 4 и 5 поясничныхъ позвонковъ.	Лѣвая.	—	Обычная.	Болей нѣтъ, чувствительность idem.	—	—
Не приведены.	N	N	Болѣзненнымъ при давл. крест. и пояснич. позв.	Правая.	—	—	—	—	—

№	Авторы.	Годъ.	Лѣтъ.	Полъ.	Этиология.	Боли.	Разстройстаа чувствительности	Разстройство движения.	Laségue.
43	Clarac.	1911	48	M.	Lues.	Боли по задней поверхности ноги. Признакъ Sicard.	Гипестезія въ области L _{IV, V} и S _I .	Параличъ съ реакціей перерождения въ m. peroneus longus et brevis и extensores halluc. et digit.	—
44	Døjerine et Régnard.	1912	32	M.	Lues.	Приступъ болей на 2 дня.	Болевая и тактильная анестезія въ области S _I .	Параличъ разгибателей стопы и пальцевъ, кромѣ m. tibialis anticus.	+
45	Chiray et Clarac.	1912	54	M.	Траума.	Боли въ области ягодицы и по задней поверхности ноги.	Гипестезія въ области L _{IV, V} и S _I . Анестезія въ области L _V и S _I .	Атрофія и параличъ мышцъ перепончатой поверхности голени съ полной реакціей перерождения.	+

Тонус Ваггера.	Рефлексы.	Таз. органы.	Полоночи.	Сторона поражения.	Диагнозъ.	Терапія.	Исходъ.	Аутогенн.	Особенности.
—	Лѣвый коленный живъе правого, ахилловъ, лѣвый очень вялый.	N	N	Лѣвая.	Radiculite lombosacree.	Ругъ.	?	—	—
+	Правый ахилловый пониженъ.	N	N	Правая.	Sciaticque radiculaire probablement syphilitique.	—	—	—	—
+	Пониженіе ахилловаго и коленного на лѣвой ногѣ.	N	N	Лѣвая.	Sciaticque radiculaire traumatique.	—	—	—	—

Приложение II-е.

Собственныя наблюденія.

Случай.	Годъ.	Лѣта.	Полъ.	Этиологія.	Субъективная ощущения.	Разстройства чувствительности.
I. Ве — нь	1910	48	М.	Простуда.	Боли по сдавленному нерву и по наружной поверхности правой голени, боли стрѣляющаго типа.	Гиперэстезія въ области L _v S ₁₋₂ (по Thorburn). (L _{ii} , ш, iv, v S ₁₋₂ по Seiffer).
—	1911	49	—	—	Стрѣляющія боли по тракту сдавленнаго нерва.	Гиперэстезія въ области L _{iv-v} S _{1, 2, 3, 4 и 5} .
II. Во — нь.	1910	38	М.	Простуда гоноррея.	Боли по тракту сдавленнаго нерва и наружной поверхности голени	Гиперэстезія въ области L _v и S ₁₋₂ (Thorburn). (L _{ii} , ш, iv, v S ₁₋₂ по Seiffer).
—	1911	39	—	—	Небольшія боли по сдавленному нерву.	Гиперэстезія въ области L _v (по Thorburn). (L _{ii} , ш, iv, v по Seiffer).
III. Вл — нь.	1909	19	М.	Брюшной тифъ (простуда, гоноррея).	Держащая боли приступами, и стрѣляющія.	Анестезія въ области L _v и S _i . Гиперэстезія D _{xi-xii} L _{ii} , ш, iv S _{2, 3, 4 и 5} .
—	1910	20	—	—	Н ѣ т ь.	Н ѣ т ь.

Разстройства движения.	Lasique.	Тонки Valsky.	Рефлексы.	Газ. органы.	Позвоночн.	Сторона пораженія.	Обобенности.	Лѣченіе.	Исходъ.
—	+	+	N	N	L _{iv и v} болѣзненны	Л.	—	4 грунт. 8 развод. 9 рани.	Боли меньше; гиперэстезія по прежнему.
—	+	+	N	N	Боли всѣхъ поясн. позв.	Л.	—	11 грунт. 1 развод. 9 рани.	Боли улучши.
—	+	+	Лѣв. колѣн. вялый.	N	L _{iv и v} болѣзненны	Л.	—	10 грунт. 2 разв. 8 рани.	Нервы болѣзненны. Боли меньше.
—	+	+	N	N	N	Л.	—	6 нат. 6 разв. 8 рани.	Обострене во время отходныхъ ваннъ.
Похуданіе m. glutei, vasti, semitendinosus, semitendinosus, triceps surae. Мышцы дряблы.	+	+	Колѣн. лѣв. abs. ахил. N	N	N	Л.	Выпаденіе волосъ на лѣвой ногѣ.	14 грунт. 9 рани.	Гиперэстезія на мѣстѣ анестезіи. Гиперэстезія нѣтъ.
Похуданіе и дряблость мышцъ мѣсте рѣзка.	+	не рѣзк.	Лѣвый колѣн. вялый.	N	N	Л.	Появились волосы на ногѣ.	11 гряз. 9 рани.	Болеи нѣтъ чувств. N

Случай.	Годъ.	Лѣт.	Полъ.	Этиолог.	Субъективные ощущения.	Разстройства чувствительности.
IV. Ла — вѣ.	1910	30	М.	?	Боли въ поясницѣ и по тракту лѣваго сѣдалищнаго нерва.	Гиперестезія $L_{II, III, IV, V}$ S_1 .
—	1911	31	—	—	Незначительныя боли у наружной ладыжки.	Гиперестезія L_V и S_1 (по Thorburn) (L_{II-V} S_1 по Seiffer).
V. Шу — вѣ.	1910	38	М.	Простуда.	Боли по тракту сѣдалищнаго нерва на обѣихъ ногахъ.	Гиперестезія с лѣва L_V и S_{1+2} (по Thorburn) ($L_{II, III, IV, V}$ S_{1+2} по Seiffer).
VI. Б—ръ М—а.	1910	37	М.	Простуда.	Жгучія боли въ ногахъ.	Гиперестезія L_V и S_{1+2} (по Thorburn) ($L_{II, III, IV, V}$ S_{1+2} по Seiffer).
VII. Ор — вѣ.	1910	24	М.	Простуда.	Боли по тракту обѣихъ сѣдалищныхъ нервовъ.	Гиперестезія на обѣихъ ногахъ симметричная L_{IV} и V .
VIII. Тер — вѣ.	1910	33	М.	?	Боли по тракту обѣихъ сѣдалищныхъ нервовъ.	Гиперестезія L_V и S_{1+2} (по Thorburn) ($L_{II, III, IV, V}$ и S_{1+2} по Seiffer) на правой ногѣ.

Разстройства движения.	Lasigne.	Токин Vallisx.	Рефлексы.	Газ. органы	Позвоноч.	Сторона поражений.	Особенности.	Лѣчение.	Исходъ.
Дряблость мышцъ ягодичныя, приводящихъ бедра и икроножныхъ.	+	+	N	N	Гомологичный сколиозъ.	Прав.	—	6 грунт. 6 грязев. 24 рани. подлѣчиванье.	Стоить прямѣе. Гиперестезія меньше.
—	+	+ у наружной ладыжки.	N	N	N	Прав.	—	9 грунт. 1 развод. 10 раниыхъ	Гиперестезія голени и нижн. 1/3 бедра. Болей нѣтъ.
—	+	+	Ахилловъ вялый.	N	N	Двусторон.	—	4 грунт. 8 развод. 9 рани.	Болей нѣтъ. Гиперестезія уменьшилась.
—	+	+	N	N	N	Лѣв.	—	3 грунт. 4 разв. 10 рани.	Боли меньше. Гиперестезія idem.
Субъективное чувство слабости въ ногахъ.	+	+	N	N	N	Двусторон.	—	9 грунт. 3 развод. 14 рани.	Улучшеніе. Гиперестезія idem.
—	+	+	N	N	N	Двусторон.	—	10 грунт. 2 развод. 8 рани.	Улучшеніе. Чувствительность по прежнему.

Случай.	Годъ.	Лѣтъ.	Полъ.	Этиолог.	Субъективная оцущения.	Разстройства чувствительности.
IX. Р — нѣтъ.	1909	38	М	Liues varices.	Боли въ видѣ ленты по наружной поверхности (область L _{IV} и S _{1 и 2} по Thörning). Ощущение въ видѣ чулка.	Н ѣ т ѣ.
X. Лю — нѣтъ.	1909	43	М.	Травма позвоноч.	Боли по правому сѣдалищному нерву.	Анестезія L _{II, III, IV, V} и S _I . Гиперестезія D _{XI XII} L _I и S _{2, 3, 4 и 5} .
—	1910	44	М.	—	Боли въ объѣмахъ ногъ и онемѣние въ правой.	Симметричная гиперестезія L _{I, II, III, IV и V} и S _{1, 2, 3, 4 и 5} .
XI. Е — въ.	1910	52	М.	Простуда.	Боли въ поясницѣ и по наружной поверхности объѣмахъ ногъ, въ голени боли стрѣляющаго типа.	Гиперестезія по всей лѣвой ногѣ L _{II, III, IV, V} и S _{1, 2, 3, 4 и 5} рѣзче выражена въ L _V и S _{1 и 2} по Thörning (L _{III, IV и V} и S _{1 и 2} по Seiffert). Гиперестезія въ правой. S _{4 и 5}
XII. Пу — иѣ.	1910	39	М.	?	Боли по наружной поверхности объѣмахъ ногъ.	Гиперестезія на правой ногѣ L _V и S _I . Гиперестезія на лѣвой ногѣ S _{3, 4 и 5} .

Разстройства движения.	Lassique.	Toussin Vallet.	Рефлексы.	Таз. органы.	Позвоноч.	Сторона пораженія.	Особенности.	Лѣченіе.	Исходъ.
Нѣтъ.	—	+	N	N	N	Прав.	—	7 грунт. 2 развод. 11 рапн.	Боли прошли.
—	+	+	N	N	Поясн. часть болѣз.	Прав.	—	10 грунт. 2 развод. 9 рапн.	Болѣе нѣтъ. Анестезія нѣтъ.
—	+	+	Колѣн. и ахил. повыш. на об. ног.	N	N	Двусторон.	—	10 грунт. 2 развод. 9 рапн.	Безъ улучш.
—	+	+	Лѣвыя колѣн. очень живов.	N	N	Двусторон.	—	10 грунт. 2 развод. 9 рапн.	Безъ улучш.
N	+	+	Правый колѣн. a b s.	N	N	Двусторон.	—	7 грунт. 3 развод. 10 рапн.	Боли меньше Гипестезія по прежнему

Случай.	Годъ.	Лѣта.	Полъ.	Этиологія.	Субъективныя ощущения.	Разстройства чувствительности
—	—	1911	40	—	Чувство онемѣнія по передней поверхности правой голени.	Гипестезія въ области L_{IV} и S_1 (?) пятнами.
XIII.	Ба — ла.	1910	38	М. Простуда.	Рвущія сверху внизъ боли по наружной поверхности голени и въ икрахъ.	Симметричная гипестезія на обѣихъ ногахъ $L_{III, III, IV}$ и S_1 , 2, 3, 4 и 5.
XIV.	Он — въ.	1911	27	М. Простуда, лues.	Боли по тракту лѣваго сѣдалищнаго нерва.	Гиперестезія $L_{IV, V}$ и S_1 .
—	—	1912	28	—	Боли въ лѣвой голени и ягодицѣ.	Нерѣзкая гиперестезія какъ прежде.
XV.	Ро — ко.	1911	46	М. лues, простуда.	Стрѣляющія сверху внизъ боли по наружной поверхности правой ноги и подъ коленнымъ лѣвой.	Гиперестезія въ области S_2 на правой ногѣ.
XVI.	Ко — ия.	1911	34	М. лues простуда.	Боли по задней поверхности лѣвой ноги приступами при дурной погодѣ.	Гипестезія L_{IV} и V .

Разстройства движений.	Lasègue.	Тоши Valtch.	Рефлексы.	Таз. органы.	Позвоночн.	Сторона пораженія.	Особенности.	Лѣчение.	Исходъ.
—	+	+	Равно-мѣрны.	N	N	Прав.	—	5 грунт. 7 развод. 9 рани.	Безъ пере-мѣнъ.
—	+	+	N	N	N	Двусто-рон.	—	8 грунт. 4 развод. 9 рани.	Боли меньше по прежнему
—	+	+	Колѣн. правый вялый, ахиллов. очень вялый.	N	Гомо-логич. ско-люзъ.	Лѣвая.	Зрачки прав. 4, 5 лѣв. 3, —	12 грунт. 4 развод. 9 рани. К J.	Сколиозъ прошелъ. Чувствит. idem.
—	+	+	Равно-мѣрны.	N	Не-знач. ско-люзъ.	Лѣвая.	Зрачки idem.	9 грунт. 5 развод. 11 рани.	Боли меньше. Чувствит. idem.
—	+	+	N	N	N	Двусто-рон.	—	11 грунт. 1 развод. 9 рани.	Болей нѣтъ. Гиперестезія меньше рѣзкая.
—	+	—	N	N	N	Лѣвая.	—	7 грунт. 4 разв. 9 рани.	Боли прошли. Гиперестезія idem.

Случай.	Годъ.	Лѣта.	Полъ.	Этиологич.	Субъективная ощущения.	Разстройства чувствительности.
XVII. По — ло.	1911	36	М.	Lues pro- студа.	Боли по задней верхности лѣвой ноги приступами при дурной погодѣ.	Гиперестезія въѣхъ пояс- ничныхъ и въѣхъ кресто- выхъ, рѣже выраженая въ $L_{IV, V}$ и S_1 .
XVIII. Ги — нь.	1911	53	М.	?	Стрѣляюща сверху внизъ боли въ обѣихъ ногахъ.	Гиперестезія въ лѣвой ногѣ L_V , $S_{1 \text{ и } 2}$.
XIX. Ив — въ.	1911	49	М.	Lues.	Боли ноющимъ и стрѣляюща по зад- ней поверхности обѣихъ ногъ. Онѣ- мѣние въ лѣвой ногѣ.	Гипестезія въ лѣвой ногѣ L_V и $S_{1 \text{ и } 2}$ (по Thorburn) ($L_{II, III, IV, V}$ и $S_{1 \text{ и } 2}$ по Seiffer).
XX. Ко — ко.	1910	54	М.	Lues.	Боли по задней поверхности обѣ- ихъ ногъ. Чувство онѣмѣния въ сто- пахъ.	Глубокая гипестезія на обѣихъ ногахъ. $L_{II, III, IV}$ и V $S_{1 \text{ и } 2}$.
—	1911	55	—	—	Незначительная боли по задней по- верхности правой ноги и съ пояс- ницы до колѣна лѣвой.	Гипестезія правая L_V и S_1 , лѣвая $S_{1 \text{ и } 2}$ (по Thorburn).
—	1912	56	—	—	Небольшая боли въ ногахъ, гл обр. въ голенихъ по наружной поверх- ности.	Глубокая симметричная гипестезія, почти анестезія $L_{II, III, IV}$ и V и S_1 .

Разстройства движения.	Lasque.	Тошн. Vallix.	Раббесса.	Таз. органы.	Глозиопоч.	Сторона пораженія.	Обобен- ности.	Лѣченіе.	Исходъ.
—	+	+	Правый коленный вялый.	N	N	Прав.	—	4 разн. лѣченія не окончаль.	—
—	+	+	Правый явный Лѣвый очень вялый.	N	Право- стор- ско- люозъ.	Двусто- рон.	—	5 грунт. 2 разод. 2 разн. недокончен.	Улучшеніе. Гиперестезія по прежнему
—	+	+	N	N	N	Двусто- рон.	—	6 грунт. 6 разв. 8 разн.	Боли нѣтъ. Гипестезія меньше.
Правая нога худѣ лѣвой.	+	+	N	N	Рѣз- кій кифо- ско- люозъ.	Двусто- рон.	—	1 натур. 7 разод. 11 разн.	Боли безъ улучшенія. Гипестезія меньше.
—	+	+	Ахилло- вые почти а b s. Колѣн. вялые.	N	N	Двусто- рон.	—	7 грунт. 8 разод. 9 разн. 30,0 витр. Ung. cin.	Болей нѣтъ. Гипестезія уменьши- лась.
—	+	+	Ахиллов. а b s. Колѣн. вялые.	N	N	Двусто- рон.	Рентгенъ показалъ нормал. позв.	8 грунт. 4 разв. 7 разн.	Боли меньше Гипестезія глубокая.

Случай.	Годъ.	Лѣтъ.	Полъ.	Этиологи.	Субъективныя ощущенія.	Разстройства чувствительности.
XXI. Ш — инъ.	1909	39	М.	Gonorrh ^o простуда.	Боли по тракту сѣдалищнаго нерва.	?
— " —	1910	40	М.	—	Боли по тракту сѣдалищнаго нерва	Гипэстезія L _{I, II, III, IV, V} S _{1, 2, 3, 4 и 5.}
— " —	1911	41	М.	—	Боли по тракту праваго сѣдалищнаго нерва.	Гипэстезія L _{IV, V} и S _{I.}
XXII. Т — кій.	1912	53	М.	Туберкулезь.	Боли по наружной поверхности лѣвой ноги.	Анэстезія L _V и S _{I.} Гипэстезія L _{I, II, III и IV} S _{2, 3, 4 и 5.}
XXIII. Ни — ко.	1912	39	Ж.	Простуда.	Боли по тракту праваго сѣдалищнаго нерва.	Гиперэстезія L _{III, IV} и S _{1 и 2.}

Разстройство движения.	Lassage.	Точка Valeix.	Рефлексы.	Тах. органы.	Позвоночн.	Сторона поражения.	Особен- ности.	Лечение.	Исходъ.
—	+	+	--	N	N	Прав.	Боли въ суставахъ	7 грунт. 4 развод. 10 рапи.	Боли въ суставахъ меньше. Въ нервн. сист. безъ перем.
—	+	+	Ахиллов. правый вялый.	N	N	Прав.	—	7 грунт. 1 развод. 12 рапи.	Боли меньше Гипестезія по прежнему
—	+	+	Ахиллов. правый вялый.	N	N	Прав.	—	7 грунт. 5 развод. 8 рапи.	Болей нтъ. Гипестезія меньше.
Атрофія m. tibialis anterior. Параличъ. разгибателей I пальца и стопа. Похуданіе бедря и голенн.	+ Не- рвѣзкій	—	Лѣвный коленный вялый.	N	N	Лѣв.	—	6 грунт. 4 развод. 3 рапи.	Болей нтъ. Чувствит. по прежнему
Дряблыя мышцы голенн.	+	+	Правый коленный вялый. Ахиллов. правый живѣе лѣв.	N	L _{IV} и V болѣз- нен.	Прав.	—	11 грунт. 3 развод. 7 рапи.	Обострене болей. Чувствит. идет.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Antie. Neuralgia and the disease that resemble it. London. 1885. Цитир. по Salomonson.
2. Ardin-Delteil et Dumolard. Radiculite syphilitique de la queue du cheval du côté gauche. Revue Neurologique. 1907.
3. Achard et Soupault. Sciatique et hysterie. Gazette des Hôpitaux de Paris. 1892. Цитир. по Berthéol.
4. Bernhardt. Die Krankheiten der peripheren Nerven. Wien. 1898.
5. Berthéol. Contribution à l'étude de la sciatique radriculaire. Thèse de Paris. 1906.
6. P. Camus. Etude de neuropathologie sur les radiculites. Paris. 1908.
7. Camus et Sezary. Un cas de radiculite sensitivo-motrice. Revue Neurologique. 1906.
8. ————— Les radiculites. La Presse médicale. 1907. № 68.
9. Chipault. Un type clinique nouveau: la radiculalgie meningopatique. Bulletin médicale. 1902. № 26.
10. Chiray et Clarac. Un cas de lésion radriculaire du plexus lombo-sacré, survenue à la suite d'un traumatisme. Revue Neurologique. 1912. I. № 4. pag. 296.

11. Clarac. Un cas de radiculite lombo-sacrée sensitivo-motrice. Revue Neurologique. 1911. II. № 14. pag. 157.
12. Cotugno. De ischiade nervosa commentarius. Neap. 1764. Цитир. по Rousselier.
13. Dubarry. Contribution à l'étude de la sensibilité cutanée dans la sciatique Thèse de Paris 1903.
14. Dubois. Radiculäre Lähmung im Bereiche des Sakralwurzeln. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1902. № 2.
15. Dejerine, Leenhardt, et Nèro. Névrite radiculaire cervico-dorsale avec douleurs tres vives pendant l'éternuement. Revue Neurologique. 1905. Цитир. по Camus.
16. ——— et Regnard. Sciatique radiculaire avec paralysie dissociée des muscles antéroexternes de la jambe droite. Intégrité du jambier antérieur. Anesthésie dans le territoire de S₁. Revue Neurologique. 1912. T. I. № 4. pag. 288.
17. ——— et Thomas. Maladies de la moelle épinière. Paris. 1909. pag. 789.
18. Egger et Chiray. Revue Neurologique. 1904.
19. Fernet. De la sciatique et de sa nature. Arch. gener. de medec. 1864. Цитир. по Berthéol.
20. Gaukler et Roussy. Un cas de sciatique avec trouble de la sensibilité à topographie radiculaire. Revue Neurologique. 1904. pag. 617.
21. Gavazzeni. Un cas de sciatique radiculaire. Il polinico. 1905. Цитир. по Berthéol.

22. Gonthier de Saint-Martin. Consideration sur la névralgie et les moyens de traitement, qui lui sont applicable. Thèse de Paris. 1835. Цитир. по Berthéol.
23. Guinon et Parmentier. Névrite localisée au sciatique poplité interne. Arch. de neurologie. 1890. pag. 178. Цитир. по Berthéol.
24. Hallion. Sciatique. Traité de Médecine Charcot, Bouchard et Brissaud. 2 edit. T. IX. Цитир. по Berthéol.
25. Hardy. Névralgie sciatique. Gazettes des Hôpitaux. 1886. Цитир. по Berthéol.
26. Homolle. Sciatique. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique. 1882. Цитир. по Rousselier.
27. Hubert-Valleroux. Des alterations de la sensibilité cutanée dans la sciatique. Thèse de Paris. 1870.
28. Huchard. Цитир. по Berthéol.
29. Jeanselme et Sezary. Radiculite lombaire. Revue Neurologique. 1907.
30. Kliem. Ueber die Mitbeteiligung anderer Nerven als des Ischiadicus bei der Ischias Inaug.-Dissert. Halle a. S. 1909.
31. Lafforgue. Sciatique radiculaire d'origine tuberculeuse. La Presse médicale. 1909. № 74.
32. Laignel-Lavastine et Verliac. Syndrome meningo-radiculaire de l'hémiqué du cheval. Revue Neurologique. 1908.
33. Landouzy. De la sciatique et de l'atrophie musculaire, qui peut la compliquer. Arch. gener. de médecine. 1875. Цитир. по Berthéol.

34. Lasègue. Considerations sur les sciaticues. Arch. gener. de médecine. 1864. Цѣнр. no Berthéol.

35. Lepine. Meningite spinale et syndrome radiculaire dans le rhumatisme chronique. Lyon médicale. 1906. № 34. pag. 342.

36. ———— Rapports du rhumatisme chronique avec quelques maladies de la moelle. Lyon médicale. 1906. № 37. pag. 465.

37. ———— Quelques manifestations cerebrales du rhumatisme chronique. Lyon médicale. 1906. № 40. pag. 581.

38. ———— Considerations pathogeniques sur les accidents nerveux du rhumatisme chronique. Lyon médicale. 1906. № 43. pag. 681.

39. Lortat-Jacob. Valeur diagnostique et pronostique de la sciaticue radiculaire. La tribune médicale. 1906.

40. ———— et Sabaréanu. Sciaticue radiculaire unilaterale. La Presse. médicale. 1904.

41. ———— Les sciaticue radicaire. Revue de médecine. 1905. № 11.

42. ———— Sur les sciaticues radicaire. Racines le plus fréquemment prises. La tribune médicale. 1908. № 38. pag. 581.

43. ———— Les sciaticues: leurs traitement. Paris. 1910.

44. ———— et Salomon. Syndrome radiculaire hémorrhagique à prédominance sciaticue. Bulletins et memoires

de la société médicale des Hôpitaux de Paris. 1907. № 23. pag. 678.

45. Mann. Ueber das Vorkommen motorischer Störungen bei Ischias, mit Einschluss der ischiadischen Wirbelsäulenverkrümmungen. Deutsch. Arch. f. klin. Medecin. 1893. T. I. S. 586. Цѣнр. no Kliem.

46. Marchand et Alix. Radiculite sacrée chez une jeune. Société anatomique de Paris. 1906; Цѣнр. no Camus.

47. Martinet. Traitement de la sciaticue et de quelques névralgies par l'huile de thérebenthine. Bullet. gener. de theapeut. 1832. Цѣнр. no Berthéol.

48. Mirallié. Les radiculites. Le progress médicale. 1908.

49. ———— Les radiculites. Gazette médicale de Nante. 1908. № 7.

50. Mosny et Malloizel. Meningo-radiculite lombaire consecutive à une ostéite tuberculeuse. Société médicale des Hôpitaux de Paris. 1907.

51. Notta. Etude sur les troubles de la sensibilité et de la motilité dans les névralgies. Arch. gener. de médecine. 1854. Цѣнр. no Berthéol.

52. Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1908. Berlin.

53. Phulpin. Les sciaticues. Thèse de Paris. 1895.

54. Raymond. Clinique des maladies nerveuses. T. III. 1898. Lecon XXXI.

55. ———— et Oppert. Revue Neurologique. 1907.

56. Roussellier. Les troubles de la sensibilité dans la radiculite sciatique syphilitique. Thèse de Paris. 1907.

57. Rousset. Dissertation sur la sciatique nerveuse. Thèse de Paris. 1834. Цитир. по Berthéol.

58. Salomonson. Neuralgie und Myalgie. Handbuch der Neurologie Levandowsky. Bd. II. S. 1.

59. Sarbo. Die Symptomatologie der Erkrankungen im Bereiche des zweiten Sakralsegments und deren diagnostische Bedeutung. Wien. klin. Wochenschrift. 1911. № 30. S. 1086.

60. Schellong. Die Neuralgien in täglichen Praxis. Berlin. 1911.

61. A. Schmidt. Das Problem des Muskelrheumatismus. Deutsche Klinik 1910. № 19. S. 731.

62. Sicard. Signe de l'éternuement. Revue Neurologique. 1905. Цитир. по Camus.

63. Stursberg. Ueber Würzelischias. Münch. med. Wochenschrift. 1910. № 34. S. 1776.

64. Tinel. Radiculites et tabes. Thèse de Paris. 1910.

65. — et Gastinel. Un cas de sciatique radicaire tuberculeuse. Revue Neurologique. 1911. T. II. № 20. pag. 453.

66. — et Goldenfan. Les lésions radiculaires chez les tuberculeux. Revue Neurologique. 1911. T. I. № 6. pag. 402.

67. Thomas. Les radiculites du membre inférieur. La clinique. 1907. № 7. pag. 99.

68. Touche. Lésions radiculaires du rhumatisme chronique. Bullet. et memoir. de la société anatomique de Paris. 1901. № 5. pag. 334.

69. Trousseau Leçons sur les névralgies. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. T. II. Цитир. по Berthéol.

70. Valleix. Traité des névralgies. 1841. Цитир. по Roussellier.

71. Verger. Formes cliniques et diagnostic des névralgies. Revue Neurologique. 1908. № 16. pag. 864.

72. Vidal et Le Sourd. Paralyse ascendante aigue; nevrite radicaire sans alteration meningée; absence de lymphocytose dans le liquide cephalo-rachidien. Bullet. et memoirs de la société médicale des Hôpitaux de Paris. 1902. № 50. pag. 1046.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Пороки сердца не являются безусловным противопоказаніем къ лѣченію Сакскими грязями.
2. Безусловнымъ противопоказаніемъ къ лѣченію Сакскими грязями служатъ явленія разстройтва сердечной компенсаціи.
3. Сакскія грязи являются могучимъ средствомъ при лѣченіи заболѣваній периферической нервной системы, невритахъ и невралгіяхъ.
4. Adalin, какъ успокаивающее и снотворное заслуживаетъ въ психіатрической практикѣ широкаго примѣненія.
5. Семейно-наслѣдственныя заболѣванія нервной системы являются типичными системными заболѣваніями.
6. Семейно-наслѣдственныя заболѣванія подчинены извѣстнымъ законамъ, изъ которыхъ наиболее постоянными являются: сохраненіе въ данной семьѣ постоянной клинической картины болѣзни и начало болѣзни въ извѣстномъ возрастѣ.
7. Классификація наслѣдственно-семейныхъ заболѣваній нервной системы крайне затрудняется тѣмъ, что наблюдается цѣлый рядъ переходныхъ формъ между общепризнанными клиническими симптомокомплексами.
8. Открытіе отдѣльной кафедры по психологіи на медицинскомъ факультетѣ является необходимымъ.

Curriculum vitae.

Михаилъ Сергѣевичъ Доброхотовъ, Православнаго вѣроисповѣданія, сынъ Дѣйствительнаго Статскаго Советника, приватъ-доцента Московскаго Университета, родился въ Кронштадтѣ въ 1878 году. Среднее образованіе получилъ въ 3-ей Московской гимназій, званіе лѣкаря получилъ въ 1903 году въ Московскомъ ИМПЕРАТОРСКОМЪ Университетѣ. Съ 7 февраля 1905 года зачисленъ на должность сверхштатнаго ординатора при клиникѣ нервныхъ болѣзней, а съ 4 февраля 1906 года переведенъ на мѣсто штатнаго ординатора той же клиники Московскаго Университета. Ординатуру въ клиникѣ закончилъ въ февралѣ 1908 года. Съ лѣта 1908 года состоитъ на службѣ въ Таврическомъ Земствѣ, гдѣ работаетъ лѣтомъ въ нервномъ отдѣленіи Сапскаго Земской Грязелечебницы. Кромѣ того зимою состоялъ экстерномъ сначала въ Московской I имени Пирогова больницѣ, а потомъ въ Бахрушинской.

Напечаталъ труды:

1. Случай tabo-paralysis въ дѣтскомъ возрастѣ.

Журналъ Невропатологій и Психіатріи имени Корсакова 1910 г. кн. 5—6.

2. Къ казуистикѣ сифилитическаго пораженія черепныхъ нервовъ.

Журналъ Невропатологій и Психіатріи имени С. С. Корсакова 1911 г. кн. 5—6.

3. Случай наследственного семейного заболѣванія переходнаго типа между спастическимъ спинальнымъ параличемъ и болѣзью Фридрейха.

Журналъ Невропатологій и Психіатріи имени С. С. Корсакова 1911 г. кн. 5 и 6.

Экзамены на степень доктора медицины сдать въ 1911 году при ИМПЕРАТОРСКОМЪ Московскомъ Университетѣ.

Настоящую работу подъ заглавіемъ „Ишіасъ корешковаго происхожденія (meningo-radiculitis plexus lumbosacralis)“ представляетъ въ качествѣ диссертациі для соисканія степени доктора медицины.