

Серія диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ
Военно-Медицинской Академіи въ 1896—1897 учебномъ году.

7 - НОЯ 2012

№ 15.

МАТЕРІАЛЫ
КЪ ВОПРОСУ ОБЪ ОТНОШЕНИИ
ПРОКАЗЫ
КЪ БОЛѢЗНИ MORVAN'A и СИРИНГОМІЭЛИ.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
Г. И. КУДРЯВСКАГО.

Изъ клиники профессора В. М. Тарновскаго.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были про-
фессоры: *В. М. Тарновскій, В. М. Бехтеревъ*, и приватъ-доцентъ
Ө. К. Трапезниковъ.

Перечетъ
1896 г.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Коммерческая Скоропечатня пресмн. Евгения Тиле, Благовѣщ. площ., № 5.
1896.

Перечет-60
1950

7. ноя 2012

Докторскую диссертацию лекаря Геннадія Николаевича Кудрявскаго подъ заглавіемъ: «Матеріалы къ вопросу объ отношеніи проказы къ болѣзни Могван'а и сирингоміэліи» печатать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи, было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпля. диссертации (125 экз.—въ Канцелярію, 375 въ Академическую бібліотеку) и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюмэ ея (выводовъ). С.-Петербургъ, ноября 16 дня 1896 года.

Ученый Секретарь

Профессоръ А. Діанинъ.

Харь. Мед. Библиот. Муз.
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА

23 Августа 1892 года въ засѣданіи Парижской Медицинской Академіи былъ сдѣланъ докладъ д-ромъ Zambaco (изъ Константинополя) подъ заглавіемъ: «les lèpreux de la Bretagne en 1892», въ которомъ онъ положительнымъ образомъ доказываетъ, что проказа, которая всѣми считалась исчезнувшей изъ Франціи уже 3 столѣтія, еще существуетъ и не только въ видѣ ослабленныхъ формъ, но и бугорковыхъ, вполнѣ развитыхъ случаевъ. Кромѣ этого важнаго безспорнаго факта, констатированіе котораго, конечно, есть неотъемлемая заслуга д-ра Zambaco, онъ доказывалъ въ своемъ докладѣ, что болѣзнь Могван'а, о которой подробнѣе будетъ говорено ниже, и сирингоміэлія суть ничто иное, какъ нераспознанные случаи проказы. (Это онъ категорически утверждаетъ относительно всѣхъ случаевъ болѣзни Могван'а и очень многихъ—сирингоміэліи). Этотъ докладъ д-ра Zambaco послужилъ началомъ споровъ объ отношеніи проказы къ болѣзни Могван'а и сирингоміэліи, не рѣшенныхъ окончательно и до сихъ поръ. Признавая важность и интересъ этого вопроса мой глубоко-уважаемый учитель, профессоръ Веніаминъ Михайловичъ Тарновскій, предложилъ мнѣ по возможности разобратъ въ этомъ вопросѣ, какъ на основаніи литературнаго матеріала, такъ и на основаніи клиническихъ данныхъ изученія и наблюденія проказы въ мѣстахъ ея распространенія, совершенно справедливо предполагая, что, если тождественность проказы и болѣзни Могван'а есть безусловный фактъ, то я долженъ былъ встрѣтить въ лепрозныхъ очагахъ случаи, подобные болѣзни Могван'а.

Поэтому лѣтомъ 1895 года я предпринялъ поѣздку въ Прибалтійскій край и сначала посѣтилъ пріютъ для прокаженныхъ, въ 5 верстахъ отъ Риги, получивъ весьма любезное разрѣшеніе пользоваться матеріаломъ пріюта отъ директора его, д-ра Бергмана, которому не могу не выразить здѣсь за это свою признан-

тельность. Кстати здѣсь также будетъ выразить сердечную благодарность за то истинно товарищеское отношеніе д-ра А. Рейснера (врача пріюта въ Ригѣ), которое онъ постоянно проявлялъ ко мнѣ за все время моихъ занятій въ Рижскомъ пріютѣ.

Изъ Риги я отправился въ Юрьевъ, гдѣ пр. К. Dehio также весьма любезно разрѣшилъ мнѣ пользоваться матеріаломъ пріютовъ, находящихся въ Мули (въ 1 верстѣ отъ Юрьева) и въ Ненналѣ, расположенномъ на берегу Чудскаго озера, въ 70 верстахъ отъ Юрьева. Сначала я изслѣдовалъ матеріалъ въ Мули, а затѣмъ и въ Ненналѣ, чѣмъ и окончилъ свою поѣздку съ вышеуказанной цѣлью. Позволяю себѣ также здѣсь выразить пр. Dehio мою искреннюю благодарность за то теплое участіе и интересъ, которые имъ были выказаны къ моей работѣ во время нашихъ бесѣдъ объ этомъ предметѣ, и за всѣ совѣты и знанія, переданные мнѣ такимъ, всѣми признаннымъ, знаткомъ проказы.

Больные проказой, изслѣдованные мною главнымъ образомъ относительно чувствительности, какъ самаго существеннаго признака депрозныхъ разстройствъ, и послужили основною моихъ выводовъ, какъ относительно характера проказы, такъ и ся отношенія къ болѣзни Morgvan'a и сирингоміэли.

Предпославъ эти краткія замѣчанія объ общемъ планѣ моего изслѣдованія данного вопроса, я считаю нужнымъ добавить еще, что къ счастью для меня, я имѣлъ возможность наблюдать въ клиникѣ проф. В. М. Тарновскаго какъ 3 случая проказы, такъ и довольно типичный случай болѣзни Morgvan'a; такимъ образомъ я могъ литературныя данныя о болѣзни Morgvan'a подтвердить и своими наблюдениями.

I.

Изученіе вопроса объ отношеніи проказы къ болѣзни Morgvan'a и сирингоміэлии я считаю болѣе удобнымъ начать съ описанія болѣзни Morgvan'a, какъ она представляется по литературнымъ даннымъ.

Прежде всего, давно-ли известна эта болѣзнь, и что она представляетъ собою съ клинической стороны?

Болѣзнь Morgvan'a названа такъ по фамилии французскаго провинціального врача въ Бретани Morgvan'a (изъ Lannilis), въ департаментѣ Finistère, описавшаго первый разъ эту болѣзнь въ 1883 году ¹⁾ подъ названіемъ: «la parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures ou paréso-analgésie des extrémités supérieures», которая была тогда наблюдаема имъ на 7 случаяхъ. Впоследствии въ 1886, ²⁾ 1887 ³⁾ и 1889 году ⁴⁾ появлялись его статьи съ описаніемъ новыхъ случаевъ и съ добавленіями въ клинической картинѣ, которая онъ считалъ нужнымъ ввести.

Клиническая картина болѣзни состоитъ, по описанію Morgvan'a (1883), въ слѣдующемъ:

Болѣзнь начинается невралгическими болями въ одной изъ верхнихъ конечностей, причемъ онѣ бывають разной интензивности, и бывають или мѣстными, или иррадирують по всѣмъ рукамъ, начинаясь въ плечѣ.

¹⁾ Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie 1883. № 35 p. 580.

²⁾ «Nouveaux cas de parésie analgésique des extrémités supérieures». Gaz. hebd. 1886 №№ 32, 33 и 34.

³⁾ Des arthropathies dans la paréso-analgésie. Gaz. hebdom. 1887. № 34 и № 47. «De la scoliose dans la paréso-analgésie».

⁴⁾ De l'anesthésie sous les divers modes dans la paréso-analgésie. Cas frustes de paréso-analgésie. Gaz. hebd. 1889. № 35.

Затѣмъ выступаютъ на первый планъ два самыхъ важныхъ симптома: парезъ мышцъ кисти и предплечья (и въ некоторыхъ случаяхъ плеча) и въ то же время анестезія этихъ областей, то соответствующая только имъ, то распространяющаяся еще шире. Парезъ мускуловъ, большую часть, прогрессируетъ и можетъ доходить до полного паралича, причемъ фарадизация не даетъ никакого эффекта. Анальгезія бываетъ полной и, въ большинствѣ случаевъ, сопровождается тактильной анестезіей. Иногда только чувство прикосновенія остается.

По истеченіи известнаго времени, когда болѣзнь уже развивалась въ одной верхней конечности, появляются на ней, большою частью, безболѣзненные, панариціи, кончающіеся почти всегда некрозомъ, то одной, то двухъ, а иногда и трехъ фалангъ. Когда болѣзнь переходитъ на другую конечность, появляются и на той панариціи, которые почти никогда не открываютъ собою болѣзнь. Эти панариціи отличаются отъ обыкновенныхъ только безболѣзненностью и постояннымъ некрозомъ фалангъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ существуютъ даже сильныя боли въ первые дни отъ начала воспаленія. Нижеслѣдующіе симптомы уже встрѣчаются, какъ нѣчто случайное, не существенное для діагноза болѣзнь. Эти симптомы слѣдующіе:

1. Тѣстоватая инфильтрація кожи, или однихъ кистей рукъ, или также и предплечья, не оставляющая при давленіи ямки. Обыкновенно бываетъ зимой.
2. Болѣе или менѣе глубокія трещины на ладоняхъ и пальцахъ, доходящія иногда до сухожилій.
3. Пузыри, изъясвленія на концахъ пальцевъ (какъ будто вмѣсто панарицій).
4. Пониженіе температуры, зябкость пораженнаго члена и фіолетовое окрашиваніе кожныхъ покрововъ.
5. Гиперидрозъ на одной сторонѣ.

Общее состояніе здоровья не страдаетъ. Относительно теченія авторъ наставляетъ, что болѣзнь всегда начинается съ одной конечности, на которой послѣдовательно являются боли, парезы, анестезія и послѣдовательные панариціи, появляющіеся черезъ длинныя промежутки времени на различныхъ пальцахъ, затѣмъ болѣзнь переходитъ на другую руку, повторяется то-же, и черезъ много лѣтъ уже переходитъ на ногу.

Продолжительность болѣзнь — до 15, 20 и 24 лѣтъ, причемъ болному все-же не грозитъ смерть.

Разсуждая о природѣ болѣзнь, авторъ не можетъ остановиться на разстройствѣ периферическихъ нервовъ, такъ какъ болѣзнь не ограничивается однимъ членомъ; послѣдовательной-же переходъ болѣзнь послѣ продолжительной локализаци на одной конечности на другую конечность даетъ основаніе предполагать локализацию разстройствъ въ нервныхъ центрахъ, и, конечно, въ томъ мѣстѣ спинного мозга, которое соответствуетъ происхожденію брахиальныхъ нервовъ¹⁾. Слѣдующія болѣзненные формы авторъ считаетъ нужнымъ упомянуть для дифференцированія отъ своей болѣзнь: 1) старая невралгія, 2) симметрическая гангрена конечностей Maurice Raynaud и 3) erythromélgie Weir Michel или склеродактилія du d-r Ball. Авторъ ни слова не сказалъ о проказѣ, и за это получилъ впоследствии серьезный упрекъ отъ д-ра Zambaco. Вышеперечисленныя болѣзнь, по словамъ автора, не имѣютъ почти никакого сходства съ его болѣзнью, или очень незначительное, такъ что, конечно, дифференціальный діагнозъ между ними не труденъ. Молчаніе же о проказѣ могло произойти только потому, что д-ръ Mogvan не былъ знакомъ съ ней, что было неудивительно, такъ какъ въ то время не знали о существованіи проказы во Франціи.

Въ 1886 году²⁾ авторъ описалъ еще 8 случаевъ, и какъ выводы изъ нихъ, долженъ былъ добавить къ клинической картинѣ своей болѣзнь слѣдующее: парезы мускуловъ не идутъ параллельно съ анальгезіей, но значительно отстаютъ отъ нея; когда уже — полная анальгезія, парезы только что обозначаются.

Панариціевъ можетъ не быть на известной конечности, или только поверхностные безъ некроза фаланги. Одинъ же случай былъ безъ пареза и безъ панариціевъ, а существовали только упорныя, глубокія трещины съ каллозными краями, и такой случай авторъ называетъ — fruste.

Въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчалось: ломкость костей, eczéma impétigineux, мелкія геморрагіи, кровавая рвота и кишечныя кровотеченія.

¹⁾ Это мнѣніе автора было подтверждено повдѣйшими вскрытіями.

²⁾ L. c. G. h. 1886 г.

Изь всѣхъ 15 случаевъ только у двухъ, (у втораго послѣ 10 лѣтъ) произошли пораженія ноги.

Поль не играетъ роли. Возрастъ какъ будто благоприятенъ—молодой. Травматизмъ игралъ повидимому роль въ 6 случаяхъ.

Относительно локализации болѣзни, авторъ снова добавляетъ, что если болѣзнь ограничивается однимъ членомъ, можно предполагать мѣстную причину, «mais quand, (говоритъ авторъ) le mal par *etapes successives* ¹⁾ embrasse les deux extrémités thoraciques, et que, d'ailleurs, la cause n'a rien de la cal, comment faire autrement que d'y voir une affection de la moelle épinière? C'est une conclusion qui s'impose». Съ этимъ заключеніемъ автора я совершенно согласенъ.

Въ 1887 году ²⁾ въ 2 статьяхъ авторъ добавляетъ о случаяхъ съ заболѣваніями суставовъ (6—изъ 20 описанныхъ случаевъ) и о сколіозѣ, который онъ могъ замѣтить въ 6 случаяхъ изъ 12, вновь изслѣдованныхъ больныхъ. Между прочимъ онъ считаетъ сколіозъ за слѣдствіе болѣзни, а не ее причину.

Прежде чѣмъ разбирать послѣднюю статью д-ра Morgagn'a, появившуюся въ 1889 году, мнѣ нужно сказать нѣсколько словъ о другой болѣзни, на которую болѣзнь Morgagn'a очень походитъ, а именно о сирингоміэліи. Дѣло въ томъ, что статья 1889 года д-ра Morgagn'a собственно была вызвана статьей нашего соотечественника д-ра Рота, опубликованной въ 1887 году ³⁾ на русскомъ языкѣ, и въ 1888 году напечатанной въ «*Archive de neurologie*».

II.

Не разбирая подробно литературу о сирингоміэліи, я скажу только, что образованіе полостей въ спинномъ мозгу было известно сравнительно давно (1827), но долго нельзя было установить точной клинической картины для этихъ измѣненій спин-

¹⁾ Курсивъ мой.

²⁾ L. c. G. h. 1887 г. № 14 и № 41.

³⁾ Ротъ В. К. Москва. Къ симптоматологіи спинномозгового гліоматоза. Труды II сѣзда врачей въ Москвѣ 1887 г.

ного и частью головного мозга. Проф. Schultze ¹⁾ первому удалось установить прижизненную діагностику сирингоміэліи, подтвержденную вскрытіемъ. Черезъ полгода проф. Kahler ²⁾ уже могъ точно установить въ случаѣ, представившемся ему, поражение спинного мозга, а именно сирингоміэлію. Затѣмъ было опубликовано еще нѣсколько случаевъ сирингоміэліи—нѣкоторые со вскрытіемъ, а въ 1887 году былъ слѣланъ докладъ (вышестиперованный) д-ра Рота II-му сѣзду врачей въ Москвѣ. На этомъ докладѣ я и остановлюсь подробно, такъ какъ въ немъ авторъ главнымъ образомъ разбираетъ клиническіе симптомы сирингоміэліи.

Сирингоміэлія, которую Ротъ въ своемъ докладѣ называетъ спинно-мозговымъ гліоматозомъ, состоитъ въ разрошеніи неврогли (гліома), вблизи центрального канала, преимущественно въ заднихъ рогахъ, съ послѣдующимъ образованіемъ полостей, то соединенныхъ съ центральнымъ каналомъ, то отдѣльно отъ него. Локализуется болѣзнь преимущественно въ шейномъ утолщеніи, но изрѣдка бываетъ въ поясничномъ и по всему протяженію спинного мозга.

Разобравъ литературу сирингоміэліи и отнеся къ ней статьи д-ра Morgagn'a (большинство его случаевъ авторъ считаетъ за центральный гліоматозъ), д-ръ Ротъ представляетъ подробное описаніе 10 случаевъ и затѣмъ свои выводы относительно нихъ.

Слѣдующіе клиническіе симптомы онъ ставитъ на главномъ мѣстѣ:

1) Парціальная анестезія болеваго чувства, температурнаго или того и другого. 2) Субъективное измѣненіе чувствительности. 3) Двигательныя разстройства: парезы, ограниченные небольшимъ райономъ, судорожныя подергиванія и пр. 4) Трофическія и вазомоторныя разстройства: атрофія мышцъ, дистрофія кожи, подкожной кльчаточки и т. д.

Разбирая подробно каждый симптомъ, авторъ говоритъ, что анестезія температурнаго чувства при сохраненіи чувства прикосновенія и локализанія, пришлось наблюдать во всѣхъ 10

¹⁾ Ueber Spalt-Höhlen und Gliombildung in Rückenmarke und in der medulla oblongata. Virchow's Archiv 1882. Bd. 87. p. 510. Цит. по Pory. I. c.

²⁾ Casuistische Beiträge V. Paraplegia cervicalis mit eigenthümlichen Sensibilitätsstörungen. Prager medic. Wochenschr. 18. X 1882. (№№ 35—45). Цит. по Pory. I. c.

случаяхъ съ парціальной анестезіей, относившихся къ центральному гліоматозу.

Относительно анальгезіи авторъ замѣчаетъ, что она болѣею частью не полная. Безъ термоанестезіи она не наблюдалась, за исключеніемъ случаевъ Могвапа, но онъ не изслѣдовалъ температурнаго чувства. Чувство жѣста идетъ параллельно съ анестезіей. Мышечное чувство сохранено.

Встрѣчаются парестезіи, чувства боли (при анальгезіи), вазомоторныя разстройства, усиленное потоотдѣленіе, неравномѣрность зрачковъ. Очень часто встрѣчаются дистрофіи кожи: утолщеніе эпидермиса, омовологлости, трещины, доходящія до сухожилий, пузыри на ладоняхъ и пальцахъ. Нерѣдко сыпи: eczema squamosum, impetiginosum, лишай, и т. п. Панариціи и флегмоны части въ разныхъ мѣстахъ, преимущественно на верхнихъ конечностяхъ.

«Въ виду несомнѣнной связи (стр. 46. I. с.) этихъ процессовъ съ основнымъ страданіемъ, мы по существованіи ихъ въ анамнезѣ иногда можемъ заподозрить, что они развились за много лѣтъ назадъ предъ тѣмъ, какъ существовали какіе либо другіе, замѣченные больными, симптома его».

Встрѣчаются, говоритъ далѣе авторъ, тѣстообразныя опухоли клѣтчатки, заболѣванія сухожилий, сочлененій, утолщенія кончиковъ костей фалангъ и переломы безъ насилія, но ощущаемые больными.

«Ранній симптомъ болѣзни — мышечныя атрофіи, то типа Aran-Duchenne-Charcot, то другого характера».

Реакція перерожденія встрѣчается только иногда. Атрофія идетъ медленно, но можетъ въ небольшихъ районахъ достигать значительной степени. Наблюдается кромѣ того паретическое разстройство движенья, причѣмъ слабость преобладаетъ надъ атрофіей. Частое пораженіе мелкихъ мышцъ позвоночника и сколиозъ, какъ слѣдствіе его, въ ранней стадіи болѣзни.

Грифъ, атрофическія контрактуры — слѣдствія атрофіи.

Затѣмъ встрѣчается судорожное подергиваніе отдѣльныхъ мускуловъ предплечья и кисти, фибриллярныя и фасцикулярныя подергиванія. Относительно теченія болѣзни авторъ указываетъ, что первый симптомъ, обыкновенно, — термоанестезія, затѣмъ субъективныя разстройства чувствительности или анальгезія, или же двигательныя разстройства и атрофія мышцъ.

Явленія сирингоміэліи авторъ считаетъ зависящими отъ тѣхъ измѣненій мозга, которыя заключаются въ диффузномъ разрастаніи невроглии и прониканіи ея между нервными элементами. При этомъ очень часто происходятъ перерожденіе и разжиженіе новообразованной массы съ образованіемъ полостей. Какъ на мѣсто пораженія, авторъ вскользь указываетъ на шейное утолщеніе (преимущественно).

Вотъ собственно главные факты клинической картины сирингоміэліи, добытые д-ромъ Ротомъ изъ 10 случаевъ.

Относительно причинъ болѣзни авторъ признаетъ, что онѣ находятся въ условіяхъ эмбриональнаго развитія сѣраго вещества спинного мозга. Виѣшныя причины — только толчекъ. За инфекціонную натуру ничего не говоритъ. (Въ примѣчаніи авторъ говоритъ по поводу этого слѣдующее: «Кромѣ развѣ большого сходства описанной мною симптоматологической картины съ невропатическими явленіями, наблюдаемыми въ нѣкоторыхъ случаяхъ проказы».) (Розенбахъ).

Относительно діагностики авторъ говоритъ, что главная основанія для нея заключаются въ существованіи парціальной анестезіи температурнаго чувства и діагнозъ легокъ, когда она даже въ соединеніи съ болевой анестезіей комбинируется съ 1) явленіями паретическими, или 2) мышечными атрофіями. Дистрофіи кожи, вазомоторныя разстройства и проч. служатъ лишь подтвержденіемъ діагноза. Ни въ одной болѣзни симптомы фокуснаго пораженія спинного мозга не комбинируются съ распределеніемъ парціальныхъ анестезій.

При пораженіяхъ необширныхъ можно смѣшать съ невритомъ, но тогда районъ ограничивается однимъ нервомъ, а не областью. Вообще при периферическомъ невритѣ не встрѣчается парціальной термоанестезіи.

Нѣкоторые случаи проказы (Розенбахъ) можно отличить отъ сирингоміэліи на основаніи существованія кожныхъ симптомовъ.

Разбирая вышеприведенную работу д-ра Рота, я прежде всего не могу согласиться, что авторъ имѣлъ въ своихъ случаяхъ неизмѣненную тактильную чувствительность. Во первыхъ, онъ самъ упоминаетъ, что въ 4 случаяхъ онъ встрѣтилъ уменьшеніе ея, хотя и въ ограниченныхъ областяхъ, а во вторыхъ, въ его исторіяхъ болѣзней бросается въ глаза тотъ фактъ, что темпе-

ратурное чувство авторъ изслѣдовалъ съ невозможной точностью (констатировалъ различіе ощущений 1—2 градусовъ), а тактильное чувство изслѣдовалъ недостаточно: авторъ довольствовался ощущеніемъ, полученнымъ отъ проведения волосяной кистью, что не можетъ считаться тонкимъ изслѣдованіемъ. Поэтому я полагаю бы, что на основаніи своихъ изслѣдовацій авторъ не могъ вывести заключенія о нормальности тактильнаго чувства, тѣмъ болѣе, что температурное—было совершенно потеряно лишь въ немногихъ случаяхъ. Весьма естественно можно предположить, что при относительномъ пониженіи температурнаго чувства было понижено и тактильное, но авторъ его не уловилъ. Моя мысль подтверждается позднѣйшими изслѣдованіями, констатировавшими не патогномоничность диссоціаціи при сирингоміэліи и существованіе при ней пороженія всѣхъ родовъ чувствительности. Я не считаю даже возможнымъ согласиться съ авторомъ, что можно панариціи, бывшіе задолго до болѣзни, признавать ея симптомами, такъ какъ у автора не было рѣшительно никакихъ данныхъ признавать ихъ специфичность. Они настолько часты въ жизни, особенно крестьянъ, что по нимъ судить совершенно не возможно.

Упоминаемый авторомъ случай д-ра Розенбаха не можетъ служить подтвержденіемъ сходства явленій при проказѣ съ таковыми же при сирингоміэліи, что доказываетъ мною ниже.

Я хочу еще остановиться подробнѣе на томъ, какіе панариціи встрѣтилъ авторъ у своихъ больныхъ, такъ какъ на нихъ онъ основывается для доказательства тождественности болѣзни Morvan'a и сирингоміэліи, но не трудно будетъ доказать, что у д-ра Рота не было ни одного панариція, какіе наблюдаются при болѣзни Morvan'a. Случаи, въ которыхъ онъ констатировалъ панариціи, слѣдующіе:

1. Въ анамнезѣ II случая говорится буквально слѣдующее: «Съ 11—12-го года работалъ (больной) у шорника. Въ это время отъ неизвѣстной причины получилъ pararitium средняго пальца правой руки. Палецъ болѣлъ недѣли 2, сошелъ ноготь, рана зажила довольно скоро; разрывъ не дѣлалъ, гноя вышло немного». Изъ того, что послѣ этого палецъ не совсѣмъ разбился, авторъ дѣлаетъ выводъ, что это былъ первый симптомъ болѣзни, хотя другіе симптомы развились черезъ 8 лѣтъ.

Понятно, что у шорника, работающаго постоянно съ грязной иглой условія для полученія обыкновеннаго панариція слишкомъ благоприятны, чтобы можно было вывести въ данномъ случаѣ какія либо заключенія. Кромя того, панариціи были съ болью и не кончили потерей фаланги.

2. Въ оглавленіи V случая сказано, что въ анамнезѣ «phlegmonе, pararitium etc.», но въ изложеніи вовсе не видно pararit'ia, а только флегмона между основаніемъ двухъ пальцевъ. Повидимому это авторъ и называетъ pararit', потому что выше говорится у него объ абсцессѣ въ нижней части плеча, который авторъ и называетъ флегмоной. Но, конечно, эта флегмона между пальцами не похожа на pararitium Morvan'a.

3. Въ VI случаѣ въ анамнезѣ констатируется 4 нарыва подъ мышками. Но этотъ случай—женщина, а такіе абсцессы у женщинъ не рѣдкость.

4. IX случай. St. praes.—была ноготьда вслѣдствіе травмы.—Конечно, этотъ случай не можетъ идти въ счетъ.

5. X случай, крестьянинъ. St. pr.—трещины въ межфаланговыхъ складкахъ, рубцы отъ бывшихъ pararit'ievъ.—Самъ авторъ не считаетъ нужнымъ о нихъ распространяться; очевидно, они не были типичны.

Итакъ, ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ нельзя признать панариціевъ болѣзни Morvan'a, и поэтому, мнѣ кажется, авторъ не былъ правъ на основаніи ихъ отождествлять болѣзнь Morvan'a и сирингоміэлію и, вообще, говорить о частотѣ pararit'ievъ и флегмонъ при сирингоміэліи.

Какъ выше сказано, въ 1888 году появилась эта статья д-ра Рота въ «Archive de neurologie». Въ слѣдующемъ-же году, какъ бы отвѣтомъ на нее послѣдовала статья Morvan'a ¹⁾, гдѣ онъ описываетъ изслѣдованіе чувствительности, новые случаи болѣзни и выводы.

Въ краткихъ чертахъ, статья заключается въ слѣдующемъ: Прежде всего не смотря на бышую за это время аутопсію (Gombault et Reboul ²⁾), доказавшую находженіе склероза въ сѣ-

¹⁾ L. c. G. h. 1889.

²⁾ Un cas de mal de Morvan suivi d'autopsie, Bull. et Mém. de la Soc. med. d. hôp. 1889. p. 213 et Gaz. hebdom. 1889. p. 308 et 318.

ромъ веществъ спинного мозга, и не смотря на работу Roth'a, указавшаго недостаточное изслѣдованіе Morvan'омъ термической чувствительности, авторъ считаетъ сирингомѣлію и свою болѣзнь за 2 различныя болѣзни, особенно въ клиническомъ отношеніи. Главными признаками его болѣзни служатъ (по его словамъ) состояніе тактильной чувствительности и важность трофическихъ разстройствъ. Авторъ вновь подробно переизслѣдовалъ нѣкоторые изъ своихъ случаевъ на тактильную и термическую чувствительность и нашелъ во всѣхъ случаяхъ поражение тактильной чувствительности въ различной степени. Изслѣдовалъ онъ тактильную чувствительность довольно тщательно бородкой мягкаго пера (съ тѣла пыленка, но не крыльевъ). Онъ наткнулся на факты, которые не въ состояніи былъ объяснить: нѣжнымъ перомъ открывалъ анестезію, а больно чувствовалъ при проведеніи стволкомъ пера, или концомъ вставочки.

Въ общемъ онъ своими изслѣдованіями доказываетъ, что разница въ аналгезіи и анестезіи только количественная во всѣхъ случаяхъ. Температурная и болевая анестезія развиты были въ одной степени и пространствѣ, а тактильная анестезія менѣе развита. Одну термоанестезію онъ не встрѣчалъ (Ротъ встрѣчалъ). Затѣмъ авторъ желаетъ доказать, что въ опубликованныхъ случаяхъ сирингомѣліи, тактильная чувствительность была не поражена, или очень мало.

Другіе авторы, описывавшіе его болѣзнь, даже констатировали поражение тактильной чувствительности.

Въ отношеніи дифференціальной діагностики д-ръ Morvan прибавляетъ, что при его болѣзни — сколоссъ въ 50%, а при сирингомѣліи только изрѣдка. Трофическія разстройства и панариціи гораздо чаще при его болѣзни.

Въ заключеніе авторъ считаетъ возможнымъ отдѣлить свою болѣзнь какъ клинически, такъ и патолого-анатомически отъ сирингомѣліи. Клинически — по обилію трофическихъ разстройствъ и пораженію тактильнаго чувства, а патолого-анатомически тѣмъ, что, по его словамъ, «parésie-analgésie» есть разстройство питанія сѣрнаго вещества спинного мозга.

Мнѣ кажется, авторъ не могъ выводить заключеній о пораженіи тактильной чувствительности на основаніи фактовъ, добытыхъ имъ, такъ какъ неизмѣняемость тактильной чувствитель-

ности при сирингомѣліи подвержена сомнѣнію, какъ мною было указано выше. Панариціи же авторъ могъ гораздо болѣе выдвинуть, разобравъ работу Rota.

Этой работой д-ръ Morvan закончилъ свои статьи по поводу своей болѣзни и больше не писалъ и не защищалъ ее печатно. Съ 1890 года идетъ новый періодъ исторіи болѣзни Morvan'a.

III.

Въ 1890 году во Франціи было опубликовано нѣсколько работъ о болѣзни Morvan'a, и нѣкоторые изъ нихъ имѣли для нея весьма важное значеніе.

Прежде всего—это лекція Charcot ¹⁾ (6 Декабря 1889 года), въ которой онъ разбираетъ болѣзнь, описанную д-ромъ Morvan'омъ и первый даетъ ей это имя. Онъ даетъ слѣдующую дифференціальную діагностику между проказой и болѣзью Morvan'a: Проказа — болѣзнь экзотическая, находящаяся только на югѣ Франціи и въ нѣкоторыхъ другихъ государствахъ Европы. Признаки ея замѣчаются въ гриффѣ пальцевъ, утонченіи then. и hypoth. (симметрическомъ), анестезіи всѣхъ трехъ видовъ и трофическихъ разстройствѣхъ, ввидѣ мутиляціи, происходившихъ послѣ глубокихъ трещинъ до кости. Кромѣ этого наблюдаются трещины, пузыри и пр. Иногда ошущивается утолщеніе, преимущественно локтевого нерва, вслѣдствіе лепрознаго неврита. Важный признакъ проказы — пятна на различныхъ частяхъ тѣла.

Вообще главныя основы дифференціальной діагностики проказы отъ болѣзни Morvan'a заключаются: 1) Мѣстность, гдѣ болѣзнь находилась. 2) Plaques de morphea. 3) Не панариціи, но гангрена, за которой — мутиляціи.

Въ дальнѣйшемъ изложеніи Charcot отдѣляетъ отъ сирингомѣліи болѣзнь Morvan'a, особенно клинически, и не соглашается съ Roth-омъ объ ихъ тождественности. (Послѣ аутопсіи, произведенной Joff. et Achard, Charcot призналъ тождественность обихъ болѣзней.

¹⁾ De la maladie de Morvan p. M. J. Charcot. Le progres Medicales. 1890. №№ 11 и 12 и Charcot. Clinique des maladies du systèmes nerveux. Paris 1892.

При всем моем глубочайшем уважении къ авторитету J. Charcot не могу не признать, что его дифференциальная диагностика слаба и указывает на недостаточное знакомство съ проказой. Мѣстность не всегда что-либо въ состоянн указывать. Пятень можетъ и не быть, а panaris'и могутъ быть и при проказѣ.

Въ томъ же 1890 году вышли 2 диссертации въ Парижѣ: J. Bruhl-я ¹⁾ и H. Louazel'я ²⁾, первая о сирингомѣли, а вторая о болѣзни Morvan'a.

Bruhl говоритъ о дифференціальной диагностикѣ между болѣзью Morvan'a и проказой то-же, что и его учитель Charcot, такъ что его работа ничего новаго не внесла по этому вопросу.

О диссертации Louazel'я скажемъ немного позднѣе, а пока остановимся на работѣ, самой важной для болѣзни Morvan'a. Это — статья A. Joffroy et Ch. Achard ³⁾ объ аутопси случая болѣзни Morvan'a. Случай, о которомъ авторы трактуютъ, заслуживаетъ немного болѣе подробнаго описанія, такъ какъ на этотъ случай позднѣе указывали почти всѣ авторы, занимавшіеся болѣзью Morvan'a. Больная 75 лѣтъ. 30 лѣтъ отъ роду у нея сдѣлались панариции почти симметрично на двухъ кистяхъ. Вотъ какъ они начались: «ces panaris ont frappé tous les doigts à l'exception du pouce droit et du petit doigt de la main gauche». Начинаясь съ мякоти пальцевъ, захватывали 2-ю фалангу и черезъ 3 недѣли или мѣсяцъ вышли кости «величиной съ палецъ», (по словамъ больной). Всѣ эти явленія сопровождались сильной болью, что больная твердо помнить. За это время ее нужно было кормить: обѣ руки болѣли одновременно.

Спустя около 2 мѣсяцевъ все зажило, остались деформации—стационарныя. Больная продолжала работать до 66 лѣтъ. При изслѣдованн больной атрофни мышцъ не оказалось.

Разстройства чувствительности были различныкъ видовъ.

¹⁾ J. Bruhl. Contribution à l'étude de la Syringomyélie. Thèses de Paris, 1890.

²⁾ H. Louazel. Contribution à l'étude de la maladie de Morvan. Thèses de Paris 1890.

³⁾ Un cas de la maladie de Morvan avec autopsie. Archives de Médecine expériment. 1890 p. 340.

Когда больная умерла, то аутопсиа доказала, что въ шейной части спинного мозга находятся типичныя полости сирингомѣли.

Авторы въ заключеніе высказываютъ мысль, что, такъ какъ въ нервной патологн важно мѣсто пораженія, а не сущность заболѣванія, то въ будущемъ болѣзни Morvan'a будетъ описана какъ синдромъ различныкъ разстройствъ спинного мозга.

Замѣчательно, какъ авторы доказываютъ, что это — случай болѣзни Morvan'a. Внезапное и одновременное заболѣваніе на обѣихъ рукахъ, остановка развитія болѣзни, боли при панариціяхъ—всѣ эти признаки, противорѣчащіе диагнозу, объясняются тѣмъ, что каждый признакъ былъ описанъ и Morvan'омъ, но какъ исключеніе. Тутъ же собраны всѣ 3 исключенія въ одномъ случаѣ. Но что-же осталось отъ болѣзни Morvan'a: только разстройство чувствительности всѣхъ 3 видовъ. Я считаю этотъ случай, по крайней мѣрѣ, весьма подозрительнымъ. Въ этомъ случаѣ былъ констатированъ и периферическій невритъ, но, по мнѣнію авторовъ, послѣдовательный.

Уже послѣ этой работы появилась диссертация H. Louazel'я, въ которой онъ все же различаетъ болѣзни Morvan'a отъ сирингомѣли, причемъ доводы приводитъ тѣ же, что и Charcot: 1) панариции чаще при болѣзни Morvan'a; 2) двигательныя разстройства достигаютъ при сирингомѣли до типа Aran-Duchenn-a; 3) диссоціація чувствительности при послѣдней болѣзни. Авторъ цитируетъ между прочимъ работу о первой аутопси болѣзни Morvan'a, которая была опубликована въ 1889 году—работу Gombault et Reboul ¹⁾, въ которой описываются результаты вскрытія, причемъ былъ найденъ периферическій невритъ, уменьшающійся къ центру, а въ шейномъ утолщенн спинного мозга—склерозъ заднихъ роговъ и столбовъ и частью другихъ частей.

Нѣсколько иной взглядъ высказываетъ Déjérine ²⁾, не согласный съ Joffroy и Achard'омъ, потому что тактильная чувствительность сильно нарушена въ болѣзни Morvan'a, что сильно отстаетъ Morvan. Панариции при сирингомѣли—исключеніе, тамъ правило; невритъ при болѣзни Morvan'a интерстиціальный, гиперτροφическій.

¹⁾ I. c. Цит. по H. Louazel'ю.

²⁾ Déjérine. Syringomyélie et maladie de Morvan Société de biologie. 5 Juillet 1890.

02969

1890
1890

Déjérine находит сходство болезни Morgagn'a с проказой (но даже не намекает на их идентичность), так как оба распространены главным; поэтому то он и считает болезнью Morgagn'a за периферическую неврит инфекционной природы.

Кроме этих работ, в 1890 году вышла статья G. Thibierge¹⁾, в которой он, между прочим, говорит о трудности дифференциальной диагностики между сирингомиелией и периферическим невритом. Трофические расстройства могут быть те же; область расстройства может при периферическом неврите не ограничиваться резко областью нерва. Амiotрофия при периферических невритах гораздо быстрее и сопровождается часто болью по тракту нервов и в мышечных массах. Большое значение имеют расстройства чувствительности: диссоциация при сирингомиелии и отсутствие ее при периф. невритах. Расстройство чувствительности при сирингомиелии сегментами, чего не бывает при периф. невритах.

Лепрозный неврит, или анестетическая проказа, трудно отличима от сирингомиелии. Rosenbach, Langhans, Leloir и другие ясно P. Morgagn'a своими наблюдениями показали трудность этой диагностики. Но можно избежать ошибок при тщательном исследовании симптомов: расстройство чувствительности играет главную роль: в проказе — полная анестезия, а в сирингомиелии — диссоциация; анестезия лепрозна образует области неправильно разбросанные и расположенные и не представляет сегментов и правильных линий; в проказе расстройства чувствительности сопровождаются изменением окраски кожи в области анестезии, а при сирингомиелии этого нет.

Иногда анамнез укажет, или бывшая история болезни Leprosae, или страну, где есть возможность заражения проказой.

Упоминаемая в этой статье работа P. Morgagn'a вышла в начале 1890 года²⁾. В ней он разбирает дифференциальную диагностику проказы от сирингомиелии, причем прежде всего констатирует ее трудность в случаях нетипичных.

¹⁾ G. Thibierge. Les alterations cutanées de la Syringomyelie. *Annales de dermat et de Syphiligr.* 1890. p. 790.

²⁾ Journal of cutaneous and genito-urinary diseases 1890. January № 1.— The diagnosis of leprosy, especially the differentiation of the anaesthetic form from syringomyelia. By Prince A. Morrow.

На это указывает тот факт, что на Сандвичевых островах комиссия, назначенная для распределения прокаженных в лепрозории, принуждена была много случаев оставить под сомнением. Автор указывает, что причина этого заключается и в том, что там попадает много случаев с укусами насекомых, что значительно затемняет дело.

Конечно, при диагностике большую роль играет нахождение лепрозной палочки в тканях, но в анестетических формах проказы она находится глубоко в тканях и эксцизия дается опасной; вот в таких случаях присутствие анестезии служить почти патогномическим элементом диагностики.

Автор говорит об этом следующим образом:

«While the identification of the lepra bacillus in the tissues is rarely practicable in this form, because of its situation in structures so deep as to render excision dangerous, yet the invariable presence of anaesthesia in established cases constitutes a diagnostic element of almost pathognomonic value».

При всей суммѣ симптомов не трудно поставить диагноз, но если существует 2—3 симптома: расстройства чувствительности и моторная, остающаяся in statu quo много месяцев и лет, то трудность диагноза увеличивается значительно.

Лепрозный неврит может ограничиться одним нервом, напр., ulnaris и тогда будут расстройства только руки. Паралич может ограничиваться только веточками 3 и 7 пары: паралич m. m. orbicul. palp. дается невозможным закрывать глаза, лицо перекашивается в сторону.

Автор представляет случай, показывающий большую трудность диагностики между проказой и сирингомиелией.

Больной 20 лет, родом с Сандвичевых островов; 8-ми лет сломал правую ключицу. Долгое время спустя — боль в пораженной части, а 2—3 года затѣм — начало скорчивания пальцев правой руки. Последние годы скорчивание остановилось, но нечувствительность руки распространялась до предплечья.

Найдено при исследовании следующее: Небольшая атрофия мускулов правой руки, особенно до локтя, и атрофия мускулов правой ноги. Пальцы правой руки скрючены, ногти изменены. Анестезия всех родов на кисти и предплечья (нижняя

части); выше относительная анестезия на ограниченном пространстве. В мускулах наблюдается реакция перерождения. Анестезия на правой ступи и лодыжке. Колебные рефлексы повышены. Было раньше 2—3 коричневых пятна на предплечьях. Съ Сандвичевых островов пациент уехал на 9-мъ году и возвратился только недавно назад.

Этот случай авторъ признаетъ за лепрозный и на слѣдующихъ основанияхъ: полная анестезия всѣхъ 3 видовъ, поражение нижней конечности и жите въ пораженныхъ мѣстностяхъ, противъ же говорить односторонность процесса (по наблюдениямъ автора такіе случаи проказы рѣдки) и остановка процесса, проказа же въ большинствѣ случаевъ прогрессивна, хотя встрѣчаются abortивные и неразвитые случаи. У этого больного переѣздъ въ здоровую отъ проказы страну могъ повысить сопротивляемость организма и остановить процессъ.

Пути заразы проказой еще такъ таинственны, что находясь въ пораженной мѣстности даетъ уже поводъ подозревать проказу. Минъ кажется, что здѣсь за проказу говоритъ только пораженная мѣстность, поражение всѣхъ родовъ чувствительности ничего не доказываетъ, а односторонность и остановка процесса сильно говоритъ противъ проказы.

Въ 1891 году опубликовано второе вскрытіе болѣзни Morvan'a тѣмъ же авторомъ А. Joffroy ¹⁾. Случай довольно типичный для болѣзни Morvan'a, аутопсія же доказала поражения спинного мозга, типичная для сирингомиелиа; это вскрытіе выяснило, что нѣкоторые случаи болѣзни Morvan'a суть только клиническія разновидности сирингомиелиа. Дебаты по поводу этого доклада установили, что и при проказѣ наблюдается диссоціація, что подтвердилъ и самъ А. Joffroy.

Подтвержденіемъ вывода этихъ преній служить и случай проказы Thibierge'a, также опубликованный въ 1891 году ²⁾ и представленный въ «Société med. des hôp. de Paris» 13 марта 91 г. Случай важенъ потому, что была констатирована диссо-

¹⁾ Nouvelle autopsie de maladie de Morvan. Syringomyelie. Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris 1891. p. 92.

²⁾ Thibierge. Un cas de lépre systematisée nerveuse avec troubles sensitifs rapprochant de ceux de la syringomyelie. Annales de dermat. et de syphil 1891. p. 409.

циация чувствительности, хотя это была несомнѣнно проказа. Во время диспута Joffroy повторилъ, что онъ доказывалъ уже, что диссоциация вовсе не патогномонична для сирингомиелиа.

Вышеприведенной литературой можно закончить ту часть исторіи болѣзни Morvan'a и сирингомиелиа, въ которой была доказана почти тождественность ихъ между собою и трудное отличие отъ проказы (иногда); но никто еще не намекалъ, что хотя одна изъ нихъ и есть проказа. Только Déjérine еще нѣсколько ближе подвинулся къ теоріи Zambaco—объ идентичности болѣзни Morvan'a и многихъ случаевъ сирингомиелиа съ проказой. Déjérine, можетъ быть, натолкнулъ д-ра Zambaco высказать болѣе рѣзко, что инфекционный невритъ, похожий на lepra при болѣзни Morvan'a (Déjérine) и есть проказа.

Но прежде чѣмъ говорить о докладѣ Zambaco, я долженъ разобрать, почему проказа-болѣзнь по преимуществу кожи, могла дать поводъ смѣшенія ея съ сирингомиелией, болѣзью спинного мозга. Нѣтъ сомнѣнія, что клиническія явленія проказы крайне разнообразны, но во всякомъ случаѣ я считаю возможнымъ какъ разбраться въ нихъ, такъ и понять причину смѣшенія проказы съ сирингомиелией.

IV.

Я не считаю нужнымъ излагать клиническое теченіе пятнистой формы проказы; она не служитъ поводомъ къ смѣшенію съ сирингомиелией и довольно легка для діагноза.

Въ разбираемомъ вопросѣ важно знать, какіе симптомы проказы могутъ послужить поводомъ смѣшенія съ сирингомиелией, и въ чемъ заключается причина смѣшенія.

Симптомы, общіе для обеихъ болѣзней, слѣдующіе: измѣненія чувствительности, атрофія мышцъ и различная трофическая разстройства. Если лепрозный невритъ поражаетъ чувствительный нервъ, то слѣдствіемъ этого будутъ анестезія и трофическія разстройства. Если поражается двигательный нервъ, то получается парезъ мышцъ, ихъ атрофія и реакція перерожденія въ нихъ. При сирингомиелиа же, когда разстройства—центрального происхожденія, картина будетъ почти та-же, за исключеніемъ

реакции перерождения (но если поражены и трофические центры, то эта реакция будет). Вот и причина смѣшенія: въ одномъ случаѣ поражены проводники, въ другомъ центры, а результатъ тотъ-же.

Когда человекъ нажимаетъ пуговку электрическаго звонка, а звонокъ не звонитъ, какъ узнать оборвана ли проволока, или повреждена гальваническая батарея? Въ этомъ случаѣ узнать причину не легко, проказа же — болѣзнь столь разнообразная въ своихъ симптомахъ, что не такъ трудно отличить её отъ сирингомѣліи. Вопросъ можетъ возникнуть только о томъ, насколько можетъ быть поражена центральная нервная система при проказѣ и если да, то возможно-ли и тогда отличить ее отъ сирингомѣліи. Разсмотримъ, что говоритъ литература объ измѣненіи центральной нервной системы при проказѣ.

D. Danielssen и W. Boesch въ своемъ классическомъ трудѣ о проказѣ ¹⁾ впервые констатировали различныя измѣненія, какъ въ оболочкахъ спинного мозга, такъ и въ немъ самомъ. Эти измѣненія состояли въ сильной инъекціи венъ задней поверхности спинного мозга («venae spinales internae posteriores») и эксудатѣ въ серозной ткани arachnoidea, затѣмъ наблюдалось различное измѣненіе консистенціи и цвѣта спинного мозга. Иногда находили (въ нѣкоторыхъ случаяхъ) атрофію мозга до толщины карандаша. Находили авторы измѣненія и въ головномъ мозгу, особенно у выхода черепныхъ нервовъ — эксудацию въ оболочки.

Въ 1867 году Steudner ²⁾ описалъ значительное измѣненіе сѣраго вещества заднихъ роговъ спинного мозга и соответственной commissur'и въ одномъ случаѣ lepra mutilans; измѣненіе вещества мозга состояло въ коллоидномъ перерожденіи его.

Въ 1870 году Neumann ³⁾, констатировалъ тоже коллоидное перерожденіе сосудовъ спинного мозга — его сѣраго вещества.

Langhans ⁴⁾ въ 1875 году нашелъ «кромя́ размѣченія заднихъ роговъ и commissura grisea, размѣченіе столбовъ Clarke'а;

¹⁾ Traité de la Spédalskhed ou éléphantiasis des Grecs. Paris 1848. p. 283.

²⁾ Steudner. Lepra mutilans. Erlangen 1867 Цит. по Leloir'y. Traité pratique et théorique de la lèpre. Paris 1886. p. 249.

³⁾ Neumann. Lehrbuch der Haut Krankheiten. Vienne 1870. Цит. по Leloir'y. I. c.

⁴⁾ Langhans. Archives de Virchow. 1875. Цит. по Leloir'y. I. c.

эти разстройства преимущественно находились въ шейной и верхней спинной части мозга. Мозговое вещество, окружающее эти очаги размѣченія, было инфильтровано эмбриональными клѣтками, какъ при мѣлятѣ. Задніе и боковые пучки представлялись сѣроватыми и болѣе твердой консистенціи, преимущественно въ шейной части спинного мозга.

Черьевъ ¹⁾ въ 1879 году при изслѣдованіи спинного мозга одного прокаженного (клиническое наблюденіе онъ не опубликовалъ) нашелъ также различныя измѣненія сѣраго вещества и заднихъ роговъ, и измѣненіе самихъ нервныхъ клѣтокъ.

Но много фактовъ говоритъ и противъ признаванія центрального происхожденія проказы.

Самъ Leloir приводитъ примѣръ ²⁾ (O-bis LXIV) того, что въ спинномъ мозгу не было найдено измѣненія (положимъ большой былъ съ lepra tuberosa), затѣмъ ссылается на Hillis, Neisser и A. Hansen, которые, изслѣдуя много прокаженныхъ, не находили также измѣненій въ спинномъ мозгу. Hansen и Neisser не нашли ни одной бациллы въ мозгу у всѣхъ лепрозныхъ, которыхъ они изслѣдовали. Далѣе авторы говорятъ:

«L'existence de ces nombreux faits négatifs prouve que, jusqu'ici du moins, il est difficile d'édifier une théorie sur l'origine centrale de la lèpre. Comme je l'ai dit en 1881, les lésions médullaires sont inconstantes et, quand elles existent, on pourrait se demander si elles sont primitives, ou si elles ne sont pas plutôt la conséquence de l'altération des nerfs périphériques». (Курсинъ подлинника).

Авторъ далѣе говоритъ, что еще въ 1882 году онъ высказалъ гипотезу о томъ, что лепрозная бацилла, то поражаетъ кожные нервы и периферическіе, то центральную нервную систему, причѣмъ это пораженіе сопровождается то периферическимъ невритомъ, то бываетъ безъ него. Но бацилла въ мозгу еще не найдена.

Въ слѣдующемъ году послѣ изданія классическаго сочиненія Leloir'a (1886), а именно въ 1887 году появилась работа

¹⁾ Черьевъ. Lesions de la moelle épinière et de la peau dans un cas de lèpre anesthesique. Archive de physiologie 1879. VI. стр. 614 — 622. Цит. по Leloir'y. I. c.

²⁾ Leloir. I. c. p. 250.

Chassiotis'a ¹⁾, доказавшая существование лепрозных бацилл въ спинномъ мозгу.

Больной былъ 18 лѣтъ, умеръ отъ катаральной пневмоніи въ 4 дня въ госпиталѣ Pigeus'a. Изъ анамнеза, который былъ полученъ авторомъ ясно, что у больного существовала анестетическая форма проказы. Аутопсія показала, что въ поясничной области спинной мозгъ утолщенъ вдвое противъ нормы.

Бѣлое вещество сѣро-желтаго цвѣта, сѣрое-слегка потемнѣло. Бациллы въ спинномъ мозгу находились милліардами въ бѣломъ веществѣ и въ переднихъ и заднихъ рогахъ. Окраска протоплазмы и ядеръ лепрозныхъ кѣлѣтокъ не удалась. Въ мозжечкѣ также находились лепрозные бациллы.

Заключение Chassiotis'a о томъ, что анестетическую проказу нужно признать за болѣзнь центрального происхожденія, (а не периферической нервной системы, какъ признано), совершенно неправильно, по крайней мѣрѣ въ томъ отношеніи, что у него не было основанія это признать. Въ самомъ дѣлѣ, кромѣ нахождения бациллъ авторъ не констатировалъ такого измѣненія тканей мозга, которое указывало бы на старое страданіе спинного мозга. Больной умеръ отъ катаральной пневмоніи и нельзя отрицать того, что можетъ быть за нѣкоторое время передъ смертью, у него бациллы, сильно размножившись, попали въ спинной мозгъ. Мнѣ кажется, что въ этомъ нѣтъ ничего невозможнаго. Между тѣмъ, чтобы доказать локализацию болѣзни въ спинномъ мозгу, нужно найти такія измѣненія нервной ткани, которыя могли бы послужить причиной периферическихъ разстройствъ. Я не знаю почему авторъ, констатируя: *die Nervenfasern und die Ganglienzellen bleiben durchaus intakt (von Bacillen)*, все же признаетъ центральное происхожденіе болѣзни. Вслѣдствіе всего этого я не считаю случай автора за доказательный и оставляю вопросъ открытымъ о локализациі проказы въ спинномъ мозгу.

Въ томъ же 1887 году у насъ въ Россіи вышла весьма обстоятельная работа Судакевича ¹⁾ почти по тому-же вопросу.

Не входя въ разсмотрѣніе этой работы, я приведу только выводы автора на основаніи патолого-анатомическихъ данныхъ:

¹⁾ Ueber die bei der anästhetischen Lepra im Rückenmarke vorkommenden Bacillen. Monatsb. für prakt. Dermat. 1887, стр. 1039

²⁾ И. Судакевичъ. Къ патологіи проказы. (Lepra arabum). Киевъ 1887.

1. Въ теченіи кожной формы (регрессивный періодъ и вторичная нервная форма) проказы развиваются патологическія измѣненія различныхъ нервныхъ узловъ (Gasser'овы, верхніе шейные и межпозвоночные).

2. Измѣненія эти локализируются почти исключительно въ нервныхъ кѣлѣткахъ узловъ и выражаются: съ одной стороны присутствіемъ въ нихъ лепрозныхъ бациллъ и, какъ послѣдствіемъ этого, — вакуолизацией протоплазмы и исчезновеніемъ пигмента (Ganglio-cellulitis leprosa).

Съ другой — утолщеніемъ капсулъ, склерозомъ и жировымъ перерожденіемъ протоплазмы и сморщиваніемъ ядеръ, — явлениями, повидному, не находящимися въ непосредственной связи съ присутствіемъ бациллъ.

3. Кромѣ нервныхъ кѣлѣтокъ бациллы встрѣчаются также и въ промежуточной ткани узловъ

Авторъ исследовалъ также Пачиніевы тѣла и нашелъ въ нихъ измѣненія, которыя онъ считаетъ за первичныя, а не вторичныя — вслѣдствіе пораженія мелкихъ нервныхъ вѣтвей. Выводъ изъ всей работы тотъ, что безусловно нервные узлы могутъ быть лепрозно поражены.

П. Я. Розенбахъ ¹⁾ въ засѣданіи 27 Января 1887 года въ Обществѣ психіатровъ и невропатологовъ въ С.-Петербургѣ сдѣлалъ сообщеніе о случаѣ сирингомеліи.

Говоря о случаѣ, довольно типичномъ для сирингомеліи, авторъ касается дифференціального діагноза между ней и проказой и указываетъ на свою статью о случаѣ проказы, наблюдавшемся имъ въ 1883 году; считаю нужнымъ разобрать эту статью, въ которой авторъ доказываетъ центральное пораженіе при проказѣ.

Статья эта ²⁾ по поводу слѣдующаго случая: начало болѣзни — пятнами на ногахъ, переходъ ихъ послѣдовательный на туловище, причѣмъ кожа ногъ приобрѣла нормальный видъ. Пятна существуютъ на спинѣ и груди съ пигментированными краями буро-краснаго и другихъ оттѣнковъ. На рукахъ — main en

¹⁾ Вѣстникъ псих. и невроп. 1888 г. Протоколы за 1887 годъ. О распознаваніи сирингомеліи. Стр. 10 и St. Peterburger Med. Wochensh. 1887, № 9 стр. 69. Zur Diagnostik der Syringomyelie.

²⁾ П. Я. Розенбахъ. О невропатическихъ явленіяхъ, свойственныхъ проказѣ. Вѣстникъ психіатр 1884 г. I. стр. 260.

griffe. На нижних конечностях тактильная чувствительность сохранена, остальные потеряны, на внутренней поверхности бедеръ сохранена и болевая (немного понижена). На пятках также тактильная сохранена, остальные потеряны. На верхних конечностях поражены все виды чувствительности в области кистей рукъ, выше тактильная—сохранена. Нормальная чувствительность за пигментированной полосой в области плеча. Коленные рефлексы — повышены. На рукахъ атрофия различныхъ мышцъ. Анализируя этотъ случай авторъ приходитъ къ заключению, что здѣсь онъ имѣетъ дѣло съ поражениемъ всего спинного мозга и части головного на всемъ протяжении.

Изъ описанія этого случая видно, что анестезіи развились на мѣстахъ бывшихъ пятень, а потому, если бы было доказано, что пятна — не тропоневротическая, а зависятъ отъ вполнѣ мѣстныхъ разстройствъ, то, конечно, авторъ призналъ бы мѣстное развитие и анестезій. Вотъ это то фактъ и былъ доказанъ позднѣе точными изслѣдованіями пятень при проказѣ (Gerlach¹⁾; эти изслѣдованія вполнѣ установили, что пятна при проказѣ зависятъ отъ лепрозныхъ измѣненій и что нервы поражаются съ концевыхъ аппаратовъ.

Я думаю — авторъ согласится со мною, что при наличности такихъ фактовъ въ настоящее время, случаи, подобные его наблюденію, должны быть отнесены къ периферическимъ разстройствамъ при проказѣ; малая же измѣняемость тактильнаго чувства должна быть объяснена какими либо иными причинами, а не центральнымъ поражениемъ.

Итакъ случай, д-ра П. Я. Розенбаха не можетъ служить доказательствомъ центрального происхожденія анестетической проказы.

Въ 1890 году въ статьѣ о сирингоміэліи²⁾ тотъ же авторъ П. Я. Розенбахъ и А. Шербакъ пришли къ заключенію, что мнѣніе проф. Rosenthal'a, высказанное имъ еще въ 1886 году о томъ, что поражения спинного мозга при проказѣ могутъ быть названы «poliomyelitis posterior chronica», еще не можетъ счи-

¹⁾ Gerlach. W. Untersuchungen über d. Unabhängigkeit d. Bildung anästhetischer Hautflecke v. d. Erkrankung zu gehöriger Nerven bei der Lepra anästhetika. Dorpat 1890 Dissert.

²⁾ Къ казуистикѣ сирингоміэліи. П. Розенбаха и А. Шербака. Вѣстн. психіатр. и невропатол. 1890 г. стр. 167.

таться установленнымъ по скудности патолого-анатомическаго матеріала въ литературѣ.

За годъ до доклада д-ра Zambaco въ 1891 г. Е. Besnier и А. Doyon¹⁾ писали о діагнозѣ lepra mutilant., что, хотя и встрѣчаются случаи очень затруднительные для діагноза, все-таки: «les cas dans lesquels l'ambiguïté est inextricable, sont d'un extrême rareté; et les moyens indirects d'éviter l'erreur sont nombreux». Затѣмъ авторы разбираютъ болѣзни, съ которыми можно смѣшать мутилирующую проказу, и въ концѣ даютъ перечень признаковъ, отличающихъ сирингоміэлію, причемъ повторяютъ почти то, что говоритъ въ цитируемой ими статьѣ Thibierge (Les alterations cutanées de la syringomyelie, Ann. de Dermat. et de Jyph. I 1890. p. 799). Далѣе, говоря о нахожденіи лепрозныхъ бациллъ въ тканяхъ (p. 525. l. c.) Е. Besnier и А. Doyon констатируютъ въ проказѣ нормальность центральной нервной системы, въ противоположность сифилису: «Dans la lèpre, contrairement à ce qui se passe pour la syphilis, le système nerveux central reste sensiblement indemne; il y a là une question à réserver, les résultats négatifs pouvant n'indiquer autre chose que l'insuffisance des moyens d'investigation dont on dispose».

Этимъ можно закончить литературу до 1892 года объ отношеніи проказы къ болѣзни Morvan'a и сирингоміэліи. Такимъ образомъ, ко времени доклада Zambaco 23 Августа 1892 года Французской Медицинской Академіи, вопросъ стоялъ въ слѣдующемъ видѣ:

1. Болѣзнь Morvan'a и сирингоміэлію пришлось признать за болѣзнь близкія между собою и почти тождественныя въ патолого-анатомическомъ отношеніи. Кромѣ того болѣзнь Morvan'a признавалась нѣкоторыми (Déjérine) за инфекціонный невритъ, такъ какъ въ случаяхъ съ аутопсіей находили и множественный невритъ (Gombauld et Reboul, Joffroy et Achard).

Затѣмъ Déjérine высказался и за сходство въ отношеніи неврита съ проказой. Но еще никто не считалъ ее за проказу.

¹⁾ Pathologie et traitement des Maladies de la peau. p. M. Kaposi. Trad. p. E. Besnier et A. Doyon. vol II Paris 1891. p. 514. Append. des traduct.

2. Относительно *lepra anethetica* высказывались мнѣнія о центральномъ происхожденіи ея, такъ какъ было нѣсколько случаевъ вскрытія съ нахожденіемъ измѣненной спинного мозга. (Steudner, Langhans, Чирьевъ и др.); признавалось сходство съ сирингомиелией (Besnier et Douyon, Rosenbach, Thibierge и др.), но никто не рѣшался говорить, что сирингомелия есть проказа. Но 23 Августа докладъ д-ра Zambaco Pachin'и Французской Медицинской Академіи и 8 Декабря въ «Société de Dermatologie» заставляли совершенно измѣнить прежнее мнѣніе объ отбѣльныхъ болѣзняхъ Morvan'a и сирингомиелии, и считать съ этикъ поръ всѣ случаи болѣзни Morvan'a, и очень многіе — сирингомиелии за мутилирующую и анестетическую проказу.

V.

Такъ какъ мнѣнія, защищаемыя д-ромъ Zambaco, шли въ разрѣзъ съ убѣжденіями всѣхъ остальныхъ ученыхъ, то, весьма понятно, они заслуживаютъ внимательнаго разбора со стороны каждаго изслѣдователя. Обѣ статьи о докладахъ 23 Августа 1) и 8 Декабря 2) 1892 г. мало разнятся между собою (первая только подробнѣе), и потому я думаю излагать содержаніе, руководствуясь обѣими статьями, гдѣ нужно, указывая источникъ. Доклады Zambaco явились слѣдствіемъ его путешествія по Бретани, съ цѣлью найти тамъ прокаженныхъ. Причину же путешествія онъ выставляетъ ту, что, пораженный сходствомъ рисунковъ случаевъ болѣзни Morvan'a со своими рисунками мутилирующей проказы, авторъ написалъ письмо д-ру Thibierge'у о своихъ предположеніяхъ; что болѣзнь Morvan'a и сирингомелия есть мутилирующая и анестетическая проказа. Письмо это вызвало одно недоумѣніе, и авторъ захотѣлъ лично доказать свои предположенія. Какая бы ни была причина путешествія д-ра Zambaco, во всякомъ случаѣ почва для его предположенія была подготовлена въ констатированіи сходства между болѣзнями, онъ же

1) Les lépreux de la Bretagne en 1892. p. Zambaco-pach-a. Bulletin de l'Académie de médecine. Séance du 23 août 1892. p. 309.

2) La lépre en Bretagne. p. Zambaco-pacha. Ann. de dermat. et de syphil. 1892. p. 1213.

пошелъ только дальше и вмѣсто сходства предположилъ тождество.

Въ Бретани онъ нашелъ несомнѣнные случаи проказы, доказавъ, что она во Франціи и не прекращалась, но являлась только въ большинствѣ въ ослабленной и неясно выраженной формѣ: «la lepre en survivance en Bretagne se trouve le plus souvent à l'état léger, atténué, fruste» (Bull. p. 311). Авторъ встрѣтилъ двухъ больныхъ д-ра Morvan'a и сразу призналъ ихъ за прокаженныхъ. Вотъ описаніе болѣзни, представляемое д-ромъ Zambaco: Aiven (Obs. II д-ра Morvan'a) именьгъ указательнаго пальца лѣвой руки, культи коротка, тверда, каллезна, съ глубокой трещиной; мизинецъ также мутилированъ, остальные пальцы толсты, колбасовидны (boudinés), полуангилозированы; мягкія части приросли къ суставу; ногти деформированы; тактильная чувствительность существуетъ на тылѣ руки; термическая чувствительность ослаблена. На правой рукѣ мизинецъ сведенъ, многочисленныя трещины на ладонныхъ складкахъ; первая m. m. interossei—атрофированы, n. p. cubitales—объемисты. Большой имѣетъ нѣсколько дактилитовъ, названныхъ *panaris analgésiques*

Второй больной Corloquet изъ Lannilis описанъ авторомъ въ слѣдующемъ видѣ: мизинецъ лѣвой руки лишень послѣдней фаланги безъ боли; ладонные рубцы на суставныхъ складкахъ, происшедшіе отъ глубокихъ язвъ и трудно зажившихъ; всѣ пальцы толсты, деформированы, полуогнуты съ невозможностью выпрямлять. Отсутствіе мышечной атрофіи. Анестезія на всей лѣвой половинѣ тѣла; легкое выпаденіе рѣсницъ на этой сторонѣ. Большой жегъ часто руку, не замѣчая.

Описавъ затѣмъ нѣсколько случаевъ съ различными формами проказы, болѣе легкими для діагноза, авторъ говорить, что эти случаи несомнѣнной проказы позволяли ему установить послѣдовательный переходъ всѣхъ степеней первобытной (autochtone) lepr'y, указавъ: «la chaîne morbide par gradation depuis la variété léonine, jusqu'aux formes les plus atténuées, les plus frustes, méconnaissables par ceux qui n'ont pas l'expérience nécessaire que donne seule l'étude longtemps suivie et approfondie de la lépre» (Annal. I. c.).

Въ доказательство существованія проказы во Франціи авторъ говорить далѣе слѣдующее: могла-ли проказа, такъ распространенная во Франціи з вѣка назадъ, исчезнуть безъ слѣда? А между тѣмъ, когда она значительно уменьшилась, доктора забыли о ней и считали ее только экзотической; въ то же время стали попадаться формы болѣзни, которыхъ нельзя было нигуदा подвести, и стали создаваться новыя болѣзни. Такова, очевидно, (по автору) и исторія болѣзни Morvan'a, сирингоміэлии, склеродермии и пр. Авторъ удивляется совпадению, что Бретань оказалась страной чуть не единственной болѣзни Morvan'a и въ тоже время завѣдомо была з столѣтіи очагомъ проказы. Это совпаденіе и наводитъ на мысль о тождествѣ этихъ двухъ болѣзней. Затѣмъ авторъ представляетъ нѣсколько и своихъ и чужихъ случаевъ (послѣ 23 Августа 92 года нѣкоторые доктора написали ему о нахожденіи новыхъ случаевъ проказы), для доказательства существованія лепры въ Франціи и удивляется, какимъ образомъ раньше ихъ не замѣчали. Причина одна: никто не могъ и представить, чтобы проказа осталась во Франціи.

Д-ръ Morvan въ своихъ изслѣдованіяхъ ни разу не говоритъ о проказѣ, настолько онъ не зналъ о ней.

Во Франціи еще навѣрное много проказенныхъ неизвѣстныхъ, такъ какъ врачи ея не знаютъ. Но проказа есть и въ Парижѣ.

Авторъ представляетъ приѣмъ больного Marés, который 8 лѣтъ переходилъ изъ госпиталя въ госпиталь съ диагнозомъ «mal de Morvan».

Этого больного изслѣдовали знаменитѣйшіе врачи, о немъ печатали во многихъ журналахъ, писали о немъ тезисы, а онъ ничто иное какъ лепрозный, что было подтверждено всѣми врачами госпиталя Saint-Louis: Vidal, Besnier, Fournier, Quinquaud, Hallopeau, Tenneson, Du-Castel. Между тѣмъ раньше д-ръ Gombault, компетенція котораго въ патолого-анатомическихъ изслѣдованіяхъ всѣмъ известна, изслѣдовалъ ампутированный палецъ Marés и не нашелъ ни бациллъ, ни лепрозныхъ клѣточекъ. Затѣмъ авторъ говоритъ, что, не видя этого больного, онъ уже поставилъ діагнозъ проказы, и что, вообще, онъ приобрѣлъ такую опытность, что не нуждался ни въ вызываніи нерва, ни въ исканіи бациллъ. Далѣе, какъ подтвержденіе своего мнѣнія,

сылается на работу Pitres, проф. въ Бордо ¹⁾, который нашелъ лепрозную бациллу въ случаѣ сирингоміэлии (это было уже послѣ 23 Августа, но до 8 Декабря. Конечно, онъ это упомянуть во второмъ докладѣ. Объ этой работѣ я скажу впоследствии).

Авторъ резюмируетъ свои доклады въ слѣдующемъ видѣ:

1. Въ Бретани существуетъ проказа, и новая болѣзня «paranis analésiques» есть только мутилирующая форма классической лепры. Онъ встрѣчалъ въ Бретани и всѣ остальные формы проказы.

2. Кромѣ случаевъ полныхъ классической лепры, тамъ встрѣчаются: «et c'est le plus grand nombre heureusement, qui sont atténués, légers, frustes. Mais la transition est établie; toute la gamme s'y rencontre; ce qui permet de rattacher à la même affection, à la lépre, les cas même incomplets, à peine dessinés qui occupent les derniers degrés de l'échelle de gradation». (Ann.)

3. Большинство случаевъ сирингоміэлии суть анестетическая лепра Danielssen'a, иногда ослабленная, или слегка измѣненная.

4. Проказа составляетъ большой классъ болѣзней (вродѣ скрофулеза), куда можетъ быть нужно отнести случаи morphea и склеродермии, такъ какъ встрѣчаются случаи morphea съ анестезіей и проказы безъ анестезіи. Потому имѣли-бы право создать отдѣлъ эстетической лепры, въ противоположность анестетической.

Изъ преній по поводу докладовъ д-ра Zambaco я приведу наиболее относящихся къ интересующему насъ вопросу; наиболее важныя пренія были послѣ 2-го доклада, и ихъ то я и изложу подробно.

Изъ преній перваго доклада я приведу только, что Vidal спросилъ Zambaco, встрѣчалъ-ли онъ утолщеніе нервовъ, особенно cubit'альнаго нерва въ случаяхъ болѣзни Morvan'a. Zambaco сказалъ, что встрѣчалъ; и сказалъ объ этомъ слѣдующее: «Les cordons nerveux sont hypertrophiés dans la forme mutilante, chez les malades présentés comme atteints de maladie du Morvan. Le doute n'est pas possible».

¹⁾ De la valeur de l'examen bactériologique dans le diagnostic des formes frustes et anormales de la lépre. Bullet. de l. Acad. de Med. 1892 p. 735.

Послѣ второго доклада Vidal сказалъ, что нужно найти бациллу, какъ сдѣлалъ Pitres, или указать на утолщеніе нервовъ, преимущественно subit'альнаго. Zambaco отвѣтилъ, что не всегда возможно отыскать биопсіей бациллу, нужна аутопсія. Отрицательный результатъ биопсіи не доказываетъ отсутствія проказы. Затѣмъ онъ повторяетъ почти всѣ свои доводы въ пользу своего мнѣнія, высказанные уже въ докладѣ.

Gaucher защищаетъ идеи Zambaco, но особенно новаго и убедительнаго не говоритъ. Vidal повторяетъ, что нахожденіе бациллъ нужно для подтвержденія гипотезы Zambaco. Лучше представить мало фактовъ, но вполне обследованныхъ, чѣмъ много фактовъ, но непонянныхъ.

Zambaco съ этимъ согласенъ, и затѣмъ прибавляетъ, что, по его мнѣнію sagots du Béarn съ измѣненіями ногтей—тоже прокаженные.

Besnier, соглашаясь съ Vidal'емъ, говоритъ, что такъ какъ Zambaco своей теоріей стремится сдѣлать настоящую революцію, то, конечно, нужно, чтобы онъ свои теоріи снабдилъ строго научными доказательствами, которыя подходятъ къ современному научному позитивизму.

Теперь я могу приступить къ разбору всѣхъ доводовъ д-ра Zambaco, стараясь, по возможности, слѣдить за развитіемъ его доводовъ въ пользу своихъ мнѣній и указывать, въ чемъ правъ, въ чемъ неправъ Zambaco, и почему?

Прежде всего нельзя согласиться съ авторомъ, что случай болѣзни Morgvan'a (Abiven), описанный имъ въ докладѣ, похожъ на прокаженного. Изъ доклада видно, что главное основаніе автора есть вѣншее сходство рукъ больного съ руками прокаженныхъ, но изъ рисунка, представленнаго авторомъ, неясно даже и вѣншее сходство: атрофія мышцъ не видно и кожа, повидимому, нормальна, между тѣмъ какъ больной уже страдаетъ этой болѣзью 27 лѣтъ, (что видно изъ исторіи болѣзни д-ра Morgvan'a) 1).

Итакъ, въ этомъ случаѣ авторъ не идетъ далѣе вѣншаго сходства, не приводитъ никакихъ другихъ доводовъ въ пользу своего мнѣнія.

1) Gaz. heb'd. 1883, I. c.

Второй случай болѣзни Morgvan'a (Corloquet) еще менѣе можетъ быть принятъ за проказу, такъ какъ начало болѣзни—была травма, послѣ которой сразу наступили явленія болѣзни (выясняется изъ исторіи болѣзни д-ра Morgvan'a. I. c.). Авторъ же, очевидно, знакомый съ исторіей его болѣзни, не принимаетъ анамнеза въ расчетъ, т. е. все основываетъ и здѣсь на вѣншемъ сходствѣ. Кромѣ этихъ двухъ случаевъ авторъ не представляетъ другихъ—съ болѣзью Morgvan'a, боясь утрудить вниманіе слушателей.

Я полагаю, что если бы у д-ра Zambaco были случаи еще болѣе доказательные, онъ ихъ представилъ бы.

Но, впрочемъ, не довольствуясь прямыми доказательствами, д-ръ Zambaco желаетъ тоже доказать косвенно, установивъ «chaîne morbide», въ которой онъ буторковныя формы проказы ставитъ на самую высшую степенъ, а формы, вродѣ болѣзни Morgvan'a, на самую низшую, «les plus atténués, les plus frustes». Здѣсь и немного далѣе авторъ дѣлаетъ слѣдующую ошибку: онъ доказываетъ на основаніи того, что нужно доказать. Признавъ нѣкоторыя случаи за «frustes» проказы, онъ устанавливаетъ «chaîne morbide», а на основаніи этого считаетъ доказательнымъ свое мнѣніе о случаяхъ болѣзни Morgvan'a, какъ о «frustes» проказы. Кромѣ этой логической неправильности, я долженъ замѣтить, что признаніе болѣзни Morgvan'a за «fruste» проказы уже потому не вѣрно, что нельзя не видѣть въ болѣзни Morgvan'a довольно большое количество симитомомъ, а слово «fruste» можетъ означать только форму съ неясными, немногими симптомами. Затѣмъ, если д-ръ Zambaco даже не считаетъ возможнымъ признать, что пораженія нервной системы по преимуществу должны быть отнесены къ болѣе тяжелымъ симитомамъ, все же нѣтъ основанія признавать ихъ уже самыми легчайшими и ставить на самую послѣднюю ступень своей лѣстницы. Изъ всего этого, мнѣ кажется, нельзя не вывести, что доводы автора о существованіи «chaîne morbide»,... какъ онъ ее объясняетъ, не могутъ быть признаны правильными, а потому недоказательны и выводы объ идентичности болѣзни Morgvan'a и проказы.

Другое разсужденіе д-ра Zambaco о томъ, что проказа не могла такъ скоро (3 столѣт.) исчезнуть совершенно изъ Франціи, было правильно и оправдалось констатированіемъ проказы

въ Бретани. Кроме того авторъ поражается совпадениемъ о мѣстности болѣзни Morgagn'a и проказы, и этотъ фактъ наводитъ его на мысль о тождествѣ ихъ. Этотъ фактъ, конечно, важный, можетъ играть роль только второстепенную, подтверждающую, но не главную. Авторъ же принимаетъ доказательства, какъ видно изъ предъидущаго, не представляя.

Обращаясь теперь къ его выводамъ изъ побѣдки, я долженъ согааситься, что 1) твердо установить имъ фактъ существованія проказы въ Бретани.

2. Второй пунктъ автора, что болѣзнь Morgagn'a есть мутилирующая проказа, какъ видно изъ изложенія его статьи, доказываетъ только фотографіями и выѣшнимъ сходствомъ поражений. Но я уже говорилъ выше, что этого совершенно недостаточно, а кроме того авторъ, прося постоянно сравнивать фотографіи болѣзни Morgagn'a со своими рисунками, не давалъ возможности оцѣнить объективно и его рисунки, такъ какъ не говорилъ о нихъ подробно. Его доводъ о тождествѣ мѣстности съ болѣзью Morgagn'a и проказой не можетъ, какъ сказано выше, служить прямымъ доказательствомъ, котораго д-ръ Zambaco, собственно, не привелъ ни одного. Такимъ образомъ резюмируя, можно утверждать, что для категорическаго признанія болѣзни Morgagn'a за проказу у д-ра Zambaco не было достаточно оснований.

3. Установленіе «*chaîne morbide*» д-ромъ Zambaco, какъ было изложено выше, не выдерживаетъ критики; а на этомъ авторъ также основываетъ свое мнѣніе и о болѣзни Morgagn'a.

4. Признаваніе болѣзниства случаетъ сирингомѣліи за проказу, имѣ кажется, также не имѣетъ достаточныхъ оснований, такъ какъ авторъ въ данномъ случаѣ ошибки діагноза слышкомъ обобщаетъ. Между тѣмъ ошибки эти должны были быть: всѣ случаи анестетической проказы Danielssen'a (*main en griffe*, атрофіи мышцъ, анестезіи, иногда мутиляціи) должны были быть отнесены къ сирингомѣліи, разв діагнозъ проказы не могъ имѣть мѣста (это было твердое убѣжденіе болѣзниства французскихъ врачей); но развѣ эти невольныя ошибки могутъ измѣнить сколько нибудь существованіе спинно-мозгового гліоматоза.

5. О теоріи Zambaco, что къ проказѣ нужно отнести массу болѣзней, очень мало имѣющихъ общаго съ проказой, я подробно

говорить не буду; по моему мнѣнію, у автора было слишкомъ мало оснований для этого утвержденія; кроме того это не относится прямо къ нашему вопросу.

Изъ преній же по поводу обонхъ докладовъ д-ра Zambaco видно, что самые солидные авторитеты дерматологии: Besnier и Vidal не были удовлетворены доказательствами автора, но считали необходимымъ для діагноза проказы присутствіе башиль въ тканяхъ, или узловатаго утолщенія на нервахъ. Zambaco же возражалъ, что башиль не всегда возможно найти, а утолщеніе нервовъ онъ встрѣчалъ, но не говоритъ, всегда ли, и какого рода утолщенія.

Подводя итогъ двухъ докладовъ д-ра Zambaco, нужно признать, что имъ твердо установленъ фактъ существованія проказы во Франціи, и въ этомъ — его громадная заслуга. Все же остальное принадлежитъ скорѣе къ области мало обоснованныхъ предположеній, признаваемыхъ имъ за факты. Вопросъ же объ отношеніи проказы къ болѣзни Morgagn'a и сирингомѣліи былъ имъ скорѣе запутанъ, чѣмъ рѣшенъ въ какомъ бы то ни было смыслѣ.

Теперь я изложу вкратцѣ суть доклада проф. Pitres, который представляется д-ромъ Zambaco, какъ доказательство вѣрности его воззрѣній. Докладъ Pitres'a былъ сдѣланъ въ засѣданіи «*Acad. de med.*» 1) 29 Ноября 1892 года, т. е. между двумя докладами д-ра Zambaco. Суть доклада въ томъ, что у больного, признаваемого за случай сирингомѣліи, были найдены въ кускѣ вырѣзаннаго нерва лепрозныя башильи. Исторія же его болѣзни заключается въ слѣдующемъ: большой начало болѣзни относить къ 1876 году, когда у него сдѣлалась нечувствительной лѣвая голень (въ это время онъ 3 года уже жилъ на островѣ Мартиникѣ), которую онъ скорѣе сильно ожегъ на огнѣ, но боли при этомъ не чувствовалъ. Область анестезіи скорѣе расширилась и заняла всю голень и лѣвую стопу; а затѣмъ и правая голень сдѣлалась не чувствительной. Въ 1889 году у него первый разъ появляется пузырь съ кровавистой жидкостью, приподнявшій ноготь большого пальца правой ноги: образовалась

1) Bull. d'Acad. de med. I. c. p. 735.

нечувствительная язва; 3 недѣли спустя язва на подошвенной сторонѣ того-же пальца. Въ разное время появлялись пейсифоидные пузыри на предплечьях, голенихъ, кисти и стопѣ, которые давали послѣ себя продолжительнаго нагноенія и мутляющія фаланги, такъ что къ 1891 году, когда больной поступилъ подъ наблюдение проф. Pitres, можно уже было констатировать слѣдующее: руки деформированы рубцовыми стягиваніями, и произвольными мутляціями на уровнѣ третьихъ и вторыхъ фалангъ нѣсколькихъ пальцевъ. Thenag., hypoth. и m. m. interossei атрофированы. На стопахъ 2 широкихъ «maux perforants plantaires» съ мозолистыми и завороченными краями. На всей почти поверхности нижнихъ конечностей, на обоихъ предплечьяхъ и на верхушкѣ черепа—диссоціація чувствительности: во всѣхъ этихъ областяхъ больной чувствовалъ хорошо легкія прикосновения, простія задѣванія, но не испытывалъ болѣзненнаго ощущенія при прокалываніи насквозь кожи иглою, или при прижиганіи термокаутеромъ.

Я не буду здѣсь приводить выводы автора, какъ важно изслѣдовать на бациллы кусокъ нервовъ въ такихъ случаяхъ. Главный центръ тяжести заключался, очевидно, въ томъ, что проф. Pitres ошибся въ діагнозѣ, принявъ мутилирующую проказу за сирингомизію, вѣроятно, только на основаніи диссоціаціи. Течение же болѣзни могло бы дать намекъ на діагнозъ lèpre, если бы авторъ не придавалъ такого значенія диссоціаціи, а проказы не предполагалъ. Онъ въ своемъ докладѣ сознается въ этомъ и говорить, что послѣ доклада Zambaco захотѣлъ снова рассмотреть своего больного.

Я не понимаю, почему этотъ случай Zambaco считаетъ подтвержденіемъ своихъ мнѣній: кромѣ ошибки діагноза, совершенно естественной у человека, незнакомаго съ проказой, этотъ случай ничего иного доказать не можетъ.

Если бы Zambaco былъ правъ въ отношеніи болѣзни Morvan'a, то послѣ его докладовъ должны были послѣдовать подтвержденія его мнѣній въ смыслѣ нахождения бациллъ въ ткани. Теперь я и думаю рассмотреть, что въ литературѣ появилось по интересующему насъ вопросу послѣ докладовъ Zambaco.

Въ 1893 году Zambaco дѣлаетъ еще докладъ въ госпиталѣ Charité¹⁾ вообще о проказѣ и въ немъ уже прямо говорить, что онъ доказалъ Медицинской Академіи, что болѣзнь Morvan'a и сирингомизія есть только остатки классической лепры въ ея мутилирующей и нервной формахъ.

«J'еus donc l'honneur de soutenir devant l'Académie de Médecine, et de prouver que le mal de Morvan et la syringomyelie n'étaient que des reliquats de la lèpre classique dans ses formes mutilantes et nerveuses» (стр. 25).

Этимъ онъ еще рѣшительнѣе высказываетъ свои предположенія и даже болѣе обобщаетъ ихъ, чѣмъ онъ могъ это сдѣлать передъ Французской Академіей.

Очевидно, онъ такъ высказался потому, что, какъ онъ говоритъ дальше, проф. Pitres доказалъ присутствіе бациллъ въ тканяхъ сирингомизітика, и проф. Straus въ кожѣ лепрознога бретонца также нашелъ бациллъ (больной, очевидно, былъ не съ болѣзью Morvan'a). Изъ послѣдующаго же видно, что это приведено имъ для доказательства существованія проказы во Франціи.

Кромѣ того онъ сказалъ, что пр. Pitres своимъ изслѣдованіемъ «apporta un appoint considérable à mon opinion». Но это мнѣніе было о болѣзни Morvan'a и сирингомизіи. Zambaco также въ 1893 году путешествовалъ на югъ Франціи, констатировалъ тамъ проказу, и слѣдствіемъ этого явился еще докладъ Медицинской Академіи²⁾, въ которомъ кромѣ мнѣній, уже извѣстныхъ изъ другихъ докладовъ, онъ выдѣляетъ въ нѣкоторое противорѣчіе относительно характера проказы.

Сначала авторъ говорить, что проказа во Франціи не можетъ быть названа ни «lepra nostras», ни лепродомъ, но всеобщей проказой, космополитической, «представляющей вслѣдъ одну и ту же природу, одинъ и тотъ же характеръ, одинъ и тотъ же процессъ». Далѣе же говоритъ, что она подверглась превращенію, которое явилось слѣдствіемъ соціальнаго улучшенія жизни, причемъ она дѣлается ослабленной и измѣненной.

¹⁾ La lèpre. Conférence faite à l'hôpital de la Charité p. le d-r Zambaco-Pacha. Extrait des Annales de Médecine scientifique et pratique n° 23, 24 et 25, 7, 14 et 21 juin 1893. Paris 1893.

²⁾ La lèpre dans le midi de la France en 1893. La Semaine médicale 1893. p. 226. Рефер. докл. Мед. Акад.

«Это потому, что она переродилась настолько, насколько она больше или меньше удалена иногда от своих классических форм».

Это противоречие я могу объяснить только тем, что автор, желая усилить свое мнение о болезни Morgagni и сирингомиелии, должен был доказывать, что это самая обыкновенная проказа. Но его взгляды на проказу увлекли в противоположную сторону; кроме того он должен был признать, что большинство больных во Франции не с обыкновенными формами проказы.

Я скажу еще вкратце о последней статье д-ра Zambaco, которую я здесь упомяну. Эта статья также появилась в 1893 г.¹⁾

Я не буду говорить о том, что помещено в ней, так это известно из его других докладов, но скажу здесь только о той серии рисунков, которые он опять представляет для доказательства тождественности болезни Morgagni и сирингомиелии с проказой. Они представляют из себя следующее: он приводит фотографические снимки с рук прокаженных и рядом для сравнения—с болезнью Morgagni и сирингомиелией.

Первые два рисунка: лепрозная кисть из Константинополя и—с болезнью Morgagni (кисть руки Abiven). Я не понимаю, почему автор представил их, так как он весьма мало похожи друг на друга. В самом деле: Константинопольская кисть имеет остатки пальцев, которые, очевидно, (это указывать даже рисунок) уменьшились посредством так называемого «ostéomalacie lépreuse», полная атрофия thenari и hypothen., отсутствие нормальных складок кожи. На другой кисти пальцы почти всё целы, за исключением одного; мышцы не атрофированы, thenar и hypothenar весьма порядочной толщины; складки кожи ясно видны: кожа, повидному, весьма мало изменена. Общи обоим рисункам изменения ногтей.

Вторая пара рук: Константинопольского лепрозного и Marès; я не буду останавливаться на этом; Marès—ошибка диагноза, и ничего другого не доказывает.

Третья пара: main en griffe проказы и сирингомиелии. С.

¹⁾ Etat de nos connaissances actuelles sur la lèpre. p. Zambaco-pacha, La Semaine medicale 1893. p. 289.

первого взгляда он похож, но не больше; если же внимательно разбирать, то можно найти достаточно различий. Кисть прокаженного имеет полное отсутствие thenar и hypothenar, кожа, повидному, склеротична, и, очевидно, приращена к подлежащим частям. На другом рисунке кожа кажется нормальной, hypothenar существует. Форма скрючивания пальцев неодинакова: при проказе—суставы согнуты в межфаланговых суставах, а при сирингомиелии—в фалангопоястном и 1-м межфаланговом. Хотя, этих различий может быть недостаточно, но нет и полной идентичности, а общего сходства не достаточно. Остальные две пары рисунков совершенно неудовлетворяют своему назначению: склеродактилия и затемь—morphaea. Читатель не может вывести из них никакого заключения относительно идентичности болезней. Остальное в этой статье не представляет интереса, так как все уже было раньше докладываемо д-ром Zambaco.

Здесь будет кстати упомянуть о статье, которая как раз написана по поводу предыдущей A. Hansen'ом, в виде письма¹⁾.

Он констатирует, что ослабленная проказа не встречается в Норвегии; но он даже на этом факте не желает основываться и опровергать Zambaco. Сомневается, может ли, вообще, проказа быть ослабленной. Вышеописанные рисунки он также не признает за доказательство в пользу мнения Zambaco. Далее он не доверяет наблюдениям Zambaco-pach'i, так как у него слишком богатая фантазия, и слишком предвзятое мнение. Затем, Hansen приводит пример странных воззрений, которые Zambaco высказывал в своих «Voyages chez les lépreux» На приобретение проказы, по его мнению, главную роль играет поглощение «горького масла» и «гнилой икры» и только второстепенную роль играет нечистота. Hansen говорит: «Думаешь ли наш достойный товарищ, что эти продукты могут произвести башилу проказы». Д-р Ehlers, которому было написано письмо Hansen'a, по поручению должен был съездить в Исландию и, может, быть опровергнуть мнение Zambaco-pach'i.

¹⁾ A. propos de la lèpre et de la syringomyélie p. A. Hansen. La Semaine medicale 1893 p. 447.

Въ 1893 году опубликована еще работа Marestang'a ¹⁾, появившаяся следствием его поездки въ Бретань для проверки взглядов Zambaco-rach'i.

Авторъ нашел, что действительно существует много соотношений между 3 болѣзнями: проказой, болѣзью Morgan'a и сирингомиелией, но есть и различия: симптоматическія и анатомическія. Напримѣръ, заболѣваніе суставовъ и повышение сухожильныхъ рефлексовъ наблюдается только при сирингомиелии, но не при проказѣ; въ первой—заболѣваніе спинного мозга, во второй—творожистое перерожденіе периферическихъ нервовъ съ инфильтраціей бациллами. Авторъ приходитъ къ заключенію, что нельзя отождествлять эти 2 болѣзни.

Въ одномъ изъ засѣданій «Societe de dermat. et de syphil», а именно 18 мая, 1893 года, Besnier ²⁾ высказалъ (по поводу сомнительнаго случая Du Castel), что повторное ненахожденіе бацилл лепры въ какомъ нибудь случаѣ создаетъ большую вѣроятность, что дѣло идетъ не о проказѣ, и нѣсколько случаевъ подобнаго рода уже могутъ быть отнесены опять къ группѣ нервныхъ болѣзней.

Въ 1894 году опубликованы двѣ очень интересныя статьи, изъ которыхъ одна представляетъ докладъ на международномъ медицинскомъ конгрессѣ въ Римѣ. Это докладъ пр. Sousa Martins ³⁾ (Lisbonne). Важность этого доклада заключается въ томъ, что въ немъ доказывается нахожденіе бацилл Hansen'a въ спинномъ мозгу у больного, представлявшаго при жизни типичные симптомы сирингомиелии, подтвержденные при вскрытіи измѣненіями спинного мозга въ его шейной части. Итакъ, типичная сирингомиелія зависитъ и отъ проказы. Авторъ считаетъ этотъ случай блестящимъ подтвержденіемъ идей Zambaco-rach'i, но не обобщаетъ его, а выводитъ только заключеніе, что сирингомиелія не болѣзнь, а симптомъ, зависящій, очевидно, отъ различныхъ причинъ и, между прочимъ, отъ лепры. Нельзя не при-

¹⁾ Marestang. Lepra und Morwansche Krankheit. Journ. des mal. cut. et syphil. 1893 p. 661. Ref. Monatsbl. f. pract. Derm. 1894. стр. 49.

²⁾ Lèpre ou similli lèpre. p. Du Castel. Ann. de dermat. et de syphil. 1893. p. 593.

³⁾ Pr. Sousa Martins (Lisbonne). Un cas de syringomyélie relevant de la lepre. Atti dell' XI Congresso medico internazionale Roma 1894 т. III. (Medicina inter na) стр. 349.

знать, что этотъ случай не совсѣмъ типиченъ для сирингомиелии, и нѣкоторые факты давали право предполагать анестетическую проказу. Дѣло въ томъ, что больной хворалъ всего 5 лѣтъ, если же принять во вниманіе, что онъ уже 6—8 мѣсяцевъ до смерти не могъ ходить, то значитъ, полная картина пораженія всѣхъ 4 конечностей развилась въ 4½ года (начало болѣзни—атрофія мышцъ лѣвой кисти). Этотъ фактъ очень важный, но на него, вѣроятно, не было обращено достаточнаго вниманія, такъ какъ проказа не предполагалась. Изъ доклада неизвѣстно, какія измѣненія были найдены въ нервахъ, т. е. не рѣшенъ вопросъ объ первичномъ, ли вторичномъ пораженіи спинного мозга.

Въ виду вышеприведеннаго быстрого теченія болѣзни, я не могу признать этотъ случай за блестящее подтвержденіе идей Zambaco, а скорѣе опять таки за ошибку діагноза, хотя пораженія сирингомиелитическія и оказались при вскрытіи. Самъ авторъ говоритъ, что нельзя все, что описано подъ названіемъ сирингомиелии признавать за нераспознанные случаи проказы. Въ общемъ я думаю, что случай проф. S. Martins'a не рѣшилъ вопроса объ отношеніи проказы къ сирингомиелии въ смыслѣ, желательномъ для Zambaco, но во всякомъ случаѣ констатировалъ, что и проказа можетъ вызвать образование полостей въ спинномъ мозгу; въ этомъ важность доклада несомнѣнна.

Немного раньше этого доклада въ 1894 году опубликована довольно обстоятельная статья проф. Düring'a изъ Константинополя, также объ отношеніи проказы къ сирингомиелии ¹⁾, въ которой онъ старается доказать справедливость воззрѣній д-ра Zambaco. Его основанія прежде всего тѣ, что въ различныхъ формахъ проказы встрѣчаются почти всѣ симптомы, находимые въ такихъ болѣзняхъ, какъ эритромелалгія, болѣзнь Raymond, сирингомиелія и болѣзнь Morgan'a—всѣ почти съ неизвѣстной этиологіей. Затѣмъ перечисляетъ работы Steudner'a, Langhans'a, Чирьева и Schultze для доказательства возможности при проказѣ сирингомиелитическихъ разстройствъ. Доказательствами клиническими онъ считаетъ Marès, о которомъ рассказываетъ довольно подробно; новго-же въ этомъ только то, что здѣсь перечислены

¹⁾ E. v. Düring. in Konstantinopol. Lepra und Syringomyelie. Deutsch medic. Wochenschr. 1894 № 6 стр. 123.

врачи, ошибісь въ діагнозі на этомъ больномъ; это были: Hayem, Monod, Raoul, Broca, Charcot, Déjérine, Gombault. Остальное извѣстно. Представляетъ случай Pitres'a и нѣсколько другихъ для доказательства трудности постановки діагноза проказы. Онъ сознается дальше, что въ Константинополѣ въ случаяхъ, похожихъ на сирингоміэлію ставить діагнозъ — лѣгко: «по крайней мѣрѣ мы не въ состояніи въ этихъ случаяхъ исключить проказу». Бацилау найти во многихъ случаяхъ нельзя и нужно ставить діагнозъ безъ нея, а самъ авторъ дальше признаетъ, что проказа — болѣзнъ, въ общемъ неизвѣстная и клинически далеко еще не изученная удовлетворительно. Этимъ онъ указываетъ, что и не можемъ мы до сихъ поръ найти вѣрнаго діагностическаго признака. Онъ дѣлаетъ выдержки изъ 3-хъ работъ: Bruhl'я ¹⁾, Hoffmann'a: Syringomyelie, Volmann's klinische Vorträge (1891) и дисс. Tornaw'a: Zur Diagnostik der Syringomyelie (1893), которые почти всѣ, по его словамъ, слишкомъ просто смотрятъ на дѣло и дифференцируютъ отъ такихъ симптомовъ проказы, при которыхъ объ ошибкахъ почти не можетъ быть рѣчи.

Приведя примѣры сомнительныхъ случаевъ авторъ останавливается на вопросѣ о невритическомъ характерѣ проказы и о томъ, заболѣваетъ ли самъ спинной мозгъ; признавъ вопросъ открытымъ, онъ обращаетъ особенное вниманіе на слѣдующее сообщеніе Marestang'a: De l'infiltration caseo-calcifiée dans la lèpre systématisée nerveuse pure (Ann. de dermat. 1892 p. 513), въ которомъ онъ говоритъ о своихъ изслѣдованіяхъ п.п. cubit. и ulnar. прокаженнаго. Я приведу изслѣдующую важную фразу изъ цитаты проф. Düring'a: «on trouve encore dans cette partie centrale deux espaces vides, assez grands, véritables cavités, bien circonscrites, renfermant un assez grand nombre de bacilles à leur périphérie». Въ заключеніе Marestangъ говоритъ (p. 519): «quel est le mécanisme de la production de ces deux cavités trouvées dans certaines parties de nos nerfs, cavités, qui rappellent si bien celles qu'on trouve dans la moëlle, dans la myélite cavitaire ou gliomateuses?»

Загѣмъ проф. Düringъ желаетъ рѣшить этотъ вопросъ о

¹⁾ l. c.

невритѣ при проказѣ клинически, причѣмъ главнымъ образомъ ссылается на мнѣніе Eulenburg'a ¹⁾ объ Erythromelalgie и приѣмляетъ его къ проказѣ; мнѣніе это заключается въ слѣдующемъ: если мы имѣемъ невритическія явленія, относящіяся къ чувствительнымъ, вазомоторнымъ, трофическимъ и секреторнымъ разстройствомъ, то въ такихъ случаяхъ нужно признать участіе центральной нервной системы. При проказѣ же всѣ эти разстройства встрѣчаются, и потому и при ней нужно ихъ относить не къ периферическому невриту.

Я не буду въ подробностяхъ слѣдить за развитіемъ хода мыслей проф. Düring'a, такъ какъ все это основано на аналогіяхъ, а не на изученіи сущности проказы.

Въ заключеніе онъ говоритъ слѣдующее:

1. Бываютъ заболѣванія съ симптомами сирингоміэліи (и бол. Морвана), которые относятся къ лепрозной инфилтраціи.
2. Въ настоящее время нельзя говорить, что больной не могъ подвергнуться инфекціи.
3. Отсутствие бациллъ не можетъ рѣшить дѣла постановки діагноза.
4. Нервные симптомы проказы располагаются не только въ периферическихъ частяхъ — многіе симптомы относятся къ разстройству центрального органа.

Я говорилъ уже, что это можно считать личнымъ мнѣніемъ проф. Düring'a. Я не думаю, что нельзя было бы каждый болѣзненный симптомъ проказы объяснить периферическимъ разстройствомъ. Въ заключеніе авторъ еще разъ признаетъ отсутствіе вѣрнаго діагностическаго элемента и считаетъ возможнымъ въ лепрозныхъ мѣстностяхъ относить всѣ подозрительные случаи къ проказѣ, (по крайней мѣрѣ, исключить ее онъ считаетъ не возможнымъ). Эта статья проф. Düring'a не подвинула впередъ вопроса о томъ, есть ли болѣзнъ Morvan'a, или это — лѣгко, скорѣе онъ признаетъ ее въ своемъ первомъ пунктѣ заключенія; на счетъ сирингоміэліи вопросъ остался почти въ томъ же положеніи; онъ развивъ только ту сторону, что, вѣроятно, проказа можетъ дать сирингоміэлитическія разстройства. Вотъ эта часть

¹⁾ Deutsch. medic. Wochens. 1893. № 50.

вопроса была подтверждена докладомъ Sousa Martins и доказала правильность некоторыхъ предположений проф. Diring'a.

Остается, впрочемъ, (что было уже сказано), неизвѣстнымъ первичность пораженія спинного мозга въ случаѣ Sousa Martins'a.

Также въ 1894 году былъ опубликованъ рефератъ статьи д-ра J. Hogarth Pringle ¹⁾ въ Ann. de dermat. о болѣзни Morvan'a, гдѣ онъ излагаетъ всю ея исторію, споры, и признаетъ тѣсное соудство болѣзней: анестетической лѣги, сирингомиели и болѣзни Morvan'a прибавляетъ, что идентичны послѣдней формы съ проказой далека отъ того, чтобы быть доказанной.

Въ 1895 году опубликовано нѣсколько работъ и сообщений по интересующему насъ вопросу. Такъ 18 Февраля 1895 въ «Société de dermat. et de syphil.» былъ представленъ докладъ Danlos ²⁾ случаи болѣзни Morvan'a, который по описаніямъ представлялся весьма типичнымъ. Больной хвораетъ 16 лѣтъ. Не считаю нужнымъ распространяться объ его описаніи; скажу только, что докладчикъ считалъ его опроверженіемъ мнѣнія Zambaco, тѣмъ болѣе, что больной не изъ лепрозной мѣстности—Пикардін. Д-ръ Darier вполне согласенъ съ докладчикомъ и признаетъ этотъ случай за сирингомиели въ формѣ болѣзни Morvan'a. Добавая затѣмъ, что здѣсь есть центральное мозговое пораженіе, онъ говоритъ: «on se demande si la lèpre est capable d'en produire».

13 Февраля 1895 года въ засѣданіи Вѣнскаго дерматологическаго общества, H. Schlesinger ³⁾ сдѣлалъ докладъ о «проказѣ и сирингомиели», какъ результатъ своей поѣздки въ Норвегію и клиническихъ наблюденій въ Вѣнѣ. Я не буду касаться его описаній исторіи болѣзни Morvan'a и сирингомиели, скажу только, что, по его мнѣнію, французы (большинство) считаютъ болѣзнь Morvan'a за проказу, нѣмцы же за сирингомиелию.

Затѣмъ авторъ, констатируя очень большое сходство проказы и сирингомиели, считаетъ возможнымъ клинически диф-

¹⁾ Maladie de Morvan. J. Hogarth Pringle The Brit. Journ. of Derm. juillet 1893. p. 193. Pepr. Ann. de dermat. 1894 p. 122.

²⁾ Un cas de maladie de Morvan p. Danlos. Ann. de dermat. et de Syph. 1895 p. 120.

³⁾ Lepre und Syringomyelie. H. Schlesinger. Archiv für Dermat. und Syphil. 1895. стр. 274. и Ann. de dermat. 1895 p. 382.

ференцировать эти болѣзни на слѣдующихъ основаніяхъ: характерныя измѣненія кожи при проказѣ; излѣченіе pemphigus'a; при лѣга—аналгезической рубецъ, при сирингомиели полное изживленіе (рубца нѣтъ).

Для сирингомиели характерна потеря болевой и термической чувствительности при слабо нарушенныхъ другихъ чувствительныхъ функціяхъ. При проказѣ это можетъ быть на небольшихъ пространствахъ. Диссоціація на всемъ тѣлѣ говорить за сирингомиелию.

Бациллъ найти трудно; въ пузырькахъ отъ мушки онъ рѣдко находится.

Авторъ говоритъ о докладѣ Souza Martins, что его утверженія не подтвердились, такъ какъ изслѣдованія спинного мозга при сирингомиели на лепрозныхъ бациллахъ давали всегда отрицательные результаты. Oculo-papill'арный симптомъ также можетъ служить дифференціальному диагнозу. Спастическія явленія на нижнихъ конечностяхъ, явленія со стороны пузыря и гесті, полусторонній пораженія бульбарныхъ нервовъ принадлежать почти исключительно сирингомиели. На проказу можетъ указывать раннее выпаденіе рѣсницъ, чувствительность къ давленію нервныхъ стволовъ, что при сирингомиели рѣдко встрѣчается.

Остальные симптомы общи: panarit'ий, симпомокомплексъ Kaupaud, mal perforant, мускульная атрофія. Изъ преній выяснилось, что авторъ считаетъ утолщеніе на нервахъ при сирингомиели огромной рѣдкостью.

Почти со всѣми взглядами автора я не могу не согласиться; разлїчїе же въ деталяхъ — не важно.

Изъ всей приведенной литературы видно, что въ типичныхъ случаяхъ болѣзни Morvan'a, никто бациллъ Hansen'a не находилъ. Теперь же я приступаю къ разбору статьи пр. Prus'a ¹⁾, который доказываетъ, что онъ нашелъ бациллъ Hansen'a и долженъ былъ признать за проказу случай болѣзни Morvan'a. Если-бы случай пр. Prus'a не былъ ошибкой, то онъ могъ бы служить хорошимъ подтвержденіемъ идей Zambaco. На самомъ же дѣлѣ этотъ случай —

¹⁾ Die Morvan'sche Krankheit, ihr Verhältniss zur Syringomyelie und Lepre, v. Pr. Johann Prus (in Lemberg). Archiv für Psychiatric und Nervenkrankheiten. B. d. XXVII Hft. 3. 1895 стр. 771.

ничто иное, как *l'erga mutilans*, которую даже довольно легко диагностировать на следующих основаниях: изъ анамнеза выяснилось, что болѣзнь началась атрофіей мышц плечевого пояса, и через небольшой промежуток времени уже является нарывъ на мышцецѣ лѣвой ноги, оставившій безболѣзненную язву; мало того, хотя и появляются довольно типичныя парагити на рукахъ, но на 4 и 5 пальцѣ лѣвой ноги черезъ 3 года отъ начала заболѣванія произошло слѣдующее: «Zu jener Zeit finden sich die Endphalangen der kleinen und 4 Zehe des linken Fusses Ohne jedwede Geschwüre zu verkleinern an». Этого никто не констатировалъ при болѣзни Morvan'a, такъ какъ уменьшеніе фаланги безъ язвъ происходитъ вслѣдствіе существованія лепромъ въ костномъ мозгу съ слѣдующимъ рассыпаніемъ фаланги. (Савченко¹⁾).

Кромѣ того фотографіи больной (ей 48 л.) даютъ еще сильное подозрѣніе на проказу уже при первомъ взглядѣ: дѣло въ томъ, что глазныя щели у нея неодинаковы — одна шире, и нижнее вѣко на этомъ глазу, какъ будто, слегка опущено книзу, т. е. здѣсь, кажется, легкій *lagophthalmus paralyticus*, — тоже свойственный проказѣ. Къ сожалѣнію, авторъ, такъ, подробно изслѣдовавшій больную, что измѣрилъ величину ногтей, не обратилъ на это вниманія и ни однимъ словомъ не упомянулъ о состояніи вѣкъ; острота зрѣнія, поля зрѣнія и цвѣтоощущеніе въ то же время были изслѣдованы. Всѣ вышеприведенныя признаки, а особенно уменьшеніе фалангъ безъ нагноенія указываютъ, что въ этомъ случаѣ имѣется на лицо проказа. Авторъ же, найдши бацилъ Hansen'a въ крови больной, строитъ теорію о заболѣваніи спинного мозга при проказѣ, дающемъ синдромъ болѣзни Morvan'a. Вслѣдствіе очевидной ошибки пр. Prus'a я не считаю нужнымъ разсматривать его предположенія.

У насъ въ Россіи въ 1895 году д-ръ Якимовичъ опубликовалъ статью²⁾, написанную имъ по поводу случая анестетической проказы; въ этой статьѣ онъ довольно подробно разбираетъ, какъ сирингомизію и болѣзнь Morvan'a, такъ и споры о ихъ

¹⁾ Sawtschenko, J. Zur Frage üb. d. Veränderungen der Knochen beim Aussatze; Ziegler Beiträge 3. pat. Anat. IX Bd.

²⁾ Къ распознаванію анестетической проказы и изложеніе взглядовъ Zambaco рача-и на проказу и ея проявленіе въ различныхъ видахъ. Н. Якимовичъ. Военно-Мед. Жур. Февр. и Мар. 1895 г.

отношеніи къ проказѣ и кончаетъ тѣмъ, что считаетъ вопросъ настолько запутаннымъ, что въ настоящее время нельзя рѣшить его ни въ ту, ни въ другую сторону. Кромѣ того онъ признаетъ, что дѣлу могутъ помочь подробныя изслѣдованія чувствительности, гистологическія изслѣдованія и открытіе новыхъ очаговъ проказы.

Въ Русской литературѣ за послѣдніе года было опубликовано нѣсколько случаевъ болѣзни Morvan'a, представляющихъ преимущественно только, болѣе или менѣе пригодный, казуистическій матеріалъ.

Эти случаи слѣдующіе: два — проф. Анфимова¹⁾, д-ра Обрцова²⁾, Попова³⁾ и мой⁴⁾, о которомъ я скажу впоследствии. Этими случаями, болѣе или менѣе типичными, почти и ограничивается русская литература о болѣзни Morvan'a.

На этомъ я могъ бы остановиться въ перечисленіи литературы данного вопроса, но я не могу не сказать еще о двухъ работахъ, появившихся уже послѣ моей поѣздки, а именно въ 1896 году.

Одна изъ нихъ д-ра Bourneville'a⁵⁾: довольно подробно описанный случай болѣзни Morvan'a, осложненный *hemiplegia dextra* и *paraplegia inferior*, происшедшими въ дѣтствѣ. Больного видѣлъ и д-ръ Morvan и подтвердилъ діагнозъ. Интересно, что разбирая этотъ случай, Bourneville ни слова не говоритъ о Zambaco и его взглядахъ, самъ же признаетъ болѣзнь Morvan'a не идентичной сирингомизіи, основываясь въ данномъ случаѣ на мнѣніи Charcot; но всѣмъ извѣстно, что Charcot перемѣнилъ свое мнѣніе послѣ работы Joffroy et Achard объ аутопсиі случая болѣзни Morvan'a. Кромѣ того авторъ ссылается на лекцію Grasset, но эта лекція была въ 1890 году, т. е. до спора Zambaco и до раб. Joffroy.

¹⁾ а) Труды Общ. Русск. Врач. за 1891—92 г. б) Врачъ 1895 г. стр. 372.

²⁾ Русская Медицина. 1892 г. №№ 33 и 34.

³⁾ Врачъ 1895 г. № 49 стр. 1391.

⁴⁾ Врачъ 1895 г. № 20 стр. 573 и № 21 стр. 662 (названъ Кудрявцевскимъ).

⁵⁾ Bourneville. "Pareso-analgésie des extrémités supérieures avec paralisés analgésiques ou Maladie de Morvan. Hémiplegie droite et paraplegie inférieure. Archives de Neurologie. 1896. № 6 p. 441.

Вторая работа Edvard'a Ehlers'a, о котором мною было упомянуто, что ему въ 1893 году было поручено съѣздить въ Исландію, и если возможно, опровергнуть взгляды Zambaco. Результатомъ этой поѣздки и былъ докладъ въ «Société de dermat. et de syphil.» ¹⁾ 9 Апрѣля 1896 г.

Прежде всего авторъ приводитъ мнѣніе Arning'a о томъ, что онъ считаетъ за «légre abortive»—это тѣ формы, гдѣ существуютъ 1—2 признака проказы, весьма долго существующихъ безъ измѣненія, почему и можно было предположить, что проказа потерпѣла пораженіе въ организмѣ, вызвавъ незначительныя разстройства. Затѣмъ авторъ приводитъ in extenso мнѣніе Arn. Hansen'a и его ученика Looft'a о томъ, что анестетическая проказа есть выздоровленіе отъ нея, что организмъ только терпитъ послѣдствія проказы въ анатомической ея формѣ. (Die lepra vom klinischen und pathologischen standpunkt. Bibliotheka Medica D. II Hft. 2 Cassel 1894 стр. 26).

Д-ръ Ehlers не можетъ согласиться съ этимъ.

Изъ преній послѣ доклада выяснилось, что слово «fruste» должно примѣняться для формы проказы съ 1—2 признаками, а не для обозначенія ослабленности формы. Затѣмъ выяснилось, что анестетическая форма проказы вовсе не attenuée, а только періодъ болѣзни.

Этой статьёй я могу закончить литературу даннаго вопроса объ отношеніи проказы къ болѣзни Morvan'a и сирингомѣліи.

Такимъ образомъ изъ нея видно, что этотъ вопросъ до сихъ поръ остается открытымъ, что мнѣнія Zambaco, высказанныя въ такой категорической формѣ, не нашли положительнаго подтвержденія. Я уже говорилъ выше, что нахожденіе бацилл Hansen'a въ нѣкоторыхъ случаяхъ сирингомѣліи ничего не говоритъ, кромѣ ошибки діагноза. Послѣ докладовъ Zambaco не раздались голоса, подтверждающіе его и соглашающіеся съ нимъ, и въ литературѣ его мнѣнія придерживаются весьма немногіе; даже проф. Düring. нмѣвшій, очевидно, возможность и лично

¹⁾ Sur les formes frustes ou abortives de la lépre. p. Edvard Ehlers (de Copenhagen). Ann. de dermat. et de Syphil. 1896 № 4 p. 525.

удивлять доказательства своихъ идей отъ д-ра Zambaco, не нашелъ возможнымъ исполнѣ согласиться съ нимъ.

Уже одинъ фактъ общаго несогласія съ идеями Zambaco и отсутствія ихъ доказательства въ литературѣ указываетъ на какую то ошибку Zambaco въ толкованіи болѣзни Morvan'a. Я уже намѣтилъ выше, что его главная ошибка заключалась въ томъ, что пораженіе спинного мозга при болѣзни Morvan'a онъ считалъ за ослабленную форму проказы. Исходя изъ этого ложнаго утвержденія, онъ сталъ на совершенно невѣрный путь и пришелъ поэтому къ заключеніямъ ложнымъ.

VI.

Я уже въ началѣ сказалъ, что, интересуясь даннымъ вопросомъ, проф. В. М. Тарновскій предложилъ мнѣ съѣздить въ прибалтійскій край и, по возможности, отыскать случаи болѣзни Morvan'a, которые должны бы были встрѣтиться въ депривномъ очагѣ. Кромѣ того проф. В. М. Тарновскій предложилъ мнѣ изслѣдовать чувствительность у прокаженныхъ и найти бытъ можетъ какіе либо признаки, годные для дифференціальной діагностики.

Я же съ своей стороны думалъ, что мнѣ удастся, наблюдая сравнительно большое число прокаженныхъ, подмѣтить у нихъ что либо такое, что могло бы указывать на общій характеръ пораженій при проказѣ, конечно, имѣя въ виду именно ея возможное отношеніе къ болѣзни Morvan'a и сирингомѣліи. Другими словами я прямо ставилъ себѣ вопросъ: можетъ ли болѣзь Morvan'a оказаться проказой. Рѣшеніе этого вопроса и составляло главную цѣль моихъ изслѣдованій прокаженныхъ.

Я перешау теперь къ методамъ изслѣдованія чувствительности, которые я примѣнялъ во время пребыванія въ пріютахъ для прокаженныхъ.

Для изслѣдованія температурнаго чувства мною употреблялись пробирки, наполненные водою: для чувства тепла я употреблялъ воду въ 50—70° R., такимъ образомъ, что послѣ того, какъ вода вскипитъ, я почти тотчасъ уже употреблялъ пробирку для изслѣдованія. Конечно, этотъ методъ довольно грубъ, но

при тѣхъ сильныхъ пораженіяхъ температурнаго чувства онъ, по моему мнѣнію, пригоденъ. Я прикладывалъ пробирку къ кожѣ и старался добиться отъ больного приблизительно точнаго опредѣленія того, что онъ чувствуетъ. Чувствуется-ли онъ тепло, или жаръ; если тепло, то какой интенсивности; если жаръ, то нестерпимый, или только чувство горячаго предмета. По отвѣтамъ больныхъ я и судилъ о пораженіи чувства тепла.

При этомъ способѣ я, конечно, не могъ получить тѣхъ тонкихъ различій въ ощущеніи тепла, которая могутъ получиться при изслѣдованіи съ термометромъ д-ра Roth'a; но для моихъ цѣлей мой способъ изслѣдованія былъ достаточенъ.

Прикладывая пробирку съ горячей водой я также замѣчалъ, сразу ли больной получаетъ ощущеніе, или же проходитъ болѣе или менѣе продолжительное время, и также по этому судилъ о степени пониженія тепловыхъ ощущеній. Для изслѣдованія чувства холода я бралъ пробирку, наполнялъ ее кусочками льда и доливалъ водой, получивъ при этомъ приблизительно температуру пробирки = 0°. Манипуляціи съ ней я производилъ уже болѣе спокойно, не опасаясь вызвать появленіе пузырей, что постоянно имѣлъ виду при изслѣдованіи чувства тепла. Отвѣты больныхъ на изслѣдованіе ледяной водой, должны были получаться (и получались) слѣдующіе: «какъ ледъ», очень холодно, холодно, немного холодно, и пр. По отвѣту я и судилъ о степени пораженія чувства холода. Иногда для изслѣдованія я употреблялъ и просто кусокъ льда.

Конечно, вышеприведенные способы изслѣдованія грубы, но они оказались на практикѣ, по крайней мѣрѣ для меня, совершенно достаточными.

Чувство боли и прикосновенія изслѣдовались уже болѣе точно, или лучше сказать, наиболѣе точнымъ образомъ, а именно: механоэстезиометромъ д-ра Н. И. Кульбина. Въ настоящее время этотъ приборъ считается самымъ точнымъ для этого рода изслѣдованій. Я не буду здѣсь доказывать, сколько преимуществъ имѣетъ, напр., этотъ приборъ передъ другимъ приборомъ, болезнѣромъ проф. О. Мочутковскаго, который тоже считается довольно точнымъ, недостатокъ этого послѣдняго, по которому я и не считалъ возможнымъ имъ пользоваться, заключается въ полной невозможности примѣнять его на больныхъ, съ заѣ-

домо пониженной чувствительностью; достаточно сказать, что наивысшая цифра его прибора 150, а нормальная чувствительность на подошвахъ тоже 150, что было найдено имъ самимъ; ясно, что при малѣйшихъ измѣненіяхъ чувствительности, скала его цифръ тотчасъ же не будетъ имѣть мѣста. Не говорю о другихъ его недостаткахъ, которые заставили предпочесть аппаратъ д-ра Кульбина. Главное, что скала д-ра Кульбина имѣетъ размѣръ 400 цифръ.

Идея д-ра Кульбина при изобрѣтеніи его заключалась въ томъ, что чувство прикосновенія зависитъ отъ степени давленія иглы, а чувство укола отъ степени погруженія иглы въ покровы тѣла¹⁾. Изслѣдованіе, какъ выше сказано, производится острой иглой, причемъ, при помощи микрометрическаго винта (въ приборѣ), основаніе прибора можетъ подниматься къверху отъ $\frac{1}{100}$ — $\frac{400}{100}$ миллиметра и при нажиманіи верхней кнопки, игла выходитъ за основаніе инструмента также на $\frac{1}{100}$ — $\frac{400}{100}$ миллиметра. Понятно, что при наложеніи основанія инструмента на кожу и при поворотахъ винта можно по произволу вкалывать иглу въ кожу при болѣе или меньшемъ выхожденіи ее изъ основанія инструмента. Такимъ образомъ, напр., основаніе инструмента, повышенное на $\frac{5}{100}$ миллиметра (а устроено такъ, что стоитъ для этого повернуть только на 5 дѣленій основаніе) даетъ возможность иглѣ выйти на $\frac{5}{100}$ миллиметра, изъ основанія инструмента (при нажатіи кнопки сверху) и, конечно, игла надавитъ съ извѣстной силой кожные покровы. Если же основаніе поставитъ на цифры болѣе значительныя, то, конечно, игла можетъ, не только надавливать кожу, но и войти въ нее на большую или меньшую глубину. Вотъ этотъ приборъ и даетъ довольно большую точность при изслѣдованіяхъ; главное правило только то, чтобы кнопку нажимать приблизительно съ одинаковой скоростью, отчего понятно, можетъ зависѣть самое ощущеніе²⁾. Д-ръ Н. И. Кульбинъ изслѣдовалъ своимъ инструментомъ кожу здоровыхъ людей, но результаты своихъ изслѣдованій еще не успѣлъ напечатать. Пользуясь разрѣшеніемъ, даннымъ мнѣ д-ромъ

¹⁾ Измѣритель чувствительности покрововъ тѣла къ механическимъ раздраженіямъ (механоэстезиометръ). Н. И. Кульбина. Врачъ 1894 г. № 47.

²⁾ Подробности объ этомъ приборѣ см. вышецитированную статью д-ра Кульбина.

Кульбинным, я представляю здесь цифры, полученные им при этом. Приношу здесь искреннюю признательность д-ру Н. И. Кульбину за данное мне разрешение. Я возьму только из его исследований те цифры, которые мне нужны для приблизительного указания нормальных цифр болевой и тактильной чувствительности на различных частях тела.

Представляю здесь средние цифры для правой и левой стороны вместе (цифры обозначают, как выше сказано, длину иглы при известном исследовании, но отношу не длину иглы, входящей в покровы: эту длину измерить нельзя).

Конечно, цифры обозначают первое полученное минимальное ощущение каждого вида чувствительности:

МЕСТА ИСЛЕДОВАНИЯ.	Цифр. означ. сотая доли миллиметра.	Прикос. боль.
Лобь (бугры)	4	11
Щеки	42	60
Область грудной мышцы	30	56
Пяечо спереди.	30	35
Предплечье спереди	25	30
Пространство между лопат.	25	30
Regio artic. radio-carpal. dorsal.	11	14
Regio metacarp. dorsal.	25	35
Reg. metacarp. volar. (ладонь)	37	56
3-я фаланга ср. пальц. руки, лад. пов.	18	70
3-я фаланга ср. пальц. руки, тыл пов.	23	28
Перед. пов. бедра на гран. верх. и ср. трети	43	47
Regio glutea	58	70
Поясничная область	20	32
Средина внутр. поверх. голен. надъ мышцами.	35	47
Стопа—тылн. пов.	20	31
Стопа на 2 стп. квади отъ пальцевъ (толстый эпид.)	100	135

Вышеприведенные цифры, по заявлению д-ра Кульбина, не могут еще считаться особенно точными по причине малого количества исследований.

Ошибки, получаемая механоэстазиометром д-ра Кульбина, зависят от следующих обстоятельств: эластичности кожи (ее тонуса) и плотности ее. Дело в том, что какова ни была бы острота иглы, но никогда она не проколёт кожу, не произведя при этом ямки большей или меньшей величины, которая и зависит от препятствия ткани кожи проколу иглой. У стариков при потере эластичности кожи и сухости ее (очевидном абсолютном уменьшении влаги в тканях кожи) игла рѣдко въ состоянн проколотъ кожу настолько, напр., чтобы показалась кровь. Предлежание тканей твердых: сухожилий, хрящей и костей, уменьшая возможность получения ямки при уколе, также влияет на получение относительных ошибок.

Все эти недостатки, конечно, не отнимают громадной точности прибора, особенно по сравнению с простыми исследованиями булавкой.

Обыкновенно я свои исследования производил только на областях, пораженных лепрозной сыпью, так как общее исследование всего тела отнимало бы столько времени, что я не был бы въ состоянн выполнить своихъ намѣренн исследовать возможно большее количество случаевъ. Въ некоторыхъ случаяхъ (указанныхъ въ исторiяхъ болѣзней) я исследовалъ и здоровыя мѣста кожи вокругъ сыпи.

Общее производство исследований совершалось обычно въ такомъ порядкѣ: сначала я исследовалъ температурное чувство, причемъ тепло и холодъ исследовались въ разные дни, а затѣмъ въ одинъ день тактильное и болевое чувство. Этотъ способъ былъ единственно — возможнымъ: исследование каждой области на все виды чувствительности не могло производиться уже потому, что, конечно, вследствие притупления чувствительности, я получалъ-бы неправильныя цифры.

Я теперь могу приступить къ изложению фактовъ, большинство новыхъ, которые мне удалось подмѣтить при исследованияхъ прокаженныхъ: одинъ изъ нихъ относится къ проказѣ, два же другихъ къ области кожной чувствительности. Первый фактъ: возможность раннего распознаванн начинающагося пареза нижняго вѣка у прокаженныхъ. Этотъ признакъ нервной

проказы, въ формѣ уже *ectropion paralyticum* и болѣе ранней—*lagophthalmus paralyticus*, былъ извѣстенъ всѣмъ изслѣдователямъ. Проказы и считался довольно раннимъ и частымъ ея признакомъ. Я не буду здѣсь перечислять изъ литературы мнѣніе о немъ, сошлюсь только на авторитетъ проф. Минха, знатока проказы, изслѣдовавшаго множество случаевъ ея на югѣ Россіи. Въ докладѣ своемъ 2-му съѣзду врачей въ Москвѣ, въ 1887 году, онъ прямо называетъ *ectropion paralyticum* раннимъ и очень характернымъ симптомомъ¹⁾. Если *ectropion paralyticum* можетъ уже считаться раннимъ симптомомъ проказы, то это еще болѣе относится къ начинающемуся только парезу нижняго вѣка.

Для того, чтобы узнать, существуетъ ли малѣйшій парезъ, я употреблялъ слѣдующій простой приемъ: я заставляя больного закрыть глаза и стараться ихъ не открывать при всѣхъ моихъ манипуляціяхъ, затѣмъ прикадывалъ къ каждому глазу указательные или средние пальцы рукъ и оттягивалъ нижнее вѣко книзу. При существующемъ парезѣ пораженное вѣко, не сопротивляясь, оттянется книзу. На здоровомъ же — сопротивление вѣка ясно замѣтно. Мнѣ приходилось нѣсколько разъ открывать, такимъ образомъ, существованіе пареза нижняго вѣка, когда при простомъ закрываніи глазъ ничего не было замѣтно ненормального. Это объясняется тѣмъ, что парезъ еще настолько незначительный, мышца настолько еще не потеряла тонуса, что при открытыхъ глазахъ вѣко не опущено, а при закрытыхъ — мышца заставляеть еще вѣко вполнѣ закрывать глазъ, но уже настолько ослабѣваетъ отъ этого напряженія, что не въ состояніи оказывать противодѣйствіе оттягиванію внизъ. Я упоминаю объ этомъ способѣ изслѣдованія потому, что онъ, вѣроятно, можетъ пригодиться, особенно при головномъ осмотровѣ населенія для отысканія очаговъ проказы. Больные съ существующимъ начинающимся парезомъ нижняго вѣка, конечно, должны будутъ отличатся уже, какъ подозрительные, хотя не завѣдомо прокаженные. Понятно, въ такихъ случаяхъ нужно будетъ исключать другія причины пареза нижняго вѣка.

Второй важный фактъ, замѣченный мною при изслѣдованіи чувствительности у прокаженныхъ, былъ тотъ, что мнѣ пришлось признать въ кожѣ существованіе особаго рода чувствительности, который былъ названъ мною вибрационнымъ чувствомъ, или чувствомъ вибраціи. Дѣло вотъ въ чемъ: я встрѣчалъ случаи проказы, въ которыхъ всѣ виды чувствительности вполнѣ отсутствовали: ни горячая, ни холодная вода совершенно не ощущалась; игла аппарата д-ра Кузьбина не ощущалась при 400 дѣленійхъ, т. е. при величинѣ иглы въ 4 миллиметра. Надавливаніе карандашомъ, сильное треніе ватой совершенно не ощущалось, но лишь только я бралъ обыкновенный карандашъ (не покрытый лакомъ) и поставивъ довольно легко на кожу, проводилъ двумя пальцами сверху внизъ, вызывая его дрожаніе (нужно только, чтобы пальцы были несного владны), больной ощущалъ его, то видѣлъ чувства шекотанія, то дрожанія, а иногда что-то ходить по рукѣ говорилъ больной. Изъ того, что я почти всегда получалъ его, я вывелъ заключеніе, что, во первыхъ, оно не зависитъ отъ чувства прикосновенія, которое потеряно, а значитъ это есть чувство особенное, и во вторыхъ, что потеря его, по крайней мѣрѣ, въ проказѣ, идетъ позади остальныхъ видовъ чувствительности. Насколько существованіе вибраціоннаго чувства важно по отношенію къ чувству прикосновенія, можетъ дать слѣдующій простой опытъ: всякій знаетъ, что мякоти послѣднихъ фалангъ пальцевъ, и вообще, ладонная поверхность кисти и пальцевъ имѣетъ довольно высокую тактильную чувствительность; на тылѣ же кисти и пальцевъ тактильное чувство ниже. Взявъ игльное перо съ туловища какой нибудь птицы и проводя по мякоти пальцевъ и ладони, въ большинствѣ случаевъ не чувствуемъ рѣшительно ничего, но лишь только тѣмъ же перомъ проведемъ по тылу кисти, получимъ сильнѣйшее ощущеніе шекотанія; что же произошло? Видѣ перо то же, чувствительность на тылѣ ниже, какимъ же образомъ получается такая громадная разница ощущеній: съ одной стороны—о, а съ другой весьма сильное ощущеніе? Вся суть въ томъ, что на тылѣ кисти находятся волоски *lanugo*, которые сильно колеблются при малѣйшемъ прикосновеніи; задѣваніе же за большое количество волосокъ и производитъ столь сильное ощущеніе. Возмемъ опять мякоть пальцевъ или ладонь и проведемъ болѣе жесткимъ перомъ, бу-

¹⁾ О проказѣ на Югѣ Россіи проф. Г. Н. Минха. Труды 2 съѣзда врачей въ Москвѣ 1887 года.

магой или ватой—ощущение получится. Почему-же? Да потому, что более грубый прибор, зацепляясь за валики кожи, производит уже вполне достаточное колебание ее для получения ощущения. В первом же случае, очень нежные пушинки пера не в состоянии, даже и зацепившись, произвести, хотя бы малейшее колебание кожи. Причем же тут чувство осязания? Очевидно, почти не причем! Изъ вышеприведенного также ясно, насколько высока острота вибрационного чувства. Слѣдующіе приемы, надѣюсь, еще более уяснят понимание важности существования вибрационного чувства:

1. Кто не знает, какое неприятное чувство вызываетъ дѣлваніе острого края ногтя, особенно если неровно его обрѣзаетъ; можетъ получиться почти на всемъ тѣлѣ *cutis anserina*. Этотъ сильный рефлексъ объяснимъ только тѣмъ, что ноготь, задѣвъ за ткани, напр., одежды и вибрируя приводитъ въ нервное возбужденіе массу нервныхъ окончаній, заложенныхъ въ ложѣ ногтя, и производитъ такой чувствительный и частью двигательный рефлексъ.

2. Извѣстно, что продолжительное щекотаніе производитъ столь сильное нервное возбужденіе, что дѣло можетъ кончиться шокомъ и смертью.

Причина же этого собственно оставалась неизвѣстна, между тѣмъ вибрационная чувствительность вполне объясняетъ, почему возможно при продолжительномъ возбужденіи самаго острѣйшаго чувства въ кожѣ получить шокъ, и даже смерть.

3. Часами продолжающуюся боль перенести можно, однако, щекотанія никоимъ образомъ большинство людей не выдержитъ. Значитъ боль-чувство гораздо слабѣе развито въ человѣкѣ, чѣмъ вибрационное.

4. Насколько мнѣ извѣстно, въ общей патологіи при разборѣ сущности простуды, приводятъ слѣдующую аналогию: нежное щекотаніе производитъ сильный эффектъ, а грубое поглаживаніе—довольно слабый. Значитъ человѣку свойственно на слабыя раздраженія отвѣчать сильными реакціями, поэтому и слабое дуновеніе сквозного вѣтра гораздо вреднѣе, чѣмъ грубый сквознякъ. Мы же видимъ, что щекотаніе есть сильнѣйшее возбужденіе самаго тонкаго вибрационного чувства.

Мнѣ кажется, что вышеприведенного совершенно доста-

точно, чтобы указать, что вибрационное чувство особенно развито въ насъ, что оно самое тонкое, что тактильное ощущение гораздо ниже его и грубѣе и пораженіе обоихъ не идутъ параллельно. Разъ все вышеприведенное справедливо, что же остается отъ тактильного чувства: только давленіе. И, конечно, чувство прикосновенія есть ничто иное, какъ возбужденіе нервныхъ элементовъ тканей подъ давленіемъ болѣе или менѣе интенсивнымъ: легкое давленіе мы называемъ прикосновеніемъ, а болѣе грубое—давленіемъ.

Относительно существованія вибрационного чувства я встрѣтилъ въ литературѣ только докладъ д-ра Treitel'я, слѣданный въ «Verein für innere Medizin in Berlin» въ засѣданіи 25 Ноября 1895 года ¹⁾, т. е. нѣсколько мѣсяцевъ спустя послѣ моихъ изслѣдованій проказниченія. Д-ръ Treitel дѣлалъ опыты съ прикладываніемъ къ кожѣ камертона, причемъ получалъ ощущеніе щекотанія въ кожѣ, болѣе или менѣе продолжительное на различныхъ точкахъ тѣла. Онъ изслѣдовалъ камертономъ нѣсколько табетиковъ и нашелъ, что пораженіе вибрационного чувства не параллельно тактильному. Въ этомъ его результаты сходятся съ моими изслѣдованіями, но дѣлаетъ выводы о существованіи вибрационного чувства въ кожѣ онъ не могъ, что и было ему сказано д-ромъ Thorner'омъ, который отмѣтилъ очевидную зависимость чувства вибраціи отъ глубже лежащихъ частей: жировой подкладки и мускуловъ, а также отъ напряженія кожи. Goldscheider же указалъ автору на влияніе и психическаго момента на продолжительность ощущенія вибраціи; кромѣ того, сказавъ, что не нужно обогащать клинику уточненными способами изслѣдованія, присовокупилъ, что человѣку не присуще особенное чувство вибраціи.

По моему мнѣнію, д-ръ Treitel не пришелъ къ тѣмъ выводамъ, къ которымъ пришелъ я, и это весьма понятно: онъ могъ расчитывать, что его способъ можетъ пригодиться для діагностики, констатируя фактъ сокращенія времени ощущенія вибраціи у табетиковъ, но, конечно, онъ не могъ же думать, чтобы кожа была приспособлена къ вибраціямъ камертона. Впрочемъ авторъ,

¹⁾ «Treitel. Das Vibrationsgefühl der Haut. Wiener Medicinische Blätter. 1895. № 49 стр. 783 и реф. въ Обзор. псих. и невропат. 1896 г. № 3 стр. 230.

конечно, зная, что при тех сильных колебаниях камертона, которая ощущались, напр., по всей ногѣ (у него была такой случай) не можетъ быть и рѣчи о кожной чувствительности; потому авторъ такъ сравнительно слабо и защищалъ себя отъ возраженій.

Мои же опыты показываютъ, что именно кожа создана для вѣжливѣйшихъ колебаній, очевидно, не распространяющихся глубже кожи; какъ напр., при дотрогиваніи и колебаніи кончика короткаго волоска кожи.

Все вышесприведенное не есть вполнѣ развитая мною теорія; я набросалъ только факты, освѣтилъ ихъ со стороны, кажущейся мнѣ, вѣрной, но, конечно, все это требуетъ дальнѣйшей детальной разработки. Я долженъ прибавить еще на счетъ вибраціонной чувствительности, что я не могу не видѣть во многихъ случаяхъ значительную роль волосковъ для увеличенія остроты чувства вибраціи.

Третій фактъ, подмѣченный мною еще ранѣе поѣздки, но вполнѣ выясненный на прокаженныхъ, состоитъ въ томъ, что я принужденъ былъ признать существованіе свойства въ кожѣ суммировать раздраженія отъ весьма многихъ нервныхъ окончаній какъ бы въ одно; получается извѣстная сумма ощущеній; а не только рядъ слагаемыхъ ощущеній. Этотъ фактъ могъ быть подмѣченъ, только при пользованіи аппаратомъ д-ра Кульбина для чувства прикосновенія. Для боли я не могъ констатировать этого факта; но температурное чувство его имѣетъ, такъ же, какъ и тактильное. Было и раньше извѣстно, что мы не можемъ такъ изслѣдовать кожу, чтобы раздражать только одно нервное окончаніе: у насъ не можетъ быть такого прибора, а потому мы всегда при изслѣдованіи получаемъ ощущеніе отъ извѣстнаго количества нервныхъ окончаній; но вотъ какіе факты получаются при изслѣдованіи сильно пониженныхъ ощущеній. Положимъ я изслѣдую чувство холода: прикладываю дно пробирки съ ледяной водой: большой ничего не чувствуетъ. Что же это значитъ? Очевидно, нервные элементы, проводяшіе чувство холода, не въ состояніи придти въ какою бы то нервное возбужденіе при температурѣ изслѣдованія, т. е. возбужденіе ихъ = 0. Оказывается,

что это неправда; что ихъ возбужденіе равно столь малой величинѣ, что даже нѣсколько такихъ окончаній, суммируясь, не доходятъ до нашего сознанія. Но я прикладываю пробирку бокомъ, т. е. увеличиваю поверхность прикосновенія въ 2—3 раза: большой чувствуетъ холодъ. Ничего другого кромѣ суммированія чувствительности здѣсь представить себѣ невозможно. При изслѣдованіи тактильной чувствительности получается то-же явленіе. Аппаратъ д-ра Кульбина показываетъ, что большой прикосновеніе иглой не чувствуетъ; но прикладываніе ваты ощущаетъ. Или карандашемъ начинаю на извѣстную область кожи, такъ что получается ямка болѣе или менѣе значительная, большой ничего не чувствуетъ; достаточно приложить вату, или провести слегка ею по кожѣ, большой чувствуетъ (конечно, при проведеніи играетъ роль и вибраціонная чувствительность). Здѣсь же прибавлю: конечно, вибраціонная чувствительность суммируется по преимуществу.

Эти два фактора вибраціонной и суммированной чувствительности, конечно, заставили меня уклониться отъ шаблоннаго способа изслѣдованія и придумывать свой; но прежде чѣмъ говорить о нихъ я долженъ здѣсь упомянуть, насколько вибраціонная и суммированная чувствительность заставляютъ меня критически относиться къ существованію диссоціаціи чувствительности при сингломэліи. Способъ изслѣдованія тактильной чувствительности источкой, часто практикуемый, (Roth'омъ) есть ничто иное, какъ изслѣдованіе тактильной суммированной и вибраціонной чувствительности. Какъ же онъ можетъ указать на непораженіе тактильной чувствительности? Развѣ всегда возможно сравнить ощущеніе съ здоровой симметрической частью? А если она поражена? Да и всегда ли сравнивается? Д-ръ Roth довольствовался констатированіемъ: «хорошо чувствуетъ и локализируетъ».

Можетъ быть и выяснится впоследствии, что тактильная медленнѣе поражается, но и только.

Итакъ, я сказалъ выше, что мнѣ пришлось самому придумывать, какъ изслѣдовать тактильную чувствительность, изолируя, по возможности, суммированную, или воспользоваться и ею. Я и рѣшилъ изслѣдовать послѣдовательно, т. е., сначала иглой д-ра Кульбина, если она не дастъ цифръ, переходю къ кону

карандаша, которыми изслѣдую, замѣчая на глазъ, при какомъ давлении получается первое ощущеніе. Затѣмъ, перехожу къ перу (отъ крыла) и ватѣ, которыми провожу съ большимъ или меньшимъ давленіемъ, болѣе или менѣе грубо. Когда всѣ эти изслѣдованія не даютъ никакихъ ощущеній, я изслѣдую, есть ли вибраціонное чувство, остающееся всегда послѣднимъ; я уже выше говорилъ, что изслѣдывалъ его карандашемъ. Иногда и оно не получалось. Тогда констатировалъ абсолютную анестезію.

VII.

Перехода къ описанію отдѣльныхъ случаевъ проказы, я долженъ предупредить, что мои исторіи болѣзней не претендуютъ на полное клиническое описаніе: въ той обстановкѣ, въ которой я работалъ, при сравнительно небольшомъ времени, имѣвшемъ у меня въ запасѣ, я не могъ безъ вреда для той пѣли, для которой прѣхалъ въ пріюты для прокаженныхъ, изслѣдывать больныхъ со всею клиническою подробностью. Тогда я не могъ бы столько случаевъ переизслѣдовать, и не былъ бы въ состояніи даже приблизительно рѣшить вопросъ, для котораго прѣхалъ. Повторю здѣсь, что для меня важны были фізіономія и характеръ даннаго случая, а не его детали. Я боялся изъ-за деревьевъ не увидѣть лѣса. Вслѣдствіе всего этого мои случаи проказы представляютъ довольно много проблѣвъ и случайныхъ пропусковъ, за которые я считаю нужнымъ заранѣе извиниться.

Такъ какъ болевая и тактильная чувствительность, болѣею частью, изслѣдовались мною аппаратомъ д-ра Кульбина, то я и считаю нужнымъ пояснить, что обозначаютъ тѣ цифры, которыя встрѣчаются въ исторіяхъ болѣзней. Напр., выраженіе: «болевая чувствительность = 140, это значитъ, что 140 дѣлений аппарата д-ра Кульбина даютъ первое ощущеніе боли. Словомъ, цифры указываютъ въ сотыхъ доляхъ миллиметра величину иглаки при первомъ ощущеніи боли или прикосновенія.

Послѣ каждой исторіи болѣзней я считаю нужнымъ прибавлять, какъ основанія для діагноза проказы, такъ и тѣ характерныя разстройства, которыя могутъ выражать общій характеръ проказы.

Этимъ я заканчиваю поясненія, которыя я счелъ нужнымъ добавить, и затѣмъ перехожу къ описанію отдѣльныхъ случаевъ проказы, сортируя непо ихъ нахожденію въ пріютахъ, а по инте-ресу, возбуждаемому ими, и по важности ихъ для меня.

№ 1.

Василій, Ш., крестьянинъ 31 года; старовѣръ; по профессіи лодочникъ. Поступилъ первымъ при открытіи пріюта для прокаженныхъ, близъ Риги, 15 Октября 1891 года. Большой жилъ долго съ матерью, которая страдала *lepra tuberosa*. Сестра матери имѣла пятнистую форму проказы.

По словамъ больного, болѣзнь его тянется съ 1881 года, когда онъ замѣтилъ на различныхъ частяхъ тѣла пятна съ бѣловатой серединой и розовато-красными краями. При поступленіи больного въ лепрозорій у него наблюдалось слѣдующее:

Больной сильного тѣлосложенія, съ хорошо развитой мускулатурой и достаточно развитымъ подкожнымъ жировымъ слоемъ. Спереди и сзади на туловищѣ въ различныхъ частяхъ разбросаны пятна ланкартообразнаго очертанія съ бурокраснымъ краемъ. На обычныхъ ногахъ нѣтъ ни одного пальца; на ступняхъ глубокая атоническая язва съ твердо-хрящевыми краями. На рукахъ недостаетъ на право—3 пальцевъ, на лѣво—2-го пальца совершенно, остальные, ввидѣ *main en griffe*. N. p. ulnares диффузно утолщены. *Ektropion paralyticum* обоихъ глазъ. *Keratitis superficialis*.

За время пребыванія его въ пріютѣ до моего осмотра, измѣненія въ его состояніи произошли слѣдующія: появилась бѣлокъ въ мочѣ, количество котораго мѣнялось. Большая часть пятенъ, бывшихъ при поступленіи—пропала, другія остались, нѣсколько появилось вновь на другихъ мѣстахъ. Язвы заживали плохо ¹⁾.

При моихъ разспросахъ я получалъ отъ больного слѣдующія добавленія анамнеза: больной считаетъ началомъ болѣзни уменьшеніе силы въ рукахъ, (20 лѣтъ назадъ) затѣмъ вскорѣ въ ногахъ. Черезъ 5 лѣтъ сталъ плохо разгибаться мизинецъ лѣвой руки и постепенно началъ уменьшаться въ длинѣ. Еще черезъ

¹⁾ Всѣ эти свѣдѣнія получены мною изъ исторіи болѣзней, находящейся въ пріютѣ и любезно предоставленной мнѣ докторомъ А. Рейснеромъ.

5 лѣтъ, т. е. — 10 лѣтъ тому назадъ, заболѣлъ также безымянный—лѣвой руки. 14 лѣтъ назадъ, т. е. черезъ годъ послѣ заболѣванія перваго пальца, появились пятна на тылѣ въ различныхъ мѣстахъ, которыя увеличивались, появлялись ношня и т. д.

Stat praes. *Осмотръ и исцѣлованіе* дали слѣдующее: лицо больного очень блѣдно; мимическія мышцы замѣтно атрофированы и вслѣдствіе этого лица неподвижно. Бросается въ глаза еще рѣзко выраженный естроп. paralyt. на обонхъ глазахъ.

На спинѣ разбросаны различной величины пятна, большую часть, небольшія, съ розовой окраской краевъ, слегка возвышающихся надъ кожей.

Руки представляютъ слѣдующія измѣненія:

Правая руна. *Мизинецъ* представляеть въ 3 стп. загнутую къ ладони кулю, состоящую изъ первой и небольшой части второй фаланги. *Безымянный* п. также имѣеть только первую фалангу съ колбообразнымъ утолщеніемъ на коншѣ. *Средній* имѣеть колбообразное вздутіе третьей фаланги, (можетъ быть немного уменьшенной въ длинѣ), на которой ноготь уменьшенъ на половину. Остальные пальца, нормальные по величинѣ, имѣють утолщенные ногти; на всѣхъ пальцахъ кожа склерозирована и неподвижна относительно предлежащихъ частей. Такая же склерозированная кожа и на обѣихъ кистяхъ рукъ. Thenar почти нормаленъ; antithenar и m. m. interossei довольно сильно атрофированы, и тылъ кисти замѣтно уплощенъ.

Лѣвая руна. *Мизинецъ* имѣеть только первую фалангу; *безымянный* — такой, какъ на прав. рукѣ. *Средній* — имѣеть первую и часть второй фаланги. *Указательный* — согнутъ подъ прямымъ угломъ въ первомъ межфаланговомъ сочлененіи. Большой—почти нормаленъ, имѣеть только утолщенный ноготь. Небольшая атрофія thenaris, antithenaris и m. m. interossei такъ же, какъ на правой рукѣ сильно атрофированы.

На обѣихъ ладоняхъ сильная оморозлості (больной занимаетъ въ лепрозоріѣ должностъ механика при паровой водочалкѣ). Ни на одномъ пальцѣ язвы не было; фаланги уменьшались постепенно: «таяли, какъ сахаръ», по выраженію больного.

На *правой* ногѣ нѣтъ ни одного пальца: ихъ постепенно выдѣшали, причемъ были язвы и изъ нихъ выдавались кости. На

подошвѣ, около кулюти большого пальца, глубокая атоническая язва, незаживающая 5 лѣтъ.

На *лѣвой* стопѣ такого-же характера язва около середины стопы. Она почти непрерывно существуетъ 10 лѣтъ (заживала иногда недѣли на 3). Пальцы на этой ногѣ также всѣ вылушены.

Описание *исцѣлованія чувствительности* начну съ верхнихъ конечностей, измѣненія которыхъ болѣе могутъ служить поводомъ смѣшенія съ разстройствами, наблюдающимися при болѣзни Morvan'a также на рукахъ.

Правая руна. Отъ передняго края fossa axillag. внизъ вся руна сплошь совершенно не чувствительна къ холоду, за исключеніемъ, слѣдующихъ небольшихъ областей: 1) указательнаго пальца, на которомъ чувство холода только немного понижено (исцѣловано кускомъ льда), 2) большого пальца, на которомъ чувствительность къ холоду не на всѣхъ мѣстахъ одинакова: передняя сторона даже абсолютно нечувствительна, наружная слабо чувствуется со второй фаланги, задняя—слабо чувствуется съ первой фаланги и внутренняя чувствуется почти совершенно нормально (различаетъ небольшую разницу температуры). Ощущеніе жара въ рукѣ потеряно такъ же, какъ и холода, причемъ указательный палецъ не чувствуется совершенно съ задней и наружной сторонъ; чувствуется немного съ передней и еще лучше съ внутренней стороны, хотя все же не жаръ, а теплоту (пробирка съ очень горячей водой около 60° R).

Болевая анестезія распространена такимъ-же образомъ, какъ ощущенія жара и холода, т. е. до fossa axillag., причемъ только пониженіе, а не полная потеря болевой чувствительности наблюдается на нѣкоторыхъ мѣстахъ thenar—176, затѣмъ между 2 и 3 пальцами у основанія ихъ на ладони—100 и на первой фалангѣ 2 пальца—130. Тактильная анестезія не вслѣдъ одинакова. На кисти рукъ и пальцахъ такт. чувств., сильно пониженная, существуетъ только на мѣстахъ съ пониженной болевой чувствительностью; на предплечьѣ только при сильномъ надавливаніи карандашѣмъ подучается ощущеніе прикосновенія, и то, очевидно, отъ сохраненія чувства давления глубокихъ частей подъ кожей. На предплечьѣ есть и вибраціонная чувствительность. На плечѣ вся такт. чувств. потеряна, за исключеніемъ верхней четверти, въ которой есть небольшая область съ наружной стороны плеча, гдѣ

такт. чувств. почти нормальна; довольно гнѣзжны прикосновения карандашѣм ощущаются (вѣроятно, эта область также сравнительно лучше ощущаетъ и другіе виды чувствительности, которые не были подробно изслѣдованы чисто случайно). Въ другихъ мѣстахъ верхней четверти плеча чувство прикосновения получается при проведеніи перомъ.

Лѣвая рука. Холодъ и жара ощущается въ общемъ такъ же, какъ и на правой. Болевая чувствительность на нѣкоторыхъ мѣстахъ thenar. = 220. На микоти большого пальца — 160 и на первой фалангѣ — 160. Въ остальныхъ частяхъ полная анальгезія, за исключеніемъ приблизительно верхней четверти плеча. Тактильная чувствительность понижена такимъ образомъ, что на thenar только понижена, но ясно ощутима, на предплечьѣ и плечѣ при нажиманіи карандашѣмъ болѣе сильнымъ получается ощущение прикосновения. Вибрационная чувствительность существуетъ. Нужно прибавить, что въ подмышечныхъ ямкахъ и на внутренней сторонѣ руки около ямокъ всѣ рода чувствительности нормальны.

Волосистая часть головы, за исключеніемъ нижнихъ частей затылка имѣетъ сильно пониженную чувствительность къ жару (ощущаетъ теплоту при $50-60^{\circ}$ R.); на лицѣ нормальные мѣста — только кончикъ носа, окружность губъ и подбородокъ; остальные имѣютъ пониженную чувствительность къ теплу. Анастезія къ холоду распределена также.

Болевая чувствительность на средней линіи черепа сзади $50-45$ болѣе впереди = $120-130$. Еще ближе ко лбу = 160. На боковыхъ частяхъ черепа около 50. На затылкѣ около 70. На ушахъ около 50 на правомъ, около 100 на лѣвомъ. На лбу около 200, хотя есть мѣста съ $150-100$ и даже 70. Дальнѣйшее изслѣдованіе лица больной не разрѣшило.

На шеѣ подъ нижней челюстью ощущение тепла понижено; также на лѣвой сторонѣ шеи и надключичной области; вся область лѣвой лопатки тепло почти совсѣмъ не ощущаетъ; правая же чувствуетъ тепло почти нормально; на затылочной части шеи тепло ощущается нормально.

Холодъ передняя часть шеи чувствуетъ правильно, за исключеніемъ средней части; обѣ надлопаточныя области мѣстами совершенно нечувствительны къ холоду; область же лѣвой лопатки вся анестетична къ холоду.

Вышеописанныя области на тактильную и болевую чувствительность я намѣревался изслѣдовать у больной подъ концемъ; но это мнѣ и не удалось, такъ какъ больной уже при изслѣдованіи лица выказалъ упорное нежеланіе подвергаться дальнѣйшему изслѣдованію.

На передней поверхности туловища мѣстами полная термоанастезія, мѣстами пониженная чувствительность, мѣстами почти нормальная; на спинѣ общій характеръ пораженій температурной чувствительности тотъ же.

На передней поверхности груди снизу отъ горизонтальной линіи, проведенной черезъ основаніе рг. sterni, вверхъ до области прикрѣпленія вторыхъ реберъ къ sternum, болевая чувствительность потеряна; выше — понижена. Въ области живота болев. чувств. почти абсолютно потеряна; получается небольшая боль только при 350. Въ боковыхъ частяхъ туловища болев. чувств. выше — около 100 и болѣе; но это въ верхнихъ отдѣлахъ грудной кѣтки, а въ области, лежащей ниже foss. axillar. болевая чувств. = 0.

Почти горизонтальная граница, проходящая на уровнѣ приблизительно 11 реберъ и пересѣкающая позвоночникъ, отдѣляетъ нижележащія части съ полной анальгезіей, и верхніе отдѣлы спины съ относительно пониженной чувствительностью къ боли, нормальной и даже повышенной. Такъ въ нѣкоторыхъ областяхъ болевая чувствительность = 15 (въ правой части междлопаточной области) въ другихъ мѣстахъ = $30-40$.

Относительно спины нужно добавить, что пятна съ розоватыми краями не имѣютъ сколько нибудь измѣненной чувствительности сравнительно съ мѣстами кожи, повидимому, нормальными. Поэтому при описаніи чувствительности спины и не упомянута она специально на пятнахъ.

На спинѣ и животѣ и, вообще, на туловищѣ тактильную чувствительность также не удалось изслѣдовать.

На обоихъ бедрахъ полная термоанастезія, которая занимаетъ переднюю, наружную и заднюю ихъ поверхность; эта термоанастезія идетъ сзади кверху, доходя до вышеназванной линіи, проходящей черезъ 11 ребра, кромѣ бедеръ; внизъ термоанастезія переходитъ на голени и стопы ногъ, которые обхватываются ею сплошь. Ощущеніе тепла и холода сохранено только въ области

лобка, а на бедрах—въ ихъ внутреннихъ верхнихъ областяхъ, причемъ наилучшая чувствительность въ кожѣ бедеръ около scrotum и въ промежности. На scrotum—пониженная чувствительность; на glans penis—температурное чувство нормально.

Относительно болевой и тактильной чувствительности можно сказать почти тоже, что и о температурныхъ осязанияхъ. Гдѣ они сохранены, тамъ существуетъ и боль и прикосновение, гдѣ нѣтъ первыхъ, тамъ нѣтъ и вторыхъ. Только на бедрахъ при очень сильномъ давленіи карандашемъ, можно было получить ощущение давленія, но, вѣроятно, на счетъ глубоколежащихъ частей.

Діагнозъ: lepra anethetica (mutilans). Онъ основанъ на существованіи типичныхъ пятенъ, на мутиляцияхъ, незаживающихъ язвахъ, обширныхъ анестезіяхъ и ectop. paralyt.

Характеръ и особенности. Продолжительность болѣзни 20 лѣтъ. За это время болѣзнь заняла всѣ почти области тѣла, за исключеніемъ подмышечныхъ впадинъ, паховыхъ областей и верхне-внутреннихъ частей бедеръ.—Кромѣ того характерны слабопораженные анестезіей мѣста (на кистяхъ, руки) среди полного пораженія соедѣнныхъ частей.

Paralit'и были на ногахъ; на рукахъ же—уменьшеніе фалангъ безъ язвъ (такъ называемое osteomalacia leprosa). На этомъ послѣднемъ симптомѣ этотъ случай можетъ быть легко отличенъ отъ болѣзни Morvan'a, при которой онъ никогда не наблюдается.

№ 2.

Микель К., рабочій на пильной фабрицѣ; латышъ, лютеранскаго вѣроисповѣданія; 45 лѣтъ отъ роду. Поступилъ въ Рижскій пріютъ для прокаженныхъ 20 Іюня 1895 года. Родители и родственники здоровы. Свою болѣзнь больной относитъ къ концу Ноября 1894 года, когда при лихорадкѣ почувствовалъ сильную боль въ области synchond. sacro-iliaca dextra въ глубинѣ тканей; боль эта распространялась на заднюю сторону бедра до колѣна. Черезъ 4 недѣли боль замѣтно ослабла, а вскорѣ и прекратилась.

больной считалъ себя здоровымъ до 17 Іюня, когда повторился прежній приступъ болей, и больной слегъ въ постель, а черезъ 3 дня былъ отправленъ въ лепрозорій, такъ какъ у него были найдены нижеописанныя измѣненія лѣвой кисти. Изъ прежнихъ заболѣваний въродно несчастье, случившееся съ нимъ 18 лѣтъ тому назадъ на лѣсопиломномъ заводѣ; онъ держалъ дерево для пилки, и пила перерѣзала ему косо палецъ лѣвой руки слѣдующимъ образомъ: на указательномъ пальцѣ была отрѣзана часть ногтя съ кожей, у среднего и безымянного приблизительно до первой фаланги, а у мизинца, вѣроятно, и часть первой. Раны заживали очень долго—до полугода, у мизинца вышла въ это время еще часть фаланги. Черезъ годъ послѣ этого стала болѣть лѣвая нога; онъ замѣтилъ у себя онѣмѣніе мизинца и кожи, лежащей сзади отъ него. Такъ продолжалось годъ, послѣ чего у основанія мизинца появились язвы и изъ двухъ отверстій вышло 2 косточки. 15 лѣтъ никакихъ болѣзней не было. Въ Ноябрь 94 года на тылѣ лѣвой стопы образовалась язва послѣ опуханія кожи, и изъ отверстія вышла кость (черезъ 1½ недѣли послѣ начала заболѣванія).

Въ это же время и такимъ же образомъ вышла небольшая косточка изъ 4 пальца лѣвой ноги. Мѣсто выхода кости указываетъ еще не зажившая язва. Тогда же образовалась язва у основанія большого пальца, также не зажившая еще до сихъ поръ.—Глазные шели перестали смыкаться съ осени 93 года. Боли передъ этимъ не замѣчалъ. Мышечная атрофія на лѣвой рукѣ почти всѣхъ мышцъ произошла послѣ отрѣзыванія пилой.

Stat praes. Больной средняго роста, довольно плохого питанія. Кожа на всемъ туловищѣ очень сильно пигментирована.

Аномалии строенія костной системы слѣдующія: сколиозъ въ лѣвую сторону, и болѣе низкое положеніе лѣвой лопатки, которая кромѣ того больше выстоптъ.

Уже во время изслѣдованія 29 Іюня сталъ замѣтенъ парезъ п. facial. sin.: уголь рта сталъ отклоняться вправо.

Lagorhthalmus paralyt. обоихъ глазъ, которые не закрываются и оставляютъ щель въ ½ сантиметра на правомъ глазу, а на лѣвомъ немного меньше. N. p. ulnares in sulc uln. диффузно утолщены, особенно лѣвый. Паховыя и локтевыя желѣзы увеличены.

Подробное описание областей начнем с верхних конечностей.

Левая рука: Атрофия thenar'a и antith. ясно выраженная, но не сильная. *Большой* палец почти нормален: только ноготь утолщен, вероятно, вследствие бывшей травмы. *Указательный* — имеет только 2 фаланги и находится в согнутом положении под углом в 90° (не разгибается). Ноготь его очень оригинален: конец пальца имеет на себе валик, внутри которого окруженный углублением кожи растет ноготь, видящий кривоногого скрученного рога, смотрящего концами назад (относительно нормального ногтя). Величина его не больше 1 сант. и большой его 18 лет ни разу не стриг. *Средний палец* имеет только 1 фалангу, также согнутую и оканчивающуюся утолщением. *Безымянный палец* имеет тоже одну фалангу и кончается также утолщением. От *мизинца* осталась только часть первой фаланги.

На ладони находится глубокая трещина, окруженная сильно разросшимся эпидермисом. — Ясно выраженная атрофия предплечья, плеча, плечевого пояса и лопаточных мышц, вследствие чего лопатка и опущена ниже и больше выстоит (как сказано выше).

Правая рука никаких не нормальных явлений не представляет.

На уровне верхнего края os sacrum справа прощупывается опухоль, заметная и на взгляд; определить же, откуда она исходит, крайне трудно. При ощупывании — сильная боль, которая беспокоит больного при каждом движении. В reg. glutea sinist. находятся 2 пятна около 5 сант. длины и 3—4 сант. ширины. Характер их одинаков: резко пигментированные узкие края темнобураго цвета; средняя часть представляет массу атрофических рубчиков; цвет ее также темно-бурий, но гораздо светлее краев.

Обе regiones glut. почти сплошь покрыты одним пятном, которое переходит на оба бедра. Представляет оно только области менее пигментированная, чем остальная соседняя кожа. У этого больного на спинной коже весьма сильно пигментирована, и потому резкий край пятна можно было заметить, но только при внимательном осмотре; границы же пятна на бедрах были открыты при исследовании чувствительности. Область самого

пятна имеет кожу, слегка атрофированную и менее покрытую волосами. Границы пятна следующие: кверху оно доходит до верхнего края os sacrum и, обхватывая regiones glut., идет сверху направо на 3 пальца вперед от troch. maior на бедро, доходя почти до нижней трети его. Левая сторона пятна идет не ясно до лев. troch. maior, у которого совершенно резким краем направляется вниз и вперед и изнутри от m. sartorius уже представляет на бедрах более светлую часть, сравнительно с внутренней стороной бедра. Кроме того на левом бедрах сзади, в средней его, находится следующее пятно: длина — около 15 сант. и ширина около 8 сант.; в средней его есть выемка: как будто оно состоит из двух пятен; характер тот же, как и у вышеописанных. Кроме того у больного на стопах, у основания большого пальца левой ноги, находятся 2 небольшие незаживающие язвочки.

Чувствительность на левой руке следующая: кисть руки, пальцы и 2 нижняя трети предплечья совершенно не имеют ощущений тепла и холода; верхняя треть предплечья имеет неполную термостезию. Чувство боли и прикосновения также отсутствуют до верхней трети предплечья, в которой болевая чувствительность = 200—250. Тактильная чувствительность в этой трети понижена; больной чувствует только проведение ваты. На правой руке чувствительность почти нормальна; только болевая чувствительность понижена; на ладони и пальцах = 130—150. На тыльной стороне пальцев = 50.

Regiones glut. и бедра чувствуют тепло и холод следующим образом: полная термостезия на всем пятне большим и на отдальном — на левом бедрах сзади; эта анестезия переходит в относительную термостезию в нижней части правого бедра.

Болевая чувствительность на правой стороне пятна и на правом бедрах в разных местах варьирует от 150 до 300. В области troch. maior — около 150. На отдальном пятне болевая чувствительность отсутствует. Тактильная чувствительность почти во всех частях пятна понижена, на отдальном пятне — нормальна: карандаш и вату чувствует при нежном дотрогивании. На левом glut., на пятне болевая чувствительность в одних местах отсутствует, в других — 250—300. Так-

тильная чувствительность понижена, но не в значительной степени. Болевая чувствительность на лѣвомъ бедрѣ около 300 (на задней сторонѣ); на передней поверхности тактильная чувствительность почти нормальна; болевая-же совершенно потеряна; рядомъ на внутренней сторонѣ бедра болевая чувствительность = 60—70.

На голеняхъ и стопахъ чувствительность слѣдующая: лѣвая голень и стопа имѣютъ пониженную термоанестезію; только сохранилось ощущение тепла и холода на подошвѣ, у основанія большого пальца. Болевая чувствительность отсутствуетъ, тактильная тоже, опять таки за исключеніемъ основанія большого пальца, гдѣ эти чувства только понижены; болевая чувствительность = 150. Правая голень и стопа имѣютъ нормальную чувствительность, причѣмъ для болевой чувствительности цифры выражаются въ слѣдующемъ видѣ: на боковой наружной части стопы 190, на внутренней (съ болѣе тонкимъ эпидермисомъ) 120—130. На голени 90.

Диагнозъ: *lepra anethetica (mutilans)*; основанія для него заключаются въ обезцвѣченныхъ пятнахъ съ сильно пониженной чувствительностью, въ *paratig*яхъ на пальцахъ лѣвой ноги съ выходженіемъ костей и въ *lagophth. paralyt.*

Характеръ и особенности. Одна рука (правая) не поражена.—Пятна въ нижней части спины и на бедрахъ,—Голеи мало поражены, но на пальцахъ—язвы.—Итакъ, въ 17 лѣтъ болѣзнь поразила не верхнія конечности по преимуществу, но часть туловища и нижнихъ конечностей.—Тактильная чувствительность на мѣстахъ поражения проказой сохранена лучше другихъ видовъ чувствительности.

№ 3.

Анна Д., дѣвушка 23 лѣтъ, латышка, лютеранскаго вѣроисповѣданія; служить въ Рижскомъ пріютѣ помощницей служанки. Съ прокаженными въ общеніе не вступала. Поступила въ пріютъ въ 1894 году. Болѣзнь началась три года назадъ потерей чувствительности голеней и стопъ, причѣмъ пятенъ ни-

когда не видала на своемъ тѣлѣ. За мѣсяць до поступленія въ «пріютъ» стала опухать правая подошва, воспалительныя явленія шли впередъ и къ поступленію въ пріютъ уже образовалось нагноеніе, которое все время было очень болѣзненно. Около того же времени заболѣлъ средний палецъ правой ноги и, послѣ образованія язвы, обнажились какъ 3-я такъ и 2-я фаланги. Была также все время сильная боль. Послѣ поступленія въ пріютъ, абсцессъ былъ вскрытъ, а обнаженные фаланги удалены, и при этомъ уже боли не было.

Stat. praes. Больная среднего роста, правильнаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Въ лицѣ ничего ненормальнаго не замѣчается. На обѣихъ ногахъ кожа во многихъ мѣстахъ шелушится, причѣмъ эпидермисъ отслаивается бляшками въ $\frac{1}{3}$ сант. въ діаметрѣ; кое гдѣ есть небольшія трещины. Кромѣ того на правой ногѣ много пятенъ желтоватаго цвѣта съ одинаковымъ центромъ и краями. На внутреннемъ мышцѣ небольшая атоическая язва, по словамъ больной, отъ тренія обувью ¹⁾. Средній палецъ укороченъ на половину, такъ какъ лишь 3-й и частью второй фаланги. На стопѣ—большая, глубокая язва безъ наклонности къ заживленію, существующая съ поступленія въ пріютъ и начавшаяся съ абсцесса; въ ней видны обнаженная мышца и сухожилія. На спинѣ, съ правой стороны на уровнѣ 10 ребра—небольшое овальное пятно, едва замѣтное по слабожелтоватому цвѣту и небольшой инфильтраціи при ощупываніи и боковомъ освѣщеніи.

Исслѣдованіе чувствительности: Переднія и боковыя стороны обѣихъ голеней имѣютъ пониженную чувствительность къ теплу и холоду; заднія стороны чувствуютъ почти нормально тепло и холодъ, но лѣвая голень немного хуже правой. Болевая чувствительность нижней половины голеней = 0; въ этихъ областяхъ ни карандашѣмъ, ни перомъ нельзя было достигнуть ощущенія прикосновенія, ватой слабо чувствуется. Вибраціонная чувствительность есть. Наружная поверхности нижней половины обѣихъ бедеръ въ однихъ мѣстахъ имѣютъ пониженную температурную чувствительность, въ другихъ полное ея отсутствіе; внутрен-

¹⁾ На голени находятся еще двѣ язвы, небольшія, неизлѣчнаго происхожденія.

ния же стороны имеют почти нормальную чувствительность к теплу и холоду. Болевая чувствительность на правой бедре понижена = 130—150. На левом — спереди и снаружи, в нижней половине — полное отсутствие ее, а в других понижена = 130—150.

Тактильная чувствительность также понижена на бедрах, но не сильно; в язвах же полной анальгезии нет и тактильной чувствительности. На тыльной стороне стопа чувство тепла только понижено, причем правая тыльная сторона стопы лучше чувствует, чем левая; чувство холода распределено также. На подошвах также только пониженная термическая чувствительность. Болевая чувствительность на культи среднего пальца правой ноги = 0 при 300. На левой стопе болевая чувствительность = 150. Тактильная чувствительность на левой подошве только понижена: карандаш и вату чувствует, но слабо. На правой подошве болевая чувствительность = 150—170 в разных местах. Чувство прикосновения неравномерно распределено: передние части чувствуют хуже задних. Исследования чувствительности на пятке спины не дали никаких указаний на уменьшение (даже малейшее) всех родов чувствительности.

Диагноз: *lepra anaesthetica (mutilans)*; основание для него заключаются в развитии обширных анестезий, занявших в 3 года обе нижние конечности; кроме того скоро появились и рапагиты и язвы также на ногах.

Характер и особенности: началась болезнь анестезиями на ногах, но без существования пятен. — Руки не поражены. — Язва на подошве и панариций, не смотря на анестезию, были довольно долго болезненны.

№ 4.

Ансь П., эстонец 27 лет, крестьянин Феллинского уезда, Лифлянд. губ., лютеранского вероисповедания; из привота в Мули.

Анамнез следующий: когда больному было 3—4 года, было пятно на левом плече и предплечье; пятно было лет 10; через 4 года после появления этого пятна, появились пятна на

лице справа, на обеих плечах и обеих бедрах. Лет 6 назад начала сохнуть (атрофия мышц) левая рука.

Stat. praes. Кисть левой руки представляет типичное *main en griffe*, причем атрофия мышц кисти и предплечья настолько велика, что в нижней части предплечья совершенно незаметно мышечного возвышения, а только кожа, сухожилия и кости. Все пальцы согнуты под углом в 90°; была язва на среднем пальце (без выхождения фаланги), оставившая утолщение фаланги. Кожа пальцев и кисти склерозирована, а на ней в некоторых местах — глубокие трещины с наслоениями эпидермиса по краям. Такие трещины находятся на указательном и безымянном пальцах. На ладони, по линии безымянного пальца, рубец от бывшей язвы, из которой вышли сухожилия безымянного пальца.

Хотя атрофия предплечья и кисти правой руки также очень сильна, но сами пальцы представляют вид не совсем подобный левой руке, почему заслуживают отдельного описания. Большой и указательный пальцы почти совсем нормальны; только немного не разгибаются до прямой линии. Средний палец имеет первую и часть второй фаланги, причем палец представляет из себя как бы прямоугольный треугольник с волярной стороной, как гипотенузой. Эпифизы его костей утолщены, а кожа, конечно, склерозирована, вследствие чего и получился такой вид пальца.

Безымянный и мизинец имеют первую и вторую фалангу, третья же отпала, вследствие гангрены от отморожения. Это случилось следующим образом: больной однажды работал на морозе; в тот же день пальцы почернели, через 3 дня образовались язвы, через 1½ месяца показалась кость, которая отпала через 3 месяца после заболевания; после этого язвы зажили через неделю. Безымянный оканчивается теперь булавовидным утолщением фаланги, а мизинец утончается к концу пальца, так что имеет вид конуса. Кожа обеих плеч от прикрепления *m. m. deltoidei* вниз представляет, собственно, собою пятно, отделяющееся от нормальной, выше лежащей, кожи только своим более бледным цветом, причем переход в нормальную кожу резкий, а не постепенный. Небольшая атрофия кожи, но почти нормальное количество волос. *N. p. ulnares* на

обоих плечах утолщены, особенно в *sulc. ulnaris*, выше же локтя кромѣ того имѣется рѣзкое узловатое утолщение нерва. В области лѣваго плечевого сустава отдѣльное пятно рѣзко бѣлаго цвѣта. На лицѣ, кромѣ пятна под лѣвыми глазами, неравномерно окрашеннаго въ свѣтло красноватый цвѣтъ, других ненормальных явленій нѣтъ. Отъ нижняго края крестцовой кости вниз тянется пятно, которое, собственно, занимает оба *glutei* и почти сплошь обѣ ноги, причѣмъ верхній край пятна имѣетъ слегка розоватый оттѣнокъ и слегка приподнятъ надъ уровнемъ кожи. Съ боковъ это пятно начинается немного ниже верхняго края *os ilium*, причѣмъ оставляетъ свободными только внутреннй верхнй части бедеръ, промежность и часть передне-внутренней стороны бедеръ, прилегающей къ *scrotum*. Цвѣтъ пятна болѣе бѣлый, чѣмъ здоровая кожа. Надъ нимъ, на спинѣ сѣды, есть еще продолговатое пятно диаметромъ 4—5 сантим. съ слегка возвышеннымъ розоватымъ краемъ; находится у большаго 8 лѣтъ.

На большомъ пальцѣ правой ноги была язва, изъ которой выходила косточка, и послѣ этого язва долго не заживала. Большой обѣ стопы не можеть разгибать, что доказываетъ атрофію и парезъ экстензоровъ, не можеть также стоять на пяткѣхъ.

Области болѣе обезвѣченной кожи на голеняхъ и стопахъ занимаютъ ихъ не сплошь, а неправильными зигзагами, причѣмъ ясно видно на тылѣ и подошвѣ какъ эти пятна, такъ и здоровую кожу.

Ислѣдованіе чувствительности. Полная термоанестезія — на пальцахъ, кистяхъ рукъ и большей части предплечій, и пониженная чувствительность — на остальныхъ частяхъ руки, причѣмъ на отдѣльномъ пятнѣ въ области лѣваго плечевого сустава полная термоанестезія. Полная анальгезія также въ кистяхъ и предплечьяхъ за исключеніемъ:

1. Указательнаго пальца правой руки, который имѣетъ чувствительность спереди отъ мякоти основанія пальца, и пониженная чувствительность — на остальныхъ частяхъ руки, причѣмъ на отдѣльномъ пятнѣ въ области лѣваго плечевого сустава полная термоанестезія. Полная анальгезія также въ кистяхъ и предплечьяхъ за исключеніемъ:

1. Указательнаго пальца правой руки, который имѣетъ чувствительность спереди отъ мякоти основанія пальца, и пониженная чувствительность — на остальныхъ частяхъ руки, причѣмъ на отдѣльномъ пятнѣ въ области лѣваго плечевого сустава полная термоанестезія. Полная анальгезія также въ кистяхъ и предплечьяхъ за исключеніемъ:

2. Въ локтевыхъ складкахъ и около нихъ, причѣмъ болевая чувствительность = 50—60. На плечахъ болевая чувствительность только понижена, на пятнѣ лѣваго плеча тоже только понижена. Тактильная чувствительность очень сильно понижена на кистяхъ

тхъ рукъ и пальцахъ (за исключеніемъ указательнаго праваго) и, затѣмъ, на предплечьяхъ и плечахъ, конечно, оставляя нетронутой область локтевой складки.

На пятнѣ подъ лѣвыми глазами неполная термоанестезія, у *ang. mandib. sin.* также не полная; на правой щекѣ и переходя уже на шею — полная термоанестезія. (Волосы на бородѣ теперь растутъ нормально, раньше же росли плохо). Болевая чувствительность на пятнѣ подъ лѣвыми глазами около 100, на правой щекѣ 300; у лѣвой *ang. mand.* — 100, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ 60—70.

Неполная термоанестезія на ногахъ только на внутреннихъ верхнихъ частяхъ бедеръ и въ подколенной ямкѣ, затѣмъ въ межъягодичной складкѣ. На голеняхъ и стопахъ, на пятнахъ также въ однихъ мѣстахъ полная, въ другихъ неполная термоанестезія. Болевая чувствительность потеряна на болѣе обезвѣченныхъ мѣстахъ кожи бедеръ; на розоватомъ краѣ сзади на *glut.* = около 150—200, снаружи пятна на болѣе пигментной кожѣ около 70. На внутренней верхней сторонѣ бедеръ около 170—200, причѣмъ она постепенно переходитъ въ нормальную кожу вблизи промежности. Тактильная чувствительность на бедрахъ въ томъ-же состояніи, какъ и болевая. На голеняхъ, стопахъ и пяткахъ болевая чувствительность = 0; тактильная же сильно понижена, но не потеряна. Пальцы ногъ, нѣкоторые чувствуютъ боль и прикосновеніе, другіе — нѣтъ.

Диагнозъ: *lepra anethetica*. Основанія для него слѣдующія: пятна, *paranit'ii*, атрофіи мышцъ, анестезія и парезы.

Характеръ и особенності: черезъ 4 года, послѣ начала заболѣванія, пятна уже были на 4 конечностяхъ. Въ настоящее время поражены почти всѣ области тѣла. — Верхне-внутреннй части бедеръ и паховая область остались менѣе пораженными, и даже нормальными. *Paranit'ii* были на пальцахъ рукъ (безъ выхожденія фалангъ) и ногъ (съ выхожденіемъ кости). — Тактильная чувствительность во многихъ мѣстахъ еще осталась, хотя болевая отсутствуетъ; между тѣмъ, болѣзнь существуетъ уже давно. — Среди области полнаго пораженія чувствительности (на кистяхъ рукъ), встречаются мѣста съ относително гораздо меньшимъ пораженіемъ ея.

№ 5.

Анна В. 36 лѣтъ, эстонка, Юрьевского уѣзда, лютеранскаго вѣроисповѣданія; изъ пріюта въ Мули. *Диалнезъ*. Больна 17 лѣтъ. Въ первые 10 лѣтъ на тѣлѣ были пятна, которыя по истеченіи этого срока исчезли и болящая 2 года считала себя совсѣмъ здоровой. За это время анестезіи на мѣстахъ пятенъ совсѣмъ проши. Много небольшихъ прыгѣвъ было на рукахъ, причѣмъ на плечахъ больше, чѣмъ на предплечьяхъ. На шеѣ также было нѣсколько пятенъ. На лицѣ было около 5 пятенъ, на лбу 2 пятна. На груди и животѣ около 10. На спинѣ—неизвѣстно. На бедрахъ было очень мало мѣстъ свободныхъ отъ пятенъ, на голенихъ пятенъ было меньше; въ областяхъ *glut.* также немного. Послѣ двухлѣтней паузы простудилась, руки стали болѣть и сохнуть, и анестезіи появились вновь на тѣхъ же мѣстахъ. 5 лѣтъ назадъ у основанія мизинца лѣвой ноги образовалась язва, которая зажила только въ 94 году, т. е. годъ назадъ; вышла довольно большая кость.

4 года назадъ послѣ работы разболѣлся указательный палецъ правой руки, конѣцъ его сильно поноси́лъ, распухъ, въ клиникѣ произвели разрѣзъ и черезъ нѣсколько недѣль вынули 3 фалангу, а потомъ вышла сбоку часть второй фаланги (недѣли черезъ 2 послѣ операции выщипанія фаланги). Во всѣ періоды этого процесса и при операцияхъ была боль. Въ то же время, какъ заболѣлъ указательный палецъ правой руки, заболѣлъ и средній; распухъ, наривъ вскрыли, но кость вышла уже сама; на ладони по линіи среднего пальца образовалось 7 язвъ, которыя доктора разрѣзомъ соединили вѣтвѣтъ и вынули около вершка сухожилия.

3 года назадъ обожгла пальцы лѣвой руки кипяткомъ, въ которомъ они пробыли около минуты, кожа слѣзла послѣ этого съ 4 пальцевъ, образовались язвы и обнажились фаланги. Самый ожогъ и послѣдствія его болѣзненны не были, кости же обнаженныя сильно болѣли и беспокоили больную; изъ указательнаго пальца вышли 2 кости, изъ средняго одна большая кость, а изъ безымяннаго снова 2 кости; изъ мизинца костей не вышло, хотя язва была. Кости, вообще, вышли только черезъ 3 мѣ-

сяца послѣ ожога, а послѣ ихъ выхожденія язвы зажили черезъ 3 недѣли.

Въ Августѣ 94 года покраснѣла и распухла правая голень, причѣмъ краснота продолжалась 4 недѣли, но опухоль голени послѣ этого опала очень немного; консистенція кожи голени была тогда деревянистая. Осенью же 94 года на правой ногѣ были небольшие язвы на стопахъ.

Stat. praes. Больная высокаго роста, средняго сложенія и питанія. На лицѣ замѣчается прежде всего асимметрія, причѣмъ лицо перекошено немного влѣво; лѣвое глазное яблоко большой, не можетъ быть закрыто причѣмъ остается щель шириною миллии. 3—4. Правое нижнее вѣчко, хотя закрываетъ глазъ, но при изслѣдованіи ясно констатируется его малая сопротивляемость натяженію книзу. Морщины на лбу болящая сдѣлать не можетъ. Брови имѣютъ ненормально тонкіе волосы, рѣсницы же весьма густы и длинны.

На рукахъ замѣчается слѣдующее: сильная атрофія *then. antihen.* и *m m inteross.* обѣихъ кистей, причѣмъ атрофія ограничивается только этими мускулами.

Правая рука. Большой палецъ — нормаленъ, указательный — имѣетъ первую фалангу и часть второй; есть еще остатокъ ногтя. Средній—имѣетъ утолщеніе на мѣстѣ послѣдняго сустава; часть 3-й фаланги, вѣроятно, еще существуетъ; палецъ находится въ разогнутомъ состояніи, и согнуть быть не можетъ. Безымянный разгибается немного, а согнуть можетъ быть только въ первомъ суставѣ. Мизинецъ разгибается и сгибается нормально.

Лѣвая рука. Большой палецъ — нормаленъ. Указательный — не имѣетъ 3-й фаланги и имѣетъ остатокъ ногтя; выпрямляется ¹⁾. Средній—также не имѣетъ 3-й фаланги, и не разгибается больше, чѣмъ на 45°; также имѣетъ утолщеніе головки 2 фаланги; на концѣ короткой ноготь. Безымянный вполнѣ схожъ со среднимъ. Мизинецъ имѣетъ короткий ноготь, всѣ 3 фаланги и не разгибается больше, чѣмъ на 45°. Когда болящая выпрямляется пальцы, то оказывается, что мизинецъ разгибается меньше всѣхъ, за нимъ

¹⁾ На мѣстѣ бывшаго сустава онъ имѣетъ булавовидное утолщеніе головки 2 фаланги.

безымянный, средний, указательный и, наконец, большой, который разгибается нормально.

На спинѣ въ ея верхней половинѣ находится нѣсколько старыхъ пятенъ различной величины, общій характеръ которыхъ тотъ, что внутренняя часть желтоватаго цвѣта, а край—свѣтло-коричневатаго цвѣта, переходящій нѣрѣзко въ здоровую кожу.

На правой голени—ясно выраженный elephantiasis въ нижней ея части и на тылѣ стопы, причемъ кожа голени нормальной плотности, но менѣе подвижна; тылъ же стопы обезображенъ; существуетъ выпячиваніе въ наружную, внутреннюю сторону и вверхъ всей кожи, причемъ она твердовата на ощупь и немного красновато-машиноваго оттѣнка. На голени и тылѣ стопы въ различныхъ мѣстахъ растутъ довольно большіе, черноватые волосы, которыхъ нѣтъ на лѣвой голени; при этомъ надъ наружнымъ мышелкомъ правой голени, волосы представляютъ довольно густой пучокъ.

На тылѣ лѣвой стопы въ двухъ мѣстахъ были язвы; съ наружной и внутренней стороны: около большого пальца вышло 2 кости, а около 5 пальца была язва, проникающая на подошву, причемъ кость вышла съ подошвы, и въ настоящее время съ тыла—рубець, а съ подошвы незажившая атоическая язва.

Атрофія extens'оровъ обѣихъ стопъ, такъ что больная не можетъ поднять стопу вверхъ и двигать ею въ сторону.

Исслѣдованіе чувствительности. На рукахъ полная термоанестезія на кистяхъ и нижнихъ частяхъ предплечій, выше чувствительность сильно понижена, локтевая же складка и около нея больная чувствуетъ очень хорошо тепло и холодъ. На плечахъ въ однихъ мѣстахъ полная термоанестезія, въ другихъ сильно пониженная чувствительность, а въ третьихъ почти нормальная (напр. въ аксилл. впад. и окружности ея). Болевая чувствительность совершенно отсутствуетъ на рукахъ за исключеніемъ области локтевой складки, и затѣмъ кожи надъ biceps, гдѣ чувствительность болевая = 200. Въ локтевой же складкѣ = 40.

Тактильная чувствительность совершенно потеряна на кистяхъ и нижнихъ половинкахъ предплечій, выше пониженная чувствительность: ватой чувствуетъ при слабомъ давленіи; карандашемъ нужно сдѣлать до ощущенія довольно глубокую ямку.

На плечѣ чувствительность лучше, надъ biceps почти нормальная, тактильная чувствительность (ватой—безъ давленія; карандашемъ—при весьма незначительной ямкѣ). Въ plica cubiti получена инструментомъ тактильная чувствительность = 30. Болевая же 40—50. На плечахъ, въ общемъ, лучше чувствительность, причемъ нормальная—на внутренней сторонѣ плеча, прилегающей къ грудной кѣткѣ и въ подмышечныхъ впадинахъ. На пятнахъ спины—нормальная чувствительность всѣхъ видовъ.

Въ кожѣ ногъ измѣненія всѣхъ видовъ чувствительности одинаковы: на стопахъ и голенихъ полная анестезія всѣхъ видовъ а выше чувствительность все лучше и лучше, причемъ мало измѣнена въ подколенной ямкѣ. Въ нижнихъ частяхъ бедра болевая чувствительность = 200.

Диагнозъ: lepra anethetica. Основанія для него заключаются въ анестезіяхъ, язвахъ, паранит'яхъ, атрофіи мышцъ, парезѣ facialis, lagophthalmus paralyticus и старыхъ пятнахъ.

Характеръ и особенности: пятна 10 лѣтъ; въ 2 года затѣмъ чувствительность на бывшихъ пятнахъ возвращается; затѣмъ снова анестезія, язвы: сначала на ногѣ, черезъ годъ на рукѣ (paranitium съ выхожденіемъ фалангъ). Разстройства чувствительности замѣтно пощадил паховыя складки, верхне-внутреннія части бедра, подколенные ямки и подмышечныя впадины.

№ 6.

Марія К., 38 лѣтъ, эстонка; Феллинскаго уѣзда, Лифл. губ.; лютеранскаго вѣроисповѣданія, изъ пріюта въ Неннаѣ. Больна 21 годъ. Болѣзнь началась пятнами, появившимися на различныхъ частяхъ тѣла. 11 лѣтъ тому назадъ, стали скрючиваться пальцы рукъ, и въ то же время появилась сильная блѣдность лица. Въ 1884 году отняли большой палецъ лѣвой ноги послѣ заболѣванія его, длившася 5 недѣль. Годъ назадъ на правой ногѣ на стопѣ было 4 язвы.

Stat. praes. При осмотрѣ лица прежде всего бросается его сильная блѣдность; кромѣ того—ясно выраженный парезъ m. n.

orbicular, обеих глаз, причём глазная щель остается открытой до $\frac{1}{2}$ сант. при закрываніи глазъ; на правомъ глазу уже замѣтенъ начинающийся естриопъ нижняго вѣка. Мимическія мышцы сокращаются плохо на обеихъ сторонахъ. На обеихъ рукахъ сильно выраженная main en griffe: рѣзкая атрофія then., hypoth и m. m. interossei. Указательный палецъ правой руки не имѣетъ 3-й фаланги, средней имѣетъ только 1-ю фалангу. Эти фаланги она потеряла послѣ сильнаго ожога. Остальные пальцы имѣютъ всѣ фаланги. Всѣ пальцы скрючены и ни активно, ни пассивно не разгибаются.

Изъ указательнаго и безымяннаго пальцевъ лѣвой руки выходили маленькіе кусочки фалангъ. Въ остальномъ видъ кисти тотъ же. На рукахъ въ настоящее время пятень нѣтъ, но они были раньше и сплошь обошли руку, оставивъ послѣ себя атрофію кожи. Почти вся спина представляетъ изъ себя сплошную, слившіяся между собою, пятна, съ нормальнаго пята средней частью и розоватой возвышающимися краями. На задней части шеи нѣтъ розоватой линии, а бѣлая часть шеи рѣзко переходитъ на боковыя стороны, нормально пигментированныя (коричневатаго оттѣнка). Пятна спины существуютъ лѣтъ 15—16, расширяясь все больше и больше. Выше плечевыхъ суставовъ и свадѣ отъ нихъ замѣтенъ какъ-бы розоватый край пятна, которое было, очевидно, на рукахъ, и поднимаясь вверхъ по рукѣ дошло до вышесказаннаго мѣста. На груди—3 большихъ пятна; въ верхней части живота 2, а немного выше пупка начинается пятно, занимающее весь животъ до m. m. Venet.; характеръ ихъ тотъ-же, что и на спинѣ. Только въ области os sacrum и немного выше существуютъ у больной еще свободная отъ пятень область кожи, въ формѣ параллелограмма (конечно, неправильнаго). На ногахъ пятень нѣтъ, но изъ рассказовъ больной видно, что они тамъ были и затѣмъ, очевидно, перешли на спину. На среднемъ пальцѣ правой ноги выходилъ кусокъ кости, причёмъ язва осталась до сихъ поръ; ногти нѣтъ. Мизинецъ отодвинуть впередъ, 2-й палецъ—назадъ. На подошвѣ—рубецъ отъ язвы, который по мѣсту совпадаетъ съ рубцами на тылѣ стопы, почему можно предположить существованіе сквозной язвы—mal perforant du pied. На лѣвой ногѣ 2—5 пальцы скрючены крайне неправильно. На подошвѣ въ 2—3 сант. разстояніе отъ пальцевъ 2 язвы, одна

вблизи другой, причёмъ одна изъ нихъ была сквозная и проходила на тылъ къ основанію средняго пальца.

Исслѣдованіе чувствительности. Термоанестезія на рукахъ въ слѣдующемъ видѣ: почти нормальная чувствительность въ области локтевыхъ сгибовъ, сильно пониженная въ переднихъ областяхъ плечъ и совершенно нормальная на внутреннихъ сторонахъ плечъ, обращенныхъ къ аксиллярной впадинѣ и въ ней самой. Остальная части рукъ имѣютъ полную термоанестезію. На кистяхъ и пальцахъ болевая и тактильная чувствительность совершенно отсутствуютъ; на предплечьяхъ болевая чувствительность потеряна, тактильная—сильно понижена, въ области локтевыхъ складокъ болевая чувствительность—90—100. На плечахъ болевая и тактильная чувствительность почти такъ же распределены, какъ и температурное чувство, причёмъ тактильная болѣе сохранена, чѣмъ болевая.

На всѣхъ пятнахъ спины характеръ пораженія чувствительности слѣдующій: центральная часть имѣетъ полную термоанестезію, къ периферіи пятна пониженная чувствительность, и чѣмъ ближе къ краю пятна, тѣмъ чувствительность лучше. Болевая чувствительность въ центрѣ при 300 = 0., къ периферіи 250—200 и меньше. Тактильная чувствительность потеряна незначительно. Чувствуетъ карандашъ при слабомъ нажиманіи и вату при легкомъ проведеніи по кожѣ.

На шеѣ, на бѣломъ пятнѣ—неполная термоанестезія. Болевая и тактильная также. На пигментированныхъ частяхъ шеи чувствительность нормальна. Въ надключичныхъ областяхъ термоанестезія почти полная; болевая почти вездѣ потеряна; тактильная понижена.

На груди и животѣ на пятнахъ неполная термоанестезія. Болевая чувствительность на груди на разныхъ мѣстахъ = 300—200 и менѣе, а на животѣ отсутствуетъ; тактильная чувствительность понижена незначительно.

На ягодицахъ и заднихъ частяхъ бедеръ болевая холода не чувствуетъ, а жаръ чувствуетъ, какъ тепло; на переднихъ поверхностяхъ бедеръ, на голеньяхъ и стопахъ также холода не чувствуетъ, а тепло чувствуетъ немного. Болевая чувствительность на glut = 0, тактильная сильно понижена. Въ складкахъ между ягодицами чувствительность нормальна. На бедрахъ въ

одних мѣстахъ боль при 300, въ другихъ совсѣмъ отсутствовать, а въ иныхъ чувствуется вкалываніе иголки. Тактильная чувствительность на бедрахъ сильно понижена.

На голеняхъ и стопахъ болевая и тактильная чувствительность абсолютно потеряны. На лицѣ чувствительность болевая довольно сильно понижена; только около ушей чувствительность — лучше. Тактильная — понижена немного.

Діагнозъ: *lepra maculosa et anæsthetica*. Основанія для него заключаются въ присутствіи анестетичныхъ пятенъ, язвъ, анестезій, — *ectrop. paral.* и пр.

Характеръ и особенности. Болѣзнь тянется 21 годъ; пятна еще существуютъ и прогрессируютъ въ отношеніи распространенія. — Атрофія мышцъ и скрючиваніе пальцевъ руки и ногъ — послѣ пятенъ. — На ногахъ «*mal. perforant.*» — Не поражены, при такомъ распространеніи пятенъ и анестезій, паховыя области, подмышечныя впадины и локтевыя складки. — Тактильная чувствительность сохранена болѣе другихъ. — Черезъ 9 лѣтъ отъ начала заболѣванія парагит-ий на ногѣ и вслѣдствіе этого вылушеніе большого пальца.

№ 7.

Екатерина Л. 28—30 лѣтъ, остонка, Ревельскаго уѣзда, лютеранскаго вѣроисповѣданія; изъ пріюта въ Ценнаѣ. Родители имѣли 11 дѣтей и умерли въ старости. 14 лѣтъ у нея опухло все тѣло, начиная отъ стопъ до головы; ноги были опухши съ мѣсяць, а затѣмъ скоро опухло и все тѣло. Опухоль держалась 4 мѣсяца; потомъ тѣло сильно болѣло, руки и ноги ложило, и болевая ослабѣла. Затѣмъ стали дѣлаться язвы на ногахъ. Когда ей было 16 лѣтъ, стали распухать всѣ пальцы лѣвой ноги; сдѣлались язвы, и вышла кость изъ большого пальца; такъ какъ язвы шли дальше и не заживали, а кости гнили, доктора вылушили всѣ пальцы и рану зашили. Черезъ 2 года начала болѣть такимъ же образомъ правая нога, причемъ вышли кости изъ всѣхъ пальцевъ. Выходили кости не сразу, а почти черезъ недѣлю одна

за другой и черезъ 2—3 недѣли послѣ начала заболѣванія. Внутри язвъ были черныя мѣста; язвы сильно болѣли; докторъ также вылушилъ, что было нужно, а рану зашилъ. Когда пальцы уже зацѣли, образовался большой наривъ на подошвѣ, тоже болѣлъ; докторъ также вскрылъ его и выскоблилъ. Черезъ 1½ года послѣ правой ноги заболѣла лѣвая рука, а именно: указательный палецъ распухъ, причемъ ноготь былъ темнофіолетовый, весь послѣдній суставъ почернѣлъ, затѣмъ образовалась язва около 2 межфаланговаго сустава; и 3-я фаланга вся отвалилась; все это происходило съ болью. Палецъ затѣмъ заживалъ мѣсяцевъ 5—6, причемъ за это время докторъ вылушилъ и 2-ю фалангу. Черезъ 2 недѣли послѣ заживленія указательнаго пальца сталъ болѣть средний; болѣть также и заживалъ очень долго; образовались язвы на ладони, изъ которыхъ выходили сухожилия. Черезъ полгода заболѣли сразу безымянный и мизинецъ; болѣли такимъ же образомъ, только не чернѣли; кости выходили, и докторъ вырѣзалъ, что было нужно; заживали они очень долго. Черезъ 2 года, по ихъ заживаніи, образовалась язва на внутренней сторонѣ большого пальца, вышла кость и она укоротилась. Болѣлъ 1½ года. Кость вышла послѣ полугода болѣзни. Шесть лѣтъ назалъ сильно обожгла тѣло и, между прочимъ, всѣ пальцы правой руки настолько, что они долго болѣли, (больше года) болевая не лечилась, выходили кости, боль была сильная, и подъ конецъ всѣ болѣвшія кости отпали.

Болевая уже около 3½ лѣтъ плохо закрываетъ глаза.

Годъ уже, какъ очень сильно болитъ голова почти постоянно, преимущественно въ обонихъ вискахъ и во лбу.

Stat. praes. Болевая средняго роста, правильнаго строенія и очень плохого питанія. Въ лицѣ много ненормальнаго: начало *ectropion paralyt.*, причемъ у больной при закрываніи глазъ остается щель въ 0,7 сант. ширины; если же заставить сильноѣ сократить *m. m. orbicul.*, то щель уменьшится только до 0,5 сант. Углы рта сильно оттянуты книзу, кожная перегородка носа также, почему получается постоянная печальная маска. Движенія мышцъ лица нормальны. На правой рукѣ больной нѣтъ ни одного здороваго пальца; большого не существуетъ совершенно; указательный имѣетъ часть первой фаланги въ 1½—2 сант. длины, 3—5 пальцы представляютъ остатки первой фаланги. Не-

полная атрофия мышц then., hypoth. et m. m. interossei. На левой руке: большой палец укорочен, причем небольшой утолщенный ноготь сидит на тоже утолщенном остатке первой фаланги. Указательный палец представляет согнутую небольшую утолщенную кулю на os metacarp.; безымянный — иметь первую фалангу в 3 сант. длины. Мизиницъ немного меньше. Всѣ кулюги сгибаются. Разгибание возможно в ограниченныхъ размѣрахъ.

На задней и боковыхъ частяхъ шеи находятся нѣсколько обезвѣченныхъ пятенъ, рѣзко окруженныхъ болѣе пигментированной кожей (нормальной). На спинѣ и ягодицахъ нѣсколько рубцовъ отъ ожоговъ, съ рѣзко пигментированными краями. На задней сторонѣ бедра можно замѣтить какъ бы бывшія пятна съ кольцеобразнымъ краемъ фиолетово-малиноваго цвѣта и почти нормальной серединой. Вообще на бедрахъ и голеняхъ разсыяно довольно много поверхностныхъ рубцовъ разнообразнаго вида, цвѣта и происхожденія.

Лѣвая стопа сильно изуродована: имѣть треугольную форму, причемъ существуютъ только остатки перваго и втораго пальцевъ. Снаружи стопы и снизу большая язва около 4 сант. диаметромъ, безъ наклоности къ заживленію. На пяткѣ—втянутый рубецъ отъ бывшей язвы.

На правой стопѣ нѣтъ пальцевъ, такъ какъ сдѣлана операція, (очевидно по Гарандо); на подошвѣ много рубцовъ.

Присматриваясь ближе къ цвѣту кожи рукъ, и туловища, ясно видно, что руки гораздо болѣе нормальной, и хотя есть мѣста съ болѣе сильной пигментаціей, все же кожа не кажется нормальной, тѣмъ болѣе, что на ней замѣтна та рубцовая атрофія кожи, которая такъ часто встречается на лепридахъ.

Можно кромѣ того видѣть на груди и шеѣ рѣзкій переходъ къ болѣе темной пигментаціи нормальной кожи. Границы этихъ рѣзкихъ краевъ приблизительно слѣдующія: начиная почти острымъ угломъ на мѣстѣ соединенія четвертыхъ реберъ съ грудной костью, эти границы расходятся къверху и кънаружи почти симметрично, причемъ пересекаютъ ключицу въ мѣстѣ соединенія ея внутренней трети со средней, идутъ дальше по надключичной ямкѣ къзади и оканчиваются неправильной линіей приблизительно въ области 2 грудного позвонка.

Внутри этихъ границъ и заключается болѣе пигментированная, нормальная кожа. Спереди она усыяна бѣлыми рубчиками отъ вѣтряной оспы (по словамъ больной). Въ этой области на шеѣ есть кромѣ того еще пятна, о которыхъ говорено выше, и которыя частью переходятъ на лицо и уши, частью на волосистую часть головы, а одно сзади нижней своей границей сливается съ обезвѣченными пространствами спины. Вслѣдствіе этого нормальныхъ мѣстъ на шеѣ собственно очень мало. Вся спина престаиваетъ обезвѣченное пятно, переходящее съ руки, т. е. составляющее съ ними одно пространство обезвѣченной кожи. Кожа передней половины туловища также обезвѣчена, только въ верхней части живота — небольшая пигментація.

Исзлѣдованіе чувствительности. Добить истинныхъ ощущеній отъ больной было довольно трудно, такъ какъ она склонна къ ажи. (Очень нервная женщина: можно заставить ее слѣзаться, или плакать по желанію). Все же въ концѣ коншовъ, послѣ убѣжденія ея въ пользу изслѣдованія, можно было добиться истины.

Въ области бѣлыхъ пятенъ шеи ощущенія тепла и холода значительно понижены, причемъ замѣтно, что на пигментированныхъ мѣстахъ больная чувствуетъ гораздо лучше. При изслѣдованіи болевой чувствительности на пятнахъ при 400 больная ощущаетъ иголку, но не боль, на нормальныхъ мѣстахъ даже при 40 — 50 констатируетъ боль.

На туловищѣ, въ общемъ, довольно значительное пониженіе чувствительности къ холоду и теплу, такъ какъ больная не реагируетъ на холодную и горячую пробирку. Болевая чувствительность при 400 = 0 (чувствуетъ иголку), тактильная же понижена очень слабо. Вату и перо прекрасно ощущаетъ.

На рукахъ термоанестезія также неполная. Болевая чувствительность при 400 = 0. Тактильная немного болѣе поражена, чѣмъ на туловищѣ.

Въ нижней части лѣвой голени и на обѣихъ стопахъ термоанестезія небольшая. Вообще же на ногахъ термоанестезія сильно выражена, но не полная. Въ пахахъ тоже не реагируетъ на жаръ и холодъ. Боль, какъ будто, чувствуетъ на боковыхъ частяхъ бедра (хотя больная безусловно старается давать ложныя

указанія). Тактильная чувствительность понижена во всякомъ случаѣ немного. На передней поверхности бедеръ боли не чувствуютъ; около паха немного чувствуютъ. На правой голени и стопѣ болевая чувствительность отсутствуетъ почти вездѣ; существуетъ въ пониженной степени въ немногихъ мѣстахъ около подошвы. На лѣвой голени и подошвѣ анальгезія полная. Вообще на ногахъ тактильная чувствительность немного понижена.

Диагнозъ: lepra anestetica (mutilans). Основаніями для него могутъ служить слѣдующіе симптомы: обезцвѣчиваніе кожи на анестезированныхъ мѣстахъ; lagophthalmus paralyticus и многочисленныя язвы и papariti'i. Важно только, что тактильная чувствительность сравнительно съ болевой поражена крайне незначительно.

Характеръ и особенности: язвы — на ногѣ, черезъ 2 года на другой, черезъ 1½ года послѣ этого — заболѣваніе лѣвой руки; затѣмъ черезъ 2 — 3 года — правой руки. — Существованіе lagophthalm. paralyt. обихъ глазъ. — Лишенія пигмента пятна — распространены почти на всѣмъ тѣлѣ. — Большия язвы на ногахъ.

№ 8.

Анна О. эстонка, Эстляндской губерніи, Ревельскаго уѣзда, 53 лѣтъ, незамужняя, лютеранскаго вѣроисповѣданія; изъ пріюта въ Немагѣ.

Анамнезъ. Больна 32 года. Болѣзнь началась пятнами на обѣихъ рукахъ, по ея словамъ, это были кольцевидныя (типичныя) пятна. Сколько времени существовали, не помнить. Послѣ ихъ исчезновенія (но не помнить, скоро-ли) ослабли руки въ теченіе 3 лѣтъ; лечила ихъ ваннами изъ сѣнной трухи и пила молоко впродолженіи 3-хъ мѣсяцевъ; руки послѣ этого поправились. Пять лѣтъ была, какъ будто, здорова; затѣмъ стала терять чувствительность въ рукахъ, пальцы опять перестали сгибаться и совсѣмъ скрючились; пальцы стали болѣть съ большого пальца правой руки: онъ распухъ, сдѣлалась язва на концѣ, причемъ палецъ очень сильно болѣлъ (но не кожа, а кость) и докторъ приблизительно черезъ 3 недѣли вынулъ нѣсколько

костей разной величины (5 — 6 костей); операція эта не была произведена сразу, но послѣдовательно черезъ разные промежутки времени. Затѣмъ послѣ операцій также нѣсколько разъ выходили кости. Вторымъ заболѣлъ средний палецъ правой же руки: 3 раза отпадали суставы, причемъ послѣ перваго отпаденія прошло 7 лѣтъ. Остальные пальцы болѣли такъ же, какъ и средній. Когда стала болѣть лѣвая рука, не помнить, но уже послѣ правой. Первымъ заболѣлъ указательный палецъ, потомъ безымянный, средний и мизинчикъ, послѣдовательно. Во все это время уменьшался въ величинѣ большой палецъ, изъ котораго кости не выходили. Ноги стали болѣть приблизительно въ одно время съ руками. Не помнить, чтобы изъ пальцевъ выходили кости, хотя язвы были.

Stat. praes. Большая ниже средняго роста, правильнаго сложенія и довольно хорошаго питанія. Между бровями, какъ будто разлитые, слегка розоватые инфильтраты и невозможность собрать на лбу поперечныя складки. Кромѣ этого ничего не нормальнаго на лицѣ не замѣчается.

Правая рука. Всѣ пальцы отсутствуютъ, причемъ утолщенный конецъ os meta carp. I кончается культией, на кожѣ которой находится цилиндрическое образование, окруженное углубленіемъ и валикомъ вокругъ. Это почти роговое образование однажды у большой увеличилось до 1½ сантиметра, и послѣ отпаденія образовалась сравнительно глубокая впадина, или кратеръ. Образование это было почти роговой консистенціи и цвѣтомъ приблизительно нормальнаго кожи. Въ настоящее время оно — не болѣе ¾ сантиметра величины, довольно крѣпкой консистенціи снаружи, когда же были сдѣланы мною послонные срѣзы ножомъ, то въ срединѣ его, консистенція оказалась почти одинаковой — съ обыкновеннымъ утолщеннымъ эпидермисомъ, мягкоупругая. Кромѣ того въ центрѣ цилиндра снизу вверх подымалась круглая черноватая полоска, которая сводилась на нѣтъ въ верхнихъ слояхъ. Это былъ, какъ будто, запустѣвшій кровеносный сосудъ, питавшій это образование; другое объясненіе трудно придумать. Къ сожалѣнію, нельзя было произвести микроскопическаго изслѣдованія.

Вѣсто 2 — 5 пальцевъ правой руки существуютъ только культи; на иныхъ пальцахъ, какъ будто, есть остатки первой фаланги. Всѣ эти культи могутъ сгибаться.

Немного ниже локтя, сзади, находится узелъ, занимающій какъ толщѣ кожи, такъ и часть подкожной кѣтчатки; онъ очень твердой консистенціи, величиною съ большой лѣсной орѣхъ. Кожа, покрывающая его, красноватаго цвѣта съ тонкими эпидермисомъ. Въ этой области, сзади, разсыпаны папулезныя образования до $\frac{1}{2}$ сантиметра діаметромъ, шелушашіяся и похожія на бляшки psoriasis'a.

Когда образовалась эта высыпь, больная не помнитъ. Когда ей было немного больше 20 лѣтъ, она помнитъ, что была подобная сыпь на обоихъ локтяхъ; теперь на лѣвомъ локтѣ, какъ будто, осталось серебристое шелушеніе и трофическія измѣненія кожи, заключающіяся въ болѣе сильномъ ороговѣніи кожи, которая кромѣ того синевато-малиноваго цвѣта и имѣетъ нѣсколько атрофическихъ плоскихъ бляшекъ. (Эти бляшки не выдаются надъ кожей, но скорѣе ниже уровня нормальной кожи).

Лѣвая рука. Большой палецъ согнуть подъ прямымъ угломъ кънутри, причѣмъ обѣ фаланги утончены, а особенно 2-я фаланга съ уродливымъ погтемъ сдужена съ боковъ.

Остальные пальцы, какъ и на правой рукѣ, отсутствуютъ, за исключеніемъ безымяннаго, который имѣетъ ясный остатокъ первой фаланги.

На обѣихъ ладоняхъ кожа жестка, и находится нѣсколько глубокихъ рубцовъ отъ ожоговъ.

На обѣихъ сторонахъ шеи существуетъ рѣзкая граница обезцвѣченной кожи съ нормально пигментированной. Граница эта видна хорошо на передне-боковыхъ частяхъ шеи, такъ какъ обезцвѣченная кожа занимаетъ всю заднюю и часть боковыхъ сторонъ шеи до ушей. Собственно пигментированная, нормальная кожа хорошо видна, пожалуй, только, отъ os sternumъ вверхъ. Кожа, обезцвѣченная кажется немного атрофичной.

Правая нога. Въ области колѣннаго сустава спереди и ниже на голени разбросана высыпь, весьма похожая на псориазическую при смытыхъ чешуйкахъ. Въ этой же области находится бляшка съ 5 копѣчную мѣдную монету, представляющая разрошеніе эпидермиса видѣ твердыхъ, почти роговыхъ, чешуеобразныхъ наростовъ. Когда больная ходитъ въ баню, то часть этихъ роговыхъ разрошеній спадаетъ, но потомъ недѣли въ 2 нарастаютъ снова. Это мѣсто кожи срощено съ глубже-лежащими

частями, такъ какъ 3 года назадъ, послѣ ожога, изъ язвы вышла часть надколѣнной кости, а бляшка эта, какъ разъ, покрываетъ надколѣнную кость. Эти роговыя разрошенія начали расти во время образования папулезной высыпи (вѣроятно—psoriasis'a) на правой ногѣ.

Палецъ на правой ногѣ нѣтъ, а отъ большого и пятого остались небольшие культи съ частью первой фаланги.

На подошвѣ у пальцевъ съ внутренней стороны, находится небольшая атоническая язва, около которой на 2—3 сантиметра въ окружности распростились твердыя, бородавчатыя образования эпидермиса; язва была раньше довольно большая, теперь же на мѣстѣ ея рубца и разрослись эти образования. Около мизинца на рубцѣ отъ бывшей язвы такія же разрошенія. Сзади на пяткѣ ниже tendo Achill.—различныя роговыя разрошенія съ неправильными трещинами. Роговыя наслоенія произошли въ различное время на правой подошвѣ, но послѣ язвъ и около язвъ.

На счетъ сыпи, вѣроятно, псориазической, на правой ногѣ нужно добавить, что сыпь эта у большой немного болѣе года, причѣмъ сначала была ниже на голени, а потомъ увеличилась вверхъ и внизъ.

Лѣвая нога. На большомъ пальцѣ остатокъ ногтя на культѣ съ первой фалангой; 2-й палецъ также имѣетъ 1 фалангу безъ ногтя. На небольшой, искривленной кнаружи, культѣ средняго пальца, (болтающейся почти свободно на os metatarsi) находится довольно большой ноготь почти совершенно чернаго цвѣта съ продольными и поперечными бороздами. Четвертый палецъ съ остаткомъ ногтя представляетъ почти грушевидный приластокъ у основанія пальца, довольно легко подвижный. Мизинецъ имѣетъ 1 фалангу, неправильно искривленную. На подошвѣ, у перваго пальца, небольшая заживающая язва, около которой роговыя наслоенія. На пяткѣ, на рубцѣ отъ язвы, также очень твердыя роговыя образования. Эта язва зажила уже года 3; наросты въ банѣ отваливаются только частью, потомъ нарастаютъ снова. Почти въ среднѣй подошвѣ, ближе къ наружному краю, находится довольно глубокая язва съ видимыми мышцами, діаметромъ въ 3 коп. мѣдную монету, безъ наклонности къ заживленію. Почти со всѣхъ сторонъ ея, особенно снаружи и спереди, роговыя разрошенія эпидермиса образуютъ густую массу роговыхъ иглъ.

На лѣвой patella гипертрофической рубецъ съ небольшими роковыми наслоениями. На лѣвомъ бедрѣ масса рубцовъ отъ ожоговъ, больше снаружи. Такіе же рубцы на лѣвой ягодицѣ.

Исслѣдованіе чувствительности. На предплечьяхъ и кистяхъ рукъ полная термоанестезія; на плечахъ въ однихъ мѣстахъ полная, въ другихъ неполная. На шеѣ и надключичныхъ областяхъ чувствительность частью потеряна, частью сильно понижена, а въ иныхъ мѣстахъ немного. На обѣихъ кистяхъ полное отсутствіе болевой и тактильной чувствительности. На лѣвомъ предплечьѣ только верхняя четверть слабо чувствуетъ боль, ниже—полная аналгезія. Тактильная сильно понижена. На правомъ предплечьѣ и въ нижнихъ частяхъ встрѣчаются мѣста съ пониженной только болевой чувствительностью, въ остальныхъ потеряна. Тактильная—въ общемъ только сильно понижена.

На плечахъ болевая чувствительность существуетъ, хотя и въ сильно пониженной степени, только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ. Тактильная вездѣ понижена.

На лопаткахъ полная термоанестезія; въ остальныхъ частяхъ спины чувствительность понижена только немного. Болевая чувствительность почти совершенно потеряна на всѣхъ мѣстахъ. (Больная стремится давать живыя показанія). Тактильная чувствительность понижена не очень сильно. На груди, грудяхъ и верхней частей живота болевая чувствительность отсутствуетъ, тактильная же понижена немного.

Болевая и тактильная чувствительность нормальна подъ грудями. (Исслѣдованіе чувства холода и тепла случайно не было произведено). На ягодицахъ, на пораженныхъ мѣстахъ полная термоанестезія. Слабая чувствительность есть на trōch. maior. На заднихъ частяхъ бедеръ также полная термоанестезія; чувствуетъ немного въ подкожной ямкѣ. На переднихъ поверхностяхъ бедеръ чувство холода и тепла только понижено; нормальная чувствительность на верхне-внутреннихъ поверхностяхъ бедеръ. Болевая чувствительность на ягодицахъ отсутствуетъ, (существуетъ на os sacrum и coccyg.), тактильная понижена. На бедрахъ болевая чувствительность отсутствуетъ на задней сторонѣ; тактильная довольно сильно понижена. На лѣвомъ бедрѣ снаружи и спереди болевая чувствительность потеряна, тактильная понижена, а на всей внутренней поверхности чувствительность совершенно

нормальна, хотя границъ цѣтовыхъ между этими областями нѣтъ. На правомъ бедрѣ на наружной сторонѣ, такъ же какъ на лѣвомъ, и на передней поверхности въ большинствѣ болевая чувствительность потеряна, тактильная—понижена; внутренняя сторона въ нижней части хорошо чувствуетъ боль. Тактильная чувствительность мало понижена. Въ пахахъ и болевая и тактильная чувствительность нормальны.

На голенихъ и стопахъ, въ общемъ, полная термоанестезія, за исключеніемъ части правой голени, гдѣ высылъ, вѣроятно,—psoriasis; въ этихъ мѣстахъ есть слабая чувствительность. Болевая и тактильная чувствительность совершенно потеряны на голенихъ и стопахъ. На лицѣ вездѣ болевая чувствительность сильно понижена.

Діагнозъ: lepra anethetica (mutilans). Основанія для него заключаются: въ пятнахъ (въ анамнезѣ), paragit'ихъ, мутиляціяхъ, язвахъ, пораженіи чувствительности съ обезцвѣчиваніемъ кожи и проч.

Характеръ и особенности: панариціи на рукахъ были, какъ и при болѣзни Morgagni, но зато въ то же время были язвы и на ногахъ, а за тѣмъ на одномъ изъ пальцевъ происходило и разсываніе фаланги.—Чувствительность тактильная поражена меньше болевой.—Пощажены паховая область и подмышечная впадины.—Интересна еще склонность къ кератомамъ и существованіе, вѣроятно, psoriasis'a на правой ногѣ.

№ 9.

Елизавета С., затышка, Курляндской губ., 48 лѣтъ отъ роду, лютеранскаго вѣроисповѣданія, незамужняя. Изъ приюта въ Неналѣ. Анамнезъ. Лѣтъ 12 назадъ появились на тѣлѣ 2 пятна, подѣ грудными желѣзами и черезъ мѣсяцъ исчезли. Тогда же показались 2 яркочерныхъ пятна на лѣвой ногѣ съ обѣихъ сторонъ лодыжекъ, существовали только годъ, потомъ исчезли. Черезъ годъ стала появляться нечувствительность на лѣвой ногѣ, которая ежегодно все поднималась вверхъ. 11 лѣтъ назадъ на

правой ногѣ почти въ тѣхъ же мѣстахъ появились пятна, которая спустя годъ исчезли, чрезъ годъ появилась пузырь, занимавшій весь тылъ стопы, причѣмъ послѣ прорыванія вытекла жидкость коричневатого цвѣта. Годомъ раньше на лѣвой стопѣ образовался такой же пузырь. Послѣ пузыря на правой ногѣ стала теряться чувствительность, начиная со стопы наверхъ. Когда поражение чувствительности какъ-то сдѣлалось интензивнѣе, вся стопа очень сильно опухла и стала болтаться въ голеностопномъ суставѣ; больная не могла совсѣмъ ею владѣть и однажды неловко ступила на нее — кожа лопнула сверху до подошвы; лечилась послѣ этого дома 6 недѣль, когда же посѣтилъ ее докторъ, то былъ уже принужденъ ампутировать ногу выше середины голени, такъ какъ выше язвы, голенъ почернѣла отъ гангрены. Ампутація произошла въ 1894 году зимою. 7—8 лѣтъ назадъ на ногахъ уже была потеряна чувствительность почти во всѣхъ областяхъ. Тогда же стопа лѣвой ноги не могла extens'ировать и двигаться кнаружи. Около этого-же времени пальцы рукъ перестали разгибаться.

6 лѣтъ назадъ были пятна на лицѣ, на обѣихъ щекахъ и лбу, которая прошли только черезъ 5 лѣтъ. 4 года назадъ сталъ болѣть большой палецъ лѣвой ноги, болѣлъ съ годъ, а потомъ вышла косточка снизу. Съ этого времени стали скрючиваться остальные пальцы, причѣмъ на указательномъ послѣ нагноенія отпалъ ноготь. Въ 1893 году стали выходить косточки изъ пальцевъ лѣвой ноги.

Stai. praes. Больная средняго роста, правильнаго сложения и довольно хорошаго питанія. Въ лицѣ ничего ненормальнаго не замѣчается. Обѣ кисти рукъ представляютъ типичныя main en griffe. На лѣвой ногѣ остатокъ 1-ой фаланги большого пальца, съ обезображеннымъ ногтемъ, (выходила 1 разъ косточка); 2-ой палецъ ввидѣ крючка безъ ногтя съ двумя только фалангами; остальные пальцы согнуты также въ крючки. Правая нога кончается культей приблизительно на половинѣ голени. Больная на костыляхъ. При осмотрѣ тѣла въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣчается рѣзкій переходъ обезцвѣченной кожи въ нормально пигментированную (напр.: на шеѣ). Въ общемъ обезцвѣченной кожи большая часть, пигментированной же очень немного.

Исслѣдованіе чувствительности. На правой щекѣ особенно въ

средней ея части и на лбу полная термоанестезія. На лѣвой щекѣ въ ограниченной средней части также полная термоанестезія. Уши не чувствуютъ ни тепла, ни холода, за исключеніемъ *conchaе*, интентивнѣе смъхъ п. *caugus*.

Болевая чувствительность почти вездѣ сильно понижена, на ушахъ полная аналгезія. Около губъ боль лучше чувствуется. Тактильная чувствительность понижена очень незначительно. На волосистыхъ частяхъ головы чувствительность нормальная. На шеѣ въ пигментированныхъ частяхъ нормальная термическая чувствительность, на обезцвѣченныхъ замѣтно понижена. Въ надключичныхъ областяхъ частью потеряна, частью понижена. Болевая чувствительность на пигментированныхъ мѣстахъ шеи нормальная, на обезцвѣченныхъ понижена. Въ надключичныхъ областяхъ болевая чувствительность мало понижена. Обѣ руки имѣютъ полную термоанестезію, за исключеніемъ лѣвой локтевой складки, гдѣ она почти нормальная. Болевая чувствительность на пальцахъ, кистяхъ и въ нижнихъ частяхъ предплечій отсутствуетъ, а ближе къ локтевой складкѣ чувствуется боль лучше; въ самой же локтевой складкѣ почти нормальна. Тактильная чувствительность въ общемъ понижена такимъ же образомъ. На спинѣ, въ верхнихъ отдѣлахъ, термоанестезія неполная, въ среднихъ же спинѣ, гдѣ кожа обезцвѣченнѣе, не чувствуется ни тепла, ни холода. По позвоночнику и на *os. sacrum* чувствительность гораздо лучше. Болевая чувствительность въ верхней половинѣ спины очень сильно понижена: при 300 небольшая боль. На позвоночникѣ и *os. sacrum* также почти нормальная чувствительность. Тактильная чувствительность понижена весьма незначительно.

На груди въ верхней половинѣ чувство тепла и холода понижено; на грудяхъ, которая лишена пигмента — полная термоанестезія. Ниже и на животѣ пониженіе чувствительности очень незначительное. На груди, грудяхъ и животѣ почти совершенно не чувствуется боль; нормальная чувствительность подъ грудями и по окружности живота надъ тазомъ, гдѣ обыкновенно прилегаетъ поясъ одежды. Тактильная чувствительность понижена незначительно. На ягодицахъ и задней поверхности ногъ полная термоанестезія. (*Os. sacrum* и *os. coccyg.* — нормальны). При этомъ кожа какъ ягодицъ, такъ и ногъ также лишена нормальнаго пигмента. На передней поверхности бедеръ въ верхнихъ частяхъ

понижена, а в нижних и на голеньях чувствительность к теплу и холоду совершенно потеряна.

На *glut.* болевая чувствительность отсутствует, тактильная сильно понижена. На правом бедре и части голени болевая чувствительность почти весь потеряна; тактильная понижена не особенно сильно. Полная аналгезия на левом бедре, на голени кое-где есть неполная, в большинстве же полная. На стопе полная аналгезия. Тактильная чувствительность на левом бедре мало понижена, на голени и стопе совершенно отсутствует. На стопе плохо чувствует и вибрационную чувствительность.

Диагноз: *lepra anethetica (mutilans)*. Основания для него заключаются в пятнах (в анемнез), в существовании анестетических обезвреженных пространств кожи, гриффы рук, *rapagit'ях* ног, *remphig.* и пр.

Характер и особенности: пятнистый период был слабо развит; довольно скоро появились язвы на ногах; (раньше их — большие пузыри). — Через 4 года появилась уже анестезия и начало гриффа на руках. — Тактильная чувствительность поражена заметно меньше болевой. — Пощажены паховая область, *os. sacrum*, локтевые сгибы и подмышечная впадина.

№ 10.

Август Ч. 17½ лет, латыш; глухонемой от рождения. Из приюта в Ненналь. Свидетель о нем, за невозможностью получить анамнез, я заимствую из диссертации д-ра P. Hellat'a «Eine Studie über die Lepra in den Ostseeprovinzen» Dorpat, 1887, следовательно напечатанный за 8 лет до моего исследования больного. Д-р Геллат' нашел его в Курляндии, (что видно из его таблиц) «в дождь для бдящих», причем тогда ему было 8 лет и болезнь у него была уже 7 лет, форма его названа *anaest.*; его мать, также зарегистрированная д-ром Геллатом, имела смешанную форму.

Я же при помощи одного больного, который понимает

глухонемого, мог добиться только следующего; мать умерла 4 года назад. Потеря чувствительности на пятках 5 лет. Язвы стали появляться 10 лет назад.

Stat. praes. Большой палец правой руки согнуть под углом, причем склерозированная кожа его уничтожила нормальную складку и кожа мякоти слилась с кожей первой фаланги. Кроме того палец заметно укорочен, хотя язвы не было; 2, 3 и 4 пальцы имеют только первую и часть второй фаланги, а мизинец на остатке 3 фаланги, анкилозированной в сустав, имеет еще ноготь. Палец заметно укорочен. Сильная атрофия всех мышц кисти руки.

На левой руке большой палец имеет остаток ногтя на 1-ой утолщенной фаланге, указательный имеет остаток ногтя на 2-й фаланге; средний представляет две фаланги, согнутая видя треугольника; безымянный имеет 2 фаланги; мизинец — все 3 фаланги, но сам укорочен и утончен. Все пальцы согнуты *en griffe*. Также сильная атрофия всех мускулов кисти.

N. n. ulnares имеют 2 узла на левой руке и один на правой, выше локтя.

Кожа груди до 5 ребра обезврежена, а ниже сильно пигментирована, хотя для него этот пигмент нормален. На живот 2 небольших пятна, *gland. inguinal.* и *subinguinal.* сильно увеличены.

На правом боку начинается пятно, направляющееся кзади и доходящее до позвоночника. Как это, так и все, вообще, пятна у него отличаются только меньшим содержанием пигмента, причем края в одних местах резко переходят в нормальную пигментацию, в других — постепенно. Красноватый отблеск краев пятен есть только в очень незначительных местах.

Таких пятен на спине 4, небольшой величины около 4—6 *cm.* диаметра.

В области плечевых суставов по 1 пятно без резких границ.

С обеих сторон ниже *trochant. maior.*, как будто, начинаются сплошные пятна, покрывающие ноги, причем края их очень слабо видны. В области обоих коленных суставов масса различного вида и величины рубцов, а на левой стороне

есть и язва, покрытая красной коркой, с краями, покрытыми толстыми роговыми наслоениями.

На правой ногѣ нѣтъ совѣтъ пальцевъ, а на концѣ стопы и частью на подошвѣ—язва длиною около 5—6 стм., ширины 3—4 стм.; среди какъ бы срѣзанныхъ краевъ язвы видны мышцы, и язва не имѣетъ ни малѣйшей наклонности къ заживленію. На самой пяткѣ также небольшая язва и также незаживающая. На лѣвой ногѣ большого пальца нѣтъ, на подошвенной сторонѣ у основанія его и немного снаружи—небольшая язва. Второй палецъ безъ ногтя, согнутъ кнутри; остальные пальцы, согнутые en griffe, замѣтно укорочены, хотя, кажется, имѣютъ всѣ 3 фаланги. Лѣвая стопа снаружи и кнутри сгибается плохо.

Исслѣдованіе чувствительности. На кистяхъ рукъ и пальцахъ термоанестезія неполная, выше чувствительность лучше. Болевая чувствительность отсутствуетъ въ кистяхъ и нижнихъ частяхъ предплечій. Выше—лучше. Въ локтевыхъ складкахъ почти нормальна. На свѣтлыхъ пятнахъ туловища, какъ будто, существуетъ неполная термоанестезія; болевая, какъ будто, нормальна. На glut болевая чувствительность около 200. На бедрахъ = 150—100, на голенихъ частью понижена, частью, какъ будто, нормальна; на тылѣ стопы отсутствуетъ; на подошвахъ существуетъ.

Исслѣдованіе тактильной чувствительности не удалось, такъ какъ больной не могъ объяснить ощущеніе. При болевой чувствительности легче добиться результата; при уколѣ все же получается рефлекторное отдергиваніе члена. Точно исслѣдовать больного не было никакой возможности, тѣмъ болѣе, что характеръ его очень дикій, любить онъ только своего переводчика и его только слушается.

Диагнозъ: lepra anestetica (mutilans.) Основаніе для него заключается: въ язвахъ, мутиляціяхъ, рассыиваніи фалангъ, атрофіи мышцъ, пятнахъ, которыя имѣютъ пониженную чувствительность, хотя и не всѣ, и узловатыхъ утолщеній на нервахъ.

Характеръ и особенности: язва появилась черезъ 6 лѣтъ отъ начала заболѣванія; локализовались на ногахъ; на рукахъ же больше были мутиляціи безъ pararit'евъ.

№ 11.

Вильгельмъ П., 12 лѣтъ, эстонецъ, Гапсальскаго уѣзда; лютеранскаго вѣроисповѣданія. Изъ пріюта въ Неннааѣ. Братъ его лепрозный, находится въ этомъ же пріютѣ. Болеетъ 4 года. Осенью или зимою 1890 года сильно заболѣлъ всѣми суставами, причемъ они такъ сильно болѣли, что больного носили: онъ не могъ двигаться. Весною 1891 года стали скрючиваться пальцы рукъ, а ноги ослабли. Лѣтомъ 1891 года стали появляться пятна, причемъ одно на лицѣ занимало переднія области лица, и цвѣтъ его былъ розовато-красный. Пятна пропали весной 1894 года.

Stat. praes. Большой—мальчикъ невысокаго роста, лѣжнаго тѣлосложенія и очень плохого питанія. Въ лицѣ, кромѣ сильной худобы, ничего ненормальнаго не замѣчается.

На обѣихъ рукахъ 2—5 пальцы согнуты подъ острымъ угломъ въ первомъ межфаланговомъ сочлененіи; большіе также согнуты въ межфаланговомъ сочлененіи. Сильная атрофія всѣхъ мышцъ на обѣихъ рукахъ.

Въ области лѣваго плечевого сустава сзади и въ области spina scapulae пятно съ меньшимъ содержаніемъ пигмента и небольшой марморесценціей. На шеѣ около позвоночника на лѣвой сторонѣ—пятно съ 5 коп. мѣдную монету почти бѣлаго цвѣта среди сильно пигментированной кожи. На пятѣ меньше волосъ, и замѣтная атрофія кожи.

На спинѣ, начиная отъ crista illi внизъ, оставляя здоровой os sacrum, тянутся пятна, занимающія сплошь glutei и заднія стороны ногъ. Они отдѣляются отъ нормальной кожи рѣзкимъ краемъ, сами бѣлаго цвѣта, но съ примѣсью большихъ круговъ марморесценціи. На передней сторонѣ ногъ, исключая верхне-внутренней ихъ части, такія же сплошныя пятна. Полная невозможность extens'орнаго движенія стопы и снаружи, слабое кнутри. 2—5 пальцы обѣихъ ногъ сильно согнуты, а большой палецъ правой ноги не имѣетъ второй фаланги и части первой (которая утолщена). На лѣвой ногѣ большой палецъ недавно (24 іюля 1895 года) лишенъ послѣдней фаланги вслѣдствіе сильнаго pararit'я (тогда опухла и стопа и почти вся голень).

Исслѣдованіе чувствительности. На лицѣ полная термоанестезія

на мѣстахъ бывшихъ пятенъ. (Эти пятна можно узнать по меньшему содержанию пигмента въ передней части щекъ, которая отдѣляется отъ задней болѣе бѣлымъ цвѣтомъ). Болевая чувствительность около 150—180 на щекахъ; на лбу нормальная. Въ другихъ мѣстахъ лица варьируютъ около 100—150. Руки сплошь не чувствуютъ ни тепла, ни холода включительно до области deltoideus и плечевого сустава.

Здѣсь надо прибавить, что кожа рукъ — болѣе обезцвѣченная, чѣмъ нормальная кожа на туловищѣ, и сзади на лѣвой лопаткѣ виденъ рѣзкій переходъ бѣлой кожи пятна въ нормальную (въ верхней половинѣ лопатки). До этого мѣста и на рукѣ полная термоанестезія. На правой рукѣ этотъ переходъ менѣе замѣтенъ. На кистяхъ рукъ и предплечьяхъ полная анальгезія. На кистяхъ и пальцахъ тактильной чувствительности также нѣтъ, одна — вибраціонная. На предплечьяхъ тактильная существуетъ, хотя сильно понижена (получается ощущение при проведеніи ватой и сильномъ нажиманіи ею). На плечахъ болевая чувствительность только въ области biceps, но въ сильно пониженной степени. Въ областяхъ плечевыхъ суставовъ и дальше на обезцвѣченныхъ мѣстахъ полная анальгезія, тактильная же только понижена (чувствуетъ проведение ватой безъ нажиманія).

На пятнѣ шеи сзади полная термоанестезія.

На glut. и обихъ ногахъ полная термоанестезія, за исключеніемъ передней части бедра въблизи промежности, гдѣ чувствительность почти нормальна. На правой ногѣ, на подошвѣ, около пальцевъ и сами пальцы имѣютъ чувство холода и тепла, въ пониженной степени.

Болевая чувствительность на glut. и задней части ногъ совершенно отсутствуетъ, за исключеніемъ верхнихъ частей glut., гдѣ она сохранилась, хотя и въ пониженной степени. Тактильная чувствительность на glut. въ сильно пониженной степени; вибраціонная также есть. На переднихъ поверхностяхъ бедра болевая чувствительность совершенно отсутствуетъ; вату же чувствуетъ легко, хотя не вездѣ. На голеньяхъ также полная анальгезія, а тактильная понижена, но не очень сильно. На подошвахъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, болевая чувствительность сохранилась почти въ нормальной степени.

Діагнозъ: lepra anethetica. Основанія для него заключаются въ существованіи пятенъ и анестезій, pararit'iaхъ на ногахъ и гриффѣ пальцевъ рукъ.

Характеръ и особенности: Въ 4 года болѣзнь уже успѣла продѣлать пятнистый періодъ и полное развитіе анестезій. — Pararit'ia на ногахъ, на рукахъ же только гриффъ. — Ноги были поражены почти одновременно съ руками. — Тактильная чувствительность, въ общемъ, поражена менѣе болевой. — Замѣтно повреждены паховыя области и подмышечныя впадины.

№ 12.

Карлъ С., мальчикъ 16 лѣтъ, Вольмарскаго уѣзда, нѣмецъ. Изъ пріюта въ Неннабѣ. Мать умерла 4 года назадъ; отецъ живъ. Имѣетъ сестру 19 лѣтъ, двухъ братьевъ двойней 11 лѣтъ. Болѣнь болѣе 9 лѣтъ. Началась болѣзнь съ пятенъ на ногахъ.

Stat. praes. Лицо безжизненно-неподвижное; щеки одутловаты съ ясной мраморесценціей; верхняя губа, вслѣдствіе пареза m. sphinct. oris, кажется тоще и выплечена впередъ: съузистъ отверстіе рта большой не можетъ. Замѣтный парезъ m. m. orbicul. palp., причѣмъ при закрываніи глазъ — шелъ въ 4—5 mm. Сморщить лобъ большой не можетъ, мимическія мышцы функционируютъ съ трудомъ. Наружныя стороны бровей имѣютъ очень мало волосъ, которые кромѣ того очень тонки. Рѣсницы кое-гдѣ выпали и волосы ихъ крайне неровны.

На правой пяткѣ снаружи продолговатая, глубокая атоническая язва, которая существуетъ уже 3 года; началась она послѣ ожога, вышло сухожиліе. На лѣвой подошвѣ, недалеко отъ пальцевъ, глубокая 5-ти лѣтняя язва съ отверстіемъ въ 10 коп. монету; началась она съ трещины. Большой палецъ лѣвой ноги укороченъ почти въ 2 раза. На туловищѣ и конечностяхъ кожа настолько пигментирована отъ бывшихъ расчесовъ, вслѣдствіе зуду. (уже 4 года), что отгѣнковъ пигментации нельзя разобрать.

Исслѣдованіе чувствительности. Температурная чувствительность на лбу, бровяхъ и ушахъ понижена болѣе, чѣмъ на щекахъ, въ общемъ, чувствительность только понижена, но не потеряна.

На лѣвомъ плечѣ и предплечьи болѣе обезцвѣченная область

кожи чувствует тепло и холод ниже нормы. На лѣвомъ плечѣ также; кромѣ того на немъ можно спереди отличить пигментированную полосу среди бѣлыхъ областей, очевидно, здоровая кожа среди бывшихъ пятенъ. Въ этомъ мѣстѣ температурное чувство менѣе понижено. Въ локтевой складкѣ почти нормальная чувствительность; на предплечьѣ пониженная.

На кистяхъ, пальцахъ и предплечьяхъ, вообще, болевая чувствительность понижена, въ различныхъ мѣстахъ около 100—150.

Подъ обѣими лопатками есть болѣе свѣтлыя пятна, которая меньше чувствуютъ холодъ и тепло, чѣмъ нормальная кожа. На спинѣ кромѣ того нормальныя области кожи занимаютъ среднюю линию по позвоночнику, а болѣе свѣтлыя, ненормальныя области начинаются около *crista ili*, внизъ на бедра и вверхъ на спину. На бедрахъ область темная отъ свѣтлой отдѣляется *m. sartorius*: снаружки болѣе свѣтлая ненормальная, внутри болѣе темная нормальная. На всѣхъ болѣе свѣтлыхъ областяхъ тепло и холодъ безусловно понижены сравнительно съ темными областями. На голеняхъ чувствительность къ теплу и холоду также понижена. Болевая чувствительность оказалась потерянной на *glut.* и бедрахъ; въ другихъ мѣстахъ существуетъ, но добиться болѣе тонкихъ различій было совершенно невозможно, вслѣдствіе какой-то апатичности и явной тупости мальчика.

Диагнозъ: *lepra anethetica (mutilans)*. Основанія для него: существованіе пареза *p. n. facial.*, *lagophthalmus paralyticus*, атоническія язвы, обезцвѣченная анестезированная область; кромѣ того — существованіе пятенъ (въ анамнезѣ).

Характеръ и особенности: Язвы на ногахъ уже черезъ 4 года послѣ появленія пятенъ. — Пятна появились сначала на ногахъ. — Верхнія конечности поражены сравнительно мало. — Пятна, распространяясь, очевидно, по периферіи, остановились, дойдя до верхне-внутреннихъ поверхностей бедеръ. — Чувствительность потеряна, но сравнительно незначительно.

№ 13.

Андрей С., 53 лѣтъ, латышъ, Валкскаго уѣзда; женатъ — имѣетъ 3 дѣтей. Изъ приюта въ Ненналь. Боленъ 11 лѣтъ. Болѣзнь началась съ пятенъ на спинѣ; 3 года назадъ стали плохо закрываться глаза; 2 года назадъ первый разъ появились *remphig'*оидные пузыри, преимущественно на верхнихъ конечностяхъ.

Stat. praes. Большой средняго роста, коренастаго тѣлосложенія и очень хорошаго питанія. На обоеихъ глазахъ парезъ *m. m. orbicular*; причѣмъ глазная щель, при закрываніи глазъ, въ поперечномъ діаметрѣ = $\frac{1}{2}$ сант. или немного больше. На лѣвомъ глазу уже есть небольшая *ectropion*. Нижняя половина лба диффузно инфильтрована — цвѣтъ слегка розоватый. Горизонтальныхъ складокъ на лбу сдѣлать не можетъ. Нижняя половина носа покрыта синевато-коричневаго цвѣта пятнами. Брови и рѣсницы имѣютъ тонкіе волосы въ уменьшенномъ количествѣ.

Усы у больного совершенно выпадали, причѣмъ перелъ выпаденіемъ они сильно закручивались; на этихъ мѣстахъ была и анестезія. Въ настоящее время у больного очень густые усы съ совершенно прямыми жесткими волосами; теперь, по словамъ больного, есть и чувствительность. На правой рукѣ 4 и 5 пальцы не совсѣмъ разгибаются, такъ какъ на ладони по ихъ продолженію были нѣсколько разъ язвы послѣ пузырей. Теперь кожа ладони съ утолщеннымъ эпидермисомъ имѣетъ рубцы на мѣстахъ пузырей. Кромѣ того замѣчается атрофія *hypothenar*. На тылѣ лѣвой кисти и на ладони было нѣсколько пузырей, оставившихъ теперь рубцы.

На предплечьяхъ и плечахъ, собственно, пятенъ не видно, но въ верхнихъ частяхъ и плечахъ можно видѣть какъ бы край пятенъ, (желтоватый, возвышавшійся надъ кожей) за которымъ слѣдуетъ нормальная кожа. Очевидно, пятна обошли почти всѣ руки сплошь. Кромѣ того на предплечьяхъ различной величины рубцы отъ пузырей, которые выступали послѣ лихорадки, пота и озноба (по рассказамъ больного). Большой былъ изслѣдованъ первый разъ 31-го іюля. Когда же черезъ нѣсколько дней былъ позванъ снова, (4 августа), то у него уже образовались 2 пузыря *remphigus'a*: 1) на внутренней сторонѣ первой фаланги большаго пальца правой

руки; длина его около 2 сант., а высота пузыря в центрѣ немного меньше 1 сант. Онъ представляется напряженнымъ, подвижному, съ прозрачнымъ содержимымъ, хотя его стѣнки имѣютъ бѣловатый эпидермисъ. 2) На лѣвой ладони около основанія 2 и 3 пальцевъ. Длина его около 1 сант., высота около $\frac{1}{4}$ сант. Пузыри (по словамъ больного) образуются въ одинъ день: сначала замѣчается, какъ будто, розоватое пятно, которое остается около $\frac{1}{2}$ дня; затѣмъ кожа начинаетъ приподниматься жидкостью и наполняется въ 1 часъ. Второй пузырь не напрягается, и это значитъ, что онъ опадаетъ. Если больному удается, чтобы пузырь не лопался, то жидкость всасывается и все заживаетъ въ недѣли 2, если же пузырь лопается, то это мѣсто очень долго не заживаетъ. Такія обнаженные мѣста, покрытыя распадаемъ, представляющія плоскія поверхностныя язвы, существуютъ у больного у основанія мизинца, на среднемъ пальцѣ, на указательномъ пальцѣ лѣвой руки и на тылѣ правой кисти. Вышеописанные пузыри имѣютъ весьма небольшой красный ободокъ. Если пузыри не лопаются, то на одномъ и томъ же мѣстѣ они могутъ быть отъ 3—5 разъ. На предплечьяхъ и кистяхъ было, вообще, очень много пузырей. Всѣ они были только за послѣдніе 2 года.

Спина больного, оставая свободнымъ почти только позвоночникъ, покрыта громадными пятнами, занимающими $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ каждой стороны спины. Кромѣ большихъ пятенъ, есть и меньшихъ размѣровъ. Края пятенъ слегка возвышаются, цвѣтъ ихъ розовато-красный съ легкимъ синеватымъ оттѣнкомъ. Центральная часть обезцвѣчена. На тѣхъ мѣстахъ спины, гдѣ постоянно прикасается поясъ одежды, пятна нѣтъ; ниже начинаются большія пятна, переходящія на ноги.

На груди и животѣ растутъ у больного очень большіе волосы, черезъ которые плохо видна кожа. Во всякомъ случаѣ видно, что почти все пространство груди и живота покрыто пятнами очень большой величины съ розовато-желтыми возвышающимися краями и обезцвѣченной серединой. Области ягодицъ сплошь покрыты пятнами, которая переходятъ на бедра и покрываютъ ихъ также почти сплошь; затѣмъ они продолжаютъ на голеньяхъ, на которыхъ, хотя и не видно пятенъ, но очевидно, они дошли до стопы и покрываю ихъ. На пяткѣ правой ноги язва, происшедшая отъ тренія обуви, но долго не заживающая.

Свободны отъ пятенъ верхне-внутреннія части бедеръ (вблизи scrotum) и часть кожи, покрывающая os sacrum. Пятна на груди существуютъ голъ, а на ногахъ лѣтъ 6, и не смотря на это, волосы на бедрахъ и голеньяхъ очень густы, хотя и тонки, а сзади на бедрахъ они такъ сильно закручиваются въ колечки, что ихъ невозможно раскрутить.

Исслѣдованіе чувствительности. На всемъ лицѣ и верхней части черепа (которая представляетъ большую плѣшину съ незначительнымъ количествомъ волосъ)—полная термоанестезія. На боковыхъ частяхъ черепа только пониженная чувствительность. Уши и шея также имѣютъ полную термоанестезію.

Болевая чувствительность на черепѣ сохранилась въ пониженной степени только на очень небольшихъ мѣстахъ. На лицѣ также почти вездѣ болевая чувствительность потеряна, тактильная же вездѣ только понижена, хотя и сильно.

Лѣвая рука. Чувствительность къ теплу и холоду распределена слѣдующимъ образомъ: весь средній палецъ и ладонная поверхность мизинца имѣютъ полную термоанестезію, въ остальныхъ же мѣстахъ чувствительность понижена, въ некоторыхъ же почти нормальна.

Кисть руки и нижняя часть предплечья имѣютъ полную термоанестезію, а выше чувствительность только понижена въ различной степени, и только на задней сторонѣ плеча полная термоанестезія. Въ общемъ чувство холода на пальцахъ, какъ будто, лучше сохранилось, такъ какъ и средній палецъ, нечувствовавшій горячей пробирки, чувствовалъ холодъ; на остальныхъ—чувствительность къ холоду также лучше.

Болевая чувствительность совершенно потеряна на среднемъ пальцѣ, на остальныхъ понижена въ различной степени отъ 90—120. Ладонь боли не чувствуетъ за исключеніемъ центральной части, гдѣ = 160—170. Тактильная чувствительность на среднемъ пальцѣ перомъ и ватой есть, хотя понижена. Въ другихъ мѣстахъ кисти и пальцевъ еще меньше понижена.

На предплечьяхъ—полная анестезія. Тактильная потеряна въ нижнихъ частяхъ, а выше понижена; въ локтевой же складкѣ почти нормальна. На плечѣ болевая чувствительность потеряна, за исключеніемъ небольшихъ пространствъ въ верхнихъ отдѣ-

лаха плеча, которые представляют здоровую кожу и чувствительность = 100. Тактильная чувствительность только понижена.

Правая рука. Полная термоанестезия на мизинце и безымянном пальце, которые болели раньше. Впрочем на мякоти их холод чувствуется при долгом держании пробирки. Ладонь и тыл кисти имеют также полную термоанестезию, в остальных же местах кисти и, вообще, руку только понижена чувствительность, исключая задней поверхности руки, где — полная термоанестезия.

Болевая чувствительность на ладони в ее наружной половине = 120—130; на 1—3 пальцах преимущественно на 2 и 3 фалангах болевая чувствительность = 100. На тыл этих фаланг = 80—100; остальные части кисти и пальцев не чувствуют боли. На 4—5 пальцах существует только вибрационная чувствительность. На предплечье болевая чувствительность = 0, только в верхней части = 200. В локтевой складке кнаружи болевая чувствительность = 0 при 300, а слабое прикосновение карандашом чувствуют. На плечах болевая чувствительность = 0, исключая нормальной кожи, где болевая чувствительность = 100. Тактильная в нижней части предплечья потеряна, выше понижена, на плече почти потеряна.

(На обоих предплечьях больного очень густые волосы).

На всем туловище на больших пятках полная термоанестезия, на меньших чувствительность понижена.

Болевая чувствительность в центральных частях пятен совершенно потеряна, на краях понижена. Тактильная чувствительность на всех местах понижена.

В верхних частях бедер видны только края пятен, выше которых здоровая кожа. Все пространство ног ниже этих краев имеют полную термоанестезию, кроме подколенных ямок, где пятно, очевидно, было, но чувствительность только понижена. Стопы также не чувствуют ни тепла, ни холода. Болевая чувствительность на бедрах вполне потеряна, тактильная сильно понижена (чувствуется грубое проведение ваты). На обоих голених также полная анальгезия, за исключением подколенной ямки, где болевая чувствительность только понижена. Тактильная почти совсем потеряна. На левой стопе около пальцев сохранилась еще болевая и тактильная чувствительность:

впрочем, пятно не дошло до этого места. В остальных местах обеих стоп полная анальгезия и почти полная тактильная анестезия.

Диагноз: *lepra maculosa et anethetica*. Основания для него заключаются в анестезированных пятнах; но кроме них и другие расстройства дают право диагностировать проказу, как напр.: *lagophthalmus paralyticus*, *remphig* оидные пузыри и пр.

Характер и особенности: Пятна одинаково покрывали и руки и ноги. — Тактильная чувствительность негде поражена. — Лучшая чувствительность в паховых областях, в подколенных ямках и подмышечных впадинах. — Наклонность к образованию *remphig. leproso*. — Волосы на пятнах почти везде не поражены (на задних поверхностях ног сильное закручивание их). — На волосистой части головы — анестезия.

№ 14.

Иоганн С., 56 летъ, эстонецъ, Ревельскаго уезда, лютеранскаго вѣроисповѣданія; изъ пріюта въ Ненналь. Боленъ приблизительно 6 лѣтъ. За 2 недѣли до перваго появленія пятенъ (въ области коленного сустава), спалъ въ сыромъ холодномъ сараѣ, чему и приписываетъ появленіе пятенъ. Въ прошломъ году распухъ мизинецъ лѣвой ноги, болѣлъ 3 недѣли и весь отпалъ, при этомъ была боль. По словамъ больного, 14 марта этого года (1895) заболѣла лѣвая рука, была опухши до локтя, выходилъ гной, но не изъ пальцевъ, а изъ тыла кисти около *articul. carpo-metacarpal*. Еще до этого заболѣванія покраснѣлъ и опухъ мизинецъ, кости не выходили, а выходила изъ тыла пальца какъ-бы вода, (больше при этомъ не было).

Stat. praes. При обычномъ положеніи глазныхъ щелей видно, что лѣвый глазъ имѣетъ большую глазную щель, а при испытаніи закрытыхъ глазъ, по виду нормальныхъ, ясно замѣтенъ лѣвый парезъ *m. orbicul.* (нижнее вѣко легко оттягивается внизъ). Наружныя части бровей почти совершенно отсутствуютъ. На рѣсницахъ многихъ волосъ нѣтъ, а оставшіеся очень тонки.

Указательный и безымянный пальцы лѣвой руки согнуты почти подъ прямымъ угломъ въ обоихъ межфаланговыхъ суставахъ.

Средній—согнуть немного, но дальнѣйшее разгибаніе невозможно и при пассивныхъ движеніяхъ. Мизинецъ укороченъ, такъ какъ, хотя 3-я фаланга и существуетъ, но второй нѣтъ; въ межфаланговомъ суставѣ движенія возможны во всѣхъ направленіяхъ, такъ какъ суставъ болтающийся.

Небольшая атрофія мышцъ кисти. На тылѣ кисти и нижней части предплечья сзади краснота кожи и тѣсноватая припухлость ея. На правой рукѣ безымянный и мизинецъ не совсѣмъ разгибаются; мизинецъ кромѣ того укороченъ во второй и первой фалангѣ, которая замѣтно утончена у головки; на тылѣ пальца—рубецъ на мѣстѣ первого межфалангового сочлененія: былъ раньше пузырь, изъ котораго выходила водянистая жидкость, по словамъ больного.

Первый межфаланговый суставъ—болтающийся.

Замѣтная атрофія hypothen. и небольшая thenar.

Почти оба предплечья сплошь покрыты пятнами слабо розватаго цвѣта съ едва видимыми коричневатыми краями.

Плечи и туловище со всѣхъ сторонъ обильно (хотя не сплошь) покрыты пятнами отъ 0,5 сант. диаметровъ до ладони, причемъ цвѣтъ большихъ—въ средней части розоватый съ легкимъ синеватымъ оттѣнкомъ, а края болѣе синевато-багровые. Края нѣкоторыхъ пятенъ шелушатся; небольшая пятна, конечно, одноцвѣтныя, розоватыя.

Задняя и боковая стороны шеи также покрыты пятнами: рѣзко бѣловато-розоватыя пятна, окруженныя темно-коричневою пигментацией нормальной кожи. Области glut. и бедеръ сплошь покрыты пятномъ, которое оставляетъ свободной только кожу бедеръ вблизи scrotum и подколенной ямки. Голени заняты тѣмъ же пятномъ.

На подошвѣ (лѣвой) небольшая поверхностная язва, существующая 3 мѣсяца; эпидермисъ подошвы шелушится.

На правой подошвѣ, у основанія большого пальца, рубецъ неизвѣстнаго происхожденія.

Пятна голеней переходятъ и на обѣ стопы.

Исслѣдованіе чувствительности. Чувствительность къ холоду

и теплу понижена на правомъ мизинцѣ и около него на кожѣ hypothen. На правомъ предплечьѣ, на внутренней сторонѣ также понижена чувствительность, но весьма незначительно. Большая—потеряна почти вездѣ на пальцахъ; тактильная—сильно понижена.

На туловищѣ термодистезія какъ будто нѣтъ. (Больной не заслуживаетъ довѣрія). Болея чувствительность почти совершенно отсутствуетъ, а тактильная понижена.

На ногахъ чувство холода и тепла понижено незначительно. Большая чувствительность на пальцахъ почти вездѣ отсутствуетъ, тактильная же сильно понижена.

Діагнозъ: lepra maculosa et anestetica. Основанія для него заключаются: въ анестетичныхъ розоватыхъ пятнахъ, въ парезѣ m. orbis. palp., въ повторяющихся парангитяхъ рукъ и ногъ, и въ атрофіи мышцъ.

Характеръ и особенности: Въ 6 лѣтъ пятна заняли почти всѣ области тѣла.—Паховыя области и подмышечныя—пощажены болѣзью.—Черезъ 5 лѣтъ послѣ начала болѣзни paratubercula на пальцѣхъ ноги.—Тактильная чувствительность поражена меньше болевой.

№ 15.

Томасъ П., 55 лѣтъ, латышъ, Вольмарскаго уѣзда, лютеранскаго вѣроисповѣданія, женатъ, имѣетъ 1-го сына. Изъ пріюта въ Нейналѣ. Больной не знаетъ, когда заболѣлъ, и не считаетъ себя больнымъ проказой; какъ увидимъ дальше, онъ все объясняетъ другими причинами. 2 года уже почти, какъ не стали разгибаться пальцы рукъ, что произошло послѣ работы на морозѣ. Около половинъ Іюня 1895 г. отрѣзанъ докторомъ мизинецъ правой руки, такъ какъ палецъ былъ раздробленъ, попавъ въ машину; послѣ операции кожа стала нечувствительна на пальцѣхъ и около него. 12 лѣтъ назадъ большой палецъ лѣвой руки былъ раздавленъ машиной и на другой день докторъ разрѣзалъ кожу его и вынулъ кости. Средній палецъ потерявъ вслѣдствіе гангрены, происшедшей послѣ прищемленія въ двери.

Лѣвое бедро укусила однажды лошадь, послѣ чего остались рубцы. Больше года больной не может работать изъ-за кризисы пальцевъ.

Stat. praes. Больной средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и довольно плохого патанія. На лбу его въ нижней части, особенно надъ бровями, кожа слегка розоватаго цвѣта, на ощупь слабо инфилтрованная. Морщины на лбу большой сдѣлать не можетъ. Наружныя половины бровей почти совершенно отсутствуютъ. Правый глазъ не смыкается и шель діаметра въ $1\frac{1}{2}$ —2 милл.; лѣвая глазная шель остается не закрытой на 2—3 милл. Ротъ немного оттянутъ влѣво, а правый уголокъ рта оттянутъ внизъ.

На шеѣ въ нѣсколькихъ мѣстахъ, среди темной пигментации кожи, есть 2—3 пятна со свѣтлой, лишенной пигмента кожей различнаго вида и формы. На правой рукѣ мизинецъ отсутствуетъ; причина приведена выше. Большой палецъ совершенно выпрямляется, указательный — немного не выпрямляется; средний меньше, а безымянный еще меньше. Атрофія then. и hypoth.; силы въ рукѣ мало.

На лѣвой рукѣ большой палецъ представляетъ остатокъ первой фаланги, на которой сидятъ небольшой, утолщенный ноготь. Указательный, безымянный и мизинецъ разгибаются только до половины.

Атрофія then., hypoth. и m. m. interossei; силы меньше, чѣмъ въ правой рукѣ, уже гола подгорта. На указательномъ пальцѣ ожогъ 2 степени.

На лѣвой ногѣ нѣсколько большихъ рубцовъ отъ укусовъ лошади.

Ислѣдованіе чувствительности. Надъ бровями чувствительность къ холоду и теплу понижена, причѣмъ меньше на правой сторонѣ. Также понижена термическая чувствительность на лѣвомъ ухѣ и на обезцвѣченныхъ пятнахъ шеи. Болевая — на лицѣ, лбу и ушахъ различная — отъ 100 до 140. На пятнахъ шеи нормальная чувствительность. На правой рукѣ 3 послѣднихъ пальца (и культи мизинца) и соответствующая имъ часть ладони имѣютъ полную термоанестезію; пониженіе чувствительности на ладони и тылѣ кисти. Оба предплечья имѣютъ нормальную чувствительность къ теплу и холоду.

Болевая чувствительность на правой рукѣ потеряна на 4 и 5 пальцахъ и соответствующей имъ области ладони и выше на предплечьяхъ. Тактильная — почти потеряна въ этихъ мѣстахъ на ладони, и сильно на предплечьяхъ. Остальные части кисти, пальцевъ и предплечья имѣютъ болевою чувствительность = 170—200 и не очень сильно пониженную тактильную.

Лѣвая кисть и пальцы имѣютъ полную анальгезію и тактильную анестезію, на предплечьяхъ же болевая = 150, а тактильная — почти не измѣнена. На всемъ туловищѣ и ногахъ болевая и тактильная чувствительность нормальны, за исключеніемъ сдѣдующихъ мѣстъ: на лѣвой стоиѣ, на наружной части всей подошвы — пониженная болевая чувствительность; пятка съ боковыми частями также ни болевой, ни тактильной чувствительности не имѣетъ. Кромѣ того здѣсь замѣтно шелушеніе кожи и, какъ будто, цвѣтъ кожи синевато-красный; все же это не можетъ быть названо типичнымъ пятномъ. Здѣсь термоанестезія только относительная; болевая же чувствительность = 0 при 300.

Діагнозъ: lepra anæsthetica. Основанія для него заключаются: въ парезѣ нѣкоторыхъ лицевыхъ мышцъ, и m. m. orbicularis; пониженіи чувствительности въ кожѣ лица и на мѣстахъ слабой инфилтраціи; въ атрофіи мышцъ обѣихъ кистей и анестезіи кистей рукъ и нѣкоторыхъ частей стопъ.

Характеръ и особенности: Пораженія распространены на голову, рукахъ и ногахъ, но незначительно. — Нѣтъ большого разнообразія симптомовъ. — Не смотря на сильное пораженіе чувствительности, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, можно замѣтить, что тактильная чувствительность поражена менѣе значительно.

№ 16.

Шараотта А., 38 лѣтъ, лютеранскаго вѣроисповѣданія, замужня; имѣетъ 1 здороваго ребенка. Изъ Рижскаго приюта. 18 лѣтъ назадъ заболѣла сифилисомъ; было нѣсколько рецидивовъ; лечилась акуратно.

Настоящая болѣзнь началась 3 года назадъ появленіемъ пятна на тѣлѣ.

Stat. praes. Больная небольшого роста, правильного телосложения и очень хорошего питания; мускулатура и жировая подкладка достаточно развиты. Язвенный сифилис у больной не замечается.

На лбу больной — пятна с розоватыми, возвышающимися краями и почти нормальными центром. На щеках довольно большие пятна, больше красноватого цвета, причем края не очень резко отделяются от центральной части пятен.

На обеих руках разбросаны пятна, не имеющие типичного вида, а представляющие, как бы осколки пятен, причем края видны только в некоторых частях, и не возвышаются над кожей; другие же пятна представляют только слегка пигментированные крапчатые поверхности кожи.

(Пятна на руках, лиц и других частях тела раньше были сильно инфильтрированы; больная даже не могла закрывать глаз, вследствие оттягивания пятном нижнего века. Инфильтрация пропала после годового лечения мышьяком). N. p. ulnae in sulc. ulnar. слева нормальны, с правой стороны узловатоголосенны. На груди в средней части 2 небольших пятна, выдающихся, но характерных по виду (кольцевидных).

На спине с правой стороны находятся 2 больших пятна и несколько меньших; одно большое в средней части спины имеет сторону, ближайшую к позвоночнику со смятым краем; противоположная же сторона с рваным довольно узким коричневым краем; средняя часть пятна имеет светло-коричневую неравномерную окраску. На других пятнах спины края ведают рванки и на некоторых возвышаются. На верхних частях ягодиц — 2 небольших характерных пятна.

На передней поверхности правого бедра в верхней половине — несколько слившихся пятен, представляющих рваную крапчатость краев и небольшое в средней части пятна, кожа которой немного бледнее нормальной. В области правого колена — 2 небольших, едва заметных пятна. В нижней части голени и на всей стопе довольно много пятен с небольшой пигментацией по краям.

Почти весь тыл стопы представляет средину пятна. На левом бедре одно пятно, на голени несколько пятен различной величины; на подошве почти вся поверхность покрыта пятном, края которого крапчатые — бледно-коричневого цвета.

Исследование чувствительности. На всем лице чувство холода не изменено, чувство же тепла весьма незначительно.

В течение нескольких дней между двумя исследованиями большое пятно на лбу изменило цвет и вид в том отношении, что края перестали возвышаться и стали почти одного цвета со срединой. Тактильная чувствительность на нем = 15 — 20. Болея = 20 — 35. (Четыре года назад, т. е. за год до появления пятен, больная замечала постоянную боль при всяком прикосновении к коже внутренней половины правой брови. В настоящее время это место также занято пятном и болевая чувствительность = 100, а тактильная = 90 — 100).

На пятне левой щеки (пятно слабо розового цвета с более красными краями), болевая чувствительность = 80 — 90.

В области fossa canina dextra равномерно красноватое пятно, существующее 3 года. Болевая чувствительность = 50 — 60, тактильная = 40 — 50.

В области fossa canina sin. такое же пятно; болевая чувствительность = 20 — 25, тактильная = 15. Все пятна щеки, при возбужденном состоянии больной, краснеют; при нормальном состоянии гораздо бледнее. На пятнах около рта термознезия представляется в следующем виде: то почти абсолютная анестезия, то только сильно пониженная, то почти нормальная чувствительность.

На правой руке, на некоторых пятнах болевая чувствительность = 0 при 300; на одном (на плече) болевая чувствительность = 190.

Тактильная чувствительность не могла быть получена инструментом, так как больная на руке при понижении ее не умеет отличать прикосновения иголки. Пером и ватой ощущает прикосновение при обычном проведении по коже. Иглой же нужно надавливать для получения чувства прикосновения. На левой руке на пятне, находящемся в нижней половине плеча (пятно 1/2 года), болевая чувствительность = 40 — 45, тактильная = 30 — 35. На пятне в верхней половине плеча болевая чувствительность = 85, а тактильная = 45.

На пятне в нижней части левого предплечья болевая чувствительность = 0 при 300. Тактильная — ватой получается при более грубом проведении, чем на правой руке; карандашом

нужно произвести небольшое углубление; иглой же нужно сделать сравнительно более глубокую ямку для получения ощущения прикосновения. На пятнах спины чувство холода и тепла нормально. (Въ верхнихъ частяхъ спины разсыяны мелкія sudamina cristallina. — На спинѣ пятно 3 года). Тактильная чувствительность на самомъ большемъ пятнѣ = 40—50. Болевая = 50—60. Вообще на всей кожѣ спины повышенная чувствительность, такъ что при 20 получается ощущение укола. На одномъ изъ пятенъ въ области glut. болевая чувствительность = 105, тактильная = 95. На правомъ бедрѣ, на пятнахъ, чувство холода и тепла не изменено. На тылѣ правой стопы полная термоанестезія.

На пятнѣ въ верхней части бедра (пятно 2 года), надъ венами болевая чувствительность = 65—70, а въ окружности = 210. Въ другихъ пятнахъ этой области болевая чувствительность = 170. Нѣжныя прикладыванія ватой чувствуетъ хорошо, карандашъ же — чувствуетъ только послѣ получения замѣтной ямки. На этихъ пятнахъ легко можно было прослѣдить суммированную чувствительность.

На пятнѣ тыла правой стопы болевая чувствительность при 300 = 0. Проведеніе ватой чувствуетъ; карандашъ также чувствуетъ при сравнительно небольшомъ давленіи.

На пятнахъ лѣвой голени чувствительность къ теплу и холоду сильно понижена. На подошвѣ (на пятнѣ) полная потеря чувства тепла; холодъ ощущается при продолжительномъ прикладываніи пробирки. Пятно лѣвой голени, которое у больной 3 года, и которое она лечила $\frac{1}{4}$ мѣсяца ихтиоловой мазью, имѣть края трудно различимы; болевая чувствительность его = 60—65. Тактильная = 55. Надъ нимъ пятно съ 5 коп. мѣдную монету имѣть полную анальгезію: 400 = 0. Ватой же получается тактильное ощущение.

На пятнѣ лѣвой подошвы полная анальгезія. — Проведеніе ватой чувствуетъ, карандашъ чувствуетъ при не очень сильномъ надавливаніи. При сильномъ надавливаніи чувствуетъ боль. Вибраціонное чувство также есть.

Діагнозъ: lepra maculosa. Основанія для него заключаются въ типичныхъ пятнахъ съ разстройствомъ чувствительности.

Характеръ и особенности: Въ 3 года пятна заняли уже почти всѣ области тѣла. — Чувствительность тактильная на всѣхъ почти депридахъ поражена менѣе остальныхъ видовъ чувствительности (за исключеніемъ вибраціонной).

Пятна на подошвѣ — что довольно рѣдко встрѣчается.

№ 17.

Берта Р., 16 лѣтъ, латышка, лютеранскаго вѣроисповѣданія, Волмарскаго уѣзда, Лифл. губ. Изъ пріюта въ Неннагѣ.

Больна 5—6 лѣтъ. Первое пятно появилось на тылѣ правой стопы, въ области переносного сочлененія и затѣмъ распространилось во всѣ стороны. Черезъ годъ на лѣвомъ колѣнѣ появилось пятно, которое также увеличивалось по периферіи. Почти въ то же время появились пятна на рукахъ.

Stat. praes. Большая — дѣвушка средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и довольно хорошаго питанія.

На правой щекѣ больной пятно красноватаго цвѣта, шириною сант. 3, длиною 5—6 сант.

Почти все лѣвое предплечье покрыто типичнымъ пятномъ, край его красно-коричневатый возвышается надъ кожей. Свободная отъ пятна часть нормальной кожи представляетъ только узкую неправильной формы полосу на передней сторонѣ предплечья. Правое предплечье, за исключеніемъ передней поверхности, также покрыто пятномъ съ приподнятымъ краемъ. Сильная потливость ладоней.

На правой ягодицѣ находится пятно величиною 10—12 сант., съ типичнымъ цвѣтомъ внутри (слегка красноватая кожа съ небольшою пигментацией) и красноватыми краями въ разныхъ мѣстахъ различной ширины. На лѣвой ягодицѣ немного меньшее пятно начинается отъ troch. maiorъ внизъ и казди съ такимъ же характеромъ. (Оба пятна начались черезъ годъ послѣ перваго пятна).

На правой голени на передней и боковыхъ поверхностяхъ находится пятно, которое тянется отъ tuberos. tibiae до основанія большого пальца. Края внизу темные, фіолетово-коричневые, а верху дѣлаются постепенно розоватые. Во многихъ

мѣстахъ края крапчатые. Край въ нижнихъ частяхъ возвышается. На колѣнѣ небольшое типичное пятно съ фиолетовыми краями, а выше также небольшое пятно съ розоватыми краями.

На лѣвой ногѣ—большое пятно отъ верхней трети голени почти до половины бедра съ зигзагообразными краями. Свободной отъ пятна остается только задняя поверхность ноги. Края пятна въ нѣкоторыхъ мѣстахъ прерываются.

Исследование чувствительности. На пятнѣ правой щеки чувствительность къ теплу и холоду понижена весьма незначительно. Болевая = 40, а на здоровыхъ мѣстахъ = 20. На пятнѣ лѣваго предплечья, въ нижней части пятна—полная термоанестезія, а выше только пониженіе чувствительности. На пятнѣ праваго предплечья неполная термоанестезія. На пятнѣ лѣваго предплечья болевая чувствительность = 250. На тылѣ кисти также. На ладони и пальцахъ = 80. На пятнѣ праваго предплечья въ однихъ мѣстахъ болевая чувствительность = 150; вдоль же ulna = 250; на пальцахъ, ладони и тылѣ кисти около 70—100. На пятнѣ правой ягодицы чувство холода потеряно въ центральной части пятна, къ периферіи же понижено; чувство тепла только понижено, но къ центру пятна больше. На пятнѣ лѣвой ягодицы—небольшое пониженіе температурнаго чувства. Болевая чувствительность на правомъ пятнѣ = 180, тактильная же приблизительно около 110; ватой чувствуетъ нормально. На лѣвомъ пятнѣ болевая чувствительность = 210; тактильная же около 100, хотя больная, вообще, плохо понимаетъ ощущение иглы инструмента. Ватой чувствительность, какъ будто, нормальна, но сравнительно съ здоровыми частями кожи, чувствуетъ хуже.

На пятнѣ правой голени полная термоанестезія; на пятнѣ выше колѣна—только пониженная чувствительность. Болевая—на пятнѣ голени=0. Тактильная—понижена, но не особенно сильно. На пятнахъ, вышележащихъ—болевая чувствительность=170—180.

На пятнѣ лѣвой ноги, въ большей части его, полная термоанестезія; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ пониженная чувствительность. Болевая—отъ 200 до 250 и 300 въ разныхъ мѣстахъ. Тактильная—почти нормальна: нужно сравнивать со здоровыми участками кожи; даже въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ болевая чувствительность = 300, тактильная понижена сравнительно немного.

Диагноз: *lepra maculosa*; основанія для него заключаются въ типичныхъ кольцевидныхъ пятнахъ съ анестезіей, болѣе или менѣе выраженной внутри пятна.

Характеръ и особенности: Болѣзнъ началась сразу пятнами на ногахъ, и на рукахъ.—Тактильная чувствительность поражена менѣе другихъ видовъ чувствительности (исключая вибраціонной).

№ 18.

Ева В. 27 лѣтъ, латышка, лютеранскаго вѣроисповѣданія; Вольмарскаго уѣзда, Лифляндскаго губ, незамужняя; изъ пріюта въ Пенага. Больна 3 года; прежде всего пятна появились на лѣвѣ, а потомъ сдѣлалась нечувствительна предплечья праваго руки, и затѣмъ на этихъ мѣстахъ показались пятна.

Stat. praes. На лицѣ, во многихъ мѣстахъ, разбросаны пятна съ небольшою инфильтраціей, не рѣзко отдѣляющіяся отъ нормальной кожи, одно синевато-малиноваго цвѣта въ периферіи и въ центрѣ.

Вертикальные морщины на абу больная сдѣлать не можетъ. На ладоняхъ и пальцахъ—нѣсколько пятенъ, причемъ на лѣвой ладони почти всю ее занимаетъ пятно равномерно синевато-малиноваго цвѣта.

Отъ средней трети лѣваго предплечья вверхъ до верхней четверти плеча тянется пятно, края котораго хорошо видны только на плечѣ, гдѣ они свѣтло коричневаго цвѣта и шелушатся; ниже они не замѣтны и пятно можно узнать только по болѣе бѣлому цвѣту кожи и ея атрофіи. Передняя поверхности предплечья и плеча свободны отъ пятна. На правой рукѣ подобное-же пятно, свободны отъ него только переднія и боковыя поверхности рукъ. На правой рукѣ 3—5 пальцы, а на лѣвой 4 и 5—не совсѣмъ разгибаются).

Въ области праваго плечеваго сустава—пятно сант. 5—6 диамет. съ свѣтло-коричневыми краями, состоящими изъ мельчайшихъ пупулокъ, слабо возвышающихся. Центрѣ бѣловатъ—атрофиченъ. Около пятна разсыяны небольшія папулы того-же характера.

Въ области лѣваго плечеваго сустава такое-же пятно, только

большей величины. Немного ниже правой лопатки тоже пятно величиною въ 3-хъ коп., мѣдную монету, съ прерывающимися краями шириною въ 2 сант., состоящими изъ плоскихъ папулокъ. Центръ атрофиченъ,—бѣловатъ. Около позвоночника на-право выше лопатки пятно въ 2 коп. монету, сплошь состоящее изъ папулокъ того же характера; впрочемъ, между папулками—пространство атрофичной кожи.

На лѣвой лопаткѣ очень небольшое пятно того-же характера.

На правой груди довольно большое пятно, состоящее тоже изъ папулокъ, между которыми—атрофированная кожа розовато-бѣловатого цвѣта. На правой сторонѣ туловища, на лини 8—9 ребра—пятно, имѣющее край только сверху, а въ остальныхъ мѣстахъ только бѣловато-розовая атрофированная кожа; діаметръ пятна около 4—5 сантим.

На ягодицахъ и задней сторонѣ бедеръ, разсѣяны различной величины пятна съ довольно широкими краями и обезличеннымъ центромъ. Край—крапчатый съ коричневатою окраской. На наружной сторонѣ бедеръ: на правомъ съ середины, на лѣвомъ отъ troch. maior идутъ внизъ громадные пятна, занимающія боковую и переднюю части ногъ ниже указанныхъ границъ. Характеръ ихъ тотъ-же. Они продолжаютъ на голени, на правой ногѣ и на всю стопу, а на лѣвой стопѣ край пятна не видно. Край пятенъ ногъ слегка фиолетовой окраски;—кожа атрофична во внутреннихъ частяхъ пятна.

Исследование чувствительности. (Такъ какъ исследование чувствительности велось только на пятнахъ, то ниже приведенныя мѣста, суть мѣста только пятенъ).

На лицѣ и лбу чувствительность къ теплу и холоду незначительно понижена. Болевая = 100—110, а въ области нижнихъ вѣкъ полная анальгезія. На большей части лѣвой руки только пониженіе чувствительности къ теплу и холоду; въ незначительныхъ областяхъ полная термoанестезія. На пальцахъ правой руки (гдѣ пятенъ нѣтъ) и ладони полная анальгезія, въ остальныхъ же мѣстахъ только понижена чувствительность. На правомъ предплечьѣ и тылѣ имѣется—полная анальгезія, въ другихъ мѣстахъ около 150 и меньше. На ладони и пальцахъ, за исключеніемъ мякоти пальцевъ полная анальгезія.

На плечевыхъ суставахъ небольшое пониженіе чувствительности къ теплу и холоду. Болевая—на правомъ = 100. На лѣвомъ = 120—130.

На правой груди анальгезія къ холоду почти вездѣ, а къ теплу вездѣ понижена. Болевая чувствительность почти нормальна.

На спинѣ чувство холода понижено больше тепла. Болевая чувствительность въ однихъ мѣстахъ 200, въ другихъ около 150.

На правой сторонѣ туловища чувство холода и тепла почти нормально.

На glut и сзади на бедрахъ чувствительность къ теплу и холоду только понижена. Болевая чувствительность въ однихъ мѣстахъ совершенно потеряна въ другихъ = 200 и менѣе. Тактильная тоже понижена. На передней поверхности бедеръ температурное чувство понижено, на голеняхъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ понижено, въ другихъ потеряно.

На подошвахъ полная термoанестезія. Болевая чувствительность на бедрахъ въ центральныхъ частяхъ пятенъ = 200—250, а на краяхъ болевая чувствительность = 70—80. Тактильная чувствительность понижена, но не сильно. На голеняхъ и подошвахъ въ однихъ мѣстахъ болевая чувствительность = 0 при 300, въ другихъ цифры меньше—чувствительность больше. Тактильная сильно понижена (чувствуетъ вату и перо).

Діагнозъ: *lepra maculosa*; основанія для него заключаются въ типичныхъ пятнахъ съ расстройствами чувствительности.

Характеръ и особенности: Пятна на ладоняхъ.—Болѣзнь началась пятнами на лицѣ и предплечьѣ, но величина пятенъ на ногахъ позволяетъ заключить, что здѣсь пятна, пожалуй, даже старше, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ.—Тактильная чувствительность поражена менѣе болевой.—На нѣкоторыхъ пятнахъ можно было констатировать температурную анестезію и почти нормальную болевую чувствительность.

№ 19.

Фридрих Г., 31 года, латыш, лютеранского вероисповедания, холостой; в Рижском приюте с 9 Марта 1893 г. Болезнь около 5 лет. Началась болезнью красными пятнами на левой руке; вскоре пятно показалось и на лбу.

Stat. praes. Большой — высокая роста, крепкого телосложения и очень хорошего питания. Мускулатура и подкожный жировой слой развиты прекрасно. На лбу большого находится пятно розовато-красное, очень слабо выдающееся над кожей. На щеках и подбородке, при внимательном осмотре, можно заметить места бывших пятен по болѣе красноватому цвѣту кожи.

На груди и животѣ, на спинѣ и на правом плечѣ, в верхней части внутри разбросаны новые пятна, выступившія только в Мартѣ 1895 года (на спинѣ ихъ 5, на груди и животѣ 4, и 2—3 на плечѣ). Они представляютъ бляшки, сплошь возвышающіяся надъ кожей, края же ихъ еще болѣе возвышаются, такъ что середина кажется плоскогорьемъ. Края свѣтло-желтовато-коричневаго цвѣта, середина же слабо-розоватая, причѣмъ в центрѣ вездѣ почти можно видѣть начало пятна, ввидѣ болѣе сильно пигментированнаго мѣста, цвѣта скорѣе синевато-малиноваго. Собственно на груди и животѣ пятна имѣютъ различный возрастъ: одни вышеприведенныя, появились в Мартѣ 1895 года; другія в прошломъ году и раньше — 2-хъ годовалыя. Разница же только в томъ, что болѣе старыя — имѣютъ болѣе интенсивную пигментацию (края болѣе коричневатые, а центральная часть розоватая съ коричневатымъ оттѣнкомъ).

На рукахъ разбросаны довольно большія пятна болѣе старыя (существуютъ около 5 лѣтъ), которыя имѣютъ края очень слабо возвышающіеся, блѣдно желтоватаго цвѣта, центральныя же части или такого-же цвѣта или блѣднѣе краевъ. На обоихъ бедрахъ довольно много небольшихъ пятенъ, однихъ — новыхъ (весеннихъ), другихъ болѣе старыхъ. Цвѣтъ ихъ какъ у вышеописанныхъ. На правомъ бедрѣ снаружи — очень большое пятно пятилѣтнее, которое теперь идетъ внизъ, занимая довольно большое пространство около 30 сантиметровъ длины и 20 ширины.

Въ нижней части пятна края приподняты. На голеньяхъ и стопахъ старыя пятна, представляющія болѣе коричневатую окраску, чѣмъ на бедрахъ; края нѣкоторыхъ не возвышаются надъ кожей, другія же возвышаются.

Исслѣдованіе чувствительности. Температурное чувство на пятнахъ лба не измѣнено; на мѣстахъ бывшихъ пятенъ измѣнено весьма незначительно. Болевая и тактильная чувствительность не измѣнены. (На лбу и щекахъ = 10 — 15 — 20).

На предплечьяхъ и плечахъ, на старыхъ пятнахъ почти полная термоанестезія. На лѣвой ладони полная потеря чувствительности. На пальцахъ лѣвой руки пониженная чувствительность къ теплу и холоду. На лѣвомъ плечѣ на 3-хъ-лѣтнемъ пятнѣ тактильная чувствительность = 40, болевая = 50. На предплечьѣ тактильная чувствительность в нижней части = 250, болевая = 0; въ верхней части тактильная = 60 и болевая = 70 — 90. На правомъ предплечьѣ на совсѣмъ опавшемъ пятнѣ чувствительность нормальная: болевая около 30.

На новыхъ пятнахъ туловища термическая чувствительность — нормальная. На правой сторонѣ груди, на свѣжихъ пятнахъ слѣдующая тактильная и болевая чувствительность: въ окружности пятна тактильная = 25 и даже 20. На пятнѣ = 45 — 50. Болевая чувствительность = 55 — 60. Большой ясный ощущаетъ различіе тактильной и болевой чувствительности. При 50 нигдѣ не чувствуетъ боли, при 55 кое-гдѣ, при 60 вездѣ хорошо чувствуетъ боль. Въ окружности пятна болевая чувствительность = 30 и 35.

На лѣвой сторонѣ груди 2-хъ годовалое пятно: въ окружности его тактильная чувствительность при 30; на пятнѣ = 40, болевая = 50. На животѣ на пятнѣ тактильная = 30, болевая = 40.

На ногахъ на самыхъ старыхъ пятнахъ термическая чувствительность почти нормальна. На новыхъ же пятнахъ понижена довольно значительно. Этотъ странный, повидимому, фактъ объясняется тѣмъ, что раньше больной (по словамъ д-ра Рейснера, завѣдывающаго приютомъ) аккуратно втиралъ въ ноги мазь изъ balsam gurgum, и чувствительность затѣмъ возрѣднѣла; потомъ уже больному надоѣло лечиться, тѣмъ болѣе, что грозныхъ явленій болѣзни не давала, и когда появились новыя пятна, онъ уже не лечилъ ихъ. Я и самъ съ д-ромъ Рейснеромъ его убѣждалъ продолжать леченіе, которое, очевидно, благоприятно дѣй-

стывает на него; но онъ и слышать не хотѣлъ: по его мнѣнію не стоило, болѣзни и такъ не страшна. На пятнахъ, находящихся въ области os sacrum (которая уже давно у него — почти одновременно съ большими пятнами ногъ — но онъ не могъ ихъ втирать bals. gur.) термоанестезія довольно значительная.

На трехлѣтнихъ пятнахъ бедра болевая чувствительность около 40 — 50, тактильная около 30.

На голеняхъ годовалыхъ пятна, едва возвышающіяся надъ кожей, съ оранжевымъ оттѣнкомъ имѣютъ болевую чувствительность = 30 и даже меньше (25). Тактильная при 20.

На нормальныхъ съ виду частяхъ кожи голеней и бедеръ болевая чувствительность = 20. Самое старое пятно праваго бедра (сверху оно доходитъ до lig. Poupart.) имѣютъ болевую чувствительность = 100 — 130.

На пятнахъ, которыя болѣе не лечилъ, въ области glut.— болевая чувствительность = 50 — 60.

Діагноз: lepra maculosa; основанія для него заключаются въ пятнахъ съ разстройвами чувствительности.

Характеръ и особенності: Пятна начали появляться почти сразу и на лбу, и на рукахъ и на ногѣ. — Новыя пятна имѣютъ условимое аппаратомъ д-ра Кульбина разстройство болевой и тактильной чувствительности. — Чувствительность нѣкоторыхъ пятенъ подъ вліяніемъ леченія возстановилась почти до норм.

№ 20.

Татьяна Д., 66 лѣтъ, старовѣрка, замужняя; имѣетъ 5 дѣтей. Изъ Рижскаго пріята. Съ прокаженными приходилось имѣть общеніе; одна прокаженная была ей хорошо знакома. Заболѣла около 6 лѣтъ назадъ; показались пятна на лицѣ, на подбородкѣ и на спинѣ; исчезли довольно скоро.

Stat praes. Больная ниже средняго роста, правильнаго сложенія и довольно плохого питанія, причѣмъ жировая подкладка почти отсутствуетъ; кожа желтовата, морщиниста. На лицѣ были пятна, но мѣста ихъ почти совершенно незамѣтны.

На рукахъ и на спинѣ въ разныхъ мѣстахъ разбросаны различной величины пятна, состоящія изъ розоватаго края съ атрофической кожей и почти нормальной серединой. На правомъ предплечьѣ на 2 сант. влѣво отъ средней линіи возвышаются надъ кожей нѣсколько узловатыхъ утолщеній (4—6), изъ которыхъ верхнее наибольшее, находится на 3—4 сант. ниже локтевого сгиба, величиною съ полное ржаное зерно; остальные ниже и меньше — по той же линіи. Очевидно, они представляютъ утолщенія нерва; во всякомъ случаѣ до кровеносныхъ сосудовъ отношенія не имѣютъ. Подъ лѣвой лопаткой, кромѣ того — овальное пятно красно-коричневаго цвѣта, возвышающееся надъ уровнемъ кожи; края его довольно широки, а центръ небольшой; пятно представляеть какъ бы часть пятна, причѣмъ остальная часть, видна видѣ атрофической кожи съ небольшою пигментацией. Въ верхней части спины, слѣва выше лопатки, вблизи позвоночника — небольшое пятно, имѣющее мѣстами коричневую кожу, мѣстами рѣзко бѣлую.

Въ правой сторонѣ спины, на уровнѣ послѣднихъ реберъ, два небольшихъ пятна частью рѣзко-бѣлаго цвѣта.

На лѣвой голени въ средней части нѣсколько невозвышающихся пятенъ. На тылѣ стопы пятна представляютъ частью островки пигмента изолированныя, частью около пальцевъ скучено нѣсколько пигментныхъ пятнышекъ, имѣющихъ темно-коричневую окраску, и образующихъ родъ пятна. На правой голени сзади, въ средней части, кольцевидныя пятна, не возвышающіяся, рѣзко пигментированныя по краямъ. На стопѣ разсыяны пятнышки пигмента.

Исслѣдованіе чувствительности. На пятнахъ около рта чувство холода и тепла понижено. Тактильная и болевая чувствительность нормальны: тактильная = 20, болевая = 30. На пятнахъ спины чувствительность также понижена, за исключеніемъ обезвѣченныхъ мѣстъ верхнихъ пятенъ около лопатки и шеи. Въ области правой лопатки (на розоватомъ пятнѣ) тактильная чувствительность = 80, болевая = 85.

На пятнахъ около шеи болевая = 130 — 150; тактильная же получается даже при легкомъ надавливаніи иглою инструмента, въ цифрахъ же не получены результаты: при 100 = 0.

На пятнахъ съ 2 различными частями, пигментированная

имѣть тактильную чувствительность = 45—50, болевую = 50—60, на обезвѣченной части въ совершенно бѣлыхъ мѣстахъ болевая чувствительность = 190, въ болѣе пигментированныхъ = 140, а въ имѣющей видъ бѣлаго рубца = 50—60 болевая, тактильная = 40—50. Въ другихъ мѣстахъ пятна имѣютъ тактильную чувствительность, полученную и перомъ и карандашомъ.

На пятнахъ правой голени чувство холода и тепла понижено. На лѣвой стопѣ на тылѣ почти нормальная чувствительность къ теплу и холоду.

Болевая чувствительность на правой голени на пигментномъ пятнѣ = 100, тактильная слабо понижена. На тылѣ лѣвой стопы болевая и тактильная чувствительность почти нормальны.

Диагнозъ: *lepra maculosa*. Основанія его заключаются въ пятнахъ съ расстройствами чувствительности, хотя и не большими.

Характеръ и особенности. Пятна въ 6 лѣтъ почти одинаково распространились на всѣ области тѣла.—Чувствительность понижена сравнительно незначительно.

№ 21.

Андрей Д., 71 года, латышь, лютеранскаго вѣроисповѣданія, вдовецъ послѣ 2-й жены.

На счетъ своей болѣзни ничего не можетъ сказать, такъ какъ до послѣдняго времени пятенъ своихъ не замѣчалъ. Поступилъ въ Рижскій пріютъ въ январѣ 1894 г.

Stat. praes. Большой несвагого роста, крѣпкаго тѣлосложенія и довольно плохого питанія.

N. n. ulnares in sulc. ulnar. замѣтно диффузно утолщены.

На правомъ предплечьѣ спереди въ средней части почти круглое пятно сант. 4 въ диаметръ съ оченъ темными приподнятыми краями (темно-коричневые съ синевато-малиновымъ оттѣнкомъ). Выше находятся отдѣльно 2 небольшихъ пятнышка 3—4 мил.—диаметр. Средняя часть большого пятна имѣетъ синевато-красный цвѣтъ кожи (на этомъ мѣстѣ были ставлены послѣдовательныя мушки д-ромъ Рейснеромъ для изслѣдованія гноя на

лепрозныя бациллы. Бациллъ найдено не было). На лѣвомъ предплечьѣ немного ниже локтевой складки на наружной сторонѣ — пятно, очевидно, слившееся изъ 2-хъ (одно около 2 сант. діам., другое 1 сант.). Большее имѣетъ не приподнятые края и не вездѣ рѣзко ограниченное отъ нормальной кожи; центръ слабо пигментированъ, цвѣтъ пятна немного свѣтлѣе, чѣмъ на правой рукѣ.

На лѣвомъ бедрѣ въ нижней части пятно, похожее на пятно лѣваго предплечья, только величина его около 5 сант. диаметра, форма же неправильная.

На правой голени сади въ верхней трети пятно въ 3—4 сант. диаметра; края его въ 1/2 сант. ширины пигментированные, слегка возвышающіеся.

Изслѣдованіе чувствительности. На пятнахъ рукъ пониженная чувствительность къ теплу, и полная анестезія къ холоду. Полная потеря болевой и тактильной чувствительности. Пятно правой голени: анестезія къ холоду; тепло частью потеряно, частью сильно понижено. Полная анестезія, и сильное пониженіе тактильной чувствительности. Пятно лѣваго бедра: чувство холода вездѣ потеряно; тепло вездѣ понижено, болевая чувствительность совершенно потеряна, тактильная оченъ сильно понижена.

Диагнозъ: *lepra maculosa*. Основанія для него заключаются въ анестетичныхъ кольцевидныхъ пятнахъ.

Характеръ и особенности: Локализанія пятенъ на рукахъ и ногахъ совершенно одинаковая въ отношеніи количества пятенъ.— Видна симметричность пятенъ.—Тактильная чувствительность поражена менѣе болевой.

№ 22.

Миннадора Е., 30 лѣтъ, старовѣрка, незамужняя. Изъ Рижскаго пріюта. Отецъ больной также въ пріютѣ съ *lepra tub.* Пятна первый разъ замѣтила 1 годъ назадъ во время беременности.

Stat. praes. Большая несвагого роста, правильнаго сложения и довольно плохого питанія; подкожный жировой слой раз-

вить слабо. На правомъ предплечьѣ съ внутренней стороны, въ нижней части его находится пятно почти равномерно окрашенное; различіе въ окраскѣ центральной части и периферической только въ интенсивности ея, именно: первая окрашена болѣе синевато-малиновымъ цвѣтомъ. На лѣвомъ плечѣ снаружи, почти въ срединѣ—пятно съ коричневатыми краями, которые въ нѣкоторыхъ частяхъ пятна, какъ бы сматы, и ихъ нельзя прослѣдить.

На лѣвомъ бедрѣ немного выше колѣна—небольшое пятно, а подъ нимъ начинается пятно, охватывающее все колѣно и спускающееся до *crista tibiae*, причемъ края его слегка возвышаются надъ нормальной кожей, а внутреннія части пятна слабо пигментированы.

Исследование чувствительности. На пятнѣ праваго предплечья—полная термоанестезія. Болевая чувствительность = 190. Тактильная—очень сильно понижена. На пятнѣ лѣваго плеча также—полная термоанестезія. Болевая чувствительность = 130. Тактильная на нѣкоторыхъ мѣстахъ = 80; въ общемъ же сильно понижена. На пятнахъ лѣваго бедра въ однихъ мѣстахъ полная термоанестезія, въ другихъ чувствительность сильно понижена. Болевая совершенно потеряна. Тактильная—сильно понижена, почти отсутствовать.

Диагноз: *lepra maculosa*. Основанія для него заключаются въ пятнахъ съ разстройствомъ чувствительности.

Характеръ и особенности: Какъ на рукахъ, такъ и на ногахъ распространеніе пятенъ почти одинаковое въ отношеніи количества пятенъ.—Тактильная чувствительность поражена менѣе болевой.

№ 23.

Иванъ А., 74 лѣтъ, латышъ, лютеранскаго вѣроисповѣданія, вдовецъ. Въ Рижскомъ приютѣ съ января 1894 года. О времени появленія пятенъ ничего сказать не можеть, такъ какъ до самаго послѣдняго времени (до поступленія въ приютъ) не замѣчалъ ихъ. Во время пребыванія въ приютѣ однажды появился *remphig'*оидный пузырь на правомъ предплечьѣ.

Stat. praes. Больной невысокаго роста, правильнаго тѣлосложенія и довольно плохого питанія.

На правомъ предплечьѣ, начиная отъ средины вверхъ—пятно сант. 5 діаметр. блѣдно-розоваго цвѣта съ коричневатыми краями. Въ средней части пятна есть и обезцвѣченная мѣста среди розоваго фона.

На правой голени немного выше мышелка *fibulae*—пятно сант. 3 въ діаметрѣ, крапчатое по краямъ и немного въ срединѣ; края болѣе коричневатые. На лѣвомъ бедрѣ сади почти въ срединѣ—пятно около 5 сант. діаметромъ съ блѣдно-розовато-коричневымъ краемъ и почти нормальной серединой.

Исследование чувствительности. На пятнахъ праваго предплечья полная термоанестезія. Болевая чувствительность = 0 при 350; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ боль при 300. Тактильная сильно понижена. На пятнѣ правой голени также полная термоанестезія. Болевая чувствительность = 200. Тактильная понижена, но не сильно (чувствуетъ карандашъ). На пятнѣ лѣваго бедра полная термоанестезія. Болевая чувствительность = 180—200. Тактильная понижена не сильно.

Диагноз: *lepra maculosa*. Основанія для него—кольцевидная пятна съ разстройствомъ чувствительности.

Характеръ и особенности. На ногахъ пятенъ больше, чѣмъ на рукахъ.—Тактильная чувствительность поражена менѣе болевой.

№ 24.

Ева Б., 44 года, латышка, лютеранскаго вѣроисповѣданія, вдова. Въ Рижскомъ приютѣ съ ноября 1893 г. Больная служила 5 лѣтъ вмѣстѣ съ депрозимъ у одного хозяина.—Первыя пятна появились осенью 1893 года, т. е. незадолго до поступленія въ приютъ. Эти пятна показались на тѣлѣ въ разныхъ мѣстахъ по рассказамъ, какъ то сразу. Нѣкоторыя пятна уже исчезли во время пребыванія въ приютѣ.

Stat. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, и довольно хорошаго питанія.

Въ трехъ нижнихъ четвертяхъ спины, за исключениемъ области позвоночника, находится довольно много пятенъ небольшихъ, но сливающихся между собою, такъ что нормальной кожи немного. Цвѣтъ ихъ розовато-коричневый; они выдаются надъ уровнемъ кожи и въ центрѣ на нихъ есть болѣе свѣтлая средина. Встрѣчаются пятна и въ области glut. На ногахъ спереди остались плоскія пятна отъ бывшихъ возвышенныхъ, преимущественно на бедрахъ.

Исслѣдованіе чувствительности. На спитѣ чувство холода и тепла сохранено. Болевая чувствительность = 150 — 170 — 200. Между тѣмъ самое незначительное прикосновение иглой чувствуется—какъ прикосновение. На лѣвомъ предплечьѣ (были пятна во все предплечье; прошли пришлой осенью). Болевая чувствительность = 60 — 70; тактильная = 50—60.

Диагнозъ: *lepra maculosa*. Основанія для него—существованіе пятенъ съ разстройствомъ чувствительности, хотя и небольшимъ.

Характеръ и особенности. Почти одинаковое количество пятенъ было на рукахъ и ногахъ.—Тактильная чувствительность понижена менѣе болевой.

№ 25.

Грета В., 72 лѣтъ, замужняя, (мужу 72 года) латышка, лютеранскаго вѣроисповѣданія. Въ Рижскомъ пріютѣ съ марта 1893 года. Появленіе пятенъ больная не замѣтила, но судя потому, что около 3 лѣтъ тому назадъ ее доктора всю осматривали и ничего ненормального не находили, можно заключить, что болѣзнь тянется, вѣроятно, не болѣе 3 лѣтъ.

Stat. praes. Больная среднего роста, правильнаго тѣлосложенія и довольно хорошаго питанія. На правой щекѣ—кругловатое пятно безъ рѣзкихъ границъ отъ нормальной кожи; средина его красновато-малиноваго цвѣта съ небольшими синеватымъ отливомъ.

На правой рукѣ—большія сливные пятна, занимающія цѣлыя области и доходящія до середины ладоней. Края въ нѣкоторыхъ

мѣстахъ возвышаются; они желтовато-коричневаго цвѣта, въ нихъ мѣстахъ съ синеватымъ отливомъ. На нѣкоторыхъ мѣстахъ края шелушатся. Центральная часть неравномѣрно пигментирована, во всякомъ случаѣ гораздо менѣе нормальной кожи.

На лѣвой рукѣ пятно сравнительно небольшой величины 3—7 сант. съ тѣми же свойствами, какъ и на правой рукѣ. Около большихъ пятенъ есть и очень незначительная по величинѣ.

Въ нижней части предплечья—большое пятно съ равномѣрной пигментацией. На ладонной и тыльной поверхности кисти тоже разбросаны пятна.

Нѣсколько пятенъ на грудяхъ небольшой величины. Въ нижней части спины также нѣсколько розоватыхъ пятенъ.

На лѣвой ногѣ 4—6 небольшихъ пятенъ, красноватаго цвѣта, слабо возвышающихся.

На правой ногѣ большія пятна разбросаны во всѣхъ областяхъ и имѣютъ широкіе крапчатые края слабо красно-коричневаго цвѣта, частями возвышающіеся. Слабая крапчатость есть и въ среднихъ отдѣлахъ пятенъ. Небольшое пятно—въ верхней части *reg. glut. dext.*—и очень большое—на задней поверхности правой ноги длиною до $\frac{3}{4}$ арш., начинающееся отъ середины бедра и кончающееся въ нижней части голени. Это пятно переходитъ и на переднюю сторону. Средняя часть пятна имѣетъ почти нормальную кожу; есть только слабая пигментация.

Исслѣдованіе чувствительности. Исслѣдованіе производить было крайне трудно вслѣдствіе того, что больная явно не желала его и старалась давать неправильные отвѣты.

На пятнахъ рукъ, въ однихъ—полная термонестезія, въ другихъ—только пониженная чувствительность. На правой рукѣ, на мѣстѣ почти нормальной кожи, болевая чувствительность отъ 150 — 250 въ различныхъ мѣстахъ. Полная почти анальгезія на предплечьяхъ.

На лѣвой рукѣ болевая чувствительность на пятнахъ = 0 при 300. Тактильная—сильно понижена.

На пятнѣ лѣвой груди болевая чувствительность = 200.

На правомъ бедрѣ, на пятнахъ болевая чувствительность = 190 — 250. Вату же чувствуетъ довольно хорошо при легкомъ прикладываніи. На пятнѣ правой щеки болевая чувствительность = 150.

Диагноз: *legra maculosa*. Основания для него—пятна сь разстройством чувствительности.

Характеръ и особенности: количество пятенъ почти одинаково на рукахъ и ногахъ. Въ 3 года болѣзнь уже заняла 4 конечности.—Пятна на ладоняхъ.

№ 26.

Христина И., 71 года. Ревельскаго уѣзда, вдова, лютеранскаго вѣроисповѣданія. Изъ приюта въ Неннальѣ.

Первое пятно появилось въ правой сторонѣ лба около 6 лѣтъ назадъ. Уже около 5 лѣтъ пятно на верхней губѣ.

Stat praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложения и довольно плохого питания.

На лѣвой щекѣ, вблизи нижняго вѣчка—небольшое пятно сь бѣловато-розоватыми краями, легкой пигментацией и почти нормальной серединой. На правой сторонѣ лба пятно сь тѣмъ-же характеромъ, но края въ одномъ мѣстѣ прерываются, такъ что оно представляетъ собственно $\frac{3}{4}$ кольца. На верхней губѣ—небольшое пятно сь красноватыми краями неправильной формы. На шеѣ сь лѣвой стороны въ области *trigon. submaxillare*—тоже кольцевидное пятно, причѣмъ половина краевъ возвышается надъ кожей, половина—плоская. Цвѣтъ краевъ красновато-коричневый. Средина у всѣхъ этихъ пятенъ, какъ будто, цвѣтомъ не отличается отъ нормальной кожи.

На тылѣ кисти правой руки, собственно говоря, немного выше *artic. radio-carpal.*, видна дуга вогнутостью книзу, состоящая изъ возвышеннаго края, какъ бы не полнаго пятна; цвѣтъ края красно-синеватый. При внимательномъ осмотрѣ оказывается, что ниже этого края, кожа слабо атрофирована, и замѣтенъ переходъ кожи въ нормальный цвѣтъ. Края же снизу цѣтъ.

На наружной поверхности лѣваго плеча, немного выше локтя—пятно длиною около 6—7 сант. и шириною 3—4 сант.; края его красно-коричневатыя; въ нижней половинѣ пятна они сматы или кое-гдѣ возвышаются.

На лѣвомъ предплечьѣ—2—3 небольшихъ (меньше 1 сант.) инфильтрованныхъ пятен, всадѣ одного цвѣта. Въ области лѣ-

ваго плечевого сустава—пятно, величиною почти сь ладонь, причѣмъ края тоже видѣ отдѣльныхъ немногихъ островковъ. На правой ягодицѣ въ срединѣ—небольшое пятно сь широкими синевато-малиновыми краями и немного обезвѣченнымъ центромъ.

На лѣвомъ бедрѣ, на передней поверхности около средины высоты—пятно, величиною сь ладонь; середина—атрофическая, и кое-гдѣ оставшіеся островки коричневато-красныхъ краевъ.

На лѣвой стопѣ снаружи, въ области голено-стопнаго сочлененія, продолговатое пятно около 4—5 сант. длины и 3—4 сант. ширины сь красновато-коричневымъ краемъ, довольно интенсивной окраски. Край немного возвышается и довольно широкъ (около 1 сант.).

На правой голени въ нижней трети—пятно, занимающее болѣе половины окружности голени и 5—6 сант. ширины. Снизу къ нему прилегалъ въ области голено-стопнаго сочлененія пятно въ 3 коп. монету. Они имѣютъ тотъ же характеръ, какъ и на лѣвой ногѣ. Средина типична во всѣхъ пятнахъ ногъ, края на большемъ пятнѣ въ верхнихъ отдѣлахъ кое-гдѣ исчезли.

Ислѣдованіе чувствительности. На пятнахъ лица чувство холода и тепла понижено, причѣмъ на пятнѣ верхней губы какъ будто—нормально.

На лѣвой щекѣ болевая чувствительность около 100. Тактильная немного понижена.

На лбу болевая чувствительность при 250 = 0. Тактильная—сильно понижена. На верхней губѣ болевая чувствительность около 150. Тактильная—около 100.

На правой рукѣ и ногахъ почти полная потеря чувства холода и тепла.

Болевая чувствительность на лѣвомъ плечѣ при 300 = 0. Тактильная довольно сильно понижена.

На лѣвомъ плечевомъ суставѣ болевая чувствительность = 0. Тактильная довольно сильно понижена.

На шеѣ болевая чувствительность = 0 при 250.

На правомъ предплечьѣ болевая чувствительность = 300; тактильная сильно понижена.

На правой ягодицѣ болевая чувствительность = 350 (чувств. не ясно).

На лѣвомъ бѣдрѣ болевая чувствительность = 0. Тактильная сильно понижена. (Исследоваль карандашемъ и ватой).

На лѣвой голени болевая чувствительность = 300; тактильная понижена.

На правой голени болевая чувствительность = 350; тактильная понижена; (вату чувствуетъ не при грубомъ прикосновении).

Діагнозъ: *legra maculosa*. Основанія для него — пятна съ разстройствомъ чувствительности.

Характеръ и особенности. На ногахъ пятенъ почти столько же, сколько и на рукахъ.

Тактильная чувствительность понижена менѣе болевой.

№ 27.

Ульяна Б., 78 лѣтъ, старовѣрка, вдова; въ Рижскомъ приютѣ съ марта 94 года.

Болезнь началась пятномъ на лѣвой голени, появившемся уже 8 лѣтъ тому назадъ.

Stat. praes. Больная невысокаго роста, правильнаго тѣлосложения и довольно хорошаго питанія. На лѣвой голени въ нижней части находится небольшое (сант. 2—3 діам.), пятно—типичное съ красно-коричневымъ краемъ и обезцвѣченнымъ центромъ. Края—немного возвышающіяся и состоятъ какъ бы изъ отдѣльных, а не сплошныхъ возвышеній.

Исслѣдованіе чувствительности. На пятнѣ чувство холода и тепла понижено. Болевая чувствительность въ центральной части = 130—140, а въ нѣкоторыхъ = 100—110—120. Въ возвышающемся краѣ болевая чувствительность = 70—80, тактильная чувствительность также понижена, но незначительно. (Въ цифрахъ нельзя было добиться результата, исследуя ватой).

Діагнозъ: *legra maculosa*. Основаніе для него — пятно съ разстройствомъ чувствительности, хотя и не большимъ.

Характеръ и особенности. Единственное пятно—на голени.

№ 28.

Варвара Ш., 71 года, латышка, вдова, лютеранскаго вѣроисповѣданія; въ Рижскомъ приютѣ съ апрѣля 1893 г. Время появленія пятенъ больная не знаетъ.

Stat. praes. Больная средняго роста, крѣпкаго тѣлосложения и хорошаго питанія. На правой голени снаружи, немного ниже середины высоты, находится нѣсколько небольшихъ папулокъ, окруженныхъ овальнымъ блѣдымъ рубцомъ. На этомъ мѣстѣ было типичное пятно, вырѣзанное д-ромъ Рейснеромъ. Вблизи этого рубца 2 небольшихъ пятнышка, изъ которыхъ одно приподнято надъ уровнемъ кожи и, собственно, заслуживаетъ названія папулы.

Исслѣдованіе чувствительности. Рубецъ имѣетъ почти нормальное ощущеніе тепла и пониженное ощущеніе холода. Тактильная чувствительность = 45, въ окружности = 25. Болевая чувствительность = 60.

Окружающіе пятнышки и папула имѣютъ пониженную чувствительность къ теплу и холоду, но не большую. Тактильная чувствительность возвышающагося пятна = 25, въ плоскихъ = 35. Болевая чувствительность = 30—35.

Діагнозъ: *legra maculosa*. Основаніе для него—пятно (уже вырѣзанное) съ разстройствомъ чувствительности, хотя небольшимъ.

Характеръ и особенности. Единственное пятно—только на голени.

№ 29.

Анна Я., 75 лѣтъ, нѣмка, лютеранскаго вѣроисповѣданія, незамужняя; въ Рижскомъ приютѣ съ января 1894 года.

По словамъ больной пятна замѣтила уже нѣсколько лѣтъ назадъ.

Stat. praes. Больная невысокаго роста, сутуловатая, очень плохого питанія; подкожный жировой слой во многихъ мѣстахъ отсутствуетъ; больная, вообще, очень слаба.

На правомъ бѣдрѣ на внутренней сторонѣ, въ области коленного сочлененія и ниже—пятно, представляющее собственно

массу пигментных пятнышек коричневатого цвета на общем фоне красновато-коричневого оттенка; кожа вследствие этих пятнышек имеет крапчатый вид, причем по краям пятнышки как бы гуще. Некоторые пятнышки шелушатся.

N. p. ulnares. Обѣих сторонъ слегка утолщены и сильно болѣзненны на ощупь.

Исследование чувствительности. На пятнѣ правой ноги чувствительность къ теплу и холоду понижена, причемъ къ холоду больше.

Болевая чувствительность на пятнѣ почти вездѣ отсутствовать = 250—300 = 0. Надъ венами же чувствительность = 160—200. Тактильная сильно понижена (ватой и перомъ чувствуетъ прикосновение).

Диагнозъ: *legra maculosa*. Основаніе для него—пятно съ устройствомъ чувствительности.

Характеръ и особенності. Пятно только на ногѣ. Тактильная чувствительность поражена менѣе болевой.

№ 30.

Екатерина Н., 82 лѣтъ, старовѣрка, вдова. Въ Рижскомъ пріютѣ съ января 1893 года.

Болезнь началась около 3 лѣтъ тому назадъ пятнами на ногахъ.

Stat. praes. Больная невысокаго роста, сутуловатая, довольно плохого питанія.

Кожа вялая и морщинистая; подкожный жировой слой почти отсутствуетъ. На лицѣ и лбу—пятна розовато-краснаго цвета, почти сплошь возвышающіяся.

На обѣихъ рукахъ—различной величины пятна съ красновато-коричневыми краями и съ обезцвѣченной центральной частью. Сильно выраженная атрофія мышцъ кистей рукъ. *Nn. ulnares*—замѣтно утолщены. Всѣ пятна довольно сильно инфильтрованы. На груди нѣсколько пятенъ типичнаго вида (кольцевидныя).

На спинѣ разбросаны пятна съ возвышающимися краями и различнымъ образомъ обезцвѣченныя въ центрѣ. На ногахъ масса крупныхъ пятенъ, только болѣе пигментированныхъ, причемъ самый пигментъ темно-коричневый и на бедрахъ крапчатый съ синеватымъ оттенкомъ. На стопахъ, на тылѣ и подошвѣ тѣ-же пятна, причемъ на подошвахъ они сплошь пигментированы съ темно-синимъ оттенкомъ. Пятенъ меньше, и они блѣднѣе въ *region. glut.* и на задней поверхности ногъ.

Исследование чувствительности. На пятнахъ щекъ и лба встрѣчается полная термоанестезія, но чаще только сильно пониженная чувствительность къ теплу и холоду. На пятнахъ щекъ при 150 болевая чувствительность = 0. Около праваго глаза на щекѣ при 150 боли нѣтъ, а больная жалуется, что это мѣсто болитъ.

На лбу и подбородкѣ при 150 болевая чувствительность также = 0. Между тѣмъ больная чувствуетъ хорошо самое нѣжное проведеніе ватой. Даже исследованиемъ кончикомъ карандаша и иголкой даетъ ощущение прикосновения при самомъ легкомъ дотрогиваніи до кожи. На большихъ пятнахъ рукъ полная термоанестезія въ центрѣ и относительная въ краяхъ пятенъ. На пятнахъ правой руки при 200 болевая чувствительность = 0. Тактильная чувствительность суммированная. На пятнахъ лѣвой руки небольшая боль при 250—300. Тактильная чувствительность также суммированная.

На лѣвой лопаткѣ—блѣдноватое пятно съ возвышающимися краями имѣетъ полную анальгезію.

Въ верхней части спины справа—равномѣрно красно-коричневое пятно съ болевой чувствительностью = 90—95; часть же пятенъ болѣе блѣдноватая съ чувствительностью = 170 (болевая).

Нѣкоторыя пятна спины съ блѣдноватой серединой имѣютъ болевую чувствительность = 350—370, а на нѣкоторыхъ мѣстахъ = 200—300.

На правомъ плечевомъ суставѣ сзади—блѣдноватое пятно и съ полной анальгезіей. На пятнахъ обѣихъ лопатокъ тактильная чувствительность отсутствуетъ; на другихъ пятнахъ, въ однихъ мѣстахъ отсутствуетъ, въ другихъ понижена. На пятнахъ ногъ почти вездѣ—полная термоанестезія; только на одномъ пятнѣ лѣваго бедра понижена чувствительность къ теплу и хо-

лоду. На пятнах лѣвой ноги полная потеря болевой и тактильной чувствительности. На пятнах правой ноги также оба вида чувствительности — потеряны. На правой подошвѣ вся задняя треть представляет сплошное равномерно синевато-малиновое пятно; такое-же пятно на лѣвой подошвѣ. Эти пятна продолжаютсѣ также на всѣ выдающіяся области подошвы и мякоти пальцев. Всѣ виды чувствительности потеряны; даже нѣтъ вибраціонной чувствительности. При сильномъ надавливаніи карандашемъ чувствует боль только на нѣкоторыхъ мѣстахъ, особенно на заднихъ частяхъ подошвы; пальцы же не чувствуют и сильнаго давленія.

Діагнозъ: *lepra maculosa*. Основанія для него — пятна съ разстройствомъ чувствительности.

Характеръ и особенности. Болѣзнь длится всего 3 года, началась пятнами на ногахъ и за это время распространилась уже почти на всѣ области тѣла. — На подошвахъ также есть пятна. — Потеряна въ нѣкоторыхъ мѣстахъ вибраціонная чувствительность. — Во многихъ мѣстахъ можно констатировать меньшее пораженіе тактильной чувствительности.

№ 31.

Анна Ш., 76 лѣтъ, латышка, лютеранскаго вѣроисповѣданія, вдова послѣ 2-го мужа. Въ Рижскомъ приютѣ съ января 1894 года. Передъ поступленіемъ въ приютъ жила 9—10 мѣсяцевъ въ *Armenhaus's*, гдѣ и замѣтила первая пятна, черезъ 2 недѣли послѣ поступленія. Первое пятно около *tendo Achillis* съ внутренней стороны вблизи лодыжки.

Stat. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и довольно плохого питанія. Жировая подкладка развита слабо.

На задней сторонѣ лѣвой голени, въ срединѣ ея высоты — кругловатое пятно стм. 8—9 діаметромъ; центръ немного пигментированный, а края имѣютъ крапчатость видѣ коричневыхъ пятнышекъ. Крапчатость небольшая и въ центрѣ пятна. Такого-же

характера пятна въ области *t. Achill.* только меньше по величинѣ.

Исслѣдованіе чувствительности. Ощущеніе холода потеряно въ верхнемъ пятнѣ и понижено вокругъ пятна. Въ нижнихъ ощущеніе холода только понижено. Чувство тепла только понижено на всѣхъ пятнахъ. Болевая чувствительность на всѣхъ пятнахъ отъ 130 до 200, на различныхъ частяхъ. Чувство прикосновения понижено. Иглой не чувствуетъ, палецъ же и вату чувствуетъ.

Діагнозъ: *lepra maculosa*. Основанія для него — пятна съ разстройствомъ чувствительности.

Характеръ и особенности. Высыпь проказы только на лѣвой ногѣ; продолжается болѣзнь 2½ года.

№ 32.

Настасья С., 71 года, старовѣрка, вдова. Въ Рижскомъ приютѣ съ марта 1894 года.

Пятна свои больная не замѣчала и, конечно, не знаетъ, когда они появились. Давно уже больная ощущаетъ постоянную зябкость.

Stat. praes. Больная небольшого роста, правильнаго тѣлосложенія и довольно хорошаго питанія.

На всемъ лицѣ разбросаны розовато-красныя пятна безъ рѣзкихъ границъ, слабо возвышающіяся надъ кожей. На лѣвомъ плечѣ большія розовато-красныя пятна; внутри слабо обесцвѣченныя; края ихъ трудно различить вслѣдствіе сильной морщинистости кожи и слабой окраски пятенъ. На правой рукѣ тоже. Сильная атрофія then. и *m. m. inteross.* обѣихъ рукъ.

На указательномъ пальцѣ правой руки отсутствуетъ 3-я фаланга, уничтоженная безъ язвъ; палецъ распухалъ, фаланга ногтевая свободно двигалась внутри; больная дала разрѣзать, и кость вынули; по ея словамъ, кость была какъ бы изъѣдена. На срединѣ пальцѣ исчезла 3-я фаланга разсасываніемъ. Кожа правой голени почти вся сильно утолщена, сильно пигментирована пят-

нами, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ пигментъ почти черный. Кожа плотна въ нижней половинѣ голени. На лѣвой ногѣ пигментация начинается ниже и кончается на тылѣ стопы. Ногти на обѣихъ ногахъ сильно измѣнены.

Исслѣдованіе чувствительности. На пятнахъ лица тактильная чувствительность = 25—30. Чувство холода на пятнахъ рукъ совершенно потеряно, чувство же тепла только сильно понижено. На пятнахъ праваго плеча тактильная чувствительность = 15—20, болевая = 30—40. На пятнахъ предплечій тактильная чувствительность = 40, болевая — 50. На среднемъ пальцѣ болевая чувствительность = 100—150. На другихъ = 30—50 на разныхъ мѣстахъ.

На пятнахъ лѣваго плеча тактильная = 50, болевая = 100. На пятнахъ предплечья тактильная = 20—30, болевая = 40—50. На пальцахъ болевая = 15—20. На пятнахъ спины термоанестезія неполная, но все же довольно значительная. Болевая чувствительность = 120—130, въ нѣкоторыхъ же мѣстахъ болевая = 80, тактильная = 70.

Правая голень и стопа до коленной имѣютъ полную термоанестезію, на бедрѣ же только пониженная чувствительность; впрочемъ наружныя и переднія стороны нижней части бедеръ тоже имѣютъ полную анестезію къ теплу, на внутренней же сторонѣ чувство тепла только понижено.

На лѣвой голени распределе́ніе чувства холода слѣдующее: стопа, передняя, боковая наружная часть голени абсолютно не чувствуютъ холода приблизительно до *crista tibiae*, а внутри холоды чувствуютъ и до средины голени; сзади же анестезія къ холоду не выше *tendo Achillis*, выше же—чувствительность только понижена.

На внутренней сторонѣ обѣихъ ногъ чувствительность лучше, чѣмъ на другихъ поверхностяхъ.

Правая голень въ нижней половинѣ не представляется собственно толще, но кожа ея совершенно деревяниста на ошупъ и сросена съ подлежащими частями. Болевая чувствительность на голени, на пигментированныхъ мѣстахъ отъ 200 и до 130 (на иныхъ мѣстахъ не чувствуетъ и 200). Прикосновеніе карандашомъ и даже игою чувствуетъ на нѣкоторыхъ мѣстахъ. На лѣвой

голені болевая чувствительность = 130—160, а въ иныхъ мѣстахъ = 90—100. Тактильная чувствительность = 50—70.

Діагнозъ: *lepra maculosa (et mutilans)*. Основанія для него—пятна съ разстройствомъ чувствительности. Кромѣ того, расщепленіе фаланги одного пальца и панариій на другомъ (окончившійся вылуценіемъ фаланги) даютъ основаніе признать и существованіе мутилирующей проказы.

Характеръ и особенности. Высыпь проказы занимаетъ по расположенію почти всѣ области тѣла.—Тактильная чувствительность поражена менѣе болевой.

№ 33.

Марія Э., 21 года, дѣвушка, эстонка, Юрьевского уѣзда, лютеранскаго вѣроисповѣданія. Поступила въ пріютъ въ Мули 13 Октября 1892 года. Больна 17 лѣтъ. Прокаженныхъ видѣла часто, и нѣкоторые изъ нихъ (ея родственники), могли указать за нею въ дѣтствѣ.

Болезнь началась пятнами на правомъ бедрѣ съ наружной стороны и одновременно на передней поверхности лѣваго предплечья; когда же, по словамъ больной, пятна перешли на наружную сторону предплечья, то на передней—пропали. Пробыли пятна на лѣвой рукѣ лѣтъ 9. Черезъ годъ послѣ начала болѣзни пятна появились на груди и животѣ. Видъ пятенъ былъ слѣдующій: синевато-красныя края и обезцвѣченная середина. Въ общемъ болѣзнь шла слѣдующимъ образомъ: появившіяся пятна увеличивались во всѣхъ направленіяхъ, обезцвѣченная середина также увеличивалась и, такимъ образомъ, въ 14 лѣтъ пятна обошли все тѣло, за весьма незначительными исключеніями, гдѣ и осталась чувствительность.

Мышцы лѣвой руки стали атрофироваться собственно съ начала болѣзни 14 лѣтъ назадъ; на правой же рукѣ 5 лѣтъ назадъ 3 года тому назадъ, когда еще не всѣ пятна пропали, стали появляться, на пораженныхъ уже разъ мѣстахъ, новыя пятна съ другимъ характеромъ, которыя и находятся въ настоящее время.

Лѣвая голень уже 4 года представляетъ разлитое утолщеніе кожи. 5 лѣтъ назадъ изъ большого пальца правой ноги вы-

шли 2 кости, одна из конца пальца, другая гораздо больше первой, с боку пальца. 2 и 3 пальца также лишались небольших косточек: один 2 года, другой годъ назад, причемъ послѣ выпадения костей, раны заживали очень скоро. Нагноение на всѣхъ 3 пальцахъ шло одинаково, конечно, большой палецъ больше опухать. На лѣвой ногѣ кнаружи отъ мизинца вышли 2 довольно большихъ куска кости. На пятнѣ съ боку tend. Achill. 2 года назадъ образовалась язва, а годъ назадъ другая—съ другой стороны; изъ обѣихъ выходило по кости.

Stat. praes. Больная среднего роста, крѣпкого тѣлосложения, и довольно хорошаго питанія; подкожный жирный слой развитъ порядочно. На обѣихъ щекахъ сильно развиты сосуды кожи, причемъ на правой—кромѣ того ясно замѣтна инфильтрація кожи, болѣе синеватой, чѣмъ окружающія части. Кожа надъ бровями розоватаго цвѣта. На носу, кромѣ вышеописаннаго развитія сосудовъ кожи, слѣва отъ ребра носа начинается довольно рѣзкой инфильтратъ, твердой консистенціи, рѣзко ограниченный, немного коричневататаго цвѣта, діаметромъ съ 10 коп. монету, незначительно выдающийся надъ кожей. На подбородкѣ нѣсколько рѣзкихъ инфильтратовъ (почти узловъ), небольшихъ и замѣтныхъ болѣе при ощупываніи, чѣмъ на взглядъ. Брови и рѣсницы нормальны, но глазная щель при закрываніи глазъ = около $\frac{1}{2}$ сант., одинаково на обѣихъ глазахъ. Движенія лицевыхъ мышцъ только слѣдующія: слабое подниманіе бровей и оттягиваніе въ стороны уголковъ рта; другихъ движеній нѣтъ.

Кисти рукъ представляютъ типичную картину main en griffe. Прежде всего бросается въ глаза ненормально малый размѣръ ладоней для ея возраста. Кромѣ того на лѣвой рукѣ замѣчается слѣдующее: всѣ пальцы меньше нормы, а мизинецъ, имѣя всѣ 3 фаланги, по размѣрамъ представляетъ палецъ 7—8 лѣтняго ребенка; разгибается онъ только до 45° , и съ виду нормальный ноготь его имѣетъ 8 милл. длины и 8 милл. ширины, (круто спускаясь съ боковъ). Окружность пальца на уровнѣ середины ногтя около 4 сант.; 3 и 4 палецъ не разгибаются въ первомъ межфаланговомъ сочлененіи, а указательный во второмъ.

На правой мизинцѣ ноготь имѣетъ 11 милл. длины и 10 ширины (боковые края круто спускаются), причемъ ногтевая фаланга ясно дѣтскихъ размѣровъ. Правая рука покрыта

нами почти вся такъ, что нормальная кожа только островками; на лѣвой же пятна отсутствуютъ на передней и частью передне-внутренней сторонѣ руки. Цвѣтъ пятенъ равномерный, (нѣтъ краснѣ и срединѣ); на правой рукѣ, свѣтло-коричневатый, на лѣвой, болѣе темный. Только на лѣвомъ плечѣ есть пятно, въ которомъ можно отличить болѣе свѣтлую средину съ почти нормальной кожей. На пятнахъ только въ немногихъ мѣстахъ, можно замѣтить розоватый оттѣнокъ. На ладоняхъ пятенъ нѣтъ.

Свѣтло-оранжево-коричневая пятна того же характера, находятся въ области правой лопатки, причемъ края ихъ едва выдаются надъ уровнемъ сосѣдней рѣзко-бѣлой кожи. Ниже лѣвой лопатки разбросаны небольшія (около 1 сант.), немного возвышенныя, свѣтло-розоватая пятна. Существуютъ оранжево-коричневая пятна и въ другихъ областяхъ спины, разбросанная въ беспорядкѣ. На груди и животѣ пятна того же характера, но въ меньшемъ количествѣ.

Regines glut. почти сплошь покрыты рѣзко красно-коричневыми пятнами. На ногахъ разбросаны такія же пятна, занимающія цѣлыя области, какъ напр., почти все лѣвое бедро. Свободна отъ пятенъ наружная сторона праваго бедра. Пятна находятся на голенихъ, на тылѣ стопъ и на подошвахъ.

Обѣ ноги не могутъ extens'ировать стопу; движенія стопъ въ стороны слабы, особенно кнаружи. Немного ниже tend. Achill. на лѣвой ногѣ, съ обѣихъ сторонъ находятся 2 язвы, одна—существующая 1 годъ, другая—2. Изъ нихъ, какъ выше сказано, выходила кости. Язвы не болятъ. На лѣвой голени—elephantiasis; здѣсь волоса развиты очень сильно, хотя и тонки; многіе достигаютъ 2 сант. длины, а большинство—1 сант. и больше. На правой—нормальной голени, волосъ гораздо меньше и они короче.

Обезцвѣченныя мѣста кожи, гдѣ нѣтъ послѣднихъ пятенъ, но были прежнія, не представляютъ никакихъ ненормальныхъ явленій: ни атрофіи кожи, ни потери эластичности. Существуютъ только отсутствіе пигмента, и то не на всѣхъ мѣстахъ.

Ислѣдованіе чувствительности. На волосяной части головы всѣ рода чувствительности нормальны. На лицѣ существуетъ небольшое пониженіе болевой только около уголковъ рта и у края волосъ; въ остальныхъ мѣстахъ нормальны всѣ рода чув-

ствительности, не смотря на то, что первичныя пятна обошли все лицо.

Прежде чѣмъ описывать дальнѣйшія аномалии чувствительности, упомяну сначала тѣ мѣста, гдѣ всѣ рода чувствительности были найдены неизмѣнными, и кожа которыхъ представляетъ нормальную пигментацию. Очевидно, на нихъ не было и первичныхъ пятенъ. Эти мѣста слѣдующія: 1) Боковыя стороны шеи—области величиною съ половину ладони. 2) Подмышечныя впадины и сосѣдняя кожа рукъ и грудной кѣтки, на которой эта область идетъ внизъ и не доходитъ на 2 пальца до *crista illii*. 3) Отъ пупка кверху идетъ поперечная полоса, нормально пигментированная, шириною около 3 пальцевъ, обходящая справа до позвоночника, а слева до *linea axillaris*. 4) На спинѣ отъ предыдущей линіи внизъ по позвоночнику до половины *os sacrum* идетъ полоса, еще шире предыдущей. 5) На спинѣ, на обѣихъ лопаткахъ внизъ и кнаружи — идутъ вышеупомянутые розоватыя инфильтраты полосой также съ нормальной чувствительностью. 6) Паховыя области, промежность и верхне-внутреннія части бедеръ.

Всѣ рода чувствительности отсутствуютъ на пальцахъ и кистяхъ рукъ; на предплечьяхъ тактильная есть въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, причѣмъ лучше чувствуется на обезвѣченныхъ мѣстахъ кожи, чѣмъ на пятнахъ, и еще лучше въ локтевой складкѣ.

На туловищѣ также, на обезвѣченныхъ мѣстахъ лучше чувствительность, хотя пониженная. По позвоночнику чувствительность очень слабо понижена. Въ *region. glut.* слабо сохранена только тактильная чувствительность.

На бедрахъ всѣ виды чувствительности отсутствуютъ. На голенихъ чувствуетъ слабо только прикосновеніе, и то въ немногихъ бѣлыхъ мѣстахъ кожи. Также чувствуетъ немного прикосновеніе сбоку лѣвой стопы, около пальцевъ.

Діагнозъ: *lepra tuberosa post l. anaesthetica*. Основанія для него слѣдующія: ранѣе существовавшія пятна, *paragiti* и язвы на ногахъ, атрофіи мышцъ, *lagophth. paralyt.* и послѣдующія пятна другого характера, очевидно, *leprae tuberosae*.

Характеръ и особенности: Болѣзнь, начавшись одновременно пятнами на рукахъ и ногахъ, обошла все тѣло въ 14 лѣтъ. Въ это время образовались и атрофіи мышцъ со склерозомъ

кожи пальцевъ, и *paragiti* на ногахъ.—Послѣ извѣстнаго времени (14 лѣтъ) на мѣстахъ, гдѣ были пятна, появились новыя, но другого характера. Послѣ полного развитія пятенъ остались все же поощаженными болѣзнями подмышечныя впадины, паховыя области и локтевыя складки.

Тактильная чувствительность менѣе поражена во многихъ мѣстахъ.—Нормальное развитіе пальцевъ рукъ было задержано при существованіи анестезіи.

№ 34.

Анна Т., 19 лѣтъ, эстонка, Феллинскаго уѣзда, дѣвица, лютеранскаго вѣроисповѣданія. Изъ пріюта въ Ненналь. По разсказамъ родныхъ, болна уже 8 лѣтъ. Началась болѣзнь кольцевидными пятнами; одно было на лѣвой щекѣ, другое въ области лѣваго колѣна. Болѣзнь шла 4 года такимъ образомъ, что пятна просуществовать недѣли 2—3 исчезали, потомъ снова появлялись на 2—3 недѣли и т. д.; такъ все шло до тѣхъ поръ, пока она однажды у плиты обожгла лѣвое колѣно; послѣ этого пятна стали распространяться и довольно скоро были уже на 4 конечностяхъ. Величина же пятенъ была небольшая, хотя они были похожи, по словамъ больной, на карты земного шара. 3 года тому назадъ стали появляться коричневатая сплошная пятна. 4 года тому назадъ пальцы лѣвой руки довольно быстро согнулись ввидѣ когтеобразной руки, но послѣ продолжительнаго употребленія настойки изъ *rad. sassaparill.* (принимала около 1/2 года) пальцы выпрямились.

Stat praes. Болная немного ниже средняго роста, правильнаго сложенія и довольно хорошаго питанія.

На лицѣ замѣчается слѣдующее: при закрываніи глазъ, на правомъ—остается щель діаметромъ 3—4 милл.; лѣвая глазная щель смыкается, но при изслѣдованіи—полная слабость нижняго вѣка. Когда это произошло, больная не знаетъ. Движенія мимическихъ мышцъ очень слабы; морщить лобъ совершенно не можетъ. Тоже не знаетъ, когда случилось. Вообще, лицо представляется какъ бы опухшимъ, хотя замѣтныхъ инфильтратовъ нѣтъ; переднія части щекъ—красно-коричневаго цвѣта, заднія же

болѣе коричневатая, хотя, вообще, пигментъ не очень интенсивный. Лобъ также коричневатый; нормальная складка кожи — замѣтно сглажены и, вообще, лобъ кажется опухшимъ. При движеніяхъ рта замѣтно фибриллярное дрожаніе мышцъ. Ладонь лѣвой руки, имѣетъ немного утолщенный эпидермисъ; особенно увеличены валики нормальнаго складка кожи. Минциецъ не совсѣмъ разгибается; движенія остальныхъ пальцевъ нормальны. Въ пальцы, за исключеніемъ указательнаго, отстали въ ростѣ сравнительно съ правой рукой, и всѣ они тоньше. Минциецъ представляетъ палецъ 11—12 лѣтней дѣвочки, сильно утончаясь къ концу. Then., hypoth. и m. m. inteross. атрофированы, хотя немного.

Обѣ руки, какъ на предплечьяхъ, такъ и на плечахъ покрыты пятнами коричневаго цвѣта различной интенсивности, причемъ на предплечьяхъ пятна коричневатѣе. Ихъ настолько много, и они занимаютъ столько пространства, что нормальная кожа кажется маленькими островками среди моря пятенъ. На плечахъ можно замѣтить, что болѣе периферическія части пятенъ имѣютъ болѣе интенсивную окраску, чѣмъ розовато-коричневая средняя часть пятна.

На ладоняхъ пятенъ нѣтъ, тылъ же занятъ ими.

На плечахъ пятна кончатся въ кожѣ срединнн deltoidei; выше же разбросаны небольшія пятна слабо розовато-коричневаго цвѣта.

На спинѣ 3—4 пятна въ разныхъ мѣстахъ диаметромъ около 4 сант.; середина ихъ начала обезцвѣчиваться. Кромѣ того разбросано еще нѣсколько пятннхъ около 1 сант. діам. слабо-розовато-коричневаго цвѣта.

На груди въ различныхъ мѣстахъ — нѣсколько большихъ пятенъ, невозвышающихся надъ кожей, очень слабо-розовато-коричневаго цвѣта, однородныхъ во всѣхъ частяхъ и неопредѣленныхъ очертаній.

Нижне грес. xiphoidei. лежитъ пятно немного оранжеваго цвѣта неопредѣленныхъ очертаній съ ясно замѣтно инфильтраціей. Около подмышечныхъ ямокъ — также неопредѣленная желто-оранжевая пятна.

Regiones glut. — синеваго коричневаго цвѣта; на os sacrumъ кожа бѣлаго цвѣта. На обѣихъ ногахъ разсѣяны довольно обильно коричневатая пятна, между которыми нормальная кожа. И на

бедряхъ и на голеняхъ картина одинакова. На лѣвомъ козгнѣ рубцы отъ бывшихъ ожоговъ.

Исслѣдованіе чувствительности На щекахъ и лбу, на пятнахъ чувство холода въ однихъ мѣстахъ отсутствуетъ, въ другихъ понижено. На нормальныхъ съ виду мѣстахъ — нормальная чувствительность. Чувство тепла на лѣвой щекѣ болѣе понижено, чѣмъ на правой (ненормальность кожи щекъ существуетъ на лѣвой 8 лѣтъ, на правой 5 лѣтъ). Вообще тепло только понижено.

Болевая чувствительность на лбу = 100. На щекахъ — 160 не дасть боли. Тактильная чувствительность на лбу = 80—90.

Правая рука. Температурная чувствительность потеряна на обѣихъ рукахъ, на первой фалангѣ пальцевъ, на ладонѣ, за исключеніемъ средней части, гдѣ есть слабая чувствительность; потеряна въ нѣкоторыхъ мѣстахъ тыла кисти, на всемъ предплечьѣ и плечѣ, за исключеніемъ локтевой складки и передней поверхности плеча, гдѣ чувствительность только понижена. На предплечьѣ и плечѣ — на пятнахъ и въ свѣтлыхъ промежуткахъ — чувствительность одинакова.

Болевая и тактильная чувствительность на рукахъ въ слѣдующемъ видѣ: на 2 и 3 фалангахъ пальцевъ тактильная = 60 болевая = 70; на первыхъ фалангахъ и ладоняхъ при 200 = 0. На тылѣ кистей болевая = 0; тактильная сильно понижена; перомъ не чувствуетъ ничего; суммирован. есть — ватой чувствуетъ при грубомъ проведеніи по кожѣ. На предплечьяхъ болевая = 0, тактильное ощущение получается только слабо, ватой при грубомъ поглаживаніи. Въ локтевыхъ складкахъ боли не чувствуетъ, тактильная чувствительность сильно понижена.

На плечахъ также боли почти нигдѣ не чувствуетъ; тактильная же сильно понижена: карандашъ чувствуетъ при глубокомъ вдавленіи, вату при грубомъ проведеніи. Нѣтъ разницы въ отношеніи чувствительности въ бѣлыхъ мѣстахъ и пятнахъ. Только на плечахъ есть бѣловатая мѣста съ почти нормальной чувствительностью.

На груди въ области angul. Ludov. на мѣстѣ бывшаго 6 лѣтъ пятна — полная анестезія къ холоду, и только пониженная къ теплу; на другихъ мѣстахъ, на пятнахъ груди — слабо пониженная чувствительность къ теплу и холоду.

На возвышающемъ пятнѣ живота пониженная чувстви-

тельность къ теплу и холоду. Въ нижней части живота, отдѣляясь отъ здоровой кожи меньшимъ содержаніемъ пигмента, находится пространство полной термоанестезіи.

Болевая чувствительность на пятнахъ груди = 100, тактильная = 80—90. На пятнѣ живота слабая боль при 350—400, тактильная же ощущается при 100, что большая ясно констатируется.

На задней сторонѣ шеи на позвоночникѣ есть небольшая область—мѣсто бывшаго пятна, гдѣ чувство холода замѣтно понижено, тепло-же—незначительно. На пятнахъ спины термоанестезія весьма незначительная.

Болевая чувствительность отсутствуетъ на шеѣ, на бывшемъ пятнѣ (оно слабо обезвѣчено); на спинѣ, на пятнахъ и на здоровой съ виду кожѣ—болевая чувствительность понижена: отъ 140—150 и до 200 на нѣкоторыхъ пятнахъ (на пятнѣ желтаго цвѣта). Тактильная чувствительность почти нормальна и на пятнахъ. Въ region. glut. и обѣихъ ногъ термоанестезіи нѣтъ только въ слѣдующихъ мѣстахъ: на правой ягодицѣ немного чувствуетъ тепло, и на стопахъ около пальцевъ; на пальцахъ чувствуетъ и тепло и холодъ почти нормально. И на пятнахъ и на здоровой съ виду кожѣ бедра нѣтъ чувствительности, вѣроятно, потому, что раньше на ногахъ были 3/4 года сплошные пятна.

На лѣвой ягодицѣ болевая и тактильная чувствительность отсутствуютъ; на правой—тактильная чувствительность хорошо замѣтна при 100—150, а болевая при 300; на заднихъ поверхностяхъ ногъ нѣжное прикосновеніе ваты чувствуетъ, а болевая чувствительность = 0. Карандашъ чувствуетъ при довольно глубокомъ надавливаніи. Конечно, вибраціонная чувствительность есть. На передней поверхности бедра также болевая чувствительность = 0, тактильная: вату чувствуетъ при слабомъ прикосновеніи, карандашъ при довольно глубокой ямкѣ, хотя все же различно на разныхъ мѣстахъ.

Голені имѣютъ абсолютную аналгезію, и полную потерю тактильной чувствительности, такъ какъ при сильнѣйшемъ надавливаніи карандашемъ на tibia ничего не чувствуетъ; суммированной чувствительности также нѣтъ; есть только вибраціонная.

И на пятнахъ и на кожѣ, съ виду здоровой, чувствительность одинакова. На подошвахъ въ срединнотренихъ частяхъ болевая чувствительность совершенно нормальна = 150. На тылѣ

пальцевъ не чувствуетъ боли, а на подошвенной сторонѣ чувствительность тоже нормальна.

Диагнозъ: lepra tuberosa (пятнистый періодъ) post lepr. maculos. Основанія для него: типичная пятна бугорковой проказы, но парезъ m. m. orbicular. palr. нижняго вѣка и нѣкоторыхъ mimическихъ мышцъ, а въ анамнезѣ пятна другого характера, и послѣ нихъ въ наличности анестезія нѣкоторыхъ областей.

Характеръ и особенности. Послѣ пятнистаго періода проказы наступилъ новый пятнистый съ другимъ характеромъ.—Пятна снова появились на мѣстахъ уже бывшихъ пятенъ.—Тактильная чувствительность во многихъ мѣстахъ поражена гораздо меньше болевой.—Нѣкоторые пальцы отстали въ развитіи.—Распределеніе пятенъ вездѣ почти одинаковое.

№ 35.

Эмилия К., 73 лѣтъ, нѣмка, лютеранскаго вѣроисповѣданія, незамужняя. Въ Рижскомъ приютѣ съ іюня 92 года.

Болезнь началась 4 года назадъ появленіемъ анестезіи на пальцѣ лѣвой руки. Пятна существуютъ уже 3 1/2 года.

Stat. praes. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и довольно хорошаго питанія. Кожа дряблая; подкожный жировой слой развитъ порядочно.

На всемъ тѣлѣ больной разсыяно въ беспорядкѣ довольно много различнаго вида и величины пятенъ,—общій характеръ которыхъ слѣдующій: на большихъ пятнахъ оранжево-красныя, возвышающіеся, или плоскіе края, на нихъ пятнахъ крапчатые, и обезвѣченная средина пятна. Края, болѣею частью, довольно широки. Небольшія пятна возвышаются сплошь и имѣютъ розоватую окраску. Чѣмъ выше на тѣлѣ пятна, тѣмъ розоватѣе и вѣтъ преобладаетъ, чѣмъ ниже—тѣмъ болѣе появляется коричневатая окраска. Лѣвый p. ulnar. значительно утолщенъ, правый меньше.

Исслѣдованіе чувствительности. Большія пятна (напр., на спинѣ) имѣютъ полную анестезію къ теплу и холоду, но не на всѣхъ мѣстахъ; въ нихъ сохранилась небольшая чувствительность; края

пятень чувствуют лучше. (Многія изъ пятень въ теченіе болѣзни исчезали и потомъ появлялись вновь). На пятнахъ лба тактильная чувствительность=20—30, а болевая=40—50. На лѣвой щецѣ (на пятнѣ) тактильная=40, болевая=60. На пятнахъ рукъ (предплечья и плечъ) болевая чувствительность=200—250. На ногахъ тоже болевая чувствительность около 200—250 на центральныхъ частяхъ кожи.

Діагнозъ: *lepra tuberosa* (пятнистый періодъ). Основанія для него: пятна съ широкими краями коричневатого, красноватого и оранжеваго оттѣнка, различно обезвѣченной серединой и съ разстройствомъ чувствительности.

Характеръ и особенности. Въ 4 года болѣзнъ распространилась уже почти на всѣ области тѣла.

№ 36.

Анна Г., 70 лѣтъ, лютеранскаго вѣроисповѣданія, вдова; въ Рижскомъ приютѣ съ 1 іюня 1894 года.

Болѣзнъ началась въ 93 году осенью пятнами на лбу, появившимися съ лихорадкой.

Stat. praes. Больная ниже средняго роста, слегка сутуловатая, очень плохого питанія; подкожный жировой слой во многихъ мѣстахъ отсутствуетъ. Кожа дряблая, мускулы атрофированы.

На лицѣ во многихъ мѣстахъ—небольшія пятна красноватаго цвѣта, многія однородныя во всѣхъ частяхъ; нѣкоторыя коричневатого цвѣта. Всѣ возвышаются надъ кожей.

Все туловище и руки большой покрыты обильно массою пятенъ, небольшихъ по величинѣ и почти одинаковыхъ по окраскѣ; свѣтло-коричневатыя края и обезвѣченная середина; края возвышаются всѣ надъ уровнемъ кожи и нѣкоторыя шелушатся. На ногахъ характеръ пятень тотъ-же, только цвѣтъ дѣлается изъ коричневатого, въ коричнево-багровый, особенно въ нижнихъ отдѣлахъ ногъ (голени и стопы). Въ нижнихъ частяхъ спины, *region. glut.* и ногахъ количество пятень меньше.

Исслѣдованіе чувствительности. На пятнахъ лица, туловища

и рукъ въ общемъ—пониженіе довольно сильное чувства холода и замѣтно меньшее пониженіе къ теплу. (На пятнахъ груди и рукъ даже почти полная анестезія къ холоду). На пятнахъ лица тактильная чувствительность=20—30. На лѣвой рукѣ (на пятнахъ) болевая чувствительность различна: на разныхъ мѣстахъ=100—140—150—200, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ при 350 ощущать боль. На пятнѣхъ спины въ однихъ—полная анестезія, а въ другихъ=250—300 Тактильная чувствительность понижена немного.

На пятнахъ ногъ термоанестезія небольшая. Болевая чувствительность=200—250.

Діагнозъ: *lepra tuberosa* (пятнистый періодъ). Основанія для него: пятна съ разстройствомъ чувствительности и слѣдующимъ видомъ: сильно инфилтрованными широкіе края съ коричневатымъ оттѣнкомъ, и различнымъ образомъ обезвѣченная центральная часть.

Характеръ и особенности. Въ 2 года высыпь проказы заняла почти всѣ области кожи.

№ 37.

Софія В., 84 лѣтъ, нѣмка, лютеранскаго вѣроисповѣданія, вдовѣтъ 2-ой разъ. Въ Рижскомъ приютѣ съ 93 года. Первое пятно на лѣвомъ бедрѣ замѣтила 3 года назадъ.

Stat. praes. Больная средняго роста, правильнаго сложения и довольно плохого питанія; подкожный жировой слой развитъ незначительно.

На лбу и правой щецѣ у большой—нѣсколько пятень съ неопредѣленными границами, причемъ на лбу цвѣтъ ихъ бѣловато-розовый, а на щекахъ красноватый, кромѣ того на лбу разбросано нѣсколько небольшихъ узловъ, плотныхъ на ошупь. (Образовались осенью 94 года.—Д-ромъ Рейсперомъ найдены Hansen'овскія бациллы).

На лѣвомъ плечѣ сзади и сверху продолговатое пятно сент. 10 длины съ блѣдными желто-коричневыми краями и почти

нормальной срединой. Кожа всего пятя немного шелушится. В нижней части плеча снаружи несколько изолированных бугорков, твердых на ощупь и почти не выдающихся над кожей; цвет их желтоватый. Почти на симметричном мѣстѣ праваго плеча небольшое пятно такого-же характера, какъ и на лѣвой рукѣ. На правой груди около соска кругловатое пятно желовато-коричневаго цвѣта.

На лѣвой ногѣ нѣсколько довольно большихъ пятенъ того-же характера. На правой ногѣ ихъ меньше.

Въ *region. glut.*, на задней и наружной частяхъ ногъ 5 довольно большихъ пятенъ того-же характера. Есть пятно также и въ промежности.

Изслѣдование чувствительности. На пятнахъ лба и щекъ неполная термоанестезія. Болевая чувствительность = 70—80—100. На пятнѣ лѣваго плеча, на бугоркахъ и на предплечьѣ — относительная термоанестезія. Болевая чувствительность на пятнѣ плеча = 330. Ни иглы, ни карандаша, ни ваты не ощущаетъ. Полная тактильная анестезія; существуетъ только ощущение при сильномъ давленіи.

На пятнѣ правой руки, вообще, тоже относительная термоанестезія, но въ нѣкоторыхъ мѣстахъ полная анестезія. Полная анальгезія: при 400 = 0. Тактильная также почти отсутствуетъ. На пятнѣ правой груди чувство холода отсутствуетъ, ощущение тепла сильно понижено. Болевая — отсутствуетъ. Тактильная очень сильно понижена.

На пятнахъ обѣихъ ногъ и *region. glut.* почти полная анестезія къ холоду, и пониженная чувствительность къ теплу. На пятнахъ лѣваго бедра болевая чувствительность = 0 при 350. Тактильная сильно понижена.

На пятнѣ голени болевая чувствительность = 0 при 300, тактильная сильно понижена. На правой голени болевая чувствительность при 300 = 0. Тактильная сильно понижена. Чувствуетъ сильное давленіе карандаша.

Діагноз: *lepra mixta*. Основанія для него: пятна състройствомъ чувствительности и присутствіе бугорковъ.

Характеръ и особенності. Въ 3 года почти всѣ области тѣла заняты лепрозной сыпью.

Тактильная чувствительность въ нѣкоторыхъ мѣстахъ поражена менѣе болевой.

№ 38.

Агафонъ П., 75 лѣтъ, старовѣръ, вдовецъ. Въ Рижскомъ приютѣ съ марта 94 года.

Приблизительно уже 2 года, какъ больной замѣчалъ при проведеніи рукой по затлаку какия-то неровности въ кожѣ.

Stat. praes. Больной очень высокаго роста, коренастаго тѣлосложенія и очень хорошаго питанія; мускулатура его развита значительно; жировая подкладка въ достаточномъ количествѣ.

На лбу больнаго рѣзкія глубокія морщины, твердая на ощупь и не разглаживающаяся даже пассивно — очевидно, онѣ инфилтрованы; цветъ ихъ нормальный. Такія же складки — инфилтраты есть и на носу. На верхнемъ вѣкѣ праваго глаза сильное утолщеніе его края, причѣмъ рѣсницы имѣютъ очень тонкіе волоса, почти — *lanugo*. Такія же рѣсницы на всѣхъ вѣкахъ.

По всему туловищу и верхнимъ конечностямъ сплошь почти разсыпаны пятна и возвышающіяся бляшки тѣстоватой консистенціи; нѣкоторыя имѣютъ видъ пятенъ съ возвышенными только краями. Цветъ ихъ различный: на рукахъ болѣе интензивный, красновато-малиновый, на животѣ и спинѣ свѣтлѣе; на спинѣ есть оранжевія и коричнево-красныя съ очень небольшимъ синеватымъ оттѣнкомъ. Нормальная кожа только на выдающихся частяхъ лопатокъ и въ *sac. axillar.*, причѣмъ на лѣвой сторонѣ нормальная полоса идетъ внизъ до конца реберъ, частью ия и до половины лѣваго плеча. Въ нижней части *os sternum* также свободная отъ пятенъ область. Въ разныхъ частяхъ туловища собственно пятна уже болѣе походятъ на узлы. Нужно замѣтить, что на туловищѣ и верхнихъ конечностяхъ участки здороваго кожи, хотя и не всѣ, но очень многіе имѣютъ кожу въ однихъ мѣстахъ розоватую, въ другихъ розовато-краснаго цвѣта, причѣмъ она, или нормальной, или же въ нихъ мѣстахъ тѣстоватой консистенціи — инфилтрирована, и тогда уже на этомъ измѣненномъ основаніи располагаются возвышающіяся пятна, бляшки, инфилтраты и узлы. Въ *region. glut.* и на нижнихъ конечностяхъ разсыпаны коричневаго цвѣта возвышающіяся бляшки,

большинство мелких и меньшая часть более крупных. В region glut. некоторые бляшки скорее заслуживают названия узлов. На голених разсыпаны также небольшие пятна. На правой — немного выше середины; на задней поверхности пятно сплошного синевато-коричневого цвета. При внимательном осмотре оно состоит из пятнышек синеватого цвета на общем желтоватом фоне; пятнышка легко кровоточат при уколе. Такое же пятно находится на задней стороне левого бедра величиною с 20 коп. монету.

Исследование чувствительности. На лбу на валиках складок болевая чувствительность = 90—100.

На руках бляшки и пятна частью имеют полное отсутствие чувствительности к холоду, частью только понижение ее. Тепло только понижено. На пятках в верхней части спины (оранжево-коричневатым широким краем и беловатая почти нормальная средняя часть) ощущение холода частью потеряно, частью существует суммированное. Чувство тепла понижено. На некоторых пятнах больной ощущает жар, как боль. В общем ощущение тепла и холода на спине понижено. Болевая чувствительность на верхних конечностях везде понижена, и на пятках и в промежутках. В общем цифры болевой чувствительности на разных местах получаются различные: 130—150—160—175—200. Тактильная чувствительность = 130—140—150. Болевая чувствительность на местах, повидому, нормальных = 90—130—140—300. Тактильная = 100—80. На пальцах, (высыпи нет) болевая чувствительность = 70. На пятках и инфильтратах спины получены следующие цифры болевой чувствительности: 0—300—290—250—230, на различных местах пяте и на различных пятках и инфильтратах. Тактильная чувствительность понижена весьма незначительно и не соответствует нигде болевой чувствительности. На пятке правой голени чувство холода потеряно, чувство тепла сильно понижено.

Диагноз: lepra tuberosa (бугорковый и еще пятнистый период ея). Основания для него: некоторые пятна, переходящие в узлы и чистые инфильтраты и узлы.

Характер и особенности. В 2 года высыпь проказы заняла

почти все области тела. — Наклонность падать подмышечная впадины и паховая области. — Тактильная чувствительность понижена заметно менее болевой.

Кроме вышеописанных больных я исследовал, в 3 приступах 12 чистых случаев бугорковой проказы, причем от начала болезни в среднем прошло около 6 лет; все эти больные имели спереди почти в одинаковом количестве на руках и ногах и на малейшей наклонности к преимущественному, или исключительному заболеванию верхних конечностей, я заметить не мог.

Резюмируя результаты исследования всех проказенных, я могу отметить следующее:

1. Характер течения проказы:

а) Во всех 50 исследованных мною проказенных, различных форм (начиная от чистой бугорковой и кончая чистой анестетической), стадий и различного времени заболевания, я не мог заметить ни в одном случае, хотя бы малейшую наклонность к поражению исключительно верхних конечностей, скорее напротив — можно более видеть наклонности к поражению нижних конечностей.

б) Проказы, судя по исследованным случаям, долго не локализуется в одной какой либо области, но поражает, последовательно, части тела, не имея между собой ничего общего. Скорее это будут области другой пары конечностей, но по положению слегка соответствующая предыдущим.

в) Панариции не локализируются только на руках, но совершенно в такой же частоте поражают и пальцы ног. По характеру они могут иногда иметь сходство с панарициями болезни Morgagn'a, но почти всегда при проказе болезненна кость фаланги, хотя кожа безболезненна.

2. Расстройство чувствительности:

а) Первое, что бросается в глаза почти во всех случаях, — это то, что расстройства чувства прикосновения отстают от остальных видов чувствительности. Это отставание в не-

которых случаях выражено весьма резко. Другими словами: при проказѣ почти постоянное явление — диссоціація, если подъ ней подразумѣвать только относительную, но не полную сохранность чувства осязаниа.

б) Законовъ расстройства чувствительности, особенныхъ для проказы, вывести мнѣ не удалось, и это, вѣроятно, невозможно, такъ какъ и въ этомъ отношеніи проказа выказываетъ свою полную беспорядочность расстройства чувствительности. Достаточно сказать, что я въ 2 случаяхъ могъ наблюдать среди полной аналгезіи большой области — мѣста съ относительно небольшою аналгезіей.

с) Существованіе суммированной чувствительности, которое, конечно, относится не къ одной проказѣ.

Объ этомъ фактѣ много было сказано выше.

д) Существованіе (весьма вѣроятно) отдѣльнаго вида чувствительности вибраціонной. Объ ней также было сказано выше.

Насколько мои изслѣдованія прокаженныхъ выяснили вопросъ объ отношеніи проказы къ болѣзни Morvan'a и скрингомалин, я скажу позднѣе, а теперь для лучшаго выясненія различій между проказой и болѣзью Morvan'a, приведу случай послѣдней болѣзни, который я наблюдалъ въ клиникѣ проф. В. М. Тарновскаго ¹⁾.

Больной Ф. М-въ, 34 лѣтъ, изъ Новгородской губерніи, Крестецкаго уѣзда, холостой. Родители умерли въ старости, сестра и братья здоровы. Начало заболѣванія описывать слѣдующимъ образомъ: (при поступленіи въ клинику въ мартѣ 1895 года): лѣтъ 9—10 тому назадъ сталъ замѣчать уменьшеніе силы мышцъ въ обѣихъ рукахъ, которое медленно увеличивалось годъ отъ года. (До этого времени онъ нѣсколько лѣтъ прослужилъ на заводѣ, гдѣ ему приходилось таскать на головѣ очень большія тяжести, вслѣдствіе чего у него образовался даже кифозъ). Одновременно съ ослабленіемъ силы мышцъ стали плохо разгибаться пальцы обѣихъ рукъ.

Черезъ 3 года первый разъ заболѣла послѣдняя фаланга

¹⁾ Докладъ по поводу этого случая въ засѣданіи Рус. Сифил. и Дерматол. Общ. напечатанъ въ протоколѣ Общества за 1894/5 г.

одного изъ пальцевъ и съ тѣхъ поръ одинаково, черезъ длинны промежутки времени заболѣваютъ послѣднія фаланги пальцевъ.

Болѣли 4 фаланги въ слѣдующемъ порядкѣ: 1) средней палецъ лѣвой руки, 2) указательный палецъ лѣвой руки, 3) указательный палецъ правой руки и 4) безымянный палецъ лѣвой руки. Кроме того болѣла большой палецъ правой руки, но дѣло не окончилось отпаденіемъ фаланги, заболѣваніе же локализовалось въ области межфаланговаго сустава. Эти заболѣванія протекали слѣдующимъ образомъ:

Около ногтя съ волярной стороны опухла кожа, дѣлалась скоро крестообразная трещина, которая увеличивалась черезъ нѣсколько дней разворачиваніемъ частей кожи съ подкожной клетчаткой, ткани чернѣли, отпадали кусками, показывалась обнаженная 3 фаланга, отпадавшая довольно скоро, отъ одной до 3-хъ недѣль, язва же заживала отъ 6 мѣс. до 1 1/2 года. Всѣ эти парапит'ин были совершенно безболѣзненны, за исключеніемъ перваго, когда больной чувствовалъ боль около 3 дней.

Въ теченіе 6 лѣтъ, когда болѣли пальцы, появлялись пузыри на рукахъ и спинѣ (въ верхней части), которые содержали кровянистую жидкость, лопались черезъ 3—4 дня, а язвы затѣмъ заживали въ 2—3 недѣли; такой-же пузырь былъ на большомъ пальцѣ правой руки и на концѣ безымяннаго лѣваго, съ котораго начался парапит. этого пальца.

Объективныя данныя слѣдующія: большой средний роста, крѣпкаго тѣлосложенія, но съ нѣкоторымъ уклоненіемъ отъ нормы. Подкожный жировой слой развитъ значительно только на животѣ (который довольно сильно отвисаетъ) и на позвоночникѣ надъ кифозомъ. Сильно вдавленная нижняя часть груди.— Утолщеніе стернальнаго конца правой ключицы.— Лѣвое плечо ниже правого, и лѣвая лопатка болѣе высогитъ.— На рукахъ атрофія then., hypot. и m. m. interossei, небольшая атрофія мышцъ предплечій, плечъ и рѣзкая — плечевого пояса, части спинныхъ и заднихъ шейныхъ мышцъ. На нижнихъ конечностяхъ нѣкоторое ослабленіе силъ мышцъ лѣвой ноги и неправильная походка—небольшое откидываніе лѣвой ноги и покачиваніе при остановкѣ и встаніи больного. Коленные рефлексы немного повышены. На рукахъ рефлексы отсутствуютъ. Въ мышцахъ рукъ, верхней части спины и затылка—постоянныя фибриллярныя подергиванія.

На двухъ изъ болѣвшихъ пальцевъ ногтеи нѣтъ, на другихъ двухъ—они обезображены. Всѣ пальцы полусогнуты, кромѣ указательнаго праваго, который не можетъ быть согнутъ произвольно. На большомъ пальцѣ правой руки 2 фаланга утолщена; на мѣстѣ пузыря—рубецъ. 3-й фаланга нѣтъ на пальцахъ, гдѣ были панариціи, причѣмъ на среднемъ и безымянномъ пальцахъ лѣвой руки нѣтъ и части 2-й фаланги. На предплечьяхъ, плечахъ и верхней части спины расѣяны разной величины рубцы отъ пузырей, съ послѣдовательными язвами. На предплечьяхъ кожа имѣетъ шероховатый видъ—lichen, pilaris. Кифозъ у больного находится на мѣстѣ перехода шейной—въ грудную часть позвоночника; онъ кажется больше отъ жировой подушки, расположенной надъ нимъ.

Измѣненія чувствительности заключались въ слѣдующемъ: полная анестезія всѣхъ родовъ чувствительности на пальцахъ, кистяхъ рукъ, нижней трети передней и почти всей задней стороны предплечій и части задней поверхности шеи и затылка. Относительная же чувствительность (пониженная) на остальныхъ частяхъ рукъ, и верхней части туловища, сзади по горизонтальной линіи, проходящей черезъ верхнія трети лопатокъ, а спереди занимаетъ надключичную область, оставляя свободной всю переднюю поверхность шеи. На головѣ анестетичны, кромѣ затылочной части, также и уши за исключеніемъ conchae.

На нижнихъ конечностяхъ чувствительность нормальна.

Больной пробывъ въ клиникѣ съ перерывомъ (на 3—4 мѣсяца уѣзжалъ въ деревню) болѣе года, причѣмъ измѣненія можно было наблюдать только въ болѣе сильной слабости мышць верхнихъ конечностей.

Парезы мышць верхнихъ конечностей, послѣдовательные рапагіи (безболѣзненные) съ выхожденіемъ фалангъ, нарушеніе всѣхъ родовъ чувствительности—все это говоритъ за діагнозъ болѣзни Morvan'a.

Вотъ эта типичность даннаго случая, болѣзни Morvan'a, и заставила меня описать его подробно для сравненія съ симптомами проказы и ея теченіемъ.

Кромѣ этого случая болѣзни Morvan'a я не могу, не упомянуть еще о довольно типичномъ случаѣ этой болѣзни, находящемся въ настоящее время въ нервномъ отдѣленіи клиники

проф. В. М. Бехтерева. Не могу не принести здѣсь благодарность глубокоуважаемому профессору за разрѣшеніе видѣть и изслѣдовать этого больного, а также и воспользоваться его исторіей болѣзни. Я не буду подробно излагать этотъ случай, скажу только о наиболѣе интересующихъ насъ данныхъ.

Болѣзнь тянется 14 лѣтъ; началась она ослабленіемъ силы въ рукахъ и лѣвой ногѣ. (Годъ передъ этимъ онъ получилъ сильный ушибъ позвоночника въ поясничной части). Вскорѣ образовался пузырь на концѣ указательнаго пальца правой руки, когда-же онъ лопнулъ, то вытекала гнойная съ кровью жидкость, а затѣмъ скоро отдѣлилась и 3 фаланга. Былъ пузырь и на другомъ пальцѣ, но дѣло только этимъ и ограничилось. Въ настоящее время можно отмѣтить слѣдующія важная явленія: сильная атрофія мышць предплечій и кистей рукъ, а также плечевого пояса, но безъ реакціи перерожденія. Почти всѣ пальцы обѣихъ рукъ—полусогнуты.—Сколѣозъ въ правую сторону.—Температурная чувствительность ослаблена, особенно на рукахъ и туловищѣ (во многихъ мѣстахъ съ явленіями извращенія ея) и немного на нижнихъ конечностяхъ. Болея чувствительность понижена также на рукахъ (особенно на плечахъ), въ верхнихъ отдѣлахъ туловища и на наружной поверхности лѣваго бедра. Тактильная чувствительность сохранена вездѣ. Вотъ главные клиническіе факты, которые ясно говорятъ за діагнозъ болѣзни Morvan'a.—Очень важный фактъ здѣсь для отличія отъ проказы—это полная сохранность чувства осязанія, не смотря на 14 лѣтнюю продолжительность болѣзни.

Случайно я имѣлъ возможность видѣть и 3-й случай болѣзни Morvan'a, но уже не столь типичный, находившійся въ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны, въ отдѣленіи проф. О. О. Мочутковскаго. Воспользовавшись любезнымъ разрѣшеніемъ профессора, я и осматривалъ этотъ случай—больную среднихъ лѣтъ. Больна она 4 года, имѣетъ кифосколѣозъ; изъ симптомовъ же болѣзни я отмѣчу только, что въ общемъ этотъ случай можетъ считаться, пожалуй, подходящимъ къ болѣзни Morvan'a, но только одинъ панарицій, бывшій у нея, по рассказамъ, произошелъ отъ вѣшнихъ причинъ. У нея поражена и тактильная чувствительность, но немного; на этомъ собственно и можно только поставить діагнозъ, такъ какъ остальная

расстройства, наблюдающиеся у нея, подходить одинаково и къ синрингомизии.

Теперь намъ предстоитъ рассмотретьъ слѣдующіе 3 вопроса: 1) что общаго между болѣзью Морганъа и проказой? 2) какія между ними различія? и 3) существуютъ ли они настолько, чтобы можно было не признавать болѣзни Морганъа за случаи «attenués ou frustes» проказы, какъ думаетъ д-ръ Zambaco-Pacha.

1. Что общаго между болѣзью Морганъа и проказой?

На этотъ вопросъ я долженъ отвѣтить, что каждый симптомъ, наблюдающийся при болѣзни Морганъа, иногда можетъ встрѣтиться и при проказѣ. Но можетъ ли этотъ фактъ доказывать идентичность обѣихъ болѣзней? Огъ, мнѣ кажется, доказываетъ только, что послѣдствія извѣстныхъ поражений могутъ быть одни и тѣ-же, но не говорить, что причина ихъ одна. Итакъ, вслѣдствіе существованія общихъ симптомовъ, все же можетъ явиться мысль, не играетъ ли роли одна и та же болѣзнь въ ихъ возникновеніи? На этотъ вопросъ послужить отвѣтомъ слѣдующій 2-ой вопросъ:

2. Какія различія между болѣзью Морганъа и проказой? Прежде всего это тѣ проявленія проказы, которыя никогда не встрѣчаются въ болѣзни Морганъа: 1) Пятна кольцевидныя. 2) Пятна обезцвѣченныя на мѣстахъ анестей. 3) Рассасываніе фалангъ безъ язвъ посредствомъ такъ называемаго «osteomalacia leprosa». 4) Estropion paralyticum нижняго вѣка.

Если же мнѣ возражать, что отсутствіе этихъ симптомовъ еще не можетъ говорить противъ проказы, то я могу обратить вниманіе на сущность болѣзни, по сколько она выражается въ теченіи болѣзни и локализациі симптомовъ. Конечно, въ данномъ случаѣ нужно рѣшить, можетъ ли бацилла Hansen'a имѣть ей присущія свойства и характеръ, по которому можно узнать ея пораженія. На этотъ вопросъ можно только отвѣтить утвердительно на основаніи аналогій съ другими инфекціонными болѣзнями; каждая почти имѣетъ свои особенности относительно теченія и локализациі. Что же даютъ намъ изслѣдованія проказы? Мои 50 случаевъ проказы, мнѣ кажется, достаточно рельефно указываютъ что главное свойство проказы поражать отдѣлы кожи и нервовъ въ совершенномъ безпорядкѣ и не локализоваться долгое время въ одной области тѣла.

Нельзя же считать 50 случаевъ недоказательными и видѣть въ этой безпорядочности только случайности. На что же указываетъ эта безпорядочность, какъ не на особенное свойство бациллы Hansen'a, которая не имѣетъ опредѣленныхъ, излюбленныхъ мѣстъ для постоянной локализациі.

Вотъ эта безпорядочность и перебрасываніе поражений съ одной области на другую и можетъ дать, по моему, вѣрныя указанія, что мы имѣемъ дѣло съ проказой. Мнѣ скажутъ, что, отчего же проказа не можетъ поразить только опредѣленной части спинного мозга. На это можно возразить, что у насъ нѣтъ никакихъ основаній предполагать это, зная, что въ поражении кожи и нервовъ, проказа этого не дѣлаетъ. Но извѣстны же случаи, гдѣ проказа поразила только одну часть тѣла?—эти случаи представляютъ тогда остановку процесса, но теченіе проказы всегда будетъ безпорядочно.

Что же мы видимъ въ болѣзни Морганъа? Полную противоположность относительно теченія и локализациі. Болѣзнь Морганъа въ большинствѣ случаевъ локализуется исключительно на верхнихъ конечностяхъ и всѣ расстройства также не идутъ дальше сферы шейнаго утолщенія. Послѣ долгаго промежутка времени (10 и болѣе лѣтъ) болѣзнь можетъ перейти на нижнія конечности, что и было въ моемъ случаѣ, гдѣ небольшой парезъ лѣвой ноги указываетъ на недавнее пораженіе ея, такъ какъ чувствительность еще нормальна. Почему же эта болѣзнь имѣетъ такое теченіе медленное и послѣдовательное? Отвѣтъ на это имѣется: вскрытія, произведенныя до сихъ поръ, показали, что при болѣзни Морганъа процессъ заключается въ медленномъ разрушеніи строга вещества въ шейномъ утолщеніи спинного мозга, съ образованіемъ или полостей, или же склероза этого вещества и послѣдовательнымъ периферическимъ невритомъ. Такимъ образомъ, симптомы и теченіе вполне понятны: заболѣваніе нижнихъ конечностей происходитъ послѣ ряда лѣтъ локализациі на верхнихъ конечностяхъ, что вполне и объясняется пораженіемъ того же характера въ поясничномъ утолщеніи спинного мозга. Почему же получается при болѣзни Морганъа внѣшнее сходство симптомовъ съ проказой? Потому-что при проказѣ обыкновенно поражены проводники—нервы и ихъ концевые аппараты, а въ болѣзни Морганъа—центры этихъ периферическихъ нервовъ; ясно,

что результаты этих поражений — симптомы могут быть схожи между собою. Мне кажется, всё это я достаточно указала на различия между боллезью Morgagn'a и проказой.

Теперь предстоит решить главный вопрос: настолько ли существенны различия, чтобы доказать не идентичность болlezни Morgagn'a с проказой. Так как в этом вопросе содержится вся суть различия мнѣнія д-ра Zambaco расч'и и моего, то для рѣшенія этого вопроса нужно сравнить, насколько его доводи вѣски и насколько мои заслуживаютъ вниманія. Что приводитъ въ пользу своихъ мнѣній Zambaco? Во первыхъ, фактъ совѣстности распространения проказы и болlezни Morgagn'a, и во вторыхъ, чисто внѣшнее сходство поражений. На второмъ доводѣ я останавливаться не буду; его недостаточность слишкомъ очевидна. Первый же доводъ былъ мною также разобранъ, какъ и второй, причемъ мое главное возраженіе заключалось въ томъ, что это доводъ — косвенный, хотя и довольно сильный, но лишь при другихъ прямыхъ доказательствахъ, которыхъ у д-ра Zambaco расч'и не было. Самъ же по себѣ, кромѣ совпаденія, этотъ доводъ ничего не доказываетъ. Почему въ одной области не могутъ развиваться 2 болlezни, хотя внѣшне и похожія одна на другую, но не являющія между собою ничего общаго. Итакъ, оба довода д-ра Zambaco, чисто внѣшніе и совершенно не затрогивающіе общую физиономію и характеръ болlezней. Въ чемъ же заключаются мои возраженія? Я считаю совершенно недостаточнымъ остановиться, какъ на внѣшнемъ сходствѣ, такъ и внѣшнемъ различіи, и затрогиваю, конечно, по возможности, самую сущность обѣихъ болlezней и характеръ, вытекающей изъ этой сущности. Я говорю: симптомы и теченіе болlezней не могутъ выразять общаго характера болlezней, вытекающаго изъ ея сущности, а потому можно этотъ характеръ помѣнить почти во всѣхъ случаяхъ данной болlezни и узнать ее даже въ сомнительныхъ случаяхъ.

Но я не понимаю, какимъ образомъ и подъ влияніемъ какихъ условій болlezнь можетъ совершенно измѣнить свой характеръ настолько, чтобы по своему теченію представлять полную противоположность своему первообразу. А вѣдь болlezнь Morgagn'a и представляетъ такую противоположность проказѣ. Сравнивая съ другими инфекционными болlezнями, мы видимъ,

что ни одна болlezнь не представляетъ такихъ явленій. Наиболее похожая на проказу болlezнь-сифилис не опровергаетъ моего мнѣнія, но скорѣе подтверждаетъ. Въ самомъ дѣлѣ, развѣ не одинъ изъ важнѣйшихъ признаковъ сифилиса при дифференціальномъ діагнозѣ — фокусность поражений, и развѣ сифилис не остается въ этомъ вѣрнѣе себя въ громаднѣйшемъ большинствѣ случаевъ: поражается-ли кожа, или нервная система (периферическая или центральная), или всѣ другіе органы тѣла, онъ характера своего не мѣняетъ. Почему-же? Да потому, что это свойство гипотетической бактеріи сифилиса. Если же мы въ одной болlezни такое свойство, какъ фокусность, ставимъ на видное мѣсто, почему же мы въ другой не должны относиться такимъ же образомъ къ постоянному свойству — безпорядочности локализации. Резюмируя отвѣтъ на 3-й вопросъ о признакахъ, или не признакахъ тождественности болlezни Morgagn'a и проказы, я долженъ сказать, что, по моему мнѣнію, клиническіе симптомы и теченіе болlezней достаточно ясно доказываютъ полное различіе обѣихъ болlezней. Достаточно ли одной клиники для рѣшенія вопроса? Кто признаетъ недостаточность однихъ клиническихъ фактовъ, тотъ долженъ ожидать послѣдующихъ изслѣдованій бактериологическихъ и патолого-анатомическихъ. Но они могутъ рѣшить вопросъ только положительно, въ сторону мнѣнія д-ра Zambaco (нахожденіе бациллъ и лепромъ въ спинномъ мозгу), чѣмъ въ сторону моихъ мнѣній, такъ какъ въ этомъ случаѣ постоянное ненахожденіе бациллъ Hansen'a и лепромныхъ измѣненій въ спинномъ мозгу въ болlezни Morgagn'a все же можетъ кѣмъ нибудь считаться недоказательнымъ (какъ отрицательный фактъ), и вопросъ останется, такимъ образомъ, открытымъ на неопредѣленное время. По моему же мнѣнію, клиническія данныя въ этомъ случаѣ достаточно освѣщаютъ вопросъ о разлччїи болlezни Morgagn'a и проказы. Я не говорю здѣсь отдѣльно о сирингоміэліи, такъ какъ все, что сказано о болlezни Morgagn'a вполне пригодно и для сирингоміэліи, за исключеніемъ частыхъ ранагит'ий при первой болlezни, и болге выраженной диссоціаціи при сирингоміэліи.

Резюмируя результаты всѣхъ моихъ изслѣдованій по вопросу объ отношеніи проказы къ болlezни Morgagn'a и сирингоміэліи, я долженъ придти къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Доводы д-ра Zambaco объ идентичности болѣзни Mogvan'a и сирингомѣліи съ проказой недостаточны для рѣшенія этого вопроса.

2) Со времени докладовъ д-ра Zambaco, вопросъ объ отношеніи проказы къ болѣзни Mogvan'a и сирингомѣліи до сихъ поръ остался открытымъ.

3) Исслѣдованіе всѣхъ формъ проказы указываетъ на главное ея свойство—постоянную безпорядочность въ локализациіи высыпей.

4) Пораженія при проказѣ не занимаютъ долго опредѣленную область тѣла, но послѣдовательно поражаютъ самыя различныя области тѣла. Этотъ характеръ наблюдался мною во всѣхъ изслѣдованныхъ 50 случаяхъ проказы.

5) Клиническая картина болѣзни Mogvan'a и сирингомѣліи по своему теченію прямо противоположна проказѣ, такъ какъ теченіе первыхъ двухъ болѣзней строго послѣдовательное.

6) Такъ какъ клиническія явленія болѣзней указываютъ на ихъ сущность, то по клинической картинѣ можно почти во всѣхъ случаяхъ отличить сказанныя болѣзни одну отъ другой.

7) Различія между клинической картиной проказы и болѣзни Mogvan'a, а также сирингомѣліи, настолько существенны, что, по моему мнѣнію, ясно указываютъ на совершенную обособенность проказы отъ двухъ другихъ болѣзненныхъ формъ.

8) Вопросъ о тѣсной связи между болѣзью Mogvan'a и сирингомѣліей долженъ быть вполнѣ предоставленъ на разрѣшеніе невропатологамъ.

При исслѣдованіи прокаженныхъ я долженъ былъ отмѣтить слѣдующіе факты:

9. Возможно узнать существованіе пареза *m. m. orbicul. palpebrar. нижняго вѣка* (нерѣдко встрѣчающагося при нервной формѣ проказы и довольно характернаго для нея), когда наружныхъ признаковъ пареза еще замѣтить нельзя; для этого можно предложить очень простой способъ, описаніе котораго мною изложено на стр. 54.

10. Въ отношеніи развитія анестезіи при проказѣ надо замѣтить, что тактильная чувствительность поражается всегда менѣе другихъ видовъ чувствительности; но, конечно, въ извѣстной стадіи развитія доходить дѣло и до полной анестезіи.

11. Температурная и тактильная чувствительность имѣютъ свойство, названное мною суммированной чувствительностью: когда ощущение получается только отъ весьма большой суммы раздраженій периферическихъ нервныхъ окончаній, причѣмъ отъ меньшей суммы ихъ не получается никакого ощущенія.

12. Этотъ фактъ указываетъ, что исслѣдованіе тактильной чувствительности, производимое обыкновенно ватой, или кисточкой, есть полученіе не простаго, но суммированнаго, тактильнаго ощущенія, видимая нормальность котораго не можетъ говорить о нормальности истиннаго тактильнаго чувства.

13. Въ кожѣ, повидимому, существуетъ особый видъ чувствительности, названный мною вибраціоннымъ. Исслѣдованія прокаженныхъ убѣдѣли меня, какъ въ его существованіи, такъ и въ независимости его отъ чувства прикосновенія.

14. Существованіе вибраціоннаго чувства, какъ самаго остраго въ кожѣ (что доказываетъ самое позднее его пораженіе при развитіи анестезіи), легко объясняетъ нѣкоторые факты изъ области кожной чувствительности, почти необъяснимые безъ вибраціоннаго чувства.

Въ заключеніе считаю пріятнымъ долгомъ выразить здѣсь свою искреннюю благодарность моему глубокоуважаемому учителю, профессору Веніамину Михайловичу Тарновскому, за выборъ настоящей работы, за тѣ совѣты и указанія, которыми мнѣ пришлось воспользоваться для исполненія этой работы и за мое клиническое образованіе.

Мнѣ пріятно также здѣсь выразить искреннюю признательность глубокоуважаемому приватъ-доценту Ѳедору Константиновичу Трапезникову за полезные совѣты при выполненіи настоящей работы и постоянную готовность помочь словомъ и дѣломъ во время клиническихъ занятій и научныхъ бесѣд.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Въ литературѣ опубликовано столько случаевъ зараженія проказой, что трудно уже доказывать ея незаразительность; спорить можно только объ условіяхъ заразительности и степени ея, зависящей отъ большей, или меньшей восприимчивости человѣка къ проказѣ.

2) При недостаточности нашихъ знаній объ условіяхъ зараженія проказой, нельзя пренебрегать анамнезомъ больного; весьма вѣроятно, что онъ можетъ выяснить очень много.

3) Громадный инкубационный періодъ проказы, признаваемый въ настоящее время (отъ 2—3, и даже до 10 лѣтъ), не можетъ считаться истиннымъ періодомъ инкубациіи, но только періодомъ отъ возможнаго введенія бацилл, или скорѣе споръ ея до видимыхъ проявленій проказы. Періодъ же инкубациіи, по моему мнѣнію, начинается отъ благоприятнаго момента для развитія болѣзни, до видимыхъ проявленій ея. Анамнезъ часто указываетъ этотъ моментъ — въ большинствѣ случаевъ сильную простуду.

4) При прививкѣ проказы животнымъ, нужно ставить ихъ въ возможно естественныя условія жизни; послѣ же прививки непрерывнымъ условіемъ для получения положительнаго результата нужно считать искусственное подверганіе животного простудѣ, голоданію и пр.

5) При леченіи проказы нельзя пренебрегать средствами, которая рекомендовались въ различныя времена, но скоро бросались. Таковы напр.: *rad. sassaparillae*, *ichthyol*, *ol. gypnocardiæ*, *bals. guijum* и др. На однихъ благотворно дѣйствуетъ одно, на другихъ другое; приходится въ такихъ случаяхъ мѣнять средства; въ проказѣ это и возможно, такъ какъ болѣзнь тянется годами.

6) Связь *tabes dorsalis* и *paralysis dementium progressiva* съ сифилисомъ имѣтъ за себя много фактическихъ данныхъ; сущность же этой связи недостаточно объясняется названіемъ «парасифилитической», даннымъ пр. Fournier.

7) Опасность леченія сифилиса внутримышечными инъекціями *hydrarg. salicylic*, болѣе теоретическая, чѣмъ дѣятельная, удобство-же леченія несомнѣнно.

CURRICULUM VITAE.

Геннадій Николаевичъ Кудрявскій, сынъ личнаго дворянина, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ С.-Петербургѣ, въ ноябрѣ 1869 года. Среднее образованіе получилъ въ 6-ой СПб. гимназій, которую окончилъ въ 1888 году. Въ томъ-же году поступилъ въ Императорскую Военно-Медицинскую Академію, которую окончилъ въ 1893 году со званіемъ лекаря съ отличіемъ (*medicus cum eximia laude*). Оставленный по конкурсу при Академіи на 3 года въ числѣ врачей для усовершенствованія, избралъ своею спеціальностью венерическія и кожныя болѣзни, для чего и поступилъ въ клинику заслуженнаго профессора В. М. Тарновскаго ординаторомъ, въ каковой должности состоитъ до сихъ поръ. Экзамены на степень доктора медицины сдалъ въ теченіе 1893—94 учебнаго года. Съ сентября 1895 года состоитъ дѣйствительнымъ членомъ Русскаго Сифилидологическаго и Дерматологическаго Общества.

Имѣтъ слѣдующія печатныя работы:

- 1) По поводу случая *keratosis linearis*. Сообщ. въ Русск. Сифил. и Дерм. Общ. въ 1895 году (Проток. Общ. за 1895 г.).
- 2) По поводу случая *morbus Morvani*. Сообщ. въ апрѣл. засѣд. Русск. Сифил. и Дерм. Общ. и въ маѣ въ Общ. Псих. (Проток. Русск. Сифил. и Дерм. Общ. за 1895 г.).

Настоящую работу подъ заглавіемъ: «Матеріалы къ вопросу объ отношеніи проказы къ болѣзни Morvan'a и сирингоміэліи» представляетъ для соисканія степени доктора медицины.