616
Корсаков
7 - НОЯ 2012
2343
68317

ОБЪ АЛКОГОЛЬНОМЪ ПАРАЛИЧѢ

(Paralysis alcoholica, Paraplegia alcoholica).

Факульт. Терап. Клиника
I-го Х.М.И.
Переучет
1966 г.

7 - ИЮЯ 2012

7 - ИЮЯ 2012

ОБЪ

АЛКОГОЛЬНОМЪ ПАРАЛИЧѢ

(Paralysis alcoholica, Paraplegia alcoholica).

Сергѣя Корсакова.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ.

Переучет 1966 г.

МОСКВА.
Типо-Литогр. И. Н. Кушнерева и К°, Пименовская ул., д. Кушнеревой.
1887.

НБ ХНМУ

Переучет-60

Переучет-60

950

Постановленіемъ медицинскаго факультета Императорскаго Московскаго университета печать разрѣшается. Мартъ 1887 г.

Деканъ *Н. Склифосовскій*.

Харк. Мед. Институт
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА

683817

Важнѣйшія изъ замѣченныхъ опечатокъ:

Стран.	Строка.		Напечатано.	Должно быть.
2	6	сверху:	рѣдко	рѣзко
16	9	снизу:	*единственно*	*естественнымъ*
17	3	„	органовъ печени	органовъ — печени
18	2	сверху:	органовъ печени	органовъ — печени
28	4	снизу:	спиннаго мозга. Причемъ	спиннаго мозга, причемъ
41	6	сверху:	въ пальцахъ, и въ ногахъ.	въ пальцахъ. Въ рукахъ и въ ногахъ
45	19	„	желудка	желудочка
48	1	снизу:	вдавливанія	вдаленія
58	18	сверху:	тѣлъ	тылъ
62	1	„	на 2 часа	на 24 часа
„	23	снизу:	медволокнистой	межволокнистой
67	24	„	вытянуты въ двухъ	вытянуты. Пальцы согнуты въ двухъ
69	16	„	координаній	координаціи
73	10	сверху:	Болѣзненность и *болѣзненные* симптомы	Болѣзненные симптомы
„	27	„	прошелъ сонъ	пропалъ сонъ
87	5	„	Neorsons	Neorsons
„	13	„	Атаксіи не замѣтно	При отдѣльныхъ движеніяхъ атаксіи не замѣтно
88	4	„	воспринимаемые какъ болезные	воспринимаемымъ какъ болезное
89	22	снизу:	подъ угломъ 90°	подъ угломъ 45°
94	16	„	haemorrhagia	haemorrhagica
128	26	сверху:	chloral hydrat. 3β	chloral hydrat. 3β
146	7	„	отнисла, при параличѣ	отнисла, какъ при параличѣ
159	3	снизу:	частяхъ	частяхъ
166	5	сверху:	мѣли	цѣли
191	19	сверху:	что импульсъ	что *хотя* импульсъ
239	14	снизу:	вызвали	вызвалъ
271	5	„	Рефлексы	*Пателлярные* рефлексы
291	13	„	становится	а становится
292	12	сверху:	*Стадій* до этой	*Довѣя* до этой
294	3	„	Послѣдуя въ одномъ случаѣ	Послѣдуя первымъ въ одномъ случаѣ
321	16	снизу:	табл. XI	табл. X
322	16	сверху:	раздвоенія	раздвоеніемъ
344	8	„	нѣкоторыя аналогіи	нѣкоторую аналогію
346	20	„	семействъ liguminosae	семейства leguminosae
366	8	„	Quinquand	Quinquaud
372	3	снизу:	*мое* разстройства	*мое* разстройство
388	9	„	на продолговатый мозгъ	на оболочки продолговатаго мозга
394	1	сверху:	гидротическихъ	гидроцическихъ
396	16	„	geipke	Gelpke
„	18	„	tryccocephalus	trichocephalus
437	21	снизу:	онѣ	они

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Стр.

I. Развитіе ученія объ алкогольномъ параличѣ 1

II. Казуистика:

1) Наблюденія различныхъ авторовъ. 40

2) Собственныя наблюденія. 113

III. Симптоматологія алкогольнаго паралича 177

IV. Нѣкоторыя другія заболѣванія нервной системы при хроническомъ алкоголизмѣ. 266

V. Патологическая анатомія 283

VI. Этіологія 308

VII. Болѣзни не алкогольнаго происхожденія, близкія къ алкогольному параличу. 318

VIII. Теорія болѣзни. 399

IX. Діагностика 435

X. Прогностика 443

XI. Лѣченіе. 450

XII. Вопросы судебно-медицинскіе по поводу алкогольнаго паралича . 457

НБ ХНМУ

I.

Развитіе ученія объ алкогольномъ параличѣ.

Названія „алкогольная параплегія“ или „алкогольные параличи“ употребляются для обозначенія тѣхъ формъ параплегіи или паралічей, которыхъ происхожденіе приписывается токсическому вліянію алкоголя, какъ яда, дѣйствующаго на нервную систему. По этому опредѣленію алкогольные параличи находятся въ такой же зависимости отъ алкоголя, какъ мышьяковые параличи—отъ мышьяка, свинцовые—отъ свинца. Само собою разумѣется, что названіе алкогольные параличи или алкогольная параплегія не есть названіе точное, содержащее въ себѣ понятіе о всѣхъ симптомахъ, входящихъ въ составъ болѣзни, которую хотѣли обозначить этимъ названіемъ. Подобно тому, какъ въ составъ болѣзни, обозначаемой названіемъ мышьяковаго паралича, входятъ многіе симптомы помимо паралича въ собственномъ смыслѣ, точно такъ, называя болѣзнь алкогольнымъ параличомъ, вовсе не предполагаютъ, что всю болѣзнь составляютъ одни только параличные явленія: кромѣ параличей въ данной болѣзни есть и другіе симптомы—симптомы раздраженія, а „параличомъ“ болѣзнь называется только для краткости, по наиболѣе выдающемуся симптому. Нечего говорить о томъ, что такого рода смѣшеніе частнаго съ общимъ въ названіи не желательно; но разъ такое названіе существуетъ въ медицинѣ (такъ, какъ оно существуетъ и для дифтеритическихъ, свинцовыхъ, мышьяковыхъ параличей и т. п.), то намъ приходится тоже придерживаться этого названія.

Названіе „алкогольные параличи“ или алкогольная параплегія употребляется сравнительно очень недавно,—гораздо позднѣе, чѣмъ, наприм., названіе свинцовыхъ параличей. Это произошло отъ того, что обособить алкогольные параличи въ отдѣльную болѣзненную группу удалось только недавно. На первый разъ кажется страннымъ, отчего параличи, происходящіе отъ вліянія такого распространеннаго яда, какъ алкоголь, были обособлены гораздо позднѣе, чѣмъ параличи отъ вліянія другихъ ядовъ, менѣе распространенныхъ; но если вдуматься въ это

внимательнѣе, то окажется, что это такъ и должно было быть. Въ самомъ дѣлѣ, обособленіе группъ мышьяковыхъ, свинцовыхъ и др. параличей произошло путемъ накопленія опыта и не было особенной трудности изъ данныхъ опыта выдѣлить именно эти комбинаціи явленій. Дѣйствительно, случаевъ отравленія мышьякомъ не очень много, они рѣдко бросаются въ глаза, и если среди довольно небольшого числа этихъ отравленій довольно часто встрѣчаются послѣдовательные параличи, то легко заподозрить, что эти параличи обязаны своимъ происхожденіемъ отравленію мышьякомъ. Если далѣе наблюдатель всмотрится ближе въ характеръ этихъ параличей и придетъ къ заключенію, что такой группировки симптомовъ онъ никогда не встрѣчалъ помимо мышьковаго отравленія, то онъ и будетъ имѣть право обособить параличи съ такою группировкой явленій въ отдѣльную группу, обозначивъ ее какъ группу мышьяковыхъ параличей. То же самое относительно свинца, окиси углерода и др.

Другое дѣло относительно алкоголя. Мышьякомъ отравляются лишь немногіе, а алкоголемъ отравляются очень многіе, и у многихъ лицъ, злоупотреблявшихъ алкоголемъ, никогда не развиваются тѣ параличи, которые называются алкогольными; они развиваются только у немногихъ изъ лицъ, злоупотреблявшихъ спиртными напитками. А разъ это такъ, то если мы даже и встрѣтимъ у алкоголика комплексъ симптомовъ, который намъ не приходилось прежде встрѣчать, то зависимость этого комплекса симптомовъ отъ алкоголя вовсе не будетъ бросаться въ глаза, тѣмъ болѣе, что у алкоголиковъ, въ огромномъ большинствѣ случаевъ, въ анамнезѣ можно найти много разныхъ условій, которымъ можно съ вѣроятностью приписать происхожденіе болѣзни. Такимъ образомъ для того, чтобы выдѣлить особенную группу алкогольныхъ параличей,— мало того, чтобы найти болѣзнь съ особенною группировкой симптомовъ у человѣка, несомнѣнно отравлявшагося алкоголемъ, — нужно доказать, что на происхожденіе болѣзни имѣлъ вліяніе алкоголь, а не цѣлый рядъ другихъ этіологическихъ моментовъ, которые открываетъ анамнезъ въ каждомъ данномъ случаѣ. Это возможно сдѣлать только имѣя очень большое число наблюденій, изъ которыхъ и можно бы было вывести, что если въ одномъ отдѣльномъ случаѣ и могла быть, кромѣ алкоголя, другая производящая причина, то въ другомъ случаѣ, вмѣсто этой причины, находится другая, а во всѣхъ случаяхъ единственной общею причиной является алкоголь. Такимъ путемъ мы дѣйствительно можемъ довольно точно утвердить зависимость данной группы симптомовъ отъ алкоголя. Но это далеко не все. Опытъ показываетъ, что у лицъ, злоупотреблявшихъ алкоголемъ, можетъ быть цѣлый рядъ нервныхъ разстройствъ, какъ, наприм., гемилегія вслѣдствіе кровеизліянія, meningitis, periencephalitis и т. п.

Спрашивается, можно ли всѣ эти болѣзни, если онѣ вызываютъ параличныя явленія, включить въ группу алкогольныхъ параличей, хотя бы мы и могли сказать, что болѣзнь въ данномъ случаѣ и развилась отъ того, что больной много пилъ? Большинство авторовъ говоритъ: нѣтъ, потому что каждое изъ этихъ нервныхъ разстройствъ есть уже признанная самостоятельная болѣзненная форма, для которой злоупотребленіе алкоголемъ хотя и бываетъ причиною, но не единственною; кромѣ алкоголя эту же болѣзнь могутъ вызвать и многія другія причины. Алкоголь дѣйствуетъ здѣсь такъ же, какъ условія жизни: простуда, умственное напряженіе и т. п.,—слѣдовательно не составляетъ непосредственною ближайшую причину нервнаго разстройства. Между тѣмъ такого рода заболѣваній, гдѣ алкоголь въ этіологическомъ отношеніи играетъ роль, но не непосредственнаго болѣзнетворнаго агента, очень много и отдѣлить отъ нихъ ту форму нервнаго заболѣванія, которая происходитъ отъ непосредственнаго вліянія алкоголя на питаніе нервной системы, довольно трудно: въ общежитіи и гемилегію часто приписываютъ пьянству, также какъ и „токсическій“ алкогольный параличъ, и только тогда можно сдѣлать различіе по существу между этими разными формами паралича, когда знаешь, чѣмъ отличаются вообще „токсическіе“ параличи отъ другихъ формъ заболѣванія. Когда посишь въ головѣ представленіе объ общихъ свойствахъ „токсическихъ“ параличей, тогда уже не такъ трудно, среди множества заболѣваній, приписываемыхъ алкоголю, найти такую группировку симптомовъ, которая ни къ чему иному не подходитъ, какъ къ токсическимъ параличамъ. Такимъ образомъ и произошло выдѣленіе алкогольныхъ параличей въ отдѣльную группу, но, какъ мы легко могли убѣдиться, это и могло быть только когда, когда ученіе о другихъ токсическихъ параличахъ, мышьяковомъ, свинцовомъ и другихъ, стояло уже на такой высотѣ, что клиницисты могли себѣ представить общій типъ параличей, происходящихъ отъ интоксикацій. Такъ и было на самомъ дѣлѣ. Первыя ясныя и обстоятельныя описанія той болѣзни, которая теперь называется алкогольною параллегіей, мы встрѣчаемъ у авторовъ, хорошо знакомыхъ съ параличами вслѣдствіе отравленія мышьякомъ, фосфоромъ, свинцомъ и т. п., и эти авторы прямо проводятъ параллель между алкогольными разстройствами нервной системы и послѣдствіями другихъ интоксикацій. Первый авторъ, хорошо описавшій симптомы интересующей насъ болѣзни, былъ профессоръ Стокгольмскаго медико-хирургическаго института Magnus Huss, издавшій въ 1852 году книгу подъ названіемъ „Alcoolismus chronicus“. Книга эта была скоро переведена на нѣмецкій языкъ и распространилась по Европѣ. До Магнуса Гусса хотя и было извѣстно, что у алкоголиковъ бываютъ и параличи, и анестезіи, но въ сочиненіяхъ различныхъ авторовъ

нельзя найти признаковъ, по которымъ бы можно было сказать, что они описываютъ именно интоксикаціонные параличи, а не тѣ паралличи и анестезіи, которые находятся только въ отдаленной зависимости отъ пьянства. Напротивъ, Магнусъ Гуссъ рѣзко оттѣняетъ именно интоксикаціонный характеръ параличей и рѣзко выражаетъ свою мысль, что параличи эти не обусловливаются никакимъ грубо анатомическимъ измѣненіемъ нервной системы, а суть параличи не матеріальные, въ отличіе отъ параличей, бывающихъ вслѣдствіе кровоизліяній въ мозгъ, вслѣдствіе менингитовъ и другихъ болѣзней. Держась на этой точкѣ зрѣнія, Магнусъ Гуссъ представляетъ подробное описаніе явленій, которыя онъ наблюдалъ въ этихъ случаяхъ, и можно только удивляться и тонкости наблюденія автора, и умѣнью его дѣлать обобщенія, особенно ,если вспомнить, что это было въ то время, когда діагностика нервныхъ болѣзней была на крайне низкомъ уровнѣ.

Въ своемъ сочиненіи Магнусъ Гуссъ, впрочемъ, описываетъ не одни только алкогольные параличи, а всѣ проявленія хроническаго алкоголизма. Нужно впрочемъ замѣтить, что онъ опредѣляетъ названіе хронической алкоголизмъ очень своеобразно. Онъ говоритъ такъ: „названіе alcoholismus chronicus обнимаетъ тѣ болѣзненныя проявленія со стороны нервной системы, какъ въ сферѣ психической, такъ и въ двигательной и чувствующей, которыя, протекая хронически, не находятся въ прямой или въ значительной зависимости отъ какихъ-либо измѣненій въ строеніи центральной или периферической нервной системы и которыя наблюдаются у лицъ, постоянно употребляющихъ спиртные напитки въ неумѣренномъ количествѣ“ (стр. 301).

Такимъ образомъ подъ хроническимъ алкоголизмомъ Магнусъ Гуссъ подразумѣваетъ исключительно разстройство нервной системы, а другія разстройства, столь частыя у алкоголиковъ, какъ страданіе печени, сосудовъ и т. д., вовсе не относятся къ проявленіямъ „хроническаго алкоголизма“. Я не стану останавливаться здѣсь на томъ, что рядъ ли такой взглядъ имѣетъ прочное основаніе,—вѣрнѣе всего это было своеобразное увлеченіе, очень понятное въ наблюдателѣ, открывшемъ совершенно новую область измѣненій у алкоголиковъ, а именно: своеобразныя измѣненія нервной системы. Какъ бы то ни было, Магнусъ Гуссъ въ своей книгѣ „Alcoolismus chronicus“ описываетъ подробно только нервныя разстройства, но ихъ онъ описываетъ настолько подробно и рельефно, что заслуживаетъ внимательнаго изученія. Вслѣдствіе чего я и остановлюсь на результатахъ его наблюденій довольно долго.

Всѣ проявленія хроническаго алкоголизма Магнусъ Гуссъ раздѣляетъ на три группы: 1-я группа—проявляющаяся симптомами въ психической сферѣ, 2-я группа—проявляющаяся симптомами въ психической сферѣ и 3-я группа—характеризующаяся симптомами въ физической и психической сферѣ. Интересующая насъ группа разстройствъ всецѣло содержится въ 1-й его группѣ. Эту группу разстройствъ Магнусъ Гуссъ описываетъ очень тщательно, внимательно останавливаясь на каждомъ симптомѣ, который ему приходилось наблюдать. Вслѣдствіе этого рисуемая имъ картина болѣзни рельефно представляется передъ глазами читателя и точность описанія теченія болѣзни значительно превосходитъ многія описанія, которыя появились черезъ десятки лѣтъ. На ней мы болѣе всего и остановимся. Всю первую группу онъ раздѣляетъ на шесть отдѣльныхъ формъ. Можно будетъ спорить, вѣрно ли онъ дѣлаетъ, выдѣляя въ отдѣльныя формы случаи, представляющіе, какъ онъ самъ часто говоритъ, только отдѣльныя стадіи развитія болѣзни,—объ этомъ будетъ сказано ниже,—а теперь перейдемъ къ описанію этихъ отдѣльныхъ формъ.

1. Продромальная форма (дистоническая).

Какъ показываетъ самое названіе, эта форма должна предшествовать другимъ формамъ. Существенные признаки этой формы заключаются въ томъ, что лицо, злоупотребляющее въ продолженіе болѣе или менѣе долгаго времени спиртными напитками, замѣчаетъ у себя *трясеніе въ рукахъ*. Это трясеніе всего сильнѣе бываетъ *по утрамъ*, особенно если наканунѣ была порядочная выпивка. Сначала оно *прекращается, если больной замѣнитъ* что-нибудь возбуждающаго, наприм.: водки, пива, кофе и т. п.; если образъ жизни больного не измѣняется, то трясеніе все увеличивается и въ степени, и продолжительности, такъ что наконецъ наклонность къ трясенію *остается до полудня, иногда и до самаго вечера*. Кромѣ трясенія больной чувствуетъ особенное ощущеніе *разслабленія въ рукахъ и ногахъ*, или лучше сказать, уменьшеніе тонуса по всей мускульной системѣ, что тоже обыкновенно особенно рѣзко выражено *по утрамъ*, и первое время по крайней мѣрѣ, прекращается въ теченіе дня. Иногда при этомъ существуетъ и трясеніе въ ногахъ, особенно при нерезкомъ сидячаго положеніи на стоячее или при долгомъ стояніи на ногахъ. Часто замѣтно, что ноги омѣкаютъ, часто чувствуется *ползаніе мурашекъ въ ногахъ*, что у однихъ больныхъ бываетъ по утрамъ, у другихъ—по вечерамъ, *при самомъ засыпаніи*. Въ послѣднемъ случаѣ является какое-то особенное ощущеніе безпокойства въ ногахъ. Иногда чувство ползанія мурашекъ бываетъ очень рѣзко и развивается до степени совершенно своеобразныхъ ощущеній: больному кажется, что подъ кожей ползаютъ насѣкомыя, что за кожею кусаетъ, скребетъ и т. д. На ряду съ этимъ бываютъ *въ глазахъ искры*, мерцанія и тоже всего сильнѣе по утрамъ, но также и днемъ послѣ *всякихъ напряженій*, наприм.: при вставаніи, наклоненіи, быстромъ поднятіи головы, или при долгой фиксаціи глазъ; зрачки по утрамъ расширены, обыкновенно реагируютъ на свѣтъ слабѣе нормальнаго. Такіе больные, когда просятся, чувствуютъ себя не по себѣ, чувствуютъ тяжесть во всемъ тѣлѣ, настроены печально, иногда раздражительны, придирчивы. Въ зѣвѣ стоитъ вязкая мокрота, во-рту дурной вкусъ; наклонность къ тошнотѣ и рвотѣ; если рветъ, то обыкновенно рветъ слизью или съ кислымъ, или съ горькимъ вкусомъ. У нѣкоторыхъ больныхъ, особенно если наканунѣ было особенное злоупотребленіе, языкъ при высовываніи трясется, иногда замѣтно въ мышцахъ языка фибрилляторное трясеніе (Tremblement vermiculaire.). При этомъ *троекотаніе разсердившагося* рѣчь дѣлается неясною, запинающеюся. Послѣ обѣда обыкновенно это проходитъ или само по себѣ, или послѣ употребленія вина. Въ болѣе развитыхъ формахъ дро-

жаніе языка остается на цѣлый день и часто къ этому присоединяется замѣтное дрожаніе губъ при началѣ разговора (совершенно такъ же, какъ у нѣкоторыхъ лицъ при остромъ опьяненіи). Обыкновенно, такіе больные, выпивши водки и закусивши чѣмъ-нибудь соленымъ, наприм. селедкой, чувствуютъ себя какъ бы обновленными и могутъ заниматься своими дѣлами. Обыкновенно они довольно полны, имѣютъ довольно здоровый цвѣтъ лица, но иногда лицо немного распухшее, съ красноватымъ оттѣнкомъ; рѣдко лицо блѣдно, желтовато-сѣро. Печень часто увеличена, небольшая наклонность къ запорамъ. Смотря по тому, уменьшается ли злоупотребленіе спиртными напитками или нѣтъ, симптомы этой формы могутъ увеличиваться и уменьшаться; иногда они и совсѣмъ исчезаютъ, а потомъ снова возвращаются. Иногда они останавливаются въ одной степени, а потомъ трясеніе усиливается, и постепенно эта форма переходитъ въ другую, слѣдующую форму алкогольнаго заболѣванія. Иногда симптомы этой формы являются быстро, вдругъ, иногда—мало-помалу. Быстро развиваются они обыкновенно вслѣдствіе какой-нибудь *случайной болѣзни*, которою заболѣло лицо много пившее, наприм.: катарра желудка, или быстраго упадка силъ отъ поноса, потери крови, или, наконецъ, послѣ приступа delirii trementis или какой-нибудь лихорадочной болѣзни, иногда вслѣдствіе *моральныхъ потрясеній*, наприм. испуга и т. п. Иногда они являются, если данное лицо вдругъ *перестало пить* привычное количество алкоголя. Опытъ показываетъ, что какъ продолжительное употребленіе большаго количества алкоголя, такъ и быстрое прекращеніе употребленія его, можетъ вызывать одинаковые симптомы со стороны нервной системы. Обыкновенно такіе больные жалуются на слабость своихъ нервовъ и на то, что у нихъ желудокъ плохъ, и въ виду этого употребляютъ водку съ горечью, послѣ чего чувствуютъ себя получше. Рѣдкій изъ пьяницъ въ продолженіе своей жизни не перенесъ эту форму, но когда именно, послѣ сколькихъ лѣтъ злоупотребленія она является, этого въ точности сказать нельзя. Если болѣзнь прогрессируетъ, то обыкновенно эта форма переходитъ въ слѣдующую.

2. Паралитическая или паретическая форма.

Это форма получила свое названіе потому, что наиболѣе выдающимся симптомомъ является *параличъ*, и обыкновенно *неполный*, въ разныхъ мускулахъ тѣла. Теченіе этой формы обыкновенно такое: послѣ цѣлаго ряда предвѣстниковъ, о которыхъ было сказано, иногда при ихъ существованіи, иногда когда уже симптомы продромальной формы исчезли, иногда же и совсѣмъ безъ предшествующихъ симптомовъ, начинаютъ слабѣть сначала верхнія, а потомъ и нижнія конечности. *Это ослабленіе всего рѣзче въ периферическихъ частяхъ конечностей и уменьшается по направленію къ туловищу*, такъ что сначала слабость рѣзче всего выражена въ пальцахъ (особенно въ большомъ, указательномъ и среднемъ) и больной не можетъ вѣрно дѣйствовать рукою. Потомъ безсиліе распространяется на ручную кисть, и тогда больной не можетъ крѣпко сжать предмета и быстро выпускаетъ изъ рукъ схваченный предметъ; если дать больному сжать руку, то онъ это дѣлаетъ или совсѣмъ безсильно, или сила чувствуется крайне короткое время. Съ кистей слабость распространяется на предплечіе, оттуда на плечо и на мускулы лопатки, такъ что движенія всей верхней конечности сильно затрудняются. Иногда ранѣе, часто одновременно, иногда позднѣе является ослабленіе и мускуловъ нижнихъ конечностей. Здѣсь не такъ легко констатировать, что сла-

бость тоже является съ пальцевъ и оттуда уже распространяется выше, потому что обыкновенно больной замѣчаетъ слабость въ ногахъ только тогда, когда является слабость въ колѣняхъ и невозможность твердо ходить. Однако, въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно было видѣть, что слабость и въ ногахъ начинается съ пальцевъ. Въ колѣняхъ замѣчается слабость сначала въ томъ, что онѣ *подкашиваются*, когда больной что-нибудь поднимаетъ, потомъ когда онъ долго стоитъ или быстро встаетъ. Если слабость распространяется на всѣ мускулы бедра, то ходьба все болѣе и болѣе затрудняется, походка *дѣлается невѣрною, шаткою, пріобрѣтаетъ своеобразный характеръ, трудно поддающійся описанію*. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ слабость распространяется на мускулы спины, причемъ сначала больной жалуется на слабость въ спинѣ, усталость, потомъ не можетъ совсѣмъ сидѣть и долженъ лежать, большею частью, на спинѣ. Это разслабленіе мускуловъ произвольныхъ движеній все болѣе и болѣе увеличивается, такъ что больной наконецъ не можетъ почти совсѣмъ двигаться. Обыкновенно, впрочемъ, до полнаго паралича дѣло не доходитъ, а нѣкоторая степень силы движеній остается. Но въ сильной степени развитія болѣзни больной иногда не можетъ самъ повернуться, его нужно кормить. *При этихъ тяжелыхъ формахъ иногда является параличъ мочеваго пузыря, прямой кишки* и *параличъ глотанія*, а *иногда языка*, такъ что больной рѣшительно не можетъ говорить. Кромѣ этихъ параличныхъ явленій у больныхъ, въ большей или меньшей степени, бываютъ судорожныя подергиванія, также разныя рвущія и стрѣляющія боли. Степень болѣзни у разныхъ лицъ различна. У однихъ ее трудно даже констатировать, у другихъ—болѣзнь доходитъ до высшей степени и въ такихъ случаяхъ *параличъ сопровождается и анестезіей;* иногда болѣзнь развивается медленно, у другихъ же очень быстро. Въ первомъ случаѣ болѣзнь не имѣетъ опредѣленнаго начала: она развивается незамѣтно; во второмъ—обыкновенно исходнымъ пунктомъ бываетъ какая-нибудь острая болѣзнь, иногда приступъ бѣлой горячки, иногда травматическое поврежденіе; случалось, что эта форма начиналась послѣ особенно сильнаго опьяненія или послѣ быстраго прекращенія употребленія алкоголя. Въ первое время болѣзни замѣтно колебаніе въ степени мускульной слабости: обыкновенно, слабость больше утромъ и до обѣда, меньше—къ вечеру; на другой день послѣ выпивки она всего сильнѣе. Если больной ведетъ правильный образъ жизни и принимаетъ лѣкарства, то болѣзнь улучшается и дѣлается незамѣтною. Иногда она останавливается въ одной степени надолго, пока новое злоупотребленіе спиртными напитками не подвинетъ ее рѣзко впередъ. Если параличъ развился въ такой степени, что существуетъ параличъ прямой кишки и мочеваго пузыря, то ждать улучшенія уже нельзя.

Внѣшній видъ больныхъ обыкновенно характеренъ: лицо вяло и туповато; бѣлки глазъ желтоватаго или желто-сѣраго цвѣта. Кожа пріобрѣтаетъ грязновато-сѣрый оттѣнокъ, иногда желтоватый, дѣлается сухою. Количество жира уменьшается; *мускулы съ самаго начала дряблы*, а потомъ дѣлаются тонки и худы; обыкновенно, общее похуданіе идетъ рука объ руку съ усиливающеюся мускульною слабостью; изрѣдка бываетъ, однако, что параличныя явленія рѣзко выражены, а общій видъ больныхъ остается довольно хорошимъ, но, обыкновенно, это бываетъ въ легкихъ случаяхъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ душевная дѣятельность тоже разстраивается, и если не одновременно съ мускульною слабостью, то, во всякомъ случаѣ, когда она достигаетъ высокой степени. Больной становится равнодушенъ, туповатъ; память слабѣетъ; сонъ дѣлается безпокоенъ; ночью являются разныя фантазіи, бредовыя идеи; нерѣдко,

при засыпаніи, *бываютъ галлюцинаціи зрѣнія и слуха, иногда рѣзко выраженный бредъ*, большею частью, впрочемъ, *спокойный*. Иногда ничего этого нѣтъ, а сонъ дѣлается плохой *вслѣдствіе постоянныхъ болей*, судорогъ и подергиваній въ конечностяхъ. *Зрѣніе слабѣетъ*; зрачки большею частью расширены, мало чувствительны къ свѣту: передъ глазами больные видятъ точно паутину, потомъ *черныя пятна*; иногда при этомъ бываетъ ощущеніе *головокруженія*. Сначала головокруженіе бываетъ при сильныхъ движеніяхъ или при напряженіи глазъ, или при быстрыхъ поворотахъ головы, потомъ оно бываетъ и при спокойномъ положеніи—больше при сидѣньи, рѣдко при лежаньи. У нѣкоторыхъ больныхъ, въ началѣ этой формы, бываетъ шумъ въ ушахъ; иногда слухъ замѣтно ослабляется; это тоже можетъ то усиливаться, то уменьшаться. Разстройство въ движеніи языка и произношеніи словъ при этой формѣ тоже можетъ быть иногда въ очень рѣзкой степени. Дѣятельность пищеварительныхъ органовъ обыкновенно измѣняется: бываютъ явленія гастрита, часто бываютъ рвоты, иногда запоры и поносы, иногда колики въ животѣ. Печень обыкновенно увеличена, но не очень чувствительна при давленіи. Иногда присоединяются разстройства легкихъ, разстройства въ сердцѣ—измѣненія объема сердца, ожирѣніе и другія явленія.

3. Анестетическая форма.

Эта форма называется такъ потому, что при ней наиболѣе выдающійся симптомъ есть *анестезія*, хотя обыкновенно анестезія бываетъ при ней рядомъ съ симптомами, характеризующими паралитическую форму. Обыкновенно, послѣ того, какъ болѣе или менѣе долгое время существовали симптомы мускульной слабости, больной начинаетъ замѣчать, что чувствительность *въ концахъ пальцевъ уменьшается*; является *онѣмѣніе въ нихъ*. Постепенно это онѣмѣніе распространяется дальше, иногда быстрѣе, иногда медленнѣе, сначала—на стопу и на подошву, потомъ на голень, доходитъ до колѣна и, большею частью, здѣсь *останавливается, рѣдко переходя за колѣно*. Большею частью, одновременно съ ослабленіемъ чувствительности въ пальцахъ ногъ, то же самое замѣчается и въ рукахъ.

Въ рукахъ то же онѣмѣніе распространяется понемногу вверхъ, рѣдко переходя локоть. Обыкновенно, потеря чувствительности всего сильнѣе въ пальцахъ, такъ что иногда пальцы совсѣмъ не чувствительны; чѣмъ дальше подниматься къ центру, тѣмъ чувствительность дѣлается все лучше и лучше. Это общее правило, но иногда бываетъ и не такъ: иногда бываютъ какія-нибудь отдѣльныя нечувствительныя мѣста, наприм., вдоль позвоночника, или на ягодицахъ, или на бедрахъ, тогда какъ въ пальцахъ анестезія не очень велика; обыкновенно, обѣ руки и обѣ ноги поражены равномѣрно, но иногда бываетъ и не такъ, *а на одной сторонѣ конечность больше поражена*, а на другой меньше; иногда случалось, что одна половина тѣла гораздо менѣе чувствительна, чѣмъ другая. Лицо и половые органы обыкновенно поражаются меньше всего. Повидимому, при этомъ *поражается только чувствительность кожи*, потому что прикосновеніе къ кожѣ не чувствуется, а давленіе на мускулы чувствуется; уколъ булавкой кожи не чувствуется, а когда булавка входитъ въ мускулъ—чувствуется. Это впрочемъ не всегда. Какъ и въ паралитической формѣ, степень разстройства колеблется въ различные часы дня, но впрочемъ колебанія чувствительности гораздо меньше, чѣмъ колебанія въ слабости мускуловъ, и обыкновенно анестезія все увеличивается или стоитъ на

одномъ пунктѣ, если нѣтъ правильнаго лѣченія; обыкновенно анестезіи предшествуетъ ползанье мурашекъ, которое впрочемъ исчезаетъ, когда является нечувствительность, и можетъ снова появиться при возстановленіи чувствительности въ данномъ мѣстѣ. Трясеніе тоже бываетъ при анестезіи, но обыкновенно и оно уменьшается или исчезаетъ при появленіи симптомовъ *анестетической* формы.

Точно также какъ нельзя опредѣлить, сколько должно быть выпито вина или какъ долго должно продолжаться злоупотребленіе спиртными напитками, чтобы явились параличныя явленія,—точно также нельзя опредѣлить, сколько времени продлится одинъ параличъ, прежде чѣмъ присоединится ослабленіе чувствительности. У однихъ больныхъ анестезія является одновременно съ параличомъ. Разъ анестезія присоединилась къ параличу, то ходъ обоихъ симптомовъ обыкновенно бываетъ параллельный: если параличъ ухудшается, то и чувствительность тоже дѣлается хуже, и наоборотъ; впрочемъ, если болѣзнь идетъ къ поправленію, то анестезія можетъ исчезнуть, а маленькая степень слабости еще остаться. Иногда удается тѣми или другими средствами остановить развитіе анестетической формы, но большею частью болѣзнь постепенно увеличивается и анестезія остается до самой смерти, которая наступаетъ при явленіяхъ общаго истощенія. Психическая дѣятельность у многихъ больныхъ разстраивается такъ же, какъ при паралитической формѣ. Многіе больные жалуются, что имъ трудно думать,—что какъ только они начинаютъ думать, мысль становится неясною, такъ что сами они не могутъ ясно отдать отчета, что съ ними дѣлается. Они замѣчаютъ, что память слабѣетъ, что они быстро забываютъ то, *что только-что случилось*; обыкновенно они отдаютъ себя въ полное распоряженіе другимъ, чтобы избавиться отъ умственнаго напряженія. При этомъ часто бываютъ фантазіи, безпокойный сонъ и сновидѣнія, галлюцинаціи; видятъ больные большею частью звѣрей и разныя физіономіи, слышатъ разговоры, крики и т. п. Иногда эти галлюцинаціи остаются долго, иногда быстро прекращаются; большею частью бываютъ онѣ ночью, рѣже—днемъ. Обыкновенно бредъ тихій, колеблется въ своей степени, но иногда бываютъ періоды бурнаго возбужденія.

Измѣненія въ зрѣніи и слухѣ могутъ быть такія же, какъ при паралитической формѣ. Измѣненія въ произношеніи въ этой формѣ еще рѣзче: больные запинаются; языкъ плохо ворочается; слоги пропадаютъ, особенно если больной немного утомится или взволнуется и захочетъ быстро говорить.

Половая потребность при этой формѣ, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ, сначала уменьшается, потомъ совершенно исчезаетъ. Эрекціи у мужчинъ не бываютъ (изрѣдка, вмѣстѣ съ этимъ, ослабляется чувствительность половаго члена къ прикосновенію). Но еще и до паденія способности къ эрекціи половая потребность обыкновенно ослабляется, хотя иногда бываютъ случаи, гдѣ потребность остается, но нѣтъ возможности удовлетворить ее. У женщинъ обыкновенно тоже на ряду съ уменьшеніемъ способности чувствовать удовольствіе отъ половыхъ сношеній падаетъ и потребность къ нимъ. Вмѣстѣ съ этимъ, повидимому, уменьшается способность къ оплодотворенію, хотя бы менструаціи продолжали быть правильны.

Со стороны желудка и кишечнаго канала сюда можетъ быть отнесено все то, что было говорено относительно предшествующей формы; только явленія гастроэнтерита при этой формѣ обыкновенно рѣзче выражены и является наклонность къ поносамъ. Печень уменьшается въ объемѣ, дѣлается цирротичною; иногда впрочемъ остается долго жирною, несмотря на общее похуданіе орга-

низма. Часто бываетъ общая водянка или асцитъ. Въ легкихъ и бронхахъ часто замѣтны хроническіе катарральные процессы; кожа суха, часто покрыта сыпью (eczema, prurigo) грязно-сѣраго или желтоватаго цвѣта. Подкожный жиръ исчезаетъ, все тѣло крайне худѣетъ, кожа, какъ мѣшокъ, облегаетъ дряблые мускулы. Конечно, не всегда бываетъ полное истощеніе: если болѣзнь развилась быстро, то иногда общее питаніе организма довольно хорошо сохраняется.

4. Гиперестетическая форма.

Эта форма получила свое названіе потому, что характернымъ симптомомъ при ней является *усиленная чувствительность въ кожѣ и мускулахъ*, особенно нижнихъ конечностей. Магнусъ Гуссъ говоритъ, что изъ всѣхъ оттѣнковъ хроническаго алкоголизма—это самый рѣдкій, вслѣдствіе чего онъ самъ долго сомнѣвался, можно ли этотъ оттѣнокъ считать отличительнымъ признакомъ отдѣльной формы, но, по аналогіи съ симптомами другихъ отравленій, все-таки счелъ нужнымъ обособить эту группу, предоставляя будущимъ изслѣдованіямъ рѣшить, насколько это основательно. Самое характерное въ этой формѣ: *гиперестезія и невралгическія рвущія боли*. Эти явленія могутъ и предшествовать другимъ симптомамъ алкоголизма, описаннымъ въ предыдущихъ формахъ, могутъ и сопутствовать имъ. Обыкновенно, до появленія болей, у больнаго существуютъ признаки продромальной формы: *трясеніе*, слабость въ конечностяхъ, потемнѣнія въ глазахъ, головокруженія и т. п. Иногда бываетъ даже довольно рѣзко выраженный *параличъ, иногда даже анестезія* въ тѣхъ самыхъ мѣстахъ, въ которыхъ ощущается потомъ сильная боль. Какъ предвѣстники гиперестезіи, являются обыкновенно летучія рвущія боли и колотья. *Эти боли чувствуются въ ступняхъ и въ голеняхъ* то какъ будто на поверхности, то въ глубинѣ, то сопровождаются ощущеніемъ чего-то *очень жгучаго*, приложеннаго къ кожѣ, то очень холоднаго. Всего сильнѣе эти боли послѣ обѣда, къ ночи и во время сна. Иногда онѣ являются приступами, черезъ болѣе или менѣе короткіе промежутки. Иногда онѣ бываютъ чрезвычайно сильны, пріобрѣтаютъ характеръ невралгическихъ болей, пронизывающихъ ноги сверху до низу, и сопровождаются дерганіями конечностей. Эти боли могутъ существовать долго, цѣлые мѣсяцы, то усиливаясь, то уменьшаясь до минимума, и большею частью вслѣдъ за ними является гиперестезія.

Гиперестезія бываетъ двухъ родовъ: а) *Гиперестезія поверхности* кожи выражается чрезвычайно повышенною чувствительностью поверхности кожи голеней, рѣже—въ подошвахъ и стопѣ. При этомъ кожа какъ будто натянута, глянцовита и истончена. Иногда впрочемъ кожа ступней и подошвы покрывается обильнымъ потомъ, безъ запаху, такъ что подошвы постоянно очень влажны. Не замѣтно ни опухоли, ни красноты. Чувствительность кожи часто такъ велика, что малѣйшее прикосновеніе вызываетъ рѣзкую боль. Эта же боль вызывается всякимъ движеніемъ больнаго, поворачиваніемъ. Кромѣ того больной чувствуетъ въ этихъ мѣстахъ жгучую боль, которая то остается постоянно въ одной степени, то колеблется въ своей интенсивности. Гдѣ именно боль эта: въ кожѣ или другихъ мѣстахъ—больные не могутъ ясно опредѣлить; вѣроятно, она чувствуется и въ кожѣ, и въ болѣе глубокихъ мѣстахъ. Отъ икръ, въ которыхъ эти явленія всего болѣе выражены, они распространяются, постепенно ослабѣвая, кверху, къ колѣнямъ, и внизъ, къ ступнѣ, иногда даже на бедра и на пальцы. Большею частью гиперестезія сильнѣе къ вечеру и ночью больные чаще всего говорятъ, что точно нога лежитъ въ рас-

каленныхъ угольяхъ. Утромъ чувствительность поменьше, а днемъ остаются, сравнительно, слабые слѣды ея (конечно, не во всѣхъ случаяхъ). Вслѣдствіе этихъ болей больные не могутъ спать, не могутъ ходить и стоять, потому что всякая попытка къ перемѣщенію вызываетъ боль. Обыкновенно, они лежатъ на спинѣ, избѣгая всякихъ движеній. Обыкновенно повышенная чувствительность распредѣляется симметрично на обѣихъ сторонахъ, хотя иногда бываетъ, что на одной сторонѣ боли живѣе, чѣмъ на другой, или то одна сторона сильнѣе болитъ, то другая.

b) *Гиперестезія и боль глубокихъ частей* голени безъ гиперестезіи кожи. Боли при этомъ такія же, какъ при поверхностной гиперестезіи, но только чувствуются онѣ въ мускулахъ или еще глубже—внутри костей; большею частью, то же въ икрахъ и голеняхъ. Больные описываютъ ихъ какъ жгучія, какъ будто что-то раскаленное внутри, иногда—какъ что-то очень холодное; иногда эти боли долго держатся, иногда онѣ мгновенныя, рѣжущія и колющія. При этомъ кожа при прикосновеніи не представляетъ особенно повышенной чувствительности, иногда даже чувствительность въ ней рѣзко уменьшена. Но если подавить глубже, то ощущается рѣзкая боль въ глубоко лежащихъ частяхъ и отъ мѣста давленія распространяется по окружности. Кожа при этомъ имѣетъ совершенно нормальный видъ. Обыкновенно эта форма гиперестезіи также всего сильнѣе бываетъ вечеромъ и ночью и располагается симметрично. Почти исключительно она бываетъ въ голеняхъ и выше колѣна не переходитъ.

Трудно опредѣлить, сколько времени можетъ продолжаться гиперестезія въ той или другой формѣ. У однихъ она исчезаетъ быстро, у другихъ держится долго, до самой смерти. Когда гиперестезія начинаетъ пропадать, то обыкновенно сначала она исчезаетъ въ теченіе дня, а вечеромъ и ночью еще очень сильна; затѣмъ и ночью она уменьшается, а вмѣсто нея является какое-то неопредѣленное чувство безпокойства въ конечностяхъ; наконецъ и оно исчезаетъ. Иногда бываетъ, что при лѣченіи одновременно уменьшается и гиперестезія, и параличъ, если онъ существуетъ; но иногда бываетъ и такъ, что параличъ остается, а гиперестезія исчезаетъ, и иногда безъ всякаго лѣченія, только при уменьшеніи злоупотребленія спиртными напитками. У нѣкоторыхъ больныхъ гиперестезія бываетъ въ теченіе ихъ болѣзни очень короткое время и исчезаетъ безъ всякихъ видимыхъ причинъ. Вообще гиперестезія является далеко не у всѣхъ больныхъ, страдающихъ другими формами алкоголизма. У нѣкоторыхъ ея совсѣмъ не бываетъ. Почему это? что служитъ располагающимъ моментомъ къ ея появленію?—неизвѣстно; но, во всякомъ случаѣ, нѣтъ сомнѣнія, что это не есть простое осложненіе болѣзни, а есть также симптомъ, вытекающій непосредственно изъ алкогольнаго отравленія, при нѣкоторыхъ не хорошо извѣстныхъ предрасполагающихъ условіяхъ со стороны организма. Такъ какъ гиперестетическая форма обыкновенно присоединяется къ другимъ формамъ, наприм. къ паретической, то все, что сказано объ общемъ состояніи больныхъ при той формѣ, относится и къ гиперестетической.

5. Конвульсивная форма.

Эта форма характеризуется конвульсивными припадками, являющимися время отъ времени у больныхъ, представляющихъ тѣ или другіе признаки алкоголизма. Эти конвульсивные припадки являются не вдругъ, а имъ обыкновенно предшествуютъ другія явленія судорожнаго характера, которые, постепенно усиливаясь, наконецъ доходятъ до степени конвульсивныхъ припадковъ. Изъ явленій,

которыя можно считать предшествующими конвульсивнымъ припадкамъ, можно отмѣтить, кромѣ дрожанія, судороги въ конечностяхъ, сведенія—иногда короткія, но очень рѣзкія, крайне болѣзненныя, иногда довольно продолжительныя, сильныя вздраиванія при засыпаніи и т. п. Послѣ того, какъ всѣ эти явленія довольно долго существовали, являются наконецъ конвульсивные припадки: сначала, послѣ какого-нибудь рѣзкаго повода или душевнаго потрясенія, или очень сильнаго опьяненія, или послѣ рѣзкаго прекращенія употребленія спиртныхъ напитковъ. Передъ сильнымъ припадкомъ бываютъ иногда предвѣстники: то какое-то особенно тоскливое чувство, то ползаніе мурашекъ въ той или другой части тѣла, то чувство холода въ спинѣ, то звонъ и шумъ въ ушахъ, темнота въ глазахъ, галлюцинаціи зрѣнія или слуха. Эти явленія продолжаются секунды, минуты, иногда и часы, пока наконецъ дѣлается конвульсивный припадокъ. Обыкновенно, припадокъ въ первый разъ не сильный, но слѣдующіе припадки дѣлаются все сильнѣе и сильнѣе. Нельзя указать точныхъ признаковъ для такого рода припадковъ,—являются они въ неопредѣленной формѣ. Рѣдко начинаются конвульсіи не всѣхъ четырехъ конечностяхъ разомъ. Обыкновенно сначала начинается съ одной руки или ноги, оттуда уже судорожныя движенія распространяются на все тѣло. Иногда въ продолженіе всего припадка судороги болѣе выражены въ одной сторонѣ, голова и глаза сведены въ одну сторону. Продолжается припадокъ иногда одну минуту, иногда нѣсколько минутъ, иногда съ интервалами серіи такихъ припадковъ продолжаются долго. Послѣ припадка больной чувствуетъ себя разбитымъ; изрѣдка наступаетъ сонъ. Иногда сознаніе во время припадка совершенно теряется, иногда оно не теряется совѣсмъ. Такіе припадки сначала бываютъ рѣдки, вызываются всегда какимъ-нибудь поводомъ, потомъ становятся все чаще и чаще и являются безъ видимаго повода. Если больной перемѣнитъ образъ жизни, они могутъ и исчезнуть совершенно; а если злоупотребленіе спиртными напитками будетъ продолжаться, то припадки принимаютъ характеръ настоящихъ эпилептическихъ припадковъ. На ряду съ этими конвульсивными припадками бываютъ, какъ сказано, и другія явленія алкоголизма. Изъ симптомовъ, довольно часто наблюдаемыхъ у больныхъ, страдающихъ этою формою, Магнусъ Гуссъ отмѣчаетъ болѣзненность при давленіи на позвоночникъ то въ той, то въ другой его части.

6. Эпилептическая форма.

Эта форма отличается отъ конвульсивной тѣмъ, что при ней бываютъ типическіе эпилептическіе припадки, характеризующіеся тремя стадіями—тетаническихъ судорогъ, клоническихъ и наступающихъ всѣдъ за ними сопорознымъ состояніемъ, чего не замѣтно въ припадкахъ предшествующей формы. Конечно, не всякая эпилепсія у злоупотреблявшихъ спиртными напитками можетъ быть названа алкогольною; для того, чтобы придать ей этотъ эпитетъ, необходимо, чтобы эпилептическіе припадки происходили именно отъ алкогольнаго отравленія, и это можно узнать главнымъ образомъ по способу развитія признаковъ изъ другихъ симптомовъ, которыми проявляется алкоголизмъ. Самый частый ходъ развитія этой формы такой, что больной, у котораго бывали уже приступы бѣлой горячки и тѣ или другіе признаки паретической или другой формы алкоголизма, является по временамъ быстрое потемнѣніе въ глазахъ, головокруженіе и обмороки. Потомъ, по временамъ, при головокруженіяхъ бываетъ особое чувство: сжатіе въ головѣ, ощущеніе, что больной сейчасъ упадетъ, если не удержится за что-нибудь. Наконецъ, послѣ какого-нибудь повода

больной вдругъ падаетъ и моментально теряетъ сознаніе. Вслѣдъ за этимъ начинаются обычныя судороги, характеризующія эпилептическій припадокъ. Разъ начавшись, эпилептическіе припадки слѣдуютъ другъ за другомъ—то черезъ долгіе, то черезъ короткіе промежутки времени. Кромѣ такого начала, иногда эпилептическіе припадки развиваются и изъ конвульсивныхъ предшествующей формы,—именно, припадки конвульсивные понемногу принимаютъ характеръ эпилептическихъ, хотя долго нельзя опредѣленно сказать, съ чѣмъ въ данномъ случаѣ имѣемъ дѣло: съ конвульсивными ли припадками, или съ настоящими эпилептическими. Сначала припадки обыкновенно рѣдки, потомъ дѣлаются все чаще и чаще, иногда появляются каждый день. Иногда припадку предшествуетъ аура въ видѣ ползанія мурашекъ, подергиванія въ той или другой части и т. п. Въ промежуткахъ между припадками бываютъ часто головокруженія и обмороки. Эпилептическіе припадки, развившіеся вслѣдствіе алкоголизма, могутъ вести и къ слабоумію, но, съ другой стороны, могутъ и прекращаться, если больной измѣнитъ образъ жизни.

Такова шесть формъ, въ которыхъ проявляются физическіе признаки алкоголизма. Въ заключеніе Магнусъ Гуссъ прибавляетъ, что легко видѣть, что, въ сущности, всѣ эти формы суть развѣтвленія одного ствола, различные виды одной болѣзни; почему является тотъ видъ, а не другой, это зависитъ отъ неизвѣстныхъ намъ условій. Такого же рода разновидности въ проявленіи болѣзненныхъ симптомовъ встрѣчаются и при хроническихъ отравленіяхъ другими ядами, напримѣръ: при свинцовомъ отравленіи у однихъ больныхъ являются колики, у другихъ—параличи, у третьихъ—артралгіи, у четвертыхъ—эпилептическіе припадки. Нѣкоторые изъ описываемыхъ имъ формъ переходятъ одна въ другую, такъ что составляютъ какъ бы стадіи одной и той же болѣзни, но тѣмъ не менѣе бываетъ много случаевъ, гдѣ болѣзнь дальше извѣстной формы не идетъ; несмотря на продолжающееся злоупотребленіе, не является тѣхъ симптомовъ, которые характеризуютъ слѣдующую форму и которые у другихъ больныхъ являются гораздо раньше. Это обстоятельство и заставило главнымъ образомъ Магнуса Гусса принять разъѣленіе на 6 формъ, казущееся довольно искусственнымъ. По его мнѣнію, собственно говоря, три первыя формы могутъ довольно правильно считаться стадіями одной и той же болѣзни, именно: продромальная форма при продолженіи злоупотребленіи спиртными напитками переходитъ въ паралитическую и потомъ въ анестетическую форму. Что же касается гиперестетической, конвульсивной и эпилептической формъ, то до сихъ поръ алкоголиста можетъ не быть, по его мнѣнію, проявленія этихъ формъ алкоголизма и ихъ появленіе зависитъ отъ индивидуальнаго предрасположенія больнаго. Читая исторіи болѣзни М. Гусса, можно съ этимъ согласиться относительно эпилептической формы и тѣхъ симптомовъ конвульсивной формы, которые сближаютъ ее съ эпилептической; но, съ другой стороны, можно видѣть, что и при первыхъ формахъ бываютъ почти постоянно и судорожныя явленія, и болевыя, хотя дѣйствительно не у всѣхъ больныхъ въ одинаковой степени. Такъ что нельзя сказать, чтобы гиперестезическая форма или судорожная могли составлять одинъ изъ стадіевъ физическаго алкоголизма, но, съ другой стороны, нельзя составлять изъ этого признака отдѣльную форму,—это есть оттѣнокъ болѣзни, не всѣмъ больнымъ одинаково свойственный. Совершенно иначе можно отнестись къ эпилептической формѣ. Дѣйствительно, epilepsia potatorum должна составлять совершенно отдѣльную форму изъ алкогольныхъ заболѣваній, совершенно такую же, какъ самостоятельные алкогольные психозы и изученіе которыхъ выходитъ изъ границъ нашей задачи. Магнусъ Гуссъ касался впрочемъ

всѣхъ хроническихъ заболѣваній нервной системы подъ вліяніемъ злоупотребленія алкоголемъ. Какъ мы уже говорили, именно этимъ заболѣваніямъ *нервной системы* онъ и придаетъ названіе хроническаго алкоголизма (alcoholismus chronicus). Измѣненія въ другихъ системахъ, наприм. страданіе печени, желудка, которыя бываютъ у алкоголиковъ, не входятъ въ его понятіе о хроническомъ алкоголизмѣ. Они дѣйствительно почти постоянно бываютъ у лицъ страдающихъ хроническимъ алкоголизмомъ, но они частью составляютъ осложненіе хроническаго алкоголизма, частью служатъ поводами для его проявленія; сущность же явленій хроническаго алкоголизма заключается въ страданіи нервной системы, и притомъ такомъ страданіи, которое не обусловливается какими-либо матеріальными измѣненіями въ нервной системѣ. Вотъ какъ онъ дѣлаетъ свое опредѣленіе: «названіе alcoholismus chronicus обнимаетъ тѣ болѣзненныя проявленія со стороны нервной системы, какъ въ сферѣ психической, такъ и въ двигательной и чувствующей, которыя, протекая въ хронической формѣ, не находятся въ прямой или въ значительной зависимости отъ какихъ-либо измѣненій въ строеніи какъ центральной, такъ и периферической нервной системы, и которыя встрѣчаются у лицъ въ продолженіе долгаго времени постоянно употреблявшихъ спиртные напитки въ неумѣренномъ количествѣ» (201). «Сущность хроническаго алкоголизма,—говоритъ онъ далѣе,—заключается въ хроническомъ процессѣ отравленія. Этотъ процессъ отравленія обусловливается частью непосредственнымъ воспріятіемъ алкоголя (т.-е. ядовитаго вещества) изъ крови, частью измѣненіемъ состава самой крови. Измѣненная кровь, частью вслѣдствіе того, что содержитъ чуждое ей вещество, частью вслѣдствіе того, что количественное отношеніе ея нормальныхъ составныхъ частей измѣнено, вліяетъ на нервную систему, то возбуждая ее, то подавляя, вслѣдствіе чего вышеописанные симптомы различнымъ образомъ комбинируются—то появляются, то исчезаютъ, то прибавляются, то уменьшаются».

По результатамъ вскрытій, произведенныхъ имъ, Магнусъ Гусъ замѣчаетъ, что если онъ и находилъ измѣненія въ нервной системѣ, то все-таки ими нельзя было объяснить прижизненныхъ симптомовъ, а у многихъ больныхъ и совсѣмъ не бываетъ измѣненій. Съ другой стороны, аналогичные симптомы бываютъ и при другихъ отравленіяхъ: наприм., при отравленіи свинцовой, фосфорной, свинцовой, ртутью, мышьякомъ и другими ядами, такъ что онъ считаетъ себя вправѣ и наблюдаемыя имъ болѣзни у алкоголиковъ считать выраженіемъ отравленія.—Относительно сущности яда онъ съ положительностью говорить только, что это алкоголь, потому что въ какомъ бы видѣ ни были злоупотребленія: въ видѣ ли употребленія картофельной водки, въ видѣ ли рома, коньяка и т. п.,—могутъ быть одинаковые симптомы. Однако, все-таки, онъ думаетъ, что нѣкоторые сорта водки могутъ болѣе располагать къ заболѣваніямъ; именно, въ нѣкоторые годы, когда продажная водка имѣла особенный букетъ (sieb), онъ замѣчалъ гораздо большій процентъ заболѣваній. Что это за вещество, которое придаетъ такой букетъ, въ его время химики не могли разрѣшить этого вопроса.—Во всякомъ случаѣ М. Гусъ не считаетъ, чтобъ это были продукты solanin'а, потому что водка, насколько не содержащая соланина, вызываетъ тѣ же явленія хроническаго алкоголизма.

Для большей убѣдительности своего замѣчанія о томъ, что хроническій алкоголизмъ есть интоксикаціонная болѣзнь, онъ вмѣстѣ съ профессоромъ Дальгреномъ производилъ опыты надъ собаками, которыхъ поили чистою водкой (6 унц. въ день) въ теченіе 8 мѣсяцевъ. Результаты были слѣдующіе:

1) Сначала собаки не выказывали особеннаго противодѣйствія опыту, но въ

концѣ перваго мѣсяца пришлось ихъ поить водкою силой, потому что онѣ выказывали большое отвращеніе къ ней.

2) Въ первые три мѣсяца собаки вскорѣ послѣ употребленія водки проявляли особенную живость, доходившую до дикости, связанную съ большою жадностью къ пищѣ и усиленною жаждой. Выглядывали онѣ хорошо упитанными.

3) На четвертомъ мѣсяцѣ стали онѣ лазать тише и безязычнѣе; при этомъ явился сухой кашель, глаза слезились, слухъ ослабѣлъ; общій видъ вялый; онъ безпокойный, съ подергиваніями въ ногахъ; неохотно двигались, большею частію лежали на одномъ боку.

4) Послѣ 4-хъ мѣсяцевъ стало замѣтно, что при стоянiи собаки трясутся и шатаются; рѣзко замѣтна была слабость въ конечностяхъ, особенно въ заднихъ, такъ что большею частью при ѣдѣ онѣ сидѣли. Судороги въ конечностяхъ были не только во снѣ, но и во время бодрствованія. При этомъ, несмотря на общее равнодушіе, замѣтно было, что онѣ быстро дѣлались злы, дики, когда увидятъ другую собаку.

5) При продолженіи опыта сили животныхъ постепенно падали; чувствительность кожи уменьшилась, особенно замѣтно на ушахъ, гдѣ не чувствовался сильный щипокъ; аппетитъ уменьшился значительно и иногда являлось отвращеніе отъ пищи. Злобность противъ другихъ собакъ продолжалась, такъ что, несмотря на невозможность броситься, онѣ все-таки дѣлали попытки въ этомъ направленіи. Худѣли собаки мало;—напротивъ, всѣ были жирнѣе, чѣмъ при началѣ опыта.

6) Одна собака умерла на восьмомъ мѣсяцѣ, два другія были убиты по истеченіи 8 мѣсяцевъ. При вскрытіи ихъ въ нервной системѣ нашли только обильное кровенаполненіе; въ одномъ случаѣ найдено было скопленіе серозной жидкости между твердою и паутинною оболочками спиннаго мозга, на уровнѣ 4—6 спиннаго позвонка. Въ другихъ органахъ: хроническое воспаленіе слизистой оболочки желудка, увеличенная печень, хроническое воспаленіе слизистой оболочки дыхательныхъ органовъ; мускулы дряблы; значительное количество жира.

Такимъ образомъ опыты показали М. Гусу, что экспериментально можно вызвать у собакъ нѣкоторыя явленія аналогичныя тѣмъ, которыя онъ описывалъ у алкоголиковъ. Это, конечно, еще болѣе подтвердило его взглядъ на хроническій алкоголизмъ, какъ на интоксикаціонную болѣзнь.—Однако, какъ онъ справедливо замѣчаетъ, все-таки рѣдко у людей злоупотребленіе алкоголемъ вызываетъ болѣзненныя явленія и это, по его мнѣнію, съ одной стороны обусловливается тѣмъ, что алкоголь легко выводится изъ организма и, слѣдовательно, вызвать явленія хроническаго отравленія можетъ только тогда, когда вино употребляется въ большомъ количествѣ безпрерывно, такъ что организмъ не успѣваетъ освободиться отъ стараго алкоголя, какъ уже вводится новое его количество (хотя это далеко не бываетъ часто), а съ другой стороны и тѣмъ, что для проявленія симптомовъ хроническаго алкоголизма большею частью нужны еще другія благопріятствующія условія: дурная пища, плохое помѣщеніе, душевныя потрясенія, ослабляющія болѣзни, иногда быстрое прекращеніе употребленія вина; наконецъ, важно и индивидуальное расположеніе—наслѣдственность, темпераментъ, возрастъ (средній, чаще всего около 42 лѣтъ), полъ. Хотя у автора больше больныхъ мужчинъ, но онъ думаетъ, что женщины болѣе расположены, чѣмъ мужчины, потому что у нихъ хронической алкоголизмъ является послѣ болѣе короткаго злоупотребленія спиртными напитками. Впрочемъ, вопросъ о томъ, какъ долго должно продолжаться злоупотребленіе спиртными напитками, чтобы вызвать явленіе хроническаго алкоголизма, авторъ не рѣшаетъ. Онъ думаетъ, что приблизительно отъ 5 до 10

лѣтъ человѣкъ можетъ пить очень много водки, иногда ежедневно отъ 20—30 унцъ, прежде чѣмъ появятся симптомы хроническаго алкоголизма; при этомъ вовсе не нужно, чтобы человѣкъ чувствовалъ опьяненіе,—явленія хроническаго алкоголизма наблюдались и у такихъ лицъ, которыя говорили, что они никогда пьяны не были. Въ связи съ употребленіемъ вина находится и теченіе хроническаго алкоголизма, разъ признаки его появились. Если больной ведетъ жизнь правильную и употребленіе вина производится только по назначенію врача, то симптомы алкоголизма, въ большинствѣ случаевъ, уменьшаются и могутъ исчезнуть. Такіе исходы въ выздоровленіе М. Гуссъ наблюдалъ въ случаяхъ продромальной, паретической, анестетической, гиперестетической, конвульсивной и эпилептической формъ. Впрочемъ, такой исходъ бываетъ не всегда: иногда наступаетъ только улучшеніе, а не полное выздоровленіе; иногда болѣзнь останавливается и не идетъ дальше; иногда же болѣзнь все усиливается и кончается смертью — иногда отъ какой-нибудь интеркуррирующей болѣзни, иногда сама по себѣ, отъ общаго истощенія. Въ такихъ случаяхъ передъ смертью является отекъ конечностей, спячка, судороги въ мускулахъ шеи, и больной умираетъ при крайнемъ упадкѣ силъ. Что касается до продолжительности того или другаго хода болѣзни, то въ этомъ отношеніи рѣшительно нѣтъ опредѣленныхъ правилъ: иногда болѣзнь идетъ быстро, иногда очень медленно и съ колебаніями въ ту или другую сторону.

Я остановился довольно подробно на изложеніи взглядовъ М. Гусса на интересующую насъ болѣзнь, потому что считаю, что изслѣдованіе этого автора положило основу всему дальнѣйшему изученію этой болѣзни. Въ самомъ дѣлѣ, въ описаніи М. Гусса можно встрѣтить очень много такихъ цѣнныхъ указаній, которыхъ нельзя найти ни у кого изъ авторовъ, работавшихъ надъ этимъ вопросомъ спустя 30 лѣтъ послѣ М. Гусса. Конечно, многое въ его взглядахъ неточно и невѣрно, да и нельзя требовать полной точности отъ автора, писавшаго въ 40-хъ годахъ, когда нервныя болѣзни даже съ клинической стороны были такъ мало изслѣдованы. Нельзя, конечно, согласиться съ его взглядомъ, что хроническій алкоголизмъ есть только болѣзнь нервной системы, и нельзя согласиться съ его слишкомъ дробнымъ дѣленіемъ формъ хроническаго алкоголизма,—формъ, которыя онъ самъ считаетъ за стадіи одной и той же болѣзни. Какъ эта дробность, такъ и то слишкомъ большое значеніе, которое давалъ М. Гуссъ нервной системѣ въ понятіи хроническаго алкоголизма, было единственно слѣдствіемъ увлеченія человѣка, сдѣлавшаго очень цѣнное обобщеніе изъ своихъ наблюденій. Можетъ-быть эти увлеченія и возникшія изъ нихъ ошибки были причиною того, что въ теченіе болѣе 10 лѣтъ мы не видимъ слѣдствій работы М. Гусса, не видимъ сообщеній о томъ предметѣ, о которомъ онъ писалъ. По временамъ, правда, описываются случаи параличей и вообще нервныхъ разстройствъ у лицъ, злоупотреблявшихъ спиртными напитками, какъ, наприм., случаи Bourdon *),

*) *Bourdon*: „Archive Génér. de Médicine“ 1861.

Marcé *) и Topinard **), но они описываются какъ единичныя наблюденія, безъ обобщеній. Тѣмъ не менѣе ученіе М. Гусса не было позабыто и принесло свои плоды. Первые ученые, поднявшіе опять вопросъ объ алкогольныхъ параличахъ, были: Lancereaux и Leudet, профессоръ въ Руанѣ. Lancereaux, въ своей статьѣ „Alcoolisme“ въ „Dictionnaire encyclopedique des sciences médicales“ (1865), очень подробно описываетъ тѣ анатомическія измѣненія, которыя вызываютъ хроническое отравленіе спиртными напитками въ различныхъ органахъ тѣла, и тѣ клиническія явленія, которыя вызываются этими измѣненіями. Между прочимъ, онъ останавливается и на измѣненіяхъ головнаго и спиннаго мозга, а также и периферическихъ нервовъ. Говоря о страданіяхъ спиннаго мозга у алкоголиковъ, Lancereaux говоритъ и о параличахъ, описаніе которыхъ составлено М. Гуссомъ. Въ короткихъ словахъ онъ описываетъ главные признаки этихъ параличей, указываетъ на то, что они соединены съ измѣненіями психической дѣятельности, главнымъ образомъ съ галлюцинаціями, что параличъ выражается въ ослабленіи мышечной силы, въ ослабленіи чувствительности, характерной гиперестезіи, сосудодвигательныхъ разстройствахъ (отекахъ), что большею частью онъ бываетъ симметричный и, большею частью, имѣетъ восходящее теченіе,—указываетъ, что нѣкоторые случаи кончаются выздоровленіемъ, несмотря на то, что параличъ восходитъ даже до мышцъ лица; при этомъ онъ приводитъ два свои наблюденія, изъ которыхъ одно съ аутопсіей, и отмѣчаетъ, что онъ у своей больной нашелъ склерозъ спиннаго мозга и перерожденіе нервовъ. Хотя въ этой статьѣ Лансеро и высказывается за спинномозговое происхожденіе этихъ параличей, но въ то же время онъ обращаетъ вниманіе на то, что анатомическія разстройства периферическихъ нервовъ бываютъ также при хроническомъ алкоголизмѣ. Къ этому выводу его приводитъ сообщеніе профес. Лёде, который въ одномъ случаѣ (не описываемомъ подробно) констатировалъ гипертрофію неврилемы и измѣненіе въ локтевомъ нервѣ у одного индивидуума, сильно злоупотреблявшаго алкоголемъ, который, имѣя параличъ этого нерва, скончался отъ случайной болѣзни. Лансеро не ограничился впрочемъ статьею въ „Dictionnaire encyclopediqe des Sciences médicales“; въ 1865 г. онъ помѣстилъ въ „Gazette hebdomadaire“ (p. 438 et 464) статью, въ которой говоритъ вообще объ измѣненіяхъ при хроническомъ алкоголизмѣ, а также объ измѣненіяхъ спиннаго мозга. Онъ держится того мнѣнія, что при хроническомъ алкоголизмѣ вообще измѣненія бываютъ двухъ родовъ: одни, на поверхности органовъ не-

*) *Marcé*: „Societé Med. des Hôp.“. (Mai 1862).
**) *Topinard*: „De l'Ataxie locomotrice.“ Paris obs. XXXIV.

2343

чени, мозга, почекъ и др., въ серозныхъ и слизистыхъ оболочкахъ разныхъ органовъ, другія — въ паренхимѣ органовъ печени, почекъ и др. Послѣднія измѣненія состоятъ главнымъ образомъ въ зернисто-жировомъ перерожденіи. Сердце у алкоголиковъ большею частью дрябло, артеріи и вены (особ. art. pulmonalis, ven. portae) очень измѣнены. Мозгъ дѣлается меньше, тверже, извилины атрофируются, оболочки утолщаются, дѣлаются отечны; по мѣстамъ попадается гематинъ. Въ общемъ онъ приходитъ къ заключенію, что измѣненія въ органахъ сводятся часто къ образованію соединительной ткани въ излишнемъ количествѣ, частью къ жировому перерожденію. Послѣднее бываетъ чаще и, благодаря этому, всѣ органы алкоголиковъ носятъ отличительный характеръ преждевременной дряхлости. При этомъ онъ коротко указываетъ на одинъ случай вскрытія, гдѣ онъ нашелъ склерозъ въ спинномъ мозгу.

Изъ этого краткаго очерка взглядовъ Лансеро въ 1865 г. мы видимъ, что онъ пошелъ уже далѣе М. Гусса. Во-первыхъ, онъ не дѣлаетъ изъ нервныхъ разстройствъ алкоголика единственное, что заслуживаетъ названіе хроническаго алкоголизма; во-вторыхъ, онъ не раздѣляетъ мнѣнія М. Гусса о томъ, что симптомы со стороны нервной системы не обусловливаются никакимъ анатомическимъ разстройствомъ; напротивъ, онъ и самъ приводитъ свой случай, гдѣ было измѣненіе въ спинномъ мозгу, и случай Лёде, гдѣ было измѣненіе въ периферическихъ нервахъ. Хотя онъ самъ склоняется болѣе въ пользу спинномозговаго происхожденія алкогольныхъ параличей, но предоставляетъ послѣдующимъ изслѣдователямъ рѣшить вопросъ и о разстройствахъ периферической нервной системы. Несмотря на этотъ значительный шагъ впередъ противъ М. Гусса, все-таки французскіе изслѣдователи не могли еще отдѣлаться отъ нѣкоторыхъ мнѣній, навѣянныхъ ученіемъ М. Гусса, именно: отъ раздѣленія различныхъ проявленій нервныхъ разстройствъ на отдѣльныя формы. Этимъ объясняется, почему Лёде статью, помѣщенную въ „Archive génér. de Médicine“ 1867 (t. I, p. 1) озаглавливаетъ: „Etude sur la forme hyperesthésique de l'alcoolisme chronique“. Въ этой статьѣ онъ описываетъ исключительно формы съ гипералгезіей, хотя въ его сообщеніи къ Лансеро въ „Dict. enc.“ видно, что онъ видалъ случаи и простыхъ алкогольныхъ параличей, изъ которыхъ одинъ даже очень замѣчателенъ (именно: параличъ восходилъ съ ногъ до рукъ, а потомъ были поражены всѣ мышцы туловища и даже нѣкоторыя мышцы лица; больной выздоровѣлъ). Несмотря на это, онъ все-таки случаи съ гипералгезіей считаетъ нужнымъ описать отдѣльно, хотя гипералгезія бываетъ, конечно, не одна, а вмѣстѣ съ параличомъ. Говоря о параличныхъ явленіяхъ довольно коротко, именно то, что они большею частью бываютъ симметричны, имѣютъ

восходящее теченіе, что въ началѣ разстройства движеній имѣютъ характеръ атаксическій, а потомъ уже наступаетъ парезъ, что иногда бываетъ разстройство произношенія, ослабленіе памяти,—Лёде главнымъ образомъ останавливается на описаніи гипералгезіи кожи, мышцъ и остистыхъ отростковъ позвонковъ и на описаніи судорожныхъ явленій, являющихся рефлекторно, какъ послѣдствіе гипералгезіи кожи. Онъ довольно вѣрно описываетъ свойство болей и гипералгезіи, сочетаніе ея съ анестезіей,—то, что главнымъ образомъ боли ощущаются въ тѣхъ частяхъ конечностей, которыя болѣе отдалены отъ центра; указываетъ, что всѣ явленія—какъ боли, такъ и параличи—могутъ при благопріятныхъ условіяхъ исчезать. Онъ приводитъ три наблюденія, которыя причисляетъ къ этой формѣ и, на основаніи клиническаго разбора, приходитъ къ заключенію, что вредъ ли въ происхожденіи болѣзни играютъ роль периферическіе нервы, а болѣе всего—спинной мозгъ. На это, по его мнѣнію, указываетъ больше всего распредѣленіе явленій, anaesthesia dolorosa и усиленіе рефлексовъ. Такимъ образомъ, въ половинѣ шестидесятыхъ годовъ, во Франціи вопросъ объ алкогольныхъ параличахъ былъ уже поднятъ двумя учеными и проявленія этой болѣзни были описаны довольно характерными чертами. Подобные же случаи описываетъ и Surmay въ „Union medical“ 1868 г., останавливающійся впрочемъ не столько на описаніи проявленія параличей или гипералгезіи, сколько на родѣ смерти, напоминавшей уремію при отсутствіи въ мочѣ бѣлка. Затѣмъ болѣе 10 лѣтъ работъ по алкогольному параличу нѣтъ во французской литературѣ и только въ 1881 г. печатаются очень обстоятельныя наблюденія того же Лансеро. Въ продолженіе этого времени однако свѣдѣнія объ алкогольномъ параличѣ пополнялись врачами Англіи и Германіи. Въ Англіи, какъ первая работа по этому предмету, была статья Reginald'a Thompson'a („Med. Chir. Transactions“ 1868 г. „on paralysis of the extensores“), въ которой онъ сообщаетъ 5 наблюденій, гдѣ у лицъ, долго злоупотреблявшихъ спиртными напитками, развился параличъ, повидимому, вслѣдствіе злоупотребленія алкоголемъ. Параличъ былъ болѣе всего выраженъ въ экстенсорахъ верхнихъ и нижнихъ конечностей, сопровождался острыми болями и разстройствомъ чувствительности. Изъ 5 больныхъ 4 были женщины; въ одномъ случаѣ аутопсія показала размягченіе въ шейномъ и поясничномъ утолщеніи спиннаго мозга, именно въ заднемъ его отдѣлѣ; микроскопическаго изслѣдованія не было и измѣненія, описываемыя авторомъ такъ поверхностно, могли быть и явленіями посмертными.

Около того же времени John Higginbotton въ „Brit. Journ.“ Jan. 1868 г. описываетъ болѣзнь, которую онъ называетъ алкогольнымъ ревматизмомъ. Болѣзнь эта, говоритъ онъ, бываетъ у лицъ употребляю-

щихъ ежедневно спиртные напитки и часто принимается за подагру; является она большею частью у лицъ близкихъ къ 40-лѣтнему возрасту и выражается симптомами какъ со стороны психической, такъ и физической. Больные дѣлаются очень вялы, интеллектъ слабѣетъ; при этомъ движенія становятся неловки; походка шаткая, тяжелая, паретическая. На ряду съ этимъ существуютъ рѣзко выраженныя боли въ различныхъ участкахъ тѣла. Авторъ полагаетъ, что причина этого разстройства заключается въ измѣненіи структуры синовіальныхъ оболочекъ подъ вліяніемъ алкоголя, и самымъ полезнымъ средствомъ считаетъ чистый воздухъ при воздержаніи отъ спиртныхъ напитковъ. Въ 1869 г. Dr. Church тоже описываетъ одинъ случай пареза конечностей съ психическими явленіями у алкоголика, но не дѣлаетъ изъ этого случая какихъ-нибудь выводовъ относительно интересующей насъ болѣзни. Затѣмъ въ 1871 г. Handfield Jones въ „The Practicioner“ (p. 331), говоря объ этиленсіи алкогольнаго происхожденія, говоритъ и о параличахъ, бывающихъ у алкоголиковъ. Впрочемъ, по словамъ Dreschfeld'a*), еще гораздо ранѣе всѣхъ этихъ авторовъ и задолго до самого M. Huss'a на интересующую насъ болѣзнь обратилъ вниманіе американскій врачъ Djems Jakson. По его описанію, сдѣланному въ 1822—1823 г., видно, что онъ описываетъ картину алкогольнаго паралича, давая впрочемъ болѣзни названіе „arthrodynia“. Онъ говоритъ, что болѣзнь эта наблюдается преимущественно у женщинъ, злоупотреблявшихъ спиртными напитками. Начинается она сильными стрѣлящими болями, преимущественно въ ногахъ, особенно въ ступняхъ. Отсюда боли распространяются на руки, преимущественно сосредоточиваясь въ кистяхъ. Боли бываютъ очень жестоки и безпокоятъ особенно по ночамъ. Часто вмѣстѣ съ болью является чувство онѣмѣнія, особенно въ ступняхъ. Затѣмъ вскорѣ является чувство стягиванія въ пальцахъ и движенія рукъ и ногъ дѣлаются несвободными. Въ дальнѣйшемъ теченіи руки и ноги слабѣютъ, причемъ чаще всего экстензоры значительно слабѣе, чѣмъ флексоры. Все тѣло худѣетъ, причемъ похуданіе особенно рѣзко замѣтно въ рукахъ и ногахъ. Кожа конечностей часто получаетъ особый видъ, дѣлается истонченною, иногда блестящею. Изъ этихъ строкъ Dreschfeld заключаетъ, что Джаксону извѣстна была интересующая насъ болѣзнь ранѣе, чѣмъ она была кѣмъ-либо описана, и ему принадлежитъ честь перваго ея описанія, хотя и очень краткаго.

Съ своей стороны Dr Buzzard **) указываетъ, что первое сообще-

*) *Brain*, Jan. 1886.

**) *Buzzard*. „On some forms of paralysis from peripheral Neuritis.—Lancet“ 1885 Dec.—sep. 1886, p. 70.

ніе о симптомахъ алкогольнаго паралича сдѣлалъ Dr Lettsom, опубликованій въ 1789 году свои наблюденія о послѣдствіяхъ пьянства; онъ упоминаетъ,—правда, очень кратко,—о похуданіи конечностей, о лоснящейся кожѣ, о гипералгезіи; говоритъ о парезѣ конечностей, особенно нижнихъ; указываетъ на характерное разстройство психической сферы у этихъ больныхъ, на наклонность перепутывать дѣйствительныя представленія съ воображаемыми. Впрочемъ, подобныя краткія свѣдѣнія о нѣкоторыхъ изъ симптомовъ алкогольнаго паралича можно встрѣтить и у писателя еще болѣе давняго, чѣмъ Lettsom, именно у Сенеки. Я съ своей стороны прибавлю, что на сочиненіе Lettsom указываетъ не одинъ Dr Buzzard, а также и M. Huss, который въ своей книгѣ приводитъ, между прочимъ, и всю литературу этого предмета и указываетъ, что нѣкоторые изъ описываемыхъ имъ симптомовъ были извѣстны и Сенекѣ, и Lettsom'у, и также извѣстному московскому врачу Brühl-Cramer'у, издавшему въ 1819 году описаніе запойнаго пьянства и указывающему на парезы и анестезіи, являющіяся вслѣдствіе этой болѣзни.

Dr Wilks, однако, приписываетъ себѣ заслугу, что онъ первый въ Англіи сталъ говорить объ алкогольной параплегіи въ своей статьѣ въ «Lancet» 1872 (p. 320). Онъ говоритъ, что уже въ 1867 г. на своихъ лекціяхъ онъ описывалъ картину алкогольной параплегіи; повидимому, онъ и употребилъ первый это названіе для обозначенія интересующей насъ болѣзни. Воспроизводя свои лекціи, читанныя въ 1867 г., въ статьѣ своей въ „Lancet“ 1872, онъ хотя кратко, но довольно характерно описываетъ симптомы алкогольной параплегіи. Онъ говоритъ, что въ большинствѣ случаевъ, при этой болѣзни, рядомъ съ физическимъ разстройствомъ, является и психическое, что параличъ соединенъ съ рѣзкими болями, особенно въ голеняхъ, что иногда рядомъ съ болями бываетъ и анестезія, что параличъ распространяется иногда и на руки и соединяется съ мышечною атрофіей. Иногда, по его словамъ, вмѣсто параличныхъ явленій, можетъ быть атаксія движеній. По его наблюденіямъ, чаще страдаютъ этою болѣзнью женщины, именно женщины изъ достаточнаго общества, „леди“, привыкшія тайно употреблять спиртные напитки. Dr Wilks склоненъ признавать за алкогольною параплегіей спинно-мозговое происхожденіе, именно—особый видъ meningo-myelit'a.

Сообщеніе Dr Wilks'a вызвало со стороны англійскихъ врачей сообщенія о подобныхъ же наблюденіяхъ. Именно, въ томъ же году, въ „Lancet“, Dr. Hunter въ письмѣ къ издателю сообщаетъ о томъ, что онъ тоже видѣлъ нѣсколько случаевъ, подходящихъ къ описанію д-ра Вилькса, и коротко сообщаетъ исторію двухъ случаевъ, кончившихся выздоровленіемъ. Въ томъ же году Dr Lockhardt Clarke, въ статьѣ „Al-

coholic paresis and Paraplegia“ („Lancet“, p. 472), констатируетъ фактъ, что алкоголь часто бываетъ непосредственною причиной параплегіи или парезовъ; онъ описываетъ въ общихъ чертахъ явленія, которыя наблюдаются при этихъ парезахъ: своеобразныя боли—то въ видѣ острыхъ ревущихъ и стрѣлящихъ болей въ пальцахъ рукъ и ногъ и въ ступняхъ, то въ видѣ какихъ-то „схватываній за икры“; разныя субъективныя ощущенія—чувство головокруженія, ощущеніе умиранія, чувство онѣмѣнія въ конечностяхъ, разстройство движеній, именно: трясеніе въ конечностяхъ, неправильность походки, ея шаткость, фибриллярныя подергиванія въ мускулахъ лица, разстройство артикуляціи. При этомъ замѣтенъ значительный упадокъ душевныхъ силъ. Большею частью этими явленіями начинается болѣзнь и, при благопріятныхъ условіяхъ, можетъ пройти, но если условія неблагопріятны, то дѣло можетъ кончиться полнымъ параличомъ и смертью. Къ этому общему описанію авторъ присоединяетъ и свои наблюденія. Нужно впрочемъ отмѣтить, что всѣ наблюденія англійскихъ авторовъ такъ коротки, что не сопровождайся они общими объясненіями, то изъ нихъ трудно было бы и вывести какое-нибудь заключеніе о болѣзни. Большею частью все наблюденіе ограничивается четырьмя-пятью строчками и насъ, привыкшихъ къ подробнымъ описаніямъ болѣзненныхъ симптомовъ, непріятно поражаетъ эта краткость, внушающая массу сомнѣній.

Можетъ-быть, благодаря этой краткости описанія, отсутствію описанія рѣзкихъ объективныхъ признаковъ, по которымъ бы можно было узнавать алкогольную параплегію, въ послѣдующіе годы даже въ англійской литературѣ незамѣтно описанія подобныхъ же случаевъ до самаго того времени, когда въ 80-хъ годахъ, съ легкой руки того же Lancereaux, вопросъ объ алкогольныхъ параличахъ снова былъ поднятъ. Тогда и въ Англіи явился цѣлый рядъ наблюденій по этому предмету.

Въ Германіи алкогольныхъ параличей долго не знали, хотя въ учебникахъ упоминалось о нихъ въ 70-хъ годахъ (см. „Leyden Klinik der Ruckenmarkskrankheiten“, p. 281), но самостоятельныхъ описаній не было. Только въ 1879 г. въ „Charité Annalen“ за 1877 г. (IV Jahrgang) появилась статья, касающаяся разстройства движеній у алкоголиковъ („Über eine bei chronischen Alcoholisten beobachtete Form von Gehstörung“ (p. 395—405). Въ этой статьѣ Вестфаль описываетъ характерную походку, которую онъ замѣчалъ у нотаторовъ, и приводитъ два наблюденія. Характерное свойство описываемаго имъ разстройства движеній сводится къ слѣдующему: при движеніи впередъ нога сильно сгибается въ тазобедренномъ суставѣ, голень остается въ согнутомъ состояніи и медленно, но тяжело опускается на полъ. Походка имѣетъ сходство съ походкой при параличѣ nn. peronei, но отличается отъ

этой послѣдней тѣмъ, что ступня не отвисаетъ и не волочится; да и прямое изслѣдованіе показываетъ, что паралича nn. peronei здѣсь не бываетъ. Кромѣ того, при нервномъ взглядѣ, походка пьяницъ можетъ показаться похожею на походку табетика, но отличается тѣмъ, что при tabes, при движеніи ноги впередъ, вмѣстѣ съ сильнымъ сгибаніемъ ноги въ тазобедренномъ суставѣ происходитъ разгибаніе въ колѣнномъ, иногда чрезмѣрное, и нога опускается на полъ въ такомъ вытянутомъ состояніи: далѣе, нѣтъ той характерной разбросанности движеній, какая бываетъ при tabes. Грубая сила мускуловъ не уменьшена; паралича нѣтъ. При этомъ въ лежачемъ положеніи нельзя было констатировать никакихъ атактическихъ явленій; если бываетъ невѣрность движеній въ постели, то она носитъ не атактическій, а паретическій характеръ, характеръ ослабленія силы мышечныхъ сокращеній. На ряду съ этимъ разстройствомъ походки замѣчаются иногда судорожныя явленія, рѣжущія боли, чувство особеннаго напряженія въ мышцахъ (которое, по словамъ больныхъ, и мѣшаетъ имъ правильно ходить). Кожные и пателлярные рефлексы сохранены и не усилены. Описывая эту форму разстройства походки, Вестфаль прибавляетъ, что хотя въ литературѣ есть указанія на такъ-называемую атаксію, встрѣчающуюся у пьяницъ, но описанія разстройствъ не характерны, и онъ думаетъ, что картина, которую онъ рисуетъ, еще не была описана.

Въ такомъ положеніи было ученіе объ алкогольныхъ параличахъ, когда въ 1881 г. появились въ печати лекціи профес. Lancereaux, записанныя Готье *). Въ этихъ лекціяхъ приводится много новыхъ наблюденій, а нѣкоторыя изъ нихъ и со вскрытіемъ. На основаніи этихъ наблюденій, Лансеро утверждаетъ, что алкогольные параличи носятъ совершенно своеобразный характеръ; общіе всѣмъ случаямъ признаки суть слѣдующіе: параличи симметричны, т.-е. распредѣляются въ гомологичныхъ мускулахъ нижнихъ и верхнихъ конечностей; съ конечностей, въ которыхъ онъ начинается, онъ восходитъ постепенно до туловища; параличъ сильнѣе въ нижнихъ конечностяхъ, чѣмъ въ верхнихъ, движенія которыхъ обыкновенно не очень нарушены; разгибатели обыкновенно поражены болѣе сгибателей, вслѣдствіе чего является характерное положеніе рукъ и ступней. Электросократительность въ нѣкоторыхъ случаяхъ если не была потеряна, то значительно уменьшена. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣтна особенная анестезія къ индуктивному току, который въ нѣкоторыхъ мѣстахъ совсѣмъ не чувствуется, тогда какъ въ другихъ—дѣлается невыносимъ. Вмѣстѣ съ этимъ бываютъ различныя субъективныя ощущенія въ конечностяхъ: боли, покалыванія, ползаніе мурашекъ, гипералгезіи. Во многихъ слу-

*) „Gazette hebdomadaire“ 1881: „Des paralysies alcooliques“, p. 119.

чаяхъ вазомоторныя разстройства въ нижнихъ конечностяхъ— краснота или блѣдность членовъ, особенная потливость конечностей, отеки въ нихъ, особенно на тылѣ стопы. При этомъ часто бываетъ характерный алкогольный бредъ, гастрическія разстройства и другія явленія, свойственныя алкоголизму. По наблюденіямъ Лансеро, болѣзнь чаще бываетъ у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ, и можетъ развиться не только отъ употребленія спиртныхъ напитковъ, но и отъ постояннаго пребыванія въ атмосферѣ, пропитанной спиртомъ. При вскрытіи Лансеро находилъ, что спинной мозгъ и корешки цѣлы, а въ периферическихъ нервахъ существуетъ рѣзко-выраженная картина дегенеративнаго неврита, такой, какой бываетъ при перерѣзкѣ нервныхъ стволовъ, съ тою разницею, что при алкогольномъ параличѣ поражаются не всѣ волокна даннаго поперечнаго разрѣза, а только часть ихъ. Въ мышцахъ Лансеро находилъ зернисто-жировое перерожденіе. На основаніи всего этого, говоритъ въ заключеніе Лансеро, мы имѣемъ право признать, что алкогольный параличъ имѣетъ происхожденіе периферическое, характерное теченіе и симптоматологію, а также специфическій анатомическій субстратъ. Приходя къ этому выводу, Лансеро однако не забываетъ сдѣлать сопоставленіи алкогольныхъ параличей съ параличами вслѣдствіе другихъ интоксикацій и въ своей лекціи, напечатанной въ томъ же году въ „Gazette hébdom. de Méd.“, p. 719, указываетъ, что другіе яды, какъ органическіе, такъ и минеральные, могутъ вызывать клиническія явленія, очень сходныя съ тѣми, которыя вызываютъ алкоголь, т.-е. обусловливать параличи симметричные, наиболѣе выраженные въ периферическихъ частяхъ конечностей, съ восходящимъ теченіемъ, вазомоторными разстройствами и патолого-анатомическою цѣлостью нервныхъ центровъ. Такъ, онъ приводитъ случаи такихъ заболѣваній отъ отравленія арсеникомъ, сѣрнистымъ углеродомъ, опіемъ, копаемъ и т. п. Такимъ образомъ Лансеро, давая довольно опредѣленную картину алкогольныхъ параличей, признавая въ основаніи ея специфическій патолого-анатомическій субстратъ, въ то же время не видитъ существеннаго различія алкогольныхъ параличей отъ другихъ интоксикаціонныхъ параличей и не выставляетъ никакихъ характерныхъ отличій алкогольнаго паралича отъ другихъ.

Ученіе Лансеро настолько рельефно рисовало картину алкогольнаго паралича, что узнаватъ его стало гораздо легче и, благодаря этому, со времени появленія его работы, число наблюденій алкогольнаго паралича значительно увеличилось. Въ № 46 „Gazette des Hôpitaux“ за 1883 г. приведено еще нѣсколько случаевъ этой болѣзни, частью того же Лансеро; въ 1884 г. въ той же газетѣ описанъ случай Dejerine'а и въ томъ же году профес. Шарко читалъ лекцію объ алкогольныхъ параличахъ, реферированную Feré въ „Progrès medicale“ 1884, p. 475, и Gilles de la Tourette въ „Gazette des Hôpitaux“ 1884, № 99. На этой лекціи проф. Шарко показалъ двухъ женщинъ съ алкогольнымъ параличомъ и, изложивъ кратко исторію ученія объ этой болѣзни, нарисовалъ картину болѣзни, большею частію руководясь сообщеніями Лансеро. По его представленію, болѣзнь начинается обыкновенно рѣзкими болями, вродѣ табетическихъ, и съ гипералгезіи; затѣмъ являются параличи конечностей съ анестезіей и разстройствомъ вазомоторовъ, съ потерею сухожильныхъ рефлексовъ. Отличительный признакъ алкогольныхъ параличей: ихъ симметрія и преобладаніе паралича экстензоровъ; параличъ большею частію безъ контрактуръ, а если въ сухставахъ замѣтна неподвижность, то это зависитъ отъ органическихъ измѣненій въ самихъ связкахъ; кромѣ того бываютъ съ этимъ вмѣстѣ тѣ или другія измѣненія въ психической сферѣ, между прочимъ—ослабленіе памяти. Впрочемъ симптоматологію алкогольныхъ параличей проф. Шарко излагаетъ довольно кратко и по его лекціи довольно трудно составить себѣ ясное представленіе объ этой болѣзни. Гораздо рельефнѣе и подробнѣе изложена онъ въ монографіи Oettinger'а, явившейся въ 1885 г. Къ этой монографіи мы, впрочемъ, еще вернемся.

Въ Англіи съ 1881 г. тоже явилось нѣсколько работъ по алкогольному параличу.

Такъ Mytle въ „Britisch Medical Jourlal“ (Aug. 1882 г.) и Glynn въ „The Liverpool med. chirurg. Journal“ (July 1883, p. 374) описали нѣсколько случаевъ алкогольнаго паралича, причемъ Glynn первый въ печати констатировалъ потерю пателлярныхъ рефлексовъ при этой болѣзни.

Затѣмъ Dreschfeld въ „Brain“ (July 1884, p. 200—211) посвятилъ этому предмету довольно большую статью. Онъ говоритъ, что, но его наблюденіямъ, алкогольный параличъ представляетъ различную картину въ различныхъ случаяхъ; онъ не представляетъ всегда одной и той же группировки симптомовъ, хотя нѣкоторые изъ нихъ бываютъ напшо всегда, или почти всегда. Останавливаясь на наиболѣе выдающихся симптомахъ,—говоритъ Dreschfeld,—можно подвести случаи алкогольнаго паралича къ нѣсколькимъ типамъ. Первый типъ онъ называетъ *алкогольною атаксіей*; при этой формѣ болѣзнь выражается главнымъ образомъ въ разстройствѣ координаціи движеній въ нижнихъ конечностяхъ, въ уничтоженіи сухожильныхъ рефлексовъ и въ стрѣлящихъ боляхъ, причемъ параличей и атрофій мышцъ обыкновенно не бываетъ. Иногда бываетъ недержаніе мочи по ночамъ. При этой формѣ нѣтъ гиперестезіи, гипералгезіи, вазомоторныхъ разстройствъ и разстройствъ психической дѣятельности. Эти случаи наблюдаются преимущественно у мужчинъ и вполнѣ исчезаютъ съ прекращеніемъ злоупотребленія алкоголемъ, такъ что вообще имѣютъ хорошую прогно-

стику. Для дифференціальной діагностики этой формы отъ настоящей tabes dorsalis можетъ служить появленіе ея непосредственно послѣ сильныхъ экспессовъ in Bacho и отсутствіе нѣкоторыхъ симптомовъ, свойственныхъ настоящей tabes dorsalis, именно: диплопіи, разницы въ зрачкахъ. Dreschfeld полагаетъ, что анатомическимъ субстратомъ этой болѣзни можетъ быть множественный невритъ чувствующихъ нервовъ. Второй типъ можетъ быть съ большимъ правомъ названъ „*параличемъ*". Онъ то и описанъ большинствомъ авторовъ. Болѣзнь этого типа чаще встрѣчается у женщинъ. Болѣзнь выражается пораженіемъ чувствительности, движеній и также трофической и вазомоторной нервной системы. Со стороны чувствительности авторъ отличаетъ гиперестезію стопы и другихъ частей нижнихъ конечностей, иногда съ гипералгезіей, иногда безъ нея, извращеніе чувства температуры (всѣ предметы кажутся холодными), стрѣляющія боли въ ногахъ, болѣзненность при давленіи на позвоночникъ; за гиперестезіями и гипералгезіями слѣдуютъ анестезія и analgesia. Разстройство движеній заключается въ параличѣ нижнихъ, иногда и верхнихъ конечностей, причемъ экстенсоры обыкновенно болѣе поражены, чѣмъ флексоры, рефлексы кожные ослаблены, сухожильные отсутствуютъ; иногда бываютъ контрактуры. Вазомоторныя разстройства выражаются въ краснотѣ кожи стопъ, въ отекахъ въ ступнѣ и въ кистяхъ. Трофическія разстройства выражаются въ атрофіи парализованныхъ мышцъ съ вѣроятною реакціей перерожденія. При этомъ въ большинствѣ случаевъ бываетъ бредъ и гастрическія разстройства.

Прогностика можетъ быть благопріятна при своевременномъ началѣ лѣченія, но часто больные умираютъ отъ истощенія или осложненія. Авторъ приводитъ одинъ случай этой болѣзни, въ которомъ вскрытіе констатировало цѣлость спиннаго мозга и его оболочекъ и, наоборотъ, рѣзко выраженныя измѣненія въ периферическихъ нервахъ, что заставляетъ автора признать вмѣстѣ съ Lancereaux, что анатомическое разстройство, лежащее въ основѣ алкогольнаго паралича, есть множественный периферическій невритъ съ прогрессивнымъ теченіемъ.

Ранѣе статьи Dreschfeld'a было еще засѣданіе Royal Medical et Chirurgical Society, въ которомъ многіе англійскіе врачи высказывали свое мнѣніе объ алкогольномъ параличѣ.

Отчетъ объ этомъ засѣданіи помѣщенъ въ „Lancet" 1884 (t. I, p. 294). Въ этомъ засѣданіи было прочтено сообщеніе д-ра Broadbent'a объ одномъ давнишнемъ потаторѣ, у котораго развился параличъ конечностей, быстро перешедшій и на мышцы туловища и діафрагму, всѣдствіе чего больной и скончался. Вскрытіе подтвердило цѣлость спиннаго мозга. Приводя описаніе этого случая, д-ръ Броадбентъ говоритъ, что ему пришлось видѣть случаевъ шесть подобной болѣзни, большею частію у женщинъ, ведущихъ сидячую жизнь. Болѣзнь почти всегда походила на острый восходящій спинной параличъ, только съ нѣкоторыми особенностями, зависящими отъ особенно рѣзкаго пораженія нѣкоторыхъ частей нервной системы: такъ, опущенная ручная кисть очень характерна даже въ началѣ теченія болѣзни. Въ прежнихъ, возникшихъ по прочтеніи этого реферата, участвовали д-ра Samuel, Wilks, Buzzard.

Д-ръ Wilks высказался, что алкоголь, по всей вѣроятности, смотря по индивидуальному расположенію, вліяетъ преимущественно то на ту, то на другую часть цереброспинальной системы и, повидимому, спинной мозгъ бываетъ пораженъ довольно часто; хотя анатомическихъ измѣненій въ немъ и не найдено, но они все-таки могутъ быть, потому что иногда утолщеніе оболочекъ находилось. Въ виду того, что алкоголь вызываетъ въ органахъ наклонность къ образованію фиброзной ткани, онъ полагаетъ, что можно ожидать развитія склероза въ спинномъ мозгу, какъ послѣдствія алкоголизма; въ подтвержденіе этого, онъ прибавляетъ, что недавно наблюдалъ случаи, очень похожіе на sclerose laterale amyothrophique; одинъ изъ нихъ кончился выздоровленіемъ. Можетъ-быть это не были типичные случаи алкогольнаго паралича, такъ какъ контрактуры были очень рѣзко выражены, и, очень вѣроятно, эта отличительная черта обусловливалась пораженіемъ преимущественно одной части спиннаго мозга передъ другой.

Д-ръ Buzzard согласенъ съ д-ромъ Wilks'омъ, что въ алкогольномъ параличѣ замѣчается довольно большое разнообразіе симптомовъ: такъ, онъ часто встрѣчалъ ланцинирующія боли, а въ случаѣ д-ра Броадбента ихъ не было; иногда на первый планъ выступаетъ очень большое похуданіе, иногда этого нѣтъ; иногда бываютъ контрактуры, иногда нѣтъ; психическія способности бываютъ разстроены, бываютъ и не разстроены. При этомъ д-ръ Buzzard напомнилъ, что онъ опубликовалъ измѣненія электрической реакціи при алкогольномъ параличѣ; иногда бываетъ уменьшеніе или полная потеря фарадической реакціи и сохраненіе или даже повышеніе реакціи гальванической. Хотя, по изслѣдованіямъ Лансеро, при алкогольномъ параличѣ найдена дегенеративная атрофія периферическихъ нервовъ при цѣлости клѣтокъ передніхъ рядовъ и корешковъ, но онъ полагаетъ, что это еще не доказываетъ периферическаго происхожденія болѣзни, такъ какъ Dr. de Watteville въ 1880 г. доказалъ, что динамическія измѣненія временнаго характера бываютъ достаточны, чтобы вызвать измѣненія въ периферическихъ нервахъ. Этого мнѣнія держится и Эрбъ. Въ виду этого, Dr Buzzard самъ рѣшительно высказывается противъ предположенія,

Факульт. Терап. Клиника
1-го Х.М.И.

что алкоголь вызываетъ хроническое воспаленіе спинныхъ нервовъ *). Neuritis optici онъ никогда не видалъ при этой болѣзни.

Dr Barlow сообщилъ, что онъ видѣлъ 4 случая этой болѣзни; наблюдались гипералгезіи; у нѣкоторыхъ были сведенія, но не такія, какъ при аміотрофическомъ склерозѣ; во всѣхъ случаяхъ было, въ большей или меньшей степени, пораженіе церебральной сферы: болтливость, бредъ, затрудненіе рѣчи. Три выздоровѣли, одна умерла.

Осенью 1884 г. въ томъ же обществѣ былъ сообщенъ другой рефератъ объ алкогольномъ параличѣ, именно д-ромъ Hadden'омъ (отчетъ о немъ въ „Lancet" 1884. II, p. 733).

Dr Hadden сообщилъ два случая алкогольнаго паралича, кончившіеся летально. Въ одномъ констатирована была цѣлость головнаго и спиннаго мозга, а нервы не были изслѣдованы; въ другомъ были изслѣдованы и нервы и найдено рѣзкое увеличеніе соединительной ткани и атрофія волоконъ (endoneuritis), вслѣдствіе чего Hadden приходитъ къ заключенію, что алкогольный параличъ имѣетъ периферическое происхожденіе. Такимъ образомъ англійскіе изслѣдователи Dreschfeld и Hadden въ концѣ концовъ пришли къ тѣмъ же выводамъ, къ которымъ пришли французы и во главѣ ихъ Lencereaux и которые еще раньше высказывались: Leudet въ 1865 и R. Thompson въ 1868 году.

Въ Германіи алкогольный параличъ тоже не былъ оставленъ безъ вниманія. Такъ, въ 1880 г. Schreiber сдѣлалъ на съѣздѣ естествоиспытателей въ Данцигѣ короткое сообщеніе о нѣкоторыхъ случаяхъ парезовъ въ ногахъ у пьяницъ. Больные поправились и авторъ склоненъ смотрѣть на болѣзнь, какъ на міэлопатію. Затѣмъ въ 1881 г. Георгъ Фишеръ описалъ („Archiv f. Ps.", XIII, 1) два случая алкогольнаго „спинальнаго заболѣванія". Дѣло шло о двухъ мужчинахъ, привыкшихъ пить громадное количество пива и у которыхъ на ряду съ симптомами со стороны психической сферы развились разстройства со стороны движенія и чувствительности. Больные Фишера представляли, кромѣ обычныхъ явленій, свойственныхъ алкогольному параличу, нѣкоторые своеобразные симптомы: начальную атаксію движеній, замедленіе въ проведеніи ощущеній, отсутствіе самостоятельныхъ болей. Оба больные поправились, анатомо-патологической діагностики не было, что и заставило Фишера сдѣлать чрезвычайно старательный разборъ наблюдавшихся симптомовъ и построить на этомъ діагностику. Онъ полагаетъ, что имѣлъ дѣло съ разлитымъ полуострымъ воспаленіемъ почти всего сѣраго вещества спиннаго мозга. Причемъ различные отдѣлы сѣраго вещества были неравномѣрно поражены, чѣмъ объясняется

*) Въ лекціяхъ, читанныхъ д-ромъ Buzzard'омъ въ 1885 г., онъ впрочемъ высказывается за периферическое происхожденіе болѣзни.

съ одной стороны неравномѣрное выпаденіе тѣхъ или другихъ функцій спиннаго мозга, а съ другой—отсутствіе разстройствъ со стороны кожи и со стороны сфинкторовъ.

Фишеръ не находитъ возможнымъ подвести описываемые имъ случаи подъ какую-нибудь опредѣленную, до сихъ поръ извѣстную, форму. Ближе всего подходятъ они къ „poliomyelitis anterior subacuta", но отличаются отъ этой болѣзни своеобразнымъ разстройствомъ чувствительности. Отъ meningitis spinalis отличаются полнымъ отсутствіемъ болей въ позвоночникѣ и въ пораженныхъ конечностяхъ, отъ множественнаго неврита—тоже „отсутствіемъ болей и рѣзко выраженныхъ парестезій, отсутствіемъ болѣзненности при давленіи на нервные стволы, отсутствіемъ трофическихъ разстройствъ кожи, замедленіемъ проведенія ощущеній,—признакъ, который наблюдается при tabes dorsalis, т.-е. спинно-мозговой симптомъ, своеобразною комбинаціею замедленія проводимости съ гипералгезіей и рѣзко выраженною атаксіей въ теченіи болѣзни". Хотя автору и извѣстны были случаи Лёде и нѣкоторые изъ случаевъ Лансеро, но онъ, несмотря на сходство по этіологіи, не могъ свои случаи подвести подъ одну категорію съ ихъ описаніями, потому что не доставало болей, имѣющихъ такое важное значеніе съ точки зрѣнія Лёде и Лансеро, и полагаетъ, что если въ тѣхъ случаяхъ было пораженіе периферическихъ нервовъ, а въ его случаяхъ—пораженіе спиннаго мозга, то это только служитъ указаніемъ на тотъ фактъ, что алкоголь, вызывая заболѣванія нервной системы, поражаетъ въ различныхъ случаяхъ различные отдѣлы ея: то двигательные пути, то чувствительные, то спинной мозгъ, то головной, то кровеносные сосуды, то оболочки центральныхъ органовъ. Онъ предполагаетъ, что можетъ-быть причиной этой разницы въ картинѣ, описываемой имъ, и въ картинѣ другихъ авторовъ, писавшихъ объ алкогольномъ параличѣ, можетъ быть и то, что его больные пили исключительно пиво, тогда какъ больные М. Гусса—водку, а больные Лёде и Lancereaux—всякіе спиртные напитки. Совершенно аналогичную форму заболѣванія нервной системы описалъ въ 1884 г. Löwenfeld въ статьѣ „Über Spinallähmung mit Ataxie". Его больная тоже употребляла спиртные напитки, преимущественно пиво. У нея также было и характерное психическое разстройство, и параличи въ четырехъ конечностяхъ, и разстройство координаціи движеній, мышечная атрофія и измѣненіе электрической реакціи. Больная скоро поправилась. Löwenfeld, какъ и Фишеръ, на основаніи разбора симптомовъ, приходитъ къ заключенію, что болѣзнь—спинальнаго происхожденія, но по своему характеру не подходитъ къ формамъ, опредѣленно описаннымъ, и потому предлагаетъ свой случай вмѣстѣ съ Фишеровскимъ отдѣлить въ особую группу „атактическихъ спинальныхъ параличей". Собственно на зависимость этой формы отъ

алкоголя Löwenfeld не обращаетъ особеннаго вниманія, такъ какъ видалъ подобные случаи и не у алкоголиковъ, и потому не разбираетъ отношенія своей формы къ алкогольнымъ, параличамъ. Несмотря на то, отъ времени вышла работа Dejerine'a о Neurotabes peripheriques, гдѣ описаны аналогичные случаи съ аутопсіей, причемъ былъ найденъ множественный невритъ. Löwenfeld настаиваетъ, что въ его случаяхъ все-таки было спинальное происхожденіе болѣзни, также какъ и въ Фишеровскихъ; однако, суля по тому, что въ 1885 г. онъ этотъ же случай помѣстилъ въ казуистикѣ множественныхъ невритовъ, нужно думать, что онъ отказался отъ этого мнѣнія. Такое же измѣненіе взгляда на сущность разстройствъ при алкогольныхъ параличахъ произошло и у многихъ другихъ нѣмецкихъ писателей. Вслѣдъ за Фишеромъ Моёли описалъ въ 1883 г. въ „Charité Annalen“ (VIII Jahrgang) случай алкогольнаго паралича, который отличался тѣмъ, что въ немъ особенно рѣзко выражены были параличи m. recti fermoris. Вольной поправился, аутопсіи не было—и на основаніи клиническихъ данныхъ Моёли, подобно Фишеру, склоненъ приписать спинному мозгу главную роль въ происхожденіи болѣзни. Но уже въ слѣдующемъ году онъ долженъ былъ отказаться отъ своего мнѣнія. Дѣйствительно, въ 1884 г. въ „Charité Annalen“ (IX Jahrgang) есть статья Моёли, трактующая объ алкоголизмѣ, и въ этой статьѣ приведено описаніе одного случая алкогольнаго паралича со вскрытіемъ. Вскрытіе показало, что спинной мозгъ и корешки совершенно здоровы, а въ n. cruralis существуетъ воспаленіе въ видѣ отдѣльныхъ блящекъ, разсѣянныхъ по поперечному разрѣзу нерва, въ которыхъ нервныя волокна были рѣзко измѣнены. На основаніи этихъ данныхъ, а также на основаніи реакціи перерожденія, которую онъ наблюдалъ въ этомъ случаѣ, Моёли считаетъ пораженіе нервовъ въ данномъ случаѣ за первичное пораженіе; но его мнѣнію, прежняя гипотеза о пораженіи спинного мозга при алкогольномъ параличѣ не достаточно подтверждается фактами и что во всякомъ случаѣ многіе симптомы алкогольнаго паралича очень легко объясняются пораженіемъ периферическихъ нервовъ. Сюда же относятся и пораженія n. optici, которыя и онъ и другіе наблюдали у алкоголиковъ („Berl. Klin. Wochenschrift“ 1884 г., № 14). Впрочемъ, еще до Моёли, въ 1883 г. Strümpell'емъ и Müller'омъ („Arch. f. psych.“, XIV) были описаны по 1 случаю множественнаго неврита у пьяницъ, совершенно подходящіе по теченію къ алкогольнымъ параличамъ, и высказанъ взглядъ, что эти параличи не спинальнаго, а невритическаго происхожденія. Однако, несмотря на это, мнѣніе о спинно-мозговомъ происхожденіи алкогольныхъ параличей продолжало держаться въ Германіи. Такъ, въ засѣданіи Магдебургскаго съѣзда естествоиспытателей и врачей осенью 1884 г. Seeligmüller дѣлалъ сообщеніе объ интересующей насъ болѣзни и прямо назвалъ ее

„myelitis potatorum“. Въ этомъ сообщеніи онъ коротко описываетъ четыре случая, окончившіеся выздоровленіемъ, и, на основаніи клиническихъ данныхъ, приписываетъ ихъ происхожденіе спинному мозгу и жалѣетъ, что мало точныхъ вскрытій, которыми бы подтвердилось спинно-мозговое, спеціально миэлитическое, происхожденіе этихъ паралічей.

Въ сентябрѣ 1884 г., въ № 72 „Deutsche Medicinal-Zeitung“ появилась небольшая статья д-ра Krüche „Die Pseudstabes der Alcoholicer“, въ которой онъ описываетъ разстройства движенія, напоминающія иногда tabes dorsalis и похожія на тѣ, которыя описаны Вестфалемъ въ 1879 г. Доктору Крюке, какъ врачу заведенія для алкоголиковъ, пришлось видѣть 17 случаевъ такого рода болѣзни и часто больные въ продолженіе многихъ лѣтъ трактовались какъ табетики. Ото tabes dorsalis болѣзнь эта существенно отличается тѣмъ, что вмѣстѣ съ атаксіей замѣтны паретическія явленія. Krüche обращаетъ особенное вниманіе на то, чтобы не смѣшивали эту болѣзнь съ шаткостью походки привычныхъ пьяницъ. Самое существенное различіе то, что шаткая походка у привычныхъ пьяницъ улучшается отъ рюмки спиртнаго напитка, а походка pseudotabetic'а отъ этого только ухудшается. Болѣзнью, описываемою Krüche, страдаютъ большею частью лица культурныхъ классовъ общества: нервные пьяницы, для которыхъ вино является какъ удовлетвореніе неправильныхъ потребностей, выросшихъ на почвѣ болѣзненной нервной системы,—слѣдовательно, у лицъ, у которыхъ и безъ злоупотребленія алкоголя центральная нервная система представляетъ locus minoris resistentiae; поэтому у такихъ лицъ симптомы первнаго разстройства являются раньше, чѣмъ симптомы пораженія другихъ органовъ (слизистыхъ оболочекъ, кожи и т. п.). Болѣзнь обыкновенно тянется долго, начинается симптомами похожими на настоящую tabes: вначалѣ бываетъ чувство ползанія мурашекъ, молніеобразныя стрѣлящія боли, болѣзненность въ сторонѣ n. ichiadici, большая утомляемость, разница въ зрачкахъ и своеобразныя разстройства въ суставахъ, описанныя Шарко. Затѣмъ является измѣненіе походки, напоминающей обыкновенную при tabes dorsalis: походка дѣлается атактическою, причемъ нога сильно поднимается впередъ и отводится наружи; атаксія усиливается при закрытыхъ глазахъ и въ темнотѣ; сухожильные рефлексы отсутствовали въ 10 случаяхъ изъ 17. Въ этихъ 10 случаяхъ и послѣ поправленія больныхъ, послѣ исчезновенія явленій атаксіи и разницы въ зрачкахъ, остались небольшія паретическія явленія въ конечностяхъ. Анестезія при pseudotabes тоже похожа на табетическую: бываетъ ослабленіе чувствъ давленія и температуры и тоже неполное, какъ при настоящей tabes. Отличіе заключается въ отношеніи къ индуктивному току, который при pseu-

dotabes вызываетъ сильную боль и сравнительно слабое сокращеніе. Наиболѣе рѣзко замѣтно, что у псевдотабетиковъ ослаблена сократительность mm. sartorii и adductor'овъ. Чувства пояса у псевдотабетиковъ не наблюдалось. Въ глазахъ въ 5 случаяхъ ничего не было констатировано, въ 3 случаяхъ—бѣловатый цвѣтъ сосочка зрительнаго нерва, въ 9 случаяхъ значительное переполненіе венъ. Далѣе Krüche обращаетъ вниманіе на неустойчивость равновѣсія вазомоторнаго центра при pseudotabes. Болѣзнь можетъ кончиться выздоровленіемъ и атактическіе симптомы исчезаютъ въ теченіе 4—12 недѣль, при лѣченіи исходящимъ токомъ на позвоночникъ и нервные стволы, и при воздержаніи отъ вина.—Этой же болѣзни касается Strümpel въ своемъ сообщеніи, сдѣланномъ въ Лейпцигскомъ Медицинскомъ Обществѣ. Говоря о нервныхъ заболѣваніяхъ у алкоголиковъ („Berl. Klin. Wochenschrift" 1885 г. № 32), онъ высказался за вѣроятное периферическое происхожденіе этихъ разстройствъ и именно—за зависимость ихъ отъ неврита. Онъ полагаетъ, что комплексъ симптомовъ въ различныхъ случаяхъ бываетъ неодинаковъ: въ однихъ случаяхъ поражаются болѣе двигательные нервы, въ другихъ—чувствующіе и въ послѣднемъ случаѣ возникшій симптомъ-комплексъ вполнѣ заслуживаетъ названія pseudotabes alcoholica. Сначала появляются реуціи боли въ ногахъ, въ туловищѣ и рукахъ. Къ нимъ присоединяются анестезіи и атаксія, причемъ походка дѣлается шаткой, невѣрной отъ соединенія симптомовъ безпорядочности движеній съ симптомами моторной слабости ногъ. Пателлярные рефлексы исчезаютъ.—Strümpel думаетъ найти отличительный признакъ алкогольнаго tabes отъ настоящаго въ томъ, что при алкогольной формѣ никогда не бываетъ неподвижности зрачковъ и разстройства мочеваго пузыря. Атрофію зрительнаго нерва онъ встрѣчалъ.

У другихъ больныхъ преобладаютъ явленія со стороны двигательныхъ нервовъ: главнымъ образомъ параличи, особенно голеней, съ атрофіей мускуловъ и ослабленіемъ электрической реакціи. Эти случаи по теченію похожи на первичный неврить, отъ котораго отличаются главнымъ образомъ тѣмъ, что развиваются вслѣдъ за типичнымъ delirium tremens.

Послѣдняя работы по алкогольному параличу принадлежатъ W. Oettinger'у и Schulz'у.—Oettinger'у мы обязаны первою обстоятельною монографіей по алкогольнымъ параличамъ. Монографія его, хотя не большая, содержитъ указанія на литературу предмета и довольно подробное описаніе симптомовъ, въ которыхъ проявляется алкогольный параличъ. Я нашелъ въ его описаніи симптоматологіи алкогольнаго паралича много сходнаго съ моими собственными выводами.

Какъ ученикъ Лансеро, Oettinger основывалъ главные выводы свои

именно на наблюденіяхъ Лансеро и, какъ онъ самъ говоритъ во введеніи, онъ ничего не можетъ прибавить новаго къ описанію Лансеро, но задался цѣлью пополнить нѣсколько недоговоренное имъ и доказать нѣкоторыя изъ его предположеній. Главнымъ образомъ требованіе алкогольнаго паралича, и Oettinger'у удалось произвести обстоятельное изслѣдованіе нервной системы одного случая алкогольнаго паралича и еще разъ подтвердить, что въ спинномъ мозгу, оболочкахъ и корешкахъ не было, по его мнѣнію, существенныхъ измѣненій, а были рѣзко выраженный neuritis parenchimatosa multiplex и перерожденіе мускуловъ. Онъ приходитъ къ тому заключенію, что однимъ множественнымъ невритомъ можно объяснить всѣ явленія въ разстройствѣ движеній, чувствительности и питанія тканей, которыя встрѣчаются при алкогольномъ параличѣ, и нѣтъ никакой надобности для функціональное измѣненіе въ первичныхъ центрахъ (въ частности въ клѣткахъ переднихъ роговъ спиннаго мозга), какъ это дѣлаетъ Эрбъ.

Говоря о симптоматологіи алкогольнаго паралича, Oettinger дѣлаетъ встрѣчающихся случаевъ на три различныя группы. Первую группу (*преходящую*) составляютъ легкія формы, въ которыхъ наблюдается только *парезъ*. Она сопровождается болями, „парестезіями, доказанными въ мышцахъ нижнихъ конечностей, особенно въ мышцахъ лежащихъ на передней поверхности голени, и иногда сопровождается слабостью ручныхъ кистей. Эта форма легко проходитъ при лѣченіи, но можетъ возвратиться при новыхъ злоупотребленіяхъ спиртными напитками. Вторая форма, хроническая, начинается сильными болями въ нижнихъ конечностяхъ, гипералгезіей и гиперестезіей покрововъ. Вслѣдъ за этимъ иногда слабѣютъ, причемъ иногда является разстройство координаціи движеній (ataxie alcoolique), а въ концѣ концовъ и совсѣмъ парализуются. Параличъ поражаетъ главнымъ образомъ мускулы голени, особенно лежащіе на передней поверхности ея (причемъ, вирочемъ, tibialis anticus часто не поражается), затѣмъ m. rectus femoris и икряныя мышцы. Въ верхнихъ конечностяхъ параличъ менѣе выраженъ, причемъ параличъ поражаетъ и флексоры, и экстенсоры, но экстенсоры болѣе парализованы. Параличъ сопровождается атрофіей мускуловъ. Сухожильные рефлексы пропадаютъ; къ гипералгезіи часто присоединяется кожная анестезія и аналгезія.

Ходъ этой формы обыкновенно хронический; болѣзнь развивается постепенно, длится мѣсяцы и годы и можетъ кончиться выздоровленіемъ, хотя иногда переходитъ въ стаціонарное состояніе. Третья форма—острая—развивается въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, много 2—3 мѣсяца, всегда имѣетъ дурную прогностику. Болѣзнь начинается съ

нижнихъ конечностей, которыя быстро парализуются; вслѣдъ затѣмъ парализуются и верхнія конечности (иногда параличъ и въ тѣхъ и въ другихъ является одновременно). Обыкновенно существуетъ отекъ въ периферическихъ частяхъ членовъ; сначала бываютъ боли, по гиперестезія скоро смѣняется полною потерей чувствительности. Пателлярный рефлексъ отсутствуетъ, кожные рефлексы тоже. Въ первое время болѣзни, мышцы туловища, лица, сфинктеры не поражаются, но потомъ и они парализуются. При этомъ общее состояніе очень ухудшается, языкъ сохнетъ, покрывается налетомъ, являются діарреи, рвоты, обширные пролежни на крестцѣ и ягодицахъ. Смерть наступаетъ въ теченіе 6—12 недѣль. Трудно сказать, бываетъ ли при этомъ лихорадочное состояніе, такъ какъ въ этомъ отношеніи не сдѣлано точныхъ наблюденій. Какъ примѣръ этой формы, онъ приводитъ случай Broadbenta, сообщенный въ Лондонскомъ Мед.-Хир. Обществѣ, о которомъ мы упоминали.

Что касается до атаксіи алкогольной, то Oettinger не дѣлаетъ изъ симптомовъ разстройства координаціи поводъ для созданія отдѣльной формы, главнымъ образомъ, потому, что онъ, по его словамъ, мало видалъ подобныя явленія, не давалъ имъ надлежащей оцѣнки и склоналъ подобныя явленія, не давалъ имъ надлежащей оцѣнки и склоняется относить атактическіе симптомы къ индивидуальнымъ, непостоянымъ особенностямъ теченія хронической формы алкогольнаго паралича.

Итакъ, въ своей работѣ Oettinger приходитъ къ заключенію, что алкогольный параличъ есть не что иное какъ множественный паренхиматозный невритъ; невритъ въ данномъ случаѣ есть болѣзнь первичная и Oettinger не считаетъ нужнымъ для объясненія его происхожденія предполагать хотя бы функціональное измѣненіе въ клѣткахъ переднихъ работъ. Къ нѣсколько другому выводу приходитъ Richard Schulz въ своей небольшой работѣ: „Beitrag zur Lehre der Multiplen Neuritis bei Potatoren“ („Neurol. Zentralblatt“ 1885, №№ 19, 20, 21). Въ этой работѣ онъ приводитъ одинъ случай алкогольнаго паралича, кончившійся выздоровленіемъ, и на основаніи симптомовъ, которые представлялъ больной, приходитъ къ заключенію, что онъ страдалъ множественнымъ невритомъ. Такова единственная возможная діагностика при нашихъ теперешнихъ знаніяхъ. Но Шульцъ совершенно основательно высказываетъ, что алкогольные невриты болѣе, чѣмъ какіе-нибудь другіе, наводятъ на мысль о томъ, что можетъ-быть самъ множественный невритъ не есть первичная болѣзнь периферическихъ нервовъ, а есть болѣзнь центровъ, именно—спинного мозга, но мы пока не имѣемъ средствъ найти эти измѣненія. Хотя относительно всѣхъ множественныхъ невритовъ эта мысль можетъ явиться, но при множественномъ невритѣ алкогольнаго происхожденія она невольно

является въ сознаніи, съ одной стороны, потому, что при этой болѣзни мы наблюдаемъ, кромѣ пораженія периферическихъ нервовъ, еще и пораженіи центровъ, именно: психическія разстройства, а съ другой—потому, что мы знаемъ, что алкоголь на нервные центры оказываетъ очень большое вліяніе вообще и, слѣдовательно, при болѣзнихъ алкогольнаго происхожденія должны страдать и нервные центры. Такимъ образомъ, по мнѣнію Шульца, хотя теперь мы должны считать алкогольный параличъ за болѣзнь периферическихъ нервовъ, но это еще не значитъ, что дѣйствительно такъ: можетъ-быть есть измѣненія и въ центрахъ, но частности—въ спинномъ мозгу, только мы до поры до времени не имѣемъ средствъ ихъ констатировать.

Работа Шульца составляетъ послѣднюю литературную работу по алкогольному параличу *). Этимъ мы и заканчимъ изложеніе фактовъ по исторіи развитія нашихъ знаній по этому предмету. Бросая послѣдній взглядъ на эту исторію, мы видимъ, что вначалѣ свѣдѣнія наши объ алкогольныхъ параличахъ подвигались довольно туго. Послѣ довольно подробнаго и яснаго изложенія М. Гусса прошелъ болѣе чѣмъ 10-ти-лѣтній промежутокъ, пока явилось опять напоминаніе объ алкогольномъ параличѣ. При этомъ довольно интересно, что во всѣхъ странахъ, изъ которыхъ литературныя свѣдѣнія объ алкогольномъ параличѣ намъ были доступны,—во всѣхъ странахъ свѣдѣнія развивались какъ будто самостоятельно: во Франціи, Англіи и Германіи первое время, какъ будто независимо другъ отъ друга, дѣлались наблюденія въ этой области. Я скажу даже, что вридъ ли можно сказать, что на всѣхъ первоначальныхъ изслѣдователей имѣли вліяніе свѣдѣнія, сообщенныя М. Гуссомъ: вѣроятно, что случаи алкогольныхъ паралічей, по своимъ отличительнымъ признакамъ, обращали на себя вниманіе отдѣльныхъ врачей во Франціи, Англіи и Германіи, которые, отмѣтивъ ихъ связь съ алкоголизмомъ, нашли потомъ уже сходство своихъ случаевъ съ случаями, описанными М. Гуссомъ. Повидимому, уровень познаній врачей поднялся настолько, что во всѣхъ странахъ, гдѣ наука медицинская развилась, должны были явиться врачи, которые бы отмѣтили особенность данной болѣзни. Впрочемъ, первые наблюдатели могли только отмѣтить существованіе этой болѣзни, могли сами дѣлать діагностику этой болѣзни, но не могли дать такого характернаго описанія, которое позволяло бы и другимъ, на основаніи этого описанія, узнавать эту болѣзнь. Это происходило отъ того, что съ одной стороны алкогольные параличи рѣдко бываютъ чистые, не смѣшанные съ другою болѣзнью, съ другой—отъ того, что отличительные признаки алкогольнаго паралича довольно тонки, такъ что нуженъ довольно привычный

*) Эти строки были написаны еще въ 1885 году.

взглядъ, чтобъ ихъ замѣтить человѣку, никогда не видавшему эту болѣзнь, а наконецъ и потому, что алкогольный параличъ проявляется не всегда одинаково, имѣетъ много разновидностей, которыя и заставляли врачей описывать наблюдаемые ими случаи, какъ случаи отдѣльныхъ, „особенныхъ“ формъ заболѣванія нервной системы у алкоголиковъ. Практическій умъ англійскихъ врачей, впрочемъ, раньше другихъ сдѣлалъ обобщеніе всѣхъ формъ и далъ имъ названіе алкогольной параплегіи, и можетъ-быть вслѣдствіе этого въ Англіи количество наблюдателей, описавшихъ эту болѣзнь, больше, чѣмъ въ другихъ странахъ. Нельзя впрочемъ сказать, что эти работы англійскихъ врачей были довольно глубоки: большею частью онѣ поверхностны, очень кратки и, конечно, въ отношеніи содержательности англійскія работы уступаютъ французскимъ, и особенно работамъ Лансеро. Какъ мы видѣли, Лансеро, посвятившій много лѣтъ наблюденію этой болѣзни, могъ наконецъ составить довольно подробное представленіе о картинѣ болѣзни, выразившееся вполнѣ въ работѣ Oettinger'a и въ его собственной замѣткѣ, помѣщенной въ 1885 г. въ „Union Medicale“ *), и первый нашелъ для алкогольнаго паралича опредѣленный анатомическій субстратъ, именно: страданіе многихъ периферическихъ нервовъ. Это было въ 1881 г., т.-е. въ ту эпоху, когда вскорѣ одна послѣ другой появились работы о невритѣ Joffroy, Leyden'a, Geaumbault и др. и когда точка зрѣнія невропатологовъ на многія болѣзни совершенно измѣнилась, когда множественный неврить сдѣлался вопросомъ дня. Естественно, что, вслѣдствіе этого, множественный неврить алкогольнаго происхожденія обратилъ на себя вниманіе, и изслѣдованія по этому предмету стали гораздо многочисленнѣе. Съ того времени и въ Англіи, и въ Германіи появились работы, въ которыхъ на основаніи патолого-анатомическихъ данныхъ доказывается, что алкогольный параличъ есть множественный неврить. Мы не можемъ не обращать вниманія на то, что представленіе объ этомъ анатомическомъ субстратѣ явилось какъ результатъ прямыхъ микроскопическихъ изслѣдованій и шло совершенно въ разрѣзъ съ представленіемъ клиницистовъ, которые на основаніи разбора приижненныхъ симптомовъ приходили къ заключенію, что алкогольный параличъ или есть болѣзнь функціональная (М. Гуссъ), или есть страданіе спиннаго мозга. Настолько это казалось ясно изъ разбора приижненныхъ симптомовъ, что не только первые изслѣдователи, знавшіе о наблюденіяхъ Лёде и Томсона о томъ, что при этой болѣзни существуетъ измѣненіе въ периферическихъ нервахъ, все-таки высказывались за спинно-мозговое происхожденіе болѣзни, но и

*) № 96 „Union Medical“ 1885: „Paralysies toxiques et paralysies alcooliques. Indication pronostiques et therapeutiques“.

авторы новѣйшихъ временъ, какъ Фишеръ, Зеллигмюллеръ утверждаютъ, что болѣзнь гнѣздится въ спинномъ мозгу, отвергая въ случаяхъ, ими описанныхъ, существованіе неврита. Какъ мы видѣли, въ самое послѣднее время является попытка соглашенія этого взгляда клиницистовъ со взглядами лицъ, дѣлавшихъ вскрытія, въ томъ, что можетъ-быть самый периферическій неврить обязанъ своимъ происхожденіемъ измѣненію въ спинномъ мозгу, котораго мы не можемъ пока констатировать.—Такъ же постепенно, какъ измѣнялся взглядъ на анатомическій субстратъ алкогольнаго паралича, измѣнялся и взглядъ на отдѣльныя формы болѣзни. Первоначально, какъ мы видѣли, описывались отдѣльные типы: гиперестетическая, анестетическая, паралитическая, прохромальная, затѣмъ особенныя формы Вестфаля, Фишера и т. д., но потомъ, понемногу, очень дробное дѣленіе было оставлено, а осталось дѣленіе алкогольныхъ параличей на двѣ большія группы: собственно алкогольный параличъ и алкогольная атаксія,—и явилась потребность выяснить взаимное отношеніе этихъ двухъ формъ.

Изъ этого взгляда на исторію развитія нашего знанія объ алкогольномъ параличѣ мы можемъ себѣ до нѣкоторой степени представить, черезъ какія ступени должно пройти изученіе интересующаго насъ предмета далѣе, по крайней мѣрѣ въ ближайшемъ будущемъ. Эти ступени слѣдующія:

1. Еще болѣе подробное и характерное описаніе симптоматологіи алкогольнаго паралича. Это является необходимымъ уже потому, что до сихъ поръ все-таки алкогольный параличъ—не популярная болѣзнь. Какъ во Франціи, такъ и въ Германіи есть очень хорошія описанія случаевъ алкогольнаго паралича, но авторы ничѣмъ не указываютъ, что имъ извѣстно развитіе алкогольнаго паралича, а они описываютъ свои случаи, называя ихъ особенными страданіями спиннаго мозга. Таковъ, напримѣръ, прекрасно описанный случай Halla изъ клиники въ Прагѣ (1884 г.)

Кромѣ этого, описаніе симптоматологіи важно и вообще для болѣе яснаго представленія алкогольнаго паралича, такъ какъ описанія, бывшія до сихъ поръ, не совсѣмъ полны.

2. Второе, что стоитъ на очереди—это констатированіе анатомическій субстратъ, и въ этомъ отношеніи особенное вниманіе должно быть обращено на то, чтобъ измыскать способы и подмѣтить хотя бы малѣйшія измѣненія въ нервныхъ центрахъ, если они тамъ существуютъ.

3. Въ связи съ накопленіемъ свѣдѣній по симптоматологіи и патологической анатоміи, въ ближайшемъ будущемъ необходимо будетъ: а) найти сходство и различіе между алкогольнымъ параличомъ и другими сходными съ нимъ болѣзнями, какъ напримѣръ. съ другими интоксикаціонными параличами и параличами при острыхъ болѣзняхъ, и b) опре-

дѣлить взаимное соотношеніе алкогольнаго паралича и алкогольной атаксіи.

4. Такъ какъ въ настоящее время понятіе объ алкогольномъ параличѣ близко сходится съ понятіемъ о множественномъ невритѣ, то, конечно, всякое измѣненіе во взглядѣ на первичный множественный невритъ будетъ отражаться на взглядѣ и на алкогольный параличъ (и наоборотъ), и потому изслѣдователю, занимающемуся алкогольнымъ параличомъ, необходимо будетъ обратить вниманіе на развитіе множественнаго неврита во всѣхъ его видахъ.

5. Опредѣлить точнѣе этіологію интересующей насъ болѣзни и выяснить значеніе алкоголя въ ея развитіи.

Послѣ того, какъ это было уже написано, въ иностранной литературѣ появилось еще нѣсколько работъ, относящихся къ алкогольному параличу. Изъ этихъ работъ наибольшій интересъ представляютъ двѣ монографіи, посвященныя не исключительно алкогольному параличу, но затрогивающія его въ связи съ другими сродными болѣзнями. Я говорю о сочиненіи Brissaud: „Des paralysies toxiques“ 1886 г., въ которомъ проведена параллель между разными токсическими параличами, между прочимъ и алкогольными, и о сочиненіи Leval-Picquescheff: „Des Pseudotabes“ 1885 г., въ которомъ приведены случаи различнаго рода атаксій нетабетическаго происхожденія и, между прочимъ, алкогольнаго. Къ этимъ сочиненіямъ мы будемъ еще возвращаться впослѣдствіи. Другія работы по алкогольному параличу содержатъ только сообщенія новыхъ случаевъ. При этомъ въ новыхъ англійскихъ работахъ: Dreschfeld'a („Further observations on alcoholic paralysis“. Brain 1886 г. Jan.) и Buzzard'a („On some forms of paralysis dependent upon peripheric neuritis.—The Lancet“ 1885 Dec.) довольно большое вниманіе обращено на особенности психическаго разстройства при алкогольномъ параличѣ.

Въ послѣднихъ нѣмецкихъ работахъ: Oppenheim'a („Beitrage zur Pathologie der Multiplen Neuritis und Alcohollähmung“.—Zeitschrift f. Kl. Med. 1886. XI, p. 236) и Bernhardt („Ueber die multiple Neuritis der Alcoholisten.—Ibidem, XI № 4) приведены нѣсколько новыхъ случаевъ и проведена параллель между алкогольными параличами и другими первичными невритами, а также между ними и нѣкоторыми сходными болѣзнями, какъ tabes dorsalis, poliomyelitis и paralysis Landry. Впрочемъ, въ разсужденіяхъ авторовъ нѣтъ ничего новаго, что касалось бы интересующаго насъ вопроса. Затѣмъ, въ это же время, казуистическій матеріалъ былъ пополненъ еще наблюденіями Hun'a и Standisch изъ Америки и Lilienfeld'a, Kast'a, Hadden'a и Hyla Greves.

У насъ, въ Россіи, самостоятельныхъ работъ по алкогольному параличу еще не было. Въ разныхъ изданіяхъ печатались только рефераты о нѣкоторыхъ заграничныхъ работахъ, да д-ръ Скозозубовъ къ изданному подъ его редакціей переводу 1-го изданія „Частной патологіи и терапіи“ Штрюмпеля (1885 г.) прибавилъ небольшую замѣтку объ алкогольныхъ параличахъ. Тѣмъ не менѣе въ Россіи клиническая картина алкогольнаго паралича довольно давно и хорошо извѣстна. А. Я. Кожевниковъ уже болѣе 10 лѣтъ назадъ обращалъ вниманіе своихъ учениковъ на характерныя особенности алкогольныхъ параличей; ему и я глубоко признателенъ за сообщенія мои объ алкогольномъ параличѣ и его указаніямъ больше всего обязанъ тѣмъ интересомъ, съ которымъ я собиралъ матеріалъ по этому предмету.

Какъ въ клиникѣ профес. Кожевникова, въ бытность мою его ассистентомъ, такъ и въ послѣдующей практической дѣятельности мнѣ пришлось видѣть довольно много случаевъ алкогольнаго паралича, и потому въ виду того, что вопросъ объ алкогольномъ параличѣ еще требуетъ разработки, я и считаю себя до нѣкоторой степени обязаннымъ опубликовать свои наблюденія и сдѣланные изъ нихъ выводы. Долженъ, впрочемъ, прибавить, что наблюденія и выводы, которые я имѣю сообщить, касаются, главнымъ образомъ, одной только части алкогольныхъ разстройствъ нервной системы, именно: алкогольныхъ параличей въ собственномъ смыслѣ. Хотя мнѣ и придется коснуться другихъ близкихъ алкогольному параличу разстройствъ нервной системы, но я не считаю себя еще вправѣ дѣлать относительно ихъ существенныхъ выводовъ. Чтобы выводы, къ которымъ я прихожу, были полнѣе, я не буду ограничиваться только своими наблюденіями, а приведу всѣ тѣ случаи собственно алкогольныхъ параличей, которые мнѣ удалось собрать во французской, англійской и нѣмецкой литературѣ. Надѣюсь, что читатель извинитъ мнѣ увеличеніе этимъ объема моей работы въ виду того, что въ русской литературѣ почти нѣтъ рефератовъ тѣхъ наблюденій, которыя я привожу, а въ иностранной—они разсѣяны во многихъ журналахъ, и потому желающему самому изучить фактическую сторону вопроса было бы нелегко это сдѣлать.

Я надѣюсь, что въ приводимой ниже казуистикѣ я собралъ почти всѣ случаи, описанные по Франціи, Англіи и Германіи *); можетъ-быть какой-нибудь случай и не попалъ въ списокъ, но могу быть увѣренъ, что это не какой-нибудь важный случай.

---

*) Хотя работа моя была закончена въ сентябрѣ 1886 г., но я счелъ возможнымъ пополнить казуистику и тѣми случаями, которые были опубликованы позднѣе, а именно до начала 1887 г., и о которыхъ свѣдѣнія я получилъ ко времени печатанія работы.

II.

Казуистика.

1. Наблюденія различныхъ авторовъ.

Наблюденія М. Гусса.

Я начну описаніе отдѣльныхъ случаевъ съ наблюденій М. Гусса. Ихъ впрочемъ я не стану всѣ описывать, а приведу только общее число наблюденій, ошиу одинъ случай, который М. Гуссъ считаетъ самымъ типичнымъ, и затѣмъ всѣ случаи съ аутопсіей. Изъ случаевъ описанныхъ М. Гуссомъ:

Къ продромальной формѣ принадлежатъ 2; оба кончились быстрымъ выздоровленіемъ (впрочемъ оба эти случаи не идутъ въ счетъ, потому что паралитическихъ явленій не было).

1—2. Къ паретической формѣ принадлежатъ 2; кончились скорымъ выздоровленіемъ.

3—5. Къ анестетической формѣ принадлежатъ 3; кончились возвращеніемъ.

6—8. Къ конвульсивной формѣ принадлежатъ 3; кончились возвращеніемъ.

9—11. Къ гиперестетической формѣ принадлежатъ 3; кончились возвращеніемъ.

12. Изъ случаевъ эпилептической формы интереснымъ насъ фактъ былъ въ одномъ.

13. Наблюденіе М. Гусса, которое онъ считаетъ за особенно интересное, потому что въ немъ собрани признаки почти всѣхъ формъ алкоголизма (продром., парет., анестетич., гиперест. и конвульсивной).

NN офицеръ 33 лѣтъ поступилъ въ лазаретъ 10-го іюля 1845 г. Съ молодости онъ пилъ очень много водки. Съ 27-лѣтняго возраста онъ сталъ замѣчать дрожаніе въ членахъ, такое же дрожаніе походки то въ большей, то въ меньшей степени, смотря по его образу жизни. Дрожаніе постепенно увеличивалось, и въ 1843 году голова тоже начала трястись, а иногда судорожно подергивалась. При этомъ иногда замѣчалось судорожное подергиваніе въ мускулахъ лица, произношеніе сдѣлалось неровное, съ запинкою. Въ продолженіе весны 1844 года развилась слабость въ мускулахъ и дошла до такой степени, что онъ ѣда могъ ходить по комнатѣ и ничего не могъ удерживать въ рукахъ. Всего сильнѣе слабость была по утрамъ; въ вечеру полутше. Всегда еще дѣлалось ему хуже, онъ опять накачунѣ выпилъ значительное количество водки. Вмѣстѣ съ этимъ явилась рвота, стали чувствовать рѣзкія боли въ ногахъ. Въ теченіе лѣта 1844 года онъ былъ воздержнѣе, и состояніе его улучшилось, но къ осени опять всѣ симптомы вернулись. Съ декабря присоединилась поносъ, который продолжался цѣлый мѣсяцъ и сильно ослабилъ больнаго. Въ началѣ января 1845 года онъ замѣтилъ онѣмѣніе въ пальцахъ, а потомъ и по всей кожѣ нижнихъ конечностей до самаго живота. Анестезія была также въ пальцахъ рукъ, но только въ двухъ послѣднихъ фалангахъ. Вмѣстѣ съ этимъ въ анестезированныхъ мѣстахъ замѣтно было выдѣленіе большаго количества холодиаго пота. Потомъ въ теченіе февраля анестезія уменьшилась, но вмѣсто нея явились невыносимыя боли въ конечностяхъ, ощущеніе, точно кожа была содрана съ нѣкоторыхъ частей; бинали и глухія боли въ костяхъ и мускулахъ (ръжущія, рвущія, или чувство леденящаго холода съ послѣдующимъ жженіемъ).

Боли были особенно сильны по ночамъ, слабѣе утромъ, вслѣдствіе чего только утромъ больной могъ заснуть. Въ теченіе всего этого времени у больнаго не было никакихъ психическихъ разстройствъ; не было даже головной боли, темноты въ глазахъ и головокруженія; только когда ему приходилось пить очень мало водки, то у него дѣлалась необыкновенная тоска. Въ такомъ состояніи больной поступилъ въ лазаретъ. Онъ былъ очень худъ; особенно худи были нижнія конечности; зрачки немного расширены и слабо реагируютъ на свѣтъ. При попыткахъ къ движенію все тѣло трясется; ходить не можетъ, потому что какъ только онъ поднимается, сейчасъ является шатанье и онъ падаетъ; больной едва можетъ поднимать руки, а пальцами ничего не можетъ дѣлать.

Въ ногахъ замѣтна полная анестезія снизу вверхъ, на два дюйма выше за голеностопное сочлененіе. Въ рукахъ, тоже—въ пальцахъ, и въ нихъ сильныя боли. При давленіи на крестецъ—сильныя боли, распространяющіяся внизъ до ступней; ляжки дрожатъ. Рвота сильна; аппетитъ порядочный; запора нѣтъ. Печень, селезенка не увеличены; моча свѣтлая, кислой реакціи, бѣлка нѣтъ. Пульсъ 72 въ 1′; сердце здорово. 12-го появился бредъ, который продолжался до 16-го, когда (давали 1—2 gr. opii) больной успокоился и пришелъ въ себя. Рвота прекратилась, трясеніе сдѣлалось меньше.

Больному давали Faba St. Ignatii ($\frac{1}{2}$—2 грана) 4 раза въ день въ продолженіе трехъ недѣль, потомъ давали опять опій, потомъ холодные души на позвоночникъ, стрихнинъ. При всемъ этомъ леченіи больной постепенно возвращался, такъ что 16-го сентября 1845 г. вышелъ изъ лазарета почти здоровый, сильный, почти безъ болей, безъ трясенія и почти безъ анестезіи (оставалась анестезія только въ колѣнахъ и въ концахъ пальцевъ лѣвой руки).

Черезъ $3\frac{1}{2}$ года, т. е. въ январѣ 1849 года, больной снова поступилъ въ лазаретъ. Оказалось, что онъ не могъ удержаться отъ употребленія водки и съ октября 1847 года снова сталъ пить. Въ 1848 году снова появились всѣ признаки прежней болѣзни и всѣ прежніе симптомы, и къ нимъ присоединились еще судороги въ икрахъ и ступняхъ, а также моментальныя вздраганія, конвульсіи, которыя пробѣгали чрезъ все тѣло, точно электрическій токъ. Съ весны 1848 года онъ сталъ мрачнѣть, сталъ думать о самоубійствѣ. Онъ сталъ залпвать тоску виномъ и впалъ въ буйное состояніе, которое продолжалось три дня. Послѣ этого онъ пришелъ въ себя, но тоска опять сдѣлалась такъ велика, что онъ рѣшился на самоубійство и съ цѣлью лишить себя жизни выпрыгнулъ изъ окна; потомъ хотѣлъ зарѣзаться, но порѣзалъ только кожу. Послѣ этого онъ былъ помѣщенъ въ лазаретъ, гдѣ черезъ нѣсколько дней успокоился (при увотребленіи опія). Физическое состояніе его было такое же, какое было при первомъ пребываніи его въ лазаретѣ; какъ новое явленіе, были судорожныя подергиванья въ мускулахъ лица, судороги (crampi) въ нижнихъ конечностяхъ. Въ теченіе $1\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ онъ снова поправился и вышелъ изъ больницы опять почти здоровый.

Случаи кончившіеся смертью (съ аутопсіей).

14. Больной 39 лѣтъ, долгое время злоупотреблялъ спиртными напитками. Съ конца 1848 года чувствовалъ ослабленіе въ нижнихъ конечностяхъ, боли въ колѣнахъ, познаніе мурашекъ въ ступняхъ и голеняхъ, особенно ночью, тяжесть въ головѣ, темноту въ глазахъ. Потомъ появилось ослабленіе въ нижнихъ конечностяхъ съ замѣтною анестезіей, безсонница, фантазіи. Вслѣдствіе поноса больной значительно ослабѣлъ. Поступилъ въ больницу въ іюнѣ 1849 г. въ такомъ состояніи:

Ноги такъ слабы, что не можетъ ходить, руки послабѣе. Анестезія въ водонѣ и ручной кисти. Зрачки расширены, сознаніе подавлено, пульсъ 68, очень большое истощеніе, постепенный упадокъ силъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Бредъ усилился за нѣсколько дней до смерти, судороги въ лицѣ, затылкѣ и верхнихъ конечностяхъ. Смерть въ августѣ 1850 г. Вскрытіе черезъ 40 часовъ. Общее похуданіе. Кости черепа обыкновенной толщины. Dura mater не представляетъ ничего особеннаго; въ синусахъ жидкая кровь. Наліяніе гранулацій рѣзко ви-

ражены. Венозные сосуды мягкой оболочки растянуты; нѣтъ никакого сращенія между оболочками; цвѣтъ и толщина ихъ нормальны. Отношеніе между сѣрымъ и бѣлымъ веществомъ обыкновенно. Мелкіе сосуды въ бѣломъ веществѣ замѣтно растянуты въ одномъ мѣстѣ болѣе, чѣмъ въ другомъ. Большіе сосуды въ нормальномъ состояніи. Боковые желудочки содержатъ нѣсколько капель серозной жидкости; сосуды plexus choroid. растянуты. Консистенція можжечка нѣсколько мягче обыкновеннаго; мелкіе сосуды въ немъ тоже растянуты, хотя въ меньшей степени, чѣмъ въ головномъ мозгу. Вароліевъ мостъ, ножки мозга, продолговатый мозгъ, хіазма зрительныхъ нервовъ не представляютъ ничего особеннаго. Но когда мозгъ былъ вынутъ, изъ черепа и спинномозговаго канала вытекло большое количество водянистой жидкости, около 3—4 унцій, которая заключалась между твердою и мягкою оболочками. Въ спинномъ мозгу сосуды мягкой оболочки, особенно нижняго отдѣла, очень растянуты и переполнены кровью. Спинной мозгъ не представляетъ ничего ненормальнаго ни по цвѣту, ни по консистенціи, ни по объему, но въ центральномъ сѣромъ веществѣ замѣтно необыкновенное богатство кровеносными сосудами, и сосуды нижняго отдѣла значительно растянуты и переполнены кровью. Въ нервныхъ стволахъ, выходящихъ изъ спиннаго мозга М. Гуссъ не могъ найти ничего ненормальнаго и пучки caudae equinae были совершенно нормальны. Кромѣ этого хроническое воспаленіе слизистой оболочки желудка.

---

15. Больной 56 лѣтъ, поступилъ 5-го апрѣля 1848 г. Долгое время злоупотреблялъ спиртными напитками; нѣсколько лѣтъ назадъ имѣлъ delirium tremens. До 1847 года бывало трясеніе въ конечностяхъ, иногда рвота. Затѣмъ съ 1847 года желудокъ сталъ хуже работать, явились поносы. Ноги стали слабы, явились боли и судороги въ голеняхъ, по временамъ жгучее чувство въ ступняхъ; потемнѣніе въ глазахъ, ослабленіе памяти (къ недавнему). Когда явились боли—и сонъ испортился. Въ послѣднее время явилась желтуха. Во время поступленія у больнаго была желтуха, общій упадокъ силъ. Боли были очень сильны, особенно къ вечеру. Кожа гиперестезирована; значительный упадокъ силъ. Въ языкѣ дрожаніе. Зрачки узки; галлюцинаціи, безпокойство. Вскорѣ больной впалъ въ соворозное состояніе, въ которомъ находился 14 дней и скончался. Въ послѣдніе дни были непроизвольныя испражненія, задержаніе мочи. Вскрытіе 30 часовъ спустя послѣ смерти. Тѣло исхудалое. Кожа желтовато-темнаго цвѣта. Твердая оболочка не измѣнена. Въ продольномъ sinus'ѣ жидкая кровь и волокнистый свертокъ. Пахіоновы грануляціи рѣзко выражены. Мягкая оболочка желтоватаго цвѣта, сосуды ея расширены. Головной мозгъ нѣсколько меньшаго объема, чѣмъ слѣдуетъ. Существо мозга по цвѣту, консистенціи и отношенію сѣраго вещества къ бѣлому не представляетъ ничего ненормальнаго. Мелкіе сосуды бѣлаго вещества растянуты, хотя не такъ, какъ въ предыдущемъ случаѣ. Желудочки пусты; можжечокъ, Вароліевъ мостъ, продолговатый мозгъ нормальны. Въ большихъ сосудахъ никакихъ измѣненій. Въ оболочкахъ спиннаго мозга никакихъ измѣненій. Существо мозга нормально, также какъ и нервные стволы caudae equinae. Въ нервныхъ стволахъ нижнихъ конечностей ничего ненормальнаго. Кромѣ того найдено утолщеніе стѣнки лѣваго желудочка, хроническое воспаленіе слизистой оболочки желудка и кишекъ, циррозъ печени, костныя бляшки въ tunica propria lienis. Значительное количество жира въ крови.

---

16. Больной 44 лѣтъ, поступилъ 15-го сентября 1848 года. Пилъ много водки въ продолженіе многихъ лѣтъ. Въ послѣдніе 2—3 года по временамъ рвота и поносъ. За послѣдніе мѣсяцы ослабѣлъ, сталъ слабъ ногами и руками, явились потемнѣ-

нія въ полѣ зрѣнія. Затѣмъ появилось онѣмѣніе въ рукахъ и ногахъ; силы настолько упали, что больной слегъ и не могъ уже самъ ѣсть. Поступилъ въ такомъ состояніи. Сознаніе совершенно нормально. Ноги очень слабы, руки немного посильнѣе. Анестезія въ ногахъ и въ рукахъ; желтуха. Въ дальнѣйшемъ теченіи развились явленія бѣлой горячки, больной значительно ослабѣлъ и скончался 20-го сентября.

Вскрытіе черезъ 24 часа послѣ смерти. Кости черепа съ слабо развитою diploë. Твердая оболочка богата сосудами, синусы наполнены жидкою кровью. Многочисленныя и сильно развитыя пахіоновы грануляціи. Венозные сосуды мягкой оболочки сильно развиты, наполнены кровью. Между мягкою оболочкой и паутинною скопленіе жидкой сывороточной жидкости въ небольшомъ количествѣ; оболочки нормальнаго цвѣта. Мягкая оболочка легко отдѣляется отъ головнаго мозга. Головной мозгъ нормальной величины; субстанція его не измѣнена, но мелкіе сосуды какъ въ бѣломъ, такъ и въ сѣромъ веществѣ растянуты неравномѣрно въ разныхъ мѣстахъ. Желудочки пусты. Большія артеріи основанія мозга слегка растянуты и зіяютъ. Замѣтнаго измѣненія въ строеніи ихъ стѣнокъ нѣтъ. Мягкая оболочка спиннаго мозга переполнена кровью, но никакихъ сращеній не замѣтно. Спинной мозгъ, cauda equina и нервные стволы нормальны.

Жирная печень. Хроническое воспаленіе слизистой оболочки желудка и кишекъ. Кровь содержитъ довольно много жира.

---

17. Больная, вдова 43 лѣтъ, поступила въ январѣ 1849 года. Пила довольно много водки ежедневно въ послѣдніе 4 года. Регулы прекратились $1\frac{1}{2}$ года тому назадъ. За полгода до поступленія стала замѣчать потемнѣніе въ полѣ зрѣнія, головокруженіе; явилась рвота; мѣсяца за 3 почувствовала ползаніе мурашекъ въ ногахъ, болѣзненныя судороги, жгучія боли въ конечностяхъ. Въ ноябрѣ ноги такъ ослабѣли, что уже не могла ходить. Явились зрительныя галлюцинаціи (звѣри, птицы), явился бредъ по ночамъ. При поступленіи были всѣ тѣ же явленія. Общій упадокъ силъ; пульсъ 100; моча свѣтлая. Въ дальнѣйшемъ теченіи бредъ, полный упадокъ памяти, общая водянка и смерть черезъ 2 мѣсяца послѣ поступленія. Вскрытіе черезъ 26 часовъ. Твердая оболочка блѣдна, въ синусахъ водянистая кровь. Мягкія оболочки необыкновенно блѣдны, малокровны; сосуды ихъ растянуты. Pia mater легко отдѣляется отъ головнаго мозга; между мягкою оболочкой и arachnoidea жидкій серозный экссудатъ, но настолько тонкій, что извилины мозга не измѣнены и формой, и болѣе обильный въ серединѣ праваго полушарія, гдѣ, повидимому, онъ оказывалъ давленіе на подлежащія извилины, потому что онѣ нѣсколько тоньше другихъ. Сѣрое и бѣлое вещество малокровны. Мелкіе сосуды растянуты, рѣзко зіяютъ—въ однихъ мѣстахъ болѣе, въ другихъ менѣе. Въ обоихъ желудочкахъ находится почти унцъ жидкости. Большія артеріи основанія мозга растянуты и зіяютъ; ихъ внутренняя оболочка утолщена, легко разрывается. Пахіоновы грануляціи въ значительномъ количествѣ. Въ остальныхъ частяхъ головнаго мозга ничего особеннаго. Оболочки спиннаго мозга блѣдны, малокровны. Ничего особеннаго на спинномъ мозгу, ни въ cauda equina, ни въ нервныхъ стволахъ не найдено. Кромѣ того: скопленіе жидкости въ плевральномъ мѣшкѣ съ обѣихъ сторонъ; зернистая печень; слизистая оболочка желудка хронически воспалена.

---

18. Больная 30 лѣтъ, сильно злоупотребляла спиртными напитками. Поступила 1-го марта 1849 г. За полгода имѣла приступы бѣлой горячки, послѣ которой значительно ослабѣла; стала жаловаться на потемнѣніе въ глазахъ, на головныя боли, час-

то бывали рвота и сильные запоры. Въ послѣдній мѣсяцъ до поступленія явилась безсоница, галлюцинаціи, бредъ, ослабленіе рукъ и ногъ. При поступленіи констатировано значительное ослабленіе въ ногахъ, такъ что больная почти не можетъ ими владѣть. Руки посильнѣе, но тоже очень слабы; въ нихъ замѣтно трясеніе. Галлюцинаціи, ослабленная память. Черезъ недѣлю по поступленіи развился параличъ обѣихъ нижнихъ конечностей. Силы больной постепенно падали. Delirium muttitans, затѣмъ sopor и смерть 12 марта. Вскрытіе черезъ 36 часовъ. Въ подкожной клѣтчаткѣ значительное количество жира. Синусы твердой оболочки содержатъ жидкую кровь. Пахіоновы грануляціи рѣзко развиты. Мягкая оболочка легко отдѣляется. Сосуды мягкой оболочки сильно растянуты; оболочки блѣдны, малокровны. Между pia и arachnoidea незначительное количество жидкости. На обоихъ полушаріяхъ въ серединѣ каждаго скопленіе сывороточной жидкости въ количествѣ драхмы; извилины въ этихъ мѣстахъ нѣсколько сдавлены и тоньше, чѣмъ въ остальныхъ; слой сѣраго вещества здѣсь тоньше, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ. Въ желудочкахъ—никакой жидкости. Въ существѣ мозга ничего особеннаго; только мелкіе сосуды болѣе или менѣе растянуты. Большія артеріи основанія мозга растянуты и зіяютъ. Оболочки спиннаго мозга малокровны. Продолговатый мозгъ и верхняя треть спиннаго мозга не представляютъ никакихъ измѣненій. Въ двухъ нижнихъ третяхъ существо мозга гораздо мягче, но не представляетъ никакихъ измѣненій въ цвѣтѣ, объемѣ и кровенакопленіи; мелкіе сосуды впрочемъ растянуты и зіяютъ, какъ въ здоровой, такъ и въ больной части спиннаго мозга. Близъ верхняго края поясничнаго утолщенія замѣчена небольшая опухоль, которая казалась на ощупь флюктуирующею. Въ разрѣзѣ оказалось мѣсто краснаго размягченія. Вокругъ никакихъ слѣдовъ воспалительной реакціи, но существо мозга очень мягко. Въ cauda equina и нервныхъ стволахъ ничего особеннаго. Кромѣ того жирноперерожденная печень; утолщеніе слизистой оболочки желудка.

Какъ полагаетъ М. Гуссъ, красное размягченіе въ данномъ случаѣ развилось въ самое послѣднее время, именно когда развился полный параличъ нижнихъ конечностей. Именно одинъ изъ растянутыхъ кровеносныхъ сосудовъ разорвался, и излившаяся кровь смѣшалась съ мозговою массой, предварительно уже измѣненною вслѣдствіе крайне плохаго питанія. Условія для плохаго питанія М. Гуссъ видитъ въ чрезмѣрно-жидкой крови у больной.

---

19. Больной 40 лѣтъ, издавна злоупотреблялъ спиртными напитками. Болѣзнь началась со рвоты по утрамъ, запоровъ и поносовъ. Вслѣдъ за этимъ являлись головокруженіе, потемнѣніе въ глазахъ, слабость въ рукахъ и ногахъ, трясеніе и ползаніе мурашекъ въ нихъ. Рядомъ съ этимъ ослабленіе памяти, фантазіи, галлюцинаціи. При поступленіи въ больницу, кромѣ параличныхъ явленій, ослабленія памяти и галлюцинацій, развились сильныя боли въ конечностяхъ, явилось лихорадочное состояніе. Параличныя явленія все усиливались, сознаніе затемнялось, такъ что больной сталъ непроизвольно испражняться и черезъ мѣсяцъ послѣ поступленія скончался. Вскрытіе чрезъ 28 часовъ. Тѣло очень истощено. Кости черепа обыкновенной толщины. Твердая оболочка богата сосудами. Синусы наполнены жидкою кровью. Пахіоновы грануляціи сильно развиты. Опалесценція мягкой оболочки. Между pia и arachnoidea небольшое количество серозной жидкости. Сѣрое и бѣлое вещество мозга нормальной консистенціи; мелкіе сосуды наполнены кровью и растянуты. Въ боковыхъ желудочкахъ незначительное количество серозной жидкости, также какъ и на основаніи мозга. Небольшое количество

серозной жидкости и въ спинномъ мозгу. Кромѣ того зернистая печень и ненормальное содержаніе жира въ крови.

М. Гуссъ такъ резюмируетъ результаты вскрытій во всѣхъ его случаяхъ:

I. *Измѣненія, которыя найдены во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ:*

a) растяженіе мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ въ существѣ мозга;
b) гипертрофія пахіоновыхъ грануляцій;
c) хроническое воспаленіе слизистой оболочки желудка;
d) измѣненія въ строеніи печени.

II. *Кромѣ этихъ общихъ для всѣхъ случаевъ измѣненій, въ отдѣльныхъ случаяхъ находились особыя измѣненія:*

1) скопленіе жидкости между оболочками головнаго мозга (3 случая),
2) скопленіе жидкости между dura и arachnoidea спиннаго мозга (1 случай),
3) растяженіе большихъ артерій головнаго мозга (въ 3 случаяхъ),
4) растяженіе мелкихъ сосудовъ спиннаго мозга (1 случай),
5) размягченіе бѣлое и красное въ спинномъ мозгу (1 случай),
6) въ 5 случаяхъ жидкая кровь, иногда содержащая шарики жира,
7) хроническое воспаленіе слизистой тонкой и толстой кишекъ (3 случая),
8) отекъ легкихъ и скопленіе жидкости въ плеврѣ (1 случай) — и
9) гипертрофія лѣваго желудка (1 случай).

Французская литература.

Наблюденіе Dupouy.

(„Gazette des Hôpitaux“ 1869).

20. Больной 47 лѣтъ, поступилъ 29-го апрѣля 1868 г. Онъ постоянно пилъ много вина, но послѣдніе 16 дней выпивалъ чрезвычайно много коньку. У него явилась упорная рвота, сильная жажда. При поступленіи (29 апрѣля) назначенъ ледъ, бульонъ и вино.—4-го мая. Состояніе все ухудшалось; явилась икота, иктеричное состояніе и окраска кожи; силы очень упали. Назначенъ tart. stibiatus.—6-го мая. Икота прекратилась. Зноб, расширеніе зрачковъ.—10-го мая. При постепенномъ упадкѣ силъ развились нарезъ, анестезія и контрактуры въ нижнихъ конечностяхъ. Отвѣчаетъ съ трудомъ. Мушки на затылокъ.—11-го. Снова икота; непроизвольныя испражненія во время мочеиспусканія. Очень сильный холодный потъ. Пульсъ правильный, но силъ очень мало.—12-го. Кожа горяча. Анестезія полная. Затрудненіе дыханія. Сознаніе неясно; говоритъ неохотно.—13-го. Стерторозное дыханіе.—15-го скончался.

Вскрытіе. Серозный экссудатъ въ арахноидальномъ мѣшкѣ. Pia сильно инъецирована. Приращеній нѣтъ. На уровнѣ fossae sylviae periencephalitis (размягченіе, атрофія извилинъ). То же и въ можжечкѣ. Гепатизація легкихъ. Печень увеличена (болѣе 3 килограммовъ), мягка, зерниста. Селезенка увеличена. Существо ея легко разрывается). Какъ въ ней, такъ и въ лѣвой почкѣ небольшія кровоизліянія. Въ правой почкѣ жировое перерожденіе. Желудокъ растянутъ. Въ полости перикардія небольшое количество жидкости. Мускулатура сердца представляетъ явленія атрофіи.

Наблюденія Лансеро.

21. 1 *). Женщина, пившая въ продолженіе долгаго времени большое количество абсенту, стала чувствовать боли въ пальцахъ и подшвахъ. Вслѣдъ за гиперал-гезіей появилась слабость въ мускулахъ стопъ и голеней, потомъ ослабѣли мышцы бедеръ и въ концѣ концовъ развилась почти полная параплегія. Больная выздоровѣла.

22. 2 **). Женщина 40 лѣтъ, хорошаго сложенія, пьянствовала въ продолженіе 10 лѣтъ (водка, вино, абсентъ). Изъ симптомовъ алкоголизма первымъ явилась рвота по утрамъ. Затѣмъ пропалъ аппетитъ, развилась желтуха. Вмѣстѣ съ этимъ появилась безсонница, чувство ползанія мурашекъ въ ногахъ. Желтуха сначала было исчезла, потомъ опять появилась и сопровождалась упорною рвотой. Къ чувству покалыванія въ ногахъ присоединилась гипералгезія въ нижнихъ конечностяхъ, дошедшая до такой степени, что всякое прикосновеніе вызывало крикъ. На ряду съ этимъ ноги стали слабѣть, пальцы ногъ были постоянно опущены. При протягиваніи рукъ пальцы въ нихъ не выпрямлялись какъ слѣдуетъ, а впослѣдствіи развился рѣзко выраженный параличъ экстензоровъ. При дальнѣйшемъ развитіи болѣзни парализовались и флексоры. Черезъ нѣсколько дней можно было констатировать паденіе электросократительности какъ въ мышцахъ предплечья, такъ и въ мышцахъ голеней. Больная умерла. При вскрытіи найдено измѣненіе въ спинномъ мозгу (une sclerose de la moelle, portante plus spécialement sur les faisseaux antérolatéreaux) и кромѣ того зернисто-жировое перерожденіе въ нервахъ какъ чувствующихъ, такъ и двигательныхъ.

23. 3 ***). Циррозъ печени и параличъ нижнихъ конечностей у пьяницы. Смерть. Найденъ склерозъ въ боковыхъ столбахъ спиннаго мозга и перерожденіе волоконъ нервовъ предплечья.

---

24. 24-го февраля поступила къ намъ въ отдѣленіе, говоритъ Лансеро ****), женщина 30 лѣтъ, хорошаго сложенія. Она была въ состояніи легкаго бреда, вслѣдствіе чего могла давать только очень неясные отвѣты. Она была прислана докторомъ Пулье съ такого рода свѣдѣніями: „Больная съ 15 лѣтъ живетъ въ Парижѣ, гдѣ она все время была служанкой въ одной и той же молочной лавкѣ, прислуживая частью въ комнатахъ, частью въ кухнѣ—не большой, но порядочно вентилированной. Регулы съ 13 лѣтъ всегда правильны; незамужняя, беременности не было. Пользовалась хорошимъ здоровьемъ; бывали только мигрени. Немного болѣе двухъ мѣсяцевъ тому назадъ, вслѣдствіе простуды, остановились регулы, которыя до сихъ поръ не появлялись. 20-го января, въ день соотвѣтствующій времени, въ которое должны были появиться регулы, показался отекъ въ нижнихъ конечностяхъ и частью въ животѣ. Этотъ отекъ болѣе выраженъ въ лѣвой сторонѣ, чѣмъ въ правой, былъ мало болѣзненъ при давленіи, но больная жаловалась на сильныя самостоятельныя боли ланцинирующаго характера, болѣе сильныя на лѣвой, чѣмъ на правой сторонѣ; онѣ были въ ногахъ, но распространялись и на животъ и плечи. На подошвѣ обѣихъ ногъ, особенно на лѣвой, рѣзко выражена гиперестезія; самое слабое прикосновеніе вызывало сильную боль; ночью самостоятельныя боли были такъ сильны въ этомъ мѣстѣ, что больная не могла заснуть. Днемъ боли меньше и на нѣсколько времени затихали совсѣмъ до тѣхъ

*) „Dictionnaire encyclop. des sc. médicales". 1865.
**) Ibidem.
***) „Gazette Hebdomad.". 1865, p. 438 et 464.
****) „Gazette Hebdomadaire". 1881.

поръ, пока не дотронутся до ноги. Въ верхнихъ конечностяхъ боли тоже есть, но тупыя, преимущественно около суставовъ. Отекъ появляется, но исчезаетъ. Больная жаловалась особенно на постоянное ощущеніе ползанія мурашекъ, чувство онѣмѣнія въ рукахъ, которое мѣшало ими дѣйствовать. Въ то же время больная лихорадочна; пульсъ былъ слабъ, частъ. Въ сердцѣ ничего, въ мочѣ тоже ничего особеннаго. Около 20-го февраля—боли въ области живота и области почекъ, какъ будто бы передъ регулами, но ихъ не было; въ то же время у больной было носовое кровотеченіе. Болевыя явленія, особенно гиперестезія подошвы, значительно уменьшились; отекъ, напротивъ, все увеличивался, и съ этого времени сознаніе стало путаться и больная постоянно бредила".

Таковы были свѣдѣнія, доставленныя докторомъ Пулье. Наше изслѣдованіе показало слѣдующее:

Ноги отекли; отекъ значительный, бѣлый, довольно мягкій—распространяется на заднюю часть туловища и брюшныя стѣнки. Расширенія поверхностныхъ венъ нѣтъ. Въ рукахъ отекъ довольно значительный въ предплечьяхъ и на тылѣ ручной кисти, преимущественно на лѣвой сторонѣ. Прикосновеніе къ подошвѣ лѣвой ноги вызываетъ черезъ нѣсколько времени боль; на правой ногѣ — больная кричитъ отъ боли. Уколы тыла стопы лѣвой ноги вызываютъ сильную боль въ нѣкоторыхъ пунктахъ; въ средней части это не чувствуется. На правой сторонѣ гиперестезія значительная по всему тылу стопы; всегда впрочемъ проходитъ нѣкоторое время между раздраженіемъ и крикомъ, имъ вызываемымъ. Голени и бедра тоже гиперестезированы настолько, что маленькій уколъ или давленіе нѣсколько сильное пальцемъ вызываетъ крики; и въ этой области тоже замѣтно рѣзкое замедленіе въ проведеніи чувствительности. Прикосновеніе холоднымъ предметомъ къ ногамъ вызываетъ боль. Кожная гиперестезія аналогична на рукахъ и туловищѣ; кромѣ того всѣ пассивныя движенія конечностями очень болѣзнены. Со стороны движенія мы замѣчаемъ, что больная съ большимъ усиліемъ можетъ дѣлать небольшія движенія ногами, но совершенно не можетъ приподнять ихъ надъ уровнемъ постели и перемѣстить ихъ вполнѣ. Со стороны верхнихъ конечностей — характерное положеніе; пальцы полусогнуты, кисть сильно согнута и больная совершенно не можетъ выпрямить пальцы и кисть; движенія кистью вправо и влѣво совершаются. Движенія въ локтевомъ и плечевомъ суставахъ сохранены и она можетъ подносить руку къ головѣ. Фаредическая сократительность мускуловъ разгибающихъ кисть потеряна. Въ лицѣ параличныхъ явленій нѣтъ; зрачки немного расширены, равномѣрны. Слизистыя оболочки, конъюктивы и десны блѣдны и малокровны; губы сухи; языкъ красный, покрытый запекшеюся слизью. Жажда очень значительная. Сердце здорово. Звукъ при постукиваніи груди ясный вездѣ; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ сзади разсѣянные хрипы. Моча красная; при охлажденіи значительный осадокъ уратовъ. Бѣлка и сахара нѣтъ. Матка здоровая. Мочится и испражняется непроизвольно. Поверхностный пролежень небольшой на серединѣ крестца. Ночью больная очень возбуждена, безпрестанно говоритъ.

Разсуждая объ явленіяхъ, на которыхъ должна была основываться діагностика этого случая, Лансеро говоритъ:

„Особенность проявленія симптомовъ и ихъ странное соединеніе мѣшаютъ предположить въ данномъ случаѣ какое-нибудь ограниченное страданіе спиннаго мозга. Именно, еслибы можно было предположить ограниченный міэлитъ, то его пришлось бы помѣстить въ шейное утолщеніе, чтобы объяснить параличъ ручныхъ мышцъ. Но въ такомъ случаѣ какъ объяснить преобладаніе въ пораженіи разгибающихъ мышцъ кисти и пальцевъ, какое значеніе придать характерному бреду больной? Этотъ же признакъ не даетъ возможности признать и диффузный міэлитъ.

Нѣтъ надобности увеличивать объ атаксіи, теченіе и признаки которой даже при самомъ быстромъ ея ходѣ совершенно отличны отъ нашего случая. Цереброспинальный менингитъ влечетъ за собой контрактуры, а у нашей больной мускулы вялы, нѣтъ никакого напряженія въ мышцахъ шеи и кромѣ того цереброспинальный менингитъ не продолжается два мѣсяца. Продолжительность болѣзни, хорошее питаніе, лѣта больной, отсутствіе легочнаго страданія позволяютъ также исключить и туберкулезный менингитъ.

„Повидимому, мы имѣемъ передъ собой параличъ sine materia и что симптомы, которые онъ представляетъ, разсматриваемые каждый въ отдѣльности, представляютъ значительныя особенности. Отекъ не могъ быть объясненъ ни страданіемъ сердца, ни страданіемъ почекъ; съ другой стороны, не было никакихъ данныхъ предположить тромбозъ артерій или вены".

Предполагая въ данномъ случаѣ алкогольную интоксикацію, Лансеро постарался убѣдиться въ этомъ предположеніи и узналъ, что дѣйствительно больная пила водку (шкеръ) и анисовку, что въ продолженіе послѣдняго времени она чувствовала холодъ и онѣмѣніе въ ногахъ и часто жаловалась на судороги въ нихъ; головная сила тревожило, часто вскрикивала. Въ самомъ началѣ болѣзни явилась безсонница, галлюцинаціи зрѣнія, возбужденіе, холодъ конечностей; у больной была рвота но утрамъ.

Все это заставило Лансеро такъ формулировать діагностику: „хроническій алкоголизмъ съ симметрическимъ паралитомъ двигательныхъ нервовъ и вазомоторныхъ нижнихъ и верхнихъ конечностей".

Дальнѣйшее теченіе болѣзни было такое:

26-го февраля. Больная нѣсколько спокойнѣе; отвѣчаетъ на вопросы не вполнѣ точно и считаетъ многихъ лицъ, которыя съ ней говорятъ, за членовъ своей семьи. Т. веч. 38,4; у. 38,2.

27-го февраля. Безъ перемѣны. Т. у. 38,4; в. 38.

28-го февраля. Бредъ, какъ въ предыдущіе дни. Больная въ болѣе позднемъ часу состоянія, не можетъ сказать, сколько ей лѣтъ, гдѣ родилась; желаетъ отвѣтовать, что-то бормочетъ. Подошвы руки въ холодѣ болѣе затруднено; движенія настолько неловки, что удариетъ себя кистью по лицу. Моча уд. в. 1028; бѣлка и сахара нѣтъ. Стулъ нѣтъ. Клизма. Т. у. 38,6; в. 39.

29-го февраля. Тоже. Т. у. 38,2; в. 38,8.

1-го марта. Больная въ очень подавленномъ состояніи. Дыханіе короткое, частое. 40 дыханій въ минуту. Нельзя добиться никакого отвѣта. Больная бормочетъ непонятныя слова. Сильно кашляетъ и сама можетъ охладить мокроту, которая остается на губахъ. Языкъ и губы красны, покрыты корой. Глотаніе затруднено. Голова наклонена назадъ, но напряженія нѣтъ. Нельзя хорошо изслѣдовать больную, но хриповъ слышно много. Т. у. 38,4; в. 38,6.

2-го марта. Больная почти въ безсознательномъ состояніи; иногда вскрикиваетъ, ничего не отвѣчаетъ, не глотаетъ. Зрачки розны и расширены, глаза поворачутъ кверху. Дыханіе затруднено, 48 въ минуту. Десны сухи, губы покрыты сохнѣющей коркой. Обѣ руки почти совсѣмъ парализованы; ноги вполнѣ недвижимы. Отекъ увеличился значительно въ рукахъ. Т. 40,2. Больная скончалась.

Аутопсія чрезъ 24 часа послѣ смерти показала преждевременную дряхлость органовъ, характерную для лицъ, умирающихъ отъ послѣдствій хроническаго отравленія спиртными напитками. Головной мозгъ напоминаетъ мозгъ старикова: нахіоннаго гранулезіи были очень развиты. Мозгъ былъ уменьшенъ въ объемѣ, извилины были истончены. Болѣе всего это замѣтно на извилинахъ лобныхъ и восходящихъ теменныхъ; въ этихъ мѣстахъ были значительныя вдавливанія.

Мягкая оболочка на основаніи мозга прозрачна и совершенно здорова. На выпуклой поверхности мѣстами утолщена, и это утолщеніе дало ей видъ, напоминающій до нѣкоторой степени туберкулезный менингитъ (но изслѣдованіе подъ микроскопомъ не показало присутствія туберк. менинг.). Отдѣляется отъ мозговаго вещества вездѣ хорошо. Сильвіева борозда безъ измѣненій; жидкости въ субарахноидальныхъ пространствахъ нѣтъ. Существо мозга мягко; въ бѣломъ веществѣ довольно значительное количество кровяныхъ точекъ. Желудочки не расширены. Сосуды и основаніе нормальны. Также и предполагаемый мозгъ и Вароліевъ мостъ. Спинной мозгъ при изслѣдованіи простымъ глазомъ не представляетъ ничего особеннаго, за исключеніемъ небольшого помѣщенія твердой оболочки подозваны подъ микроскопомъ. Всѣ волокна оказались здоровыми. Одинъ только задній корешокъ изъ послѣднихъ волосничныхъ содержалъ нѣсколько волоконъ, въ которыхъ была сегментація міэлина. Легкія содержали туберкулезные фокусы. Сращеніе легочной плевры въ верхушкахъ. Каверны въ обѣихъ верхушкахъ, милліарверхности сердца. Сердце дряблю, растянуто; міокардій обезжиренъ. Клапаны нормальны; небольшія отростки въ волостихъ сердца. Сосуды не представляютъ ничего особеннаго; только въ аортѣ мѣстами попадались желтоватыя бляшки. Желудокъ не измѣненъ, только слизистая оболочка бѣлѣе; небольшое количество туберкулезной оболочкѣ небольшія кругловатыя возвышенія. Соотвѣтственно этимъ мѣстамъ въ туберкулезная язва; въ толстыхъ кишкахъ небольшія скопленія. Печень значительно увеличена въ объемѣ, вѣсъ 2150 граммъ. Обѣ доли, но болѣе правая, немного увеличены въ длину и ширину. Существо ея имѣетъ желтоватый оттѣнокъ, мягкую консистенцію, —словомъ, всѣ признаки стеатоза. Почки дольчаты, нѣсколько блѣдны; туберкулъ въ нихъ нѣтъ; селезенка мягка, нездолизлучая железа здорова. Большой сальникъ содержитъ много жиру. Ребра разрыхлены, но, повидимому, всѣ они содержатъ болѣе жиру, чѣмъ слѣдуетъ. Мускулы-разгибатели предплечья блѣдны. Въ сѣкучномъ состояніи (съ осѣдкомъ кислотой) представляютъ значительное количество гранулезій, окрашивающихся осміевой кислотой, но не принимающихъ чернаго цвѣта жировыхъ гранулезій. Поперечная волосатость почти исчезла на всѣхъ превратахъ. Нельзя было вполнѣ быть увѣреннымъ, есть или нѣтъ развитіе ядеръ миэлемы. Волокна п. radial. и tibial. стѣнокъ волоконъ совершенно пустыхъ. Въ нѣкоторыхъ волокнахъ находятся волокна, мѣлкихъ которыхъ указанной оболочки не было. О состояніи осевого цилиндра нельзя было сдѣлать точнаго заключенія всѣдствіе недостаточности окраски.

25. Мужчина 48 лѣтъ, поступилъ въ больницу 5-го мая. Онъ служилъ до 1866 года въ военной службѣ въ Алжирѣ и имѣлъ много связей; потомъ служилъ въ продолженіе 8 лѣтъ въ матросахъ на корабляхъ и имѣлъ много роду и вина. Живетъ въ Парижѣ 6 лѣтъ и продолжаетъ злоупотреблять спиртными напитками (имѣлъ вино, красное и бѣлое, и пиво). Въ продолженіе долгаго времени по утрамъ бывала тошнота; спалъ плохо, видѣлъ страшные сны, чувствовалъ часто онѣмѣніе въ нижнихъ конечностяхъ и иногда невинословное покалываніе въ ногахъ и рукахъ. Въ 1879 году у больнаго была потеря сознанія на ¼ часа безъ послѣдующаго паралича. Въ теченіе нѣкоторого времени жалуется на боли подъ ложечкой, на общую разби-

Харк. Мед. Институт
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА
Х/3839

тость, утомляемость, слабость въ конечностяхъ; бывали поносы, всѣдствіе чего сильно похудѣлъ. При поступленіи онъ былъ въ такомъ состояніи. На видъ весьма злая физіономія, губы и руки дрожатъ. Жалуется на безсонницу, кошмары, галлюцинаціи страннаго характера; жалуется на судороги въ рукахъ и ногахъ, на постреливанье, покалываніе, онѣмѣніе въ ступняхъ и колѣнкахъ. Въ этихъ мѣстахъ значительная гиперэстезія кожи; небольшое прикосновеніе сукна, щекотаніе водовны вызываетъ очень сильныя боли и рефлекторныя движенія. Въ рукахъ—то же, хотя въ болѣе слабой степени. По мѣрѣ приближенія къ туловищу эти явленія въ конечностяхъ уменьшаются. Ослабленіе тактильной чувствительности кожи нѣтъ. Небольшой отекъ ногъ; походка трудная—больной едва можетъ держаться. Память и соображеніе ослаблены. Печень выступаетъ на 4 пальца изъподъ края реберъ. Сердце и легкія здоровы. Больной ѣстъ порядочно. Пищевареніе туго. Въ дальнѣйшемъ теченіи сначала какъ будто жалобы больного стали слабѣе, потомъ явленія значительно ухудшились. Въ сентябрѣ бредъ усилился, такъ что пришлось его связать. Послѣ этого боли въ ногахъ уменьшились. Трясеніе увеличилось. 15-го октября больной вялъ въ коматозное состояніе; въ это время ноги его были нѣсколько согнуты, всѣдствіе преобладанія паралича разгибателей; чувствительность въ томъ же состояніи, но гиперэстезія меньше. Дыханіе частое, постепенно затрудняется.

Смерть 16-го октября.

Вскрытіе черезъ 30 часовъ. Черепъ не утончень. Мягкая оболочка на спинальной поверхности мозга уплотнена во мѣстахъ. По спинѣ оболочки извилины вредной поверхности сглажены, плотнѣе. Артеріи головного мозга не поражены. Существо мозга, мозжечка и продолговатаго мозга не представляетъ ничего особеннаго. Вѣсъ мозгущій 1100 граммъ. Ничего особеннаго въ позвоночномъ столбѣ. Оболочки спиннаго мозга слегка мутны. Спинной мозгъ нормальнаго цвѣта, не представляетъ рѣзкихъ измѣненій для глаза. Корешки здоровы, но нѣкоторыя изъ нервныхъ волоконъ въ мышцахъ голеней представляютъ сегментацію мізлина. Мускулъ голеней и предплечья, особенно разгибатели—имѣетъ желтоватый цвѣтъ; мышцы бедеръ болѣе окрашены. Мускулы туловища на видъ нормальны, за исключеніемъ значительнаго развитія жира между мускульными волокнами, въ противоположность общему истощенію организма. Сердце тоже обложено жиромъ. Полости его нѣсколько широки, стѣнки дряблы. Клапаны здоровы. Въ аортѣ — бляшки артеріита; легкія—эмфизематозны съ передней поверхности; отекъ нижнихъ долей. Желудокъ уменьшенъ въ объемѣ; слизистая оболочка его утолщена. Явленія хроническаго катарра. Брюшина оболочена жиромъ. Печень увеличена; цвѣтъ ея желтый; консистенція твердая, зомкая. Желчи немного; она бурая. Селезенка увеличена. Почки покрыты жиромъ, немного бѣдны; ячечки малы. Субстанція ихъ немного желтѣе нормальнаго.

Въ этомъ случаѣ параличныя явленія, менѣе выраженныя, чѣмъ въ предыдущемъ, не были причиною смерти больнаго, которая произошла отъ общаго маразма. Этотъ случай показываетъ намъ, говоритъ Лансеро, что при алкогольной паралитикѣ явленія не достигаютъ полнаго развитія, болѣе заняты въ экстензорахъ и соединены съ особымъ растройствомъ чувствительности и сосудодвигательныхъ нервовъ.

26. „Мужчина 39 лѣтъ, разсыльный въ магазинѣ, лежалъ въ больницѣ Saint-Antoine въ концѣ 1871 года. При поступленіи его 30-го октября онъ былъ въ бреду, который оставался до самой смерти. Свѣдѣнія, сообщенныя его женой, были слѣдующія:

Семь лѣтъ тому назадъ у него была острый ревматизмъ сочленій. Подвергался сифилитическому лѣченію вслѣдствіе нѣкоторыхъ симптомовъ. Жевалъ 8 лѣтъ и все это время злоупотреблялъ спиртными напитками. Главнымъ образомъ пилъ нѣсколько литровъ вина въ день и иногда пилъ абсентъ и горькую водку (bitter). Тяжелъ и дали были помѣшанны; отецъ его—человѣкъ нервный, пьяница. Пьянство въ семьѣ составляетъ обычное явленіе. Несмотря на значительное злоупотребленіе спиртными напитками, больной пользовался однако нормальнымъ здоровьемъ до послѣдняго времени. Повидимому, только половая способность стала значительно слабѣе. Въ іюнѣ 1871 года больной началъ жаловаться на боли въ ногахъ, и съ этого времени ноги его стали понемногу слабѣть. Ночи онъ сталъ спать плохо, частью вслѣдствіе усиливавшихся болей, частью вслѣдствіе страха, галлюцинацій и тяжелыхъ сновидѣній, подъ вліяніемъ которыхъ онъ нѣсколько разъ хотѣлъ выброситься въ окно. Въ сентябрѣ эти явленія увеличились, и наконецъ настолько усилился, что больной долженъ былъ оставить свои занятія; черезъ нѣсколько дней онъ уже не могъ держаться на ногахъ. Съ этого времени онъ почти постоянно въ бреду и мучится страшными снами и галлюцинаціями слуха и зрѣнія.

Въ такомъ состояніи больной поступилъ въ больницу. Мы нашли его лежащимъ; ноги нѣсколько неподвижны, мускулы разслаблены; въ колѣнкахъ ноги немного согнуты; есть значительный отекъ, особенно на тылѣ стопы. Мускулы кажутся атрофированными. Чувствительность вполнѣ уничтожена. Нельзя вызвать никакого рефлекторнаго движенія. Верхнія конечности очень слабы; движенія ихъ неувѣрны, боль въ сторонѣ почекъ; глубокій прозженъ на крестцѣ. Абсолютное задержаніе мочи, такъ что нужно катетеризировать два раза въ день. Моча содержитъ гной. Въ такомъ состояніи больной прожилъ мѣсяцъ и скончался, повидимому, отъ разстройства мочевыхъ органовъ.

Вскрытіе показало слѣдующее: Оба легкія представляютъ приращенія. Нижняя доля праваго легкаго въ состояніи гепатизаціи. Сердце нормально, обложено жиромъ. Мускулы его бѣдны. Valvula mitralis нѣсколько уплотнена. Жировое перерожденіе во мѣстахъ въ аортѣ. Желудокъ расширенъ, слизистая оболочка его утолщена. Кишки нормальны. Въ полости брюшины жидкости нѣтъ. Печень нормальнаго объема. Капсула ея утолщена, помутнѣла; на разрѣзѣ желтовата, жирна. Желчные ходы расширены, наполнены желчью. Въ желчномъ пузырѣ густая бурая желчь. Селезенка немного увеличена въ объемѣ. Поджелудочная железа окологлиточка его очень красна, инъецирована. Слизистая оболочка трахеи воспалена. Почки увеличены; на поверхности ихъ замѣтны маленькія гнойники, расположенные группами. На разрѣзѣ такіе же гнойники расположены въ области малыхъ пирамидъ. Въ сосѣдствѣ съ ними существо почекъ дряблое, инъецировано. Черепъ матокъ, зомокъ; твердая оболочка мутна на выпуклой поверхности. Извилины мозга бѣдны, плотны. Бѣлое вещество довольно плотно; въ разрѣзѣ заполнія. Артеріи мозга здоровы. Мозжечокъ и продолговатый мозгъ нормальны. Твердая оболочка спиннаго мозга нѣсколько утолщена. Мягкая оболочка прозрачна, сильно инъецирована. Корешки не представляютъ ни видъ никакихъ измѣненій. Консистенція существа мозга нормальна. Разрѣзы нейтаго и пояснічнаго утолщенія не обнаруживаютъ никакихъ измѣненій. Подкожная клѣтчатка нижнихъ конечностей отекла. Мускулы стопы желтоватаго цвѣта, дряблы. Это измѣненіе существуетъ и во всѣхъ мускулахъ голени и бедеръ, также въ мускулахъ грозья и iliacus. Наоборотъ, мышцы груди и верхнихъ конечностей красны, приблизительно нормальнаго цвѣта. Отекъ въ подкожной клѣтчаткѣ верхнихъ конечностей нѣтъ.

Nervi tibiales postici увеличены въ объемѣ. Подъ микроскопомъ можно замѣтить сегментацію мышцъ въ волокнахъ. Микроскопическое изслѣдованіе коренковъ и спиннаго мозга не показываетъ никакихъ измѣненій.

Этотъ больной скончался отъ осложненія со стороны почекъ".

27. „Женщина 33 лѣтъ поступила въ больницу 23-го декабря. Она хорошаго сложенія, живетъ при Парижѣ въ продолженіе 13 лѣтъ; въ послѣдніе 5 лѣтъ служила прикащицей при виноторговлѣ. 8 лѣтъ назадъ была ребенокъ. Отецъ ея умеръ 57 лѣтъ отъ апоплексіи; отецъ пилъ. Мать умерла отъ какой-то опухоли. Больная начала пить съ 20 лѣтъ; начала съ абсента, а потомъ абсентъ ей надоѣлъ, и она стала пить bitter и vermouth. По утрамъ въ продолженіе 18-ти мѣсяцевъ отхаркивала значительное количество мокроты. Въ послѣднюю зиму страдала болями въ области почекъ и въ продолженіе нѣкотораго времени у нея была рвота пищей. Уже съ годъ вочти не спитъ; едва только начинаетъ засыпать, какъ является страшная спонвидѣнія, и она тотчасъ просыпается. Въ продолженіе во крайней мѣрѣ 5-ти мѣсяцевъ каждую ночь у нея бываетъ ползаніе муравьевъ въ ногахъ, судороги въ ступняхъ и подергиванія въ конечностяхъ. Съ того же времени ея зрѣніе ослабѣло; во временахъ бываютъ искры въ глазахъ и mouches volantes. Съ начала зимы ноги ея отекли. Во время ея поступленія мы нашли, что чувствительность ея рѣзко измѣнена. Прикосновеніе не чувствуется совсѣмъ на подошвѣ лѣвой ноги. Чувство боли сохранено на обѣихъ подошвахъ, но замѣтно значительное замедленіе проводимости. На тылѣ стопы и на голеняхъ болѣзное чувство очень усилено, такъ что небольшой уколъ вызываетъ сильный крикъ. Даже при приближеніи иголки къ этимъ мѣстамъ больная кричитъ. Вскорѣ этого нѣтъ возможности судить о тактильной чувствительности. Кромѣ того, она мало измѣнена, разнѣ проводимость нѣсколько замедлена. Болезное чувство усилено также на тылѣ кистей; но, подобно тому какъ на ногахъ гипералгезія исчезаетъ въ верхней части голеней, на рукахъ она исчезаетъ на середнѣ предплечья. Больная чувствуетъ постоянный холодъ въ ступняхъ, несмотря на то, что онѣ въ дѣйствительности довольно тепли. Чувствительность къ холоду настолько усилена, что прикосновеніе стекляннаго стакана почти невыносимо. Давленіе по бокамъ позвоночника въ области выхода нервовъ очень болѣзненно. Движенія очень растроены. Больная только съ трудомъ и медленно поднимаетъ голени надъ уровнемъ постели. Лѣвая ступня неподвижна; носокъ обращенъ внизъ и внутрь, какъ при паралитѣ разгибателей. Руки очень слабы и едва могутъ сжимать. Больная почти не можетъ стоять, потому что при этомъ ея корпусъ качается, и она сейчасъ теряетъ равновѣсіе. Когда она становится на ноги, она чувствуетъ боли, похожія на локальныя агіазіи. Она кричитъ, когда можетъ опять ихъ постель, такъ какъ при передвиженіяхъ боли въ конечностяхъ очень сильны.—Безсонница. Каждую ночь судороги въ ногахъ. Языкъ красенъ. Дурной запахъ изо рта. Кашель безъ мокроты. Легкія и сердце здоровы. Печень выступаетъ на два пальца изъ-подъ реберъ. Въ слѣдующіе дни безпокойство больной нѣсколько уменьшилось подъ вліяніемъ хлорала въ дозѣ 3,0.

28-го декабря. Носовое кровотеченіе. Встала ночью и упала подъ кровать своей сосѣдки.

29-го утромъ. Пульсъ 120, кожа горяча. Со стороны легкихъ ничего, что бы могло объяснить лихорадку. Тоны сердца чистые: ноноса и рвоты нѣтъ. Гнилостный запахъ изо рта. Гипералгезія остается, хотя въ нѣсколько меньшей степени.

1-го января 1872 г. Тоже. Кровотеченіе носомъ продолжается, являясь

каждый разъ при ковыряніи пальцемъ въ носу. Языкъ сухъ и красенъ. Есть мало. Не спала, несмотря на хлоралъ.

2-го января. Кровотеченія нѣтъ.

3-го января. Сильное возбужденіе ночью. Больная пыталась встать съ постели. Сегодня утромъ мы нашли, что 4 пальца руки пригнуты къ ладони. Сила сгибанія стала уменьшаться отъ мизинца къ указательному пальцу.

Пальцы представляютъ ригидность, съ трудомъ могутъ быть разогнуты, но сами возвращаются въ согнутое состояніе, будучи предоставлены сами себѣ. Тыльныя части на обѣихъ рукахъ представляютъ явленія отека. Отложеніе лѣзой ступни менѣе замѣтно. Небольшая отечная припухлость на тылѣ обѣихъ стопъ. Пульсъ 120. Т. 39. Въ груди ничего особеннаго. Во время изслѣдованія сильный зпотъ.

4-го января. Пульсъ 120, правильный. Т. 41,2. Больная на спинѣ, глаза полузакрыты, лицо блѣдно, на губахъ сосохшаяся слизь, носъ холоденъ, губы трясутся. Адинтированъ, галлюцинируетъ. Сегодня утромъ, впрочемъ, спокойнѣе. Верхнія конечности полусогнуты. 4 пальца согнуты. Гипералгезія остается; боли еще сильнѣе, чѣмъ въ предшедшіе дни. Давленіе на мускулы кажется болѣзненнѣе. Произвольныя движенія членами сопровождаются криками; чувствительность замедлена. Замѣтна ригидность въ шеѣ и голова отвинта назадъ. Мускулы болѣзненны; при попыткѣ пригнуть голову больная также вскрикиваетъ. Не можетъ сидѣть даже при поддержкѣ. Не можетъ совершенно водить ноги надъ постелью и при самомъ большомъ усиліи можетъ сдѣлать ногами только небольшое движеніе влѣво въ бокъ. Руки едва можетъ поднять до лба. Языкъ красенъ и сухъ. Рвоты нѣтъ. Поносъ уже 2-ой или 3-й день; экскреціи непроизвольны. Ничего особеннаго при аускультаціи. Хрипы въ трахеѣ. Въ сердцѣ ничего.—Въ 6 часовъ вечера т. 41,2. Умерла въ 7 часовъ послѣ агоніи, продолжавшейся нѣсколько часовъ.

Вскрытіе. Сложеніе жира въ подкожной клѣтчаткѣ, особенно замѣтное въ животѣ. Черезъ толсть, diploë почти исчезло. Мягкая оболочка мутновата на випуклой поверхности, нахіонки грануляціи многочисленны. Мозгъ малъ, вѣситъ съ мозжечкомъ. Существо мозга плотно; нѣтъ замѣтной атрофіи извилинъ. Сѣрое вещество блѣдно, плотно; въ бѣломъ веществѣ замѣтна красная точки отъ сосудовъ; явленія больной поверхности мозжечка слегка различены, желтовати. Значительное количество черепно-мозговочной жидкости. Подъ твердою оболочкой спиннаго мозга вдоль всего позвоночнаго канала небольшое количество крови. Мягкая оболочка спиннаго мозга не измѣнена. Ничего замѣтнаго на поверхности спиннаго мозга. Въ верхней его половинѣ спинной мозгъ мягче, въ нижней значительно твержае. Многочисленные поверечные разрѣзы не показываютъ никакихъ разстройствъ, замѣтныхъ простымъ глазомъ. Микроскопическаго изслѣдованія не было. Легкія переполнены кровью. Въ правой верхушкѣ въ середнѣ верхней доли большая каверна, по сосѣдству съ которой фокусъ лобулярной пневмоніи. Сердце дряблое, мягко, покрыто кусками жира, легко рвется подъ пальцами. Стѣнки желудочковъ тонки, особенно праваго. Аорта и многіяя артеріи здорови. Печень большая, въ разрѣзѣ представляется цирротичною, желтоватою. Селезенка увеличена, дряблая. Почки здорови. Желудокъ широкъ; слизистая оболочка его инъецирована около pylorus. Въ тонкихъ кишкахъ небольшія фолликулярныя язвы. Пейеровы бляшки увеличены; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ изъязвлены. Солитарныя железы увеличены въ объемѣ какъ въ толстой, такъ и въ тонкой кишкахъ. Мускулы груди инфильтрированы жиромъ, блѣдны; мускулы нижнихъ ко-

нечистей сохранили нормальный цвѣтъ, но они дряблѣе нормальныхъ. Ребра разрѣзлены. Сочленения здоровы.

28. Въ 1867 году я былъ,—говоритъ Лансеро,—на консультаціи у одной дамы, около 35 лѣтъ, страдавшей ипохторое время ипохондріи съ умѣренными эксцессами. Въ то же время у больной была сильная гипералгезія въ конечностяхъ, особенно въ нижнихъ. Отекъ тыла стопы и слабо выраженный парализъ разгибателей. Къ этимъ явленіямъ присоединились субъективныя ощущенія, ползанія муравьевъ, покалыванія, жженія, судороги,—словомъ, всѣ явленія хроническаго отравленія алкоголемъ. Осмотрѣвши больную, я высказалъ моимъ товарищамъ, что мы имѣемъ дѣло съ алкогольными отравленіемъ. Мнѣ сообщили, что больная всегда была воздержна; знаю, какъ часто женщины скрываютъ подобныя привычки, и сросилъ нужда ось этого и получилъ отвѣтъ, что онъ ничего подобнаго никогда не замѣчалъ. Въ виду этого я не могъ найти подтвержденія моей діагностики прежде, чѣмъ докторъ Шустеръ, давнишній врачъ больной, сообщилъ мнѣ слѣдующее: эта дама имѣла въ Парижѣ магазинъ лаконъ, въ которомъ находилось много сосудовъ съ древесными спиртомъ. Изъ нихъ выдѣлялись пары спирта, которые рѣзко поражали входящаго, какъ я потомъ и самъ убѣдился при посѣщеніи магазина. Больная цѣлый день находилась въ магазинѣ, а вечеръ сидѣла рядомъ за перегородкой, которая въ верхней части пропускала пары спирта, такъ что больная постоянно находилась въ этой вредной атмосферѣ. Ясно, что отравленіе алкоголемъ могло быть при этихъ условіяхъ.

---

29. Въ 1876 году Лансеро видѣлъ женщину 33 лѣтъ, которая представляла подобные же симптомы при тѣхъ же условіяхъ. Она жаловалась на боли, дергания, ползаніе муравьевъ и т. д. въ нижнихъ конечностяхъ, а также отчасти и въ верхнихъ. На ряду съ этимъ была рѣзкая гипералгезія, симметрично на обѣихъ ногахъ и предплечьяхъ, и неполный парализъ мышцъ голени и предплечья, болѣе сильный въ разгибателяхъ, которые были дряблы и слегка атрофированы. Ночью были тяжелые сны, кошмары; сонъ почти неозможенъ. Больная сильно похудѣла, побѣднѣла, тѣмъ болѣе, что страдала поносомъ болѣе мѣсяца. Эта больная, будучи замужемъ за торговцемъ лака, жила въ продолженіе 6 лѣтъ въ магазинѣ наливленіемъ лаконовъ съ лаками и сосудами съ амиловымъ спиртомъ, такъ что легко была доступна алкогольному отравленію.

---

30. Около 6 мѣсяцевъ назадъ, я,—разсказываетъ Лансеро,—видѣлъ мужчину 50 лѣтъ, страдавшаго параличомъ четырехъ конечностей, болѣе выраженнымъ въ экстензорахъ, сопровождавшимся разными субъективными ощущеніями. Этотъ параличъ также казался алкогольнаго происхожденія, такъ какъ больной пилъ горькую водку и абсентъ и имѣлъ всѣ признаки алкоголизма.

---

31. Хронический алкоголизмъ съ параличомъ нижнихъ конечностей. Смерть отъ туберкулезной пневмоніи.

„Женщина 48 лѣтъ, поступила 1-го мая 1880 года, жалуется на капель, существующій нѣсколько мѣсяцевъ, и на боли во ночамъ въ ступнях. Мать ея умерла отъ неизвѣстной ей болѣзни. Отецъ пропалъ безъ вѣсти. Регулы съ 12 лѣтъ; никогда не была замужемъ, беременности не имѣла. Регулы давно уже превратились. 25 лѣтъ пріѣхала въ Парижъ и занималась стиркою бѣлья. Жила въ хорошей комнатѣ, питалась хорошо. 12 лѣтъ назадъ начала пить, а 25 лѣтъ назадъ скаралатину. Замѣтила уже нѣсколько лѣтъ назадъ, что аппетитъ ея уменьшился.

Признается, что пила каждый день по литру вина; пьетъ также каждый день vouffeerire, никогда не пьетъ абсенту. Съ ноября 1879 года начала тереперная болѣнь. Съ этого времени больная начала кашлять, быстро похудѣла, стала сильно потѣть по ночамъ. Явилась утренняя рвота. Сонъ пропалъ; едва она начинаетъ засыпать, какъ ее будятъ страшные сны: то ей кажется, что она падаетъ въ пропасть, то видитъ громадныхъ змѣй. Судороги въ ногахъ. Съ мѣсяца она чувствуетъ въ ступняхъ ползаніе муравьевъ, покалыванія, особенно во ночамъ, часто очень болѣзненныя. Лицо бѣлое, исхудалое, печальное, глаза блуждающіе, губы трясутся. Мелкія подкожныя вены на щекахъ порядочно растянуты. Больная значительно вздолжована нашимъ изслѣдованіемъ. Ноги и руки ея, также добѣ покрылись какими-то, какъ только мы начали ее раскрашивать. Мускульная сила очень невелика,—она едва могла войти въ залу; рукн едва могутъ сжимать. Она ходитъ растопыря и нѣсколько волоча ноги; разстройства координаціи нѣтъ. Хорошо ощущаетъ почву подъ ногами. Тактильная чувствительность вездѣ сохранена. Чувство боли чрезвычайно увеличено въ ногахъ до колѣнъ; самое мелкіе уколы или небольшое давленіе ея ногу вызываютъ сильную боль. Она кричитъ уже, видя приближеніе иголки къ ногамъ. Когда ее нѣсколько разъ кольнуть одинъ за другимъ (чтобы опредѣлить границу чувствительности), она дѣлается крайне возбужденной, кричитъ, умоляетъ, призываетъ на помощь. Мѣста только что уколотыя быстро краснѣютъ и краснота остается болѣе часа. Въ верхнихъ конечностяхъ гипералгезія менѣе выражена, но тоже есть и достигаетъ верхней трети предплечья. Чувство температуры также измѣнено на конечностяхъ въ тотъ смыслѣ, что прикосновеніе предмета, который здоровымъ людямъ кажется только теплымъ или холодными, у нея производитъ очень сильныя ощущенія или холода, или жара. Давленіе на позвонки очень болѣзненно во всей длинѣ позвоночника. Изслѣдованіе груди, особенно у зонатая и водъ ключицей, также болѣзненно, что больная кричитъ. Замѣтно ослабленіе звука, особенно въ лѣвой сторонѣ водъ зонатая и водъ ключицей. Въ правой верхушкѣ жесткое дыханіе и хрипы, въ лѣвой тоже хрипы. Отхаркиваетъ значительное количество мокроты. Тонъ сердца чисты, но слабы. Печень выступаетъ на 2 вальца изъ-подъ реберъ. Въ моч ни бѣлка, ни сахара. Назначено 0,1 extr. thebaici, молочная діэта. Въ ступняхъ дни больная также чувствовала себя плохо; ей кажется, что собаки ползаютъ по ногамъ и руки, видитъ змѣй, звѣрей съ рогами. Боли въ ногахъ все увеличиваются, параличъ также, такъ что больная не можетъ ходить.

10-го мая доза extr. thebaici увеличена до 0,15; сонъ лучше, но страшныя видѣнія остаются.

13-го мая. Потъ очень изобильный, капель очень трудный, больное отвлеченіе мокроты.

17-го мая. Не можетъ сдѣлать почти ни шага,— ноги подкашиваются; взять предметъ въ руки не можетъ вслѣдствіе очень сильнаго тряселія.—Около 20-го мая. Совершенно не можетъ ходить даже съ водержкой. Постоянно—болѣзненно не можетъ поднимать ноги на постели. Стулья материтъ почти постоянно—болѣе на лѣвой, чѣмъ на правой сторонѣ. Въ продолженіе іюля мѣсяца движенія въ томъ же состояніи. Больная постоянно бѣдуетъ и худѣетъ.—9-го отекъ бѣдныхъ мягкій на тылѣ стопы.—Въ августѣ костоянная одышка. Жалуется на сильныя боли въ верхней части груди. Ощущенія покалыванія и ползанія муравьевъ очень уменьшились, также какъ и гипералгезія. Движенія въ томъ же состояніи.—20-го августа изслѣдована электрическая возбудимость мышцъ нижнихъ конечностей. Оказалось, что мышцы бедеръ сокращаются хорошо при средней силѣ тока. Чтобы вызвать едва замѣтное сокращеніе мышцъ голени, нужно почти надвинуть одну спираль на

другую. На правой ногѣ недѣля вызвать сокращенія, но можетъ - быть это зависѣть отъ отека, очень значительнаго на этой ногѣ. Больная, очень легко возбуждающаяся подъ вліяніемъ уколовъ, не относится такъ же къ электрическому раздраженію. Въ послѣднихъ числахъ августа отекъ лѣвой ноги значительно увеличился и можно прощупать что-то въ родѣ жгута надъ бедренной веной. Исхуданіе идетъ очень быстро. Гектическая лихорадка, обильные поты. Повоски съ половины августа.—9-го сентября скончалась вечеромъ въ 6 часовъ. Вскрытіе было произведено утромъ 11-го числа, когда уже были признаки разложенія. Плотныя приращенія въ верхушкахъ обоихъ легкихъ. Въ лѣвомъ легкомъ въ верхней долѣ значительныя каверны, наполненныя жидкостью; водянки же каверни менѣе обширны въ правомъ легкомъ. Въ обоихъ легкихъ разсѣянные фокусы туберкулезной пневмоніи, и туберкулы расположены вдоль сосудовъ. Сердце—нормальнаго объема, обложено жиромъ. Существо его дрябло, мускулъ блѣдно. Полости сердца содержатъ небольшое количество полужидкой крови. Клапаны здоровы. Аорта, также желудокъ—нормальнаго объема. Слизистая оболочка близъ выхода сѣрополъ

болезной чувствительности. Походка улучшилась. Въ 1863 году анестезія исчезла, но гиперестезія въ возвоночникѣ еще оставалась до 1864 года, когда больной вышелъ изъ больницы.

34. Больной, лакей, 36 лѣтъ, каждый день выпивалъ большое количество водки, больше полштофа, и страдалъ разстройствомъ желудочно-кишечнаго канала, рвотами, діарреями и т. д. Въ 1859 году явились стрѣлянія боли въ конечностяхъ по сосѣдству съ сочленѣніями и въ мускулахъ. Въ 1860 г. больной временами страдалъ діарреей, и подъ вліяніемъ этого общее состояніе его разстроилось; онъ замѣтилъ значительный упадокъ памяти, частыя головокруженія, особенно при восхожденіи на лѣстницы. Въ октябрѣ 60 г. онъ простудился и вездѣ за этимъ явилась какая-то принудкость шея, которая скоро прошла; носкѣ этой болѣзни онъ стали чувствовать боль въ спинѣ, потомъ волненіе мушекъ въ водоворотахъ, вездѣ за этимъ въ голеняхъ и бедрахъ. Въ декабрѣ явилась желтуха. Больной поступилъ 10-го декабря 60 г. съ такими явленіями:

Сознаніе ясно; память нѣсколько ослаблена; желтушное окрашиваніе кожи и слизистыхъ оболочекъ. Рѣзкая гиперестезія въ конечностяхъ и туловищѣ (но не въ лицѣ). Больной не можетъ выносить прикосновенія одѣяла вслѣдствіе сильнѣйшей гипералгезіи. При дотрогиваніи до больнаго у него дѣлаются общія судороги, напоминающія судороги при отравленіи стрихниномъ. При давленіи на грудную отдѣлъ позвоночника чрезвычайно сильная болѣзненность. Моментально стрѣлянія и ряшіи боли въ конечностяхъ. Больной не можетъ взять ничего руками, легкіи и ряшіи боли въ конечностяхъ. Больной не можетъ взять ничего руками, потому что всякое произвольное сокращеніе мышцъ вызываетъ рѣзкую боль. Анестезіи и анеплезіи нѣтъ. Судороги и контрактуръ нѣтъ. Лихорадочнаго состоянія нѣтъ. Назначено extr. opii.—12-го декабря. Гипералгезія нѣсколько меньше. Съ 12 на 13-е спалъ и могъ выносить одѣяло. Съ того времени гипералгезія кожи и позвоночника уменьшалась и исчезла къ январю 1861 года кажется съ желтухой. Оставались небольшія боли въ кончикахъ пальцевъ и то не постоянно, а по временамъ.

35. Больной 47 лѣтъ, поступилъ 24-го іюля 1864 г. Съ давнихъ поръ злоупотреблялъ спиртными напитками. Въ послѣднее время умственныя способности ослабѣли: больной по временамъ не находилъ словъ для выраженія мыслей. Сонъ тревоженъ. Головныя боли, галлюцинаціи зрѣнія. Во время поступленія главныя жалобы были на боли въ ногахъ, невозможность держаться и на боли въ конечностяхъ. Боль особенно сильна въ основномъ членѣ лѣвой руки. Давленіе на эту руку вызываетъ стонъ. Онѣмѣніе въ этой рукѣ. На этой рукѣ кромѣ того поражеміе кожи, сначала коротко описанное, какъ великолѣпное, потомъ какъ сказочное. Боль въ позвоночникѣ, въ поясничной и крестцовой области.

Къ декабрю 1864 г. состояніе больнаго при увеличеніи zinci oxydati нѣсколько улучшилось. Оставалась слабость въ ногахъ, съ которою онъ и выписался.

36. Кромѣ этого Лансеро въ „Dict. encycl.“ (article „Alcoolisme“) упоминаетъ, что Лёде сообщаетъ, что онъ констатировалъ гипертрофію невриломы въ локтевомъ нервѣ у одного индивидуума, который имѣлъ параличъ этого нерва вслѣдствіе злоупотребленія спиртными напитками.

Случай Déjerine, сообщенный въ № 124 „Gazette des hôpitaux“. 1884.

37. Мужчина 50 лѣтъ, на видъ кажущійся старше своего возраста; нѣтъ никакой кахексіи. Сифилиса не было. Пользовался порядочнымъ здоровьемъ до тѣхъ поръ,

пока не сталъ пить водку вслѣдствіе домашнихъ непріятностей. Пилъ онъ, повидимому, не очень много, но при этомъ ѣлъ мало пищи; мало - помалу у него стало развиваться трясеніе въ верхнихъ конечностяхъ. Чтобы возстановить силы, онъ сталъ пить еще больше; тогда стали онъ замѣчать тяжесть въ ногахъ и общее состояніе его ухудшилось. Въ ногахъ стали являться волненіе мушекъ, острыя, рвущія боли, похожія на тѣ, которыя бываютъ при tabes dorsalis. Поти очень походили, силы увяли. Развилась своеобразная параплегія (paraplegie digitigrade), именно тотъ сортъ параплегій, который имѣетъ наклонность къ экзимму вслѣдствіе паралича экстензоровъ.

Когда больной поступилъ въ больницу, онъ уже не могъ ходить. Мускулы нижнихъ конечностей, особенно экстензоры, рѣзко похудали, частью совершенно атрофировавшись, потерли фарадическую электросократительность. Параличвоми были болѣе всего периферическія части конечностей, т. е. мускулы голеней были поражены болѣе, чѣмъ мускулы бедра, а мускулы бедра болѣе, чѣмъ ягодичные. Чувствительность была рѣзко разстроена. Были мѣста съ гиперестезіей и съ анестезіей. Было замѣтное замедленіе проведенія болезнихъ ощущеній въ нѣкоторыхъ нѣстахъ. Чувство прикосновенія вообще было очень понижено. Чувство температуры казалось сохраненнымъ. Былъ отмѣченъ волосной плѣтчатки въ подмышкахъ. Сфинктеры не поражены. Со стороны головного мозга ослабленіе памяти, затрудненіе рѣчи и проч.

При лѣченіи (гидротерапія, фарадизація) больной сталъ понемному ходить; улучшеніе продолжается.

Наблюденія Шарко.

38—39. Въ лекціи, читанной въ Салпетріерѣ и рефирированной въ „Progrès Medical“ (1844, р. 475), Ferè и въ „Gazette des hôpitaux“—Gilles de Tourette (№ 99-й 1884), профессоръ Шарко представилъ двухъ женщинъ, у которыхъ были признаки алкогольнаго паралича въ различной степени. Объ представленіи признаки паралича экстензоровъ въ 4-хъ конечностяхъ. Концы стопъ не могли быть приподняты; стопи были въ положеніи equin. direct., а у одной больной невозможно было и пассивное приподніе стопи, что, по мнѣнію Шарко, зависѣло не отъ контрактуры сгибателей (потому что алкогольный параличъ есть paralysie flasque), а отъ измѣненій въ суставахъ вслѣдствіе продолжительности болѣзни. У обѣихъ больныхъ былъ отекъ ногъ и красноватостиній цвѣтъ кожи ступней, что зависѣло отъ паралича вазоморовъ. Кромѣ этого были и другіе признаки свойственные алкогольнымъ параличамъ — потеря сухожильныхъ рефлексовъ, боли и другое. Между прочимъ, психическое состояніе больныхъ было тоже ненормально: память была замѣтно ослаблена, и это выражалось въ крайней противорѣчивости отвѣтовъ больныхъ: сегодня онѣ скажутъ,—говоритъ Шарко,—что у нихъ есть стрѣлянія боли, завтра же, что у нихъ нѣтъ. Одна сказала сегодня, что она видѣла во снѣ змѣй, а черезъ часъ сказала другое.

Наблюденіе Шарко, приведенное Brissaud: „Des paralysies toxiques“, p. 103.

40. „Я былъ приглашенъ А-ромъ Х., къ 26 лѣтней американкѣ. Эта особа, повидимому весьма приличная, была рѣшительно не въ состояніи сообщить что-нибудь о себѣ вслѣдствіе рѣзко выраженной амнезіи, которая существуетъ около двухъ мѣсяцевъ. Больная помнитъ то, что было въ ея отечествѣ, которое она оставила за пять мѣсяцевъ передъ этимъ, но не помнитъ своей кварт-

тиры въ Ниццѣ, въ которой она жила четыре дня назадъ, не помнитъ имени врача, который лѣчилъ ее болѣе мѣсяца. Свѣдѣнія, которыя были мнѣ сообщены относительно больной, таковы: за 5 или за 6 недѣль до этого времени у больной началась рвота; въ то же время замѣтили у нея постепенно увеличивавшуюся слабость памяти и силы въ ногахъ. Черезъ нѣсколько дней она уже не могла стоять. Мало-помалу параличъ и онѣмѣніе развились и въ рукахъ. По ночамъ больная была безпокойна, бредила о своей жизни въ Америкѣ. Галлюцинацій и иллюзій не было. Съ того же времени существуетъ довольно значительный нарезъ мочеваго пузыря, вслѣдствіе чего катетеръ вводится два раза въ день. Моча мутна и съ запахомъ разложенія. Больная лежитъ въ постели и не можетъ стать на ноги. Въ верхнихъ конечностяхъ довольно значительный нарезъ разгибателей, въ нижнихъ—полный параличъ. Больная едва можетъ поднимать ногу надъ уровнемъ постели. Атрофіи мышцъ нѣтъ, также какъ и отековъ. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. Парализованные мускулы и ихъ сухожилія болѣзненны при давленіи. Больная вскрикиваетъ при сдавленіи ступеней. На самостоятельныя боли не жалуется. Съ закрытыми глазами положенія нижнихъ конечностей не можетъ опредѣлить".

На основаніи представлявшихся симптомовъ Шарко діагносцировалъ алкогольный параличъ, что̀ и подтвердилось свѣдѣніями, которыя были потомъ ему сообщены.

Наблюденіе Blanc.

(Приведено у Oettinger, l. c. p. 83.)

41. Больная Д. 44 лѣтъ, уличная торговка, поступила въ больницу 20 окт. 1884 года. Имѣла выкидышъ 12 лѣтъ назадъ. Больная, издавна выпивавшая помногу (коньяку и вина), представляетъ всѣ признаки алкоголизма. Давно уже она отхаркиваетъ по утрамъ мокроту, страдаетъ кошмарами. Года два назадъ у нея былъ преходящій нарезъ нижнихъ конечностей; онъ повторился опять черезъ годъ и тоже исчезъ. Съ мѣсяцъ назадъ она стала чувствовать рѣзкія боли и ползаніе мурашекъ въ ногахъ, которыя въ то же время значительно ослабѣли. Это заставило ее поступить въ больницу.

Status praesens. Лицо красное, одутловатое, на щекахъ замѣтны расширенныя вены; глаза блестятъ. Больная легко волнуется при разговорѣ; при этомъ губы замѣтно трясутся. Съ первой же ночи въ больницѣ больная страдаетъ безсонницей, безпокоится, безпокоитъ другихъ больныхъ.—Параличъ, начавшійся мѣсяцъ назадъ, теперь почти полный. Обѣ нижнія конечности поражены почти одинаково (лѣвая нога немного больше поражена). Всѣ мускулы вялы, не напряжены, но ступня вытянута относительно голени; пальцы согнуты къ подошвѣ. Стоять на ногахъ больная не можетъ, но въ постели она съ трудомъ можетъ ворочать ногами. Параличъ въ верхнихъ конечностяхъ начался черезъ нѣсколько дней послѣ паралича въ нижнихъ. Теперь онъ почти полный, но больше всего поражены мышцы кисти и предплечья,—онѣ совершенно не дѣйствуютъ; лѣвая сторона и здѣсь немного болѣе поражена, чѣмъ правая. Если вначалѣ и была гиперестезія, то теперь существуетъ довольно ясно выраженная анестезія въ нижнихъ конечностяхъ, доходящая вверхъ до колѣнъ; аналгезія неполная. Замедленіе въ воспринятіи ощущеній: щипокъ стопы или икры чувствуется только черезъ 5 или 6 секундъ. Кромѣ этого больная жалуется на разныя субъективныя разстройства чувствительности, каковы: покалыванія, ползаніе мурашекъ,—на какія-то странныя ощущенія въ икрахъ, особенно по ночамъ. Щекотанія подошвы больная почти не чувствуетъ. Чувство температуры сохранено. Въ ручной кисти и предплечьи тоже замѣтно ослабленіе чувствительности къ прикосновенію. Отсутствіе пателлярныхъ рефлексовъ съ обѣихъ сторонъ; но если довольно сильно ущипнуть кожу бедра на передней его поверхности, то замѣтна рѣзкая абдукція бедра. Это явленіе чисто рефлекторное, потому что боль ощущается больною уже послѣ движенія; кромѣ того больная произвольно не можетъ произвести этого движенія. Мышцы шеи, груди, живота, дѣйствуютъ хорошо. Сфинкторы не поражены. Обильное выдѣленіе пота на подошвахъ. Краснота покрововъ не замѣтна. Ничего особеннаго въ различныхъ органахъ. Интеллигенція сохранена. Сердце нормально. Абсолютная потеря аппетита. Въ мочѣ ничего особеннаго, ни бѣлка, ни сахара.

Лѣченіе: Электризація постояннымъ и индуктивнымъ токомъ. Tinct. nuc vomic., exstract. opii.—1-го ноября. Движенія почти совершенно невозможны. Нѣсколько дней какъ явился отекъ лѣвой голени.—4-го ноября. Больная не можетъ сама поворачиваться въ постели. Сегодня утромъ замѣтно, что уколы, сдѣланные на подошвѣ, больная почувствовала только черезъ нѣсколько минутъ. Почувствовавъ ихъ, больная продолжала страдать отъ нихъ во всю ночь.—12-го ноября. Отекъ лѣвой голени увеличивается; въ теченіе 8 дней два или три раза было недержаніе мочи.—20-го ноября. Почти полный параличъ, за исключеніемъ правой руки, которая электризуется аккуратно каждый день и повидимому сохраняетъ свою силу. На лѣвой сторонѣ ягодицы развивается пролежень.—5-го декабря. Нѣсколько дней, какъ поносъ; пролежень увеличивается. Интеллектъ не пораженъ. Общая слабость.

20-го декабря скончалась. Больная въ послѣдніе дни постепенно слабѣла вслѣдствіе діарреи, ничего не ѣла, но сохранила сознаніе почти до послѣдней минуты.

Вскрытіе 21-го декабря, черезъ 33 часа послѣ смерти. Трупъ съ развитымъ подкожножирнымъ слоемъ. Отекъ нижнихъ конечностей. Пролежень въ крестцовой области. Отсутствіе трупной окоченѣлости. Въ легкихъ ничего особеннаго. Сердце обложено жиромъ. Мускулы желтоваты, ожирѣли; пораженія клапановъ нѣтъ; аорта не поражена. Печень жирная, увеличена въ объемѣ, желтоватаго цвѣта, въ разрѣзѣ блестяща. Почки окружены жирною клѣтчаткой въ большомъ количествѣ, замѣтно жирны. Въ желудкѣ обильныя развѣтвленія сосудовъ. Кишки нормальны. Въ послѣднемъ отдѣлѣ толстыхъ кишекъ замѣтны изъязвленія съ неправильными краями; въ слизистой оболочкѣ никакихъ слѣдовъ туберкулезныхъ грануляцій. Нервная система: Головной мозгъ. Черепъ нормаленъ. Кости можетъ-быть нѣсколько болѣе хрупки, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Ничего особеннаго со стороны оболочекъ. Существо головнаго мозга бѣловато, довольно плотно. Многочисленные разрѣзы въ различныхъ частяхъ головнаго мозга указываютъ на отсутствіе пораженій въ полушаріяхъ, можжечкѣ, Вароліевомъ мосту и продолговатомъ мозгу. Оболочки спиннаго мозга здоровы, не утолщены; сращеній нѣтъ. Спинной мозгъ не представляетъ никакихъ особенностей. Нормальный видъ бѣлаго и сѣраго вещества. Кожные нервы вырѣзаны изъ разныхъ мѣстъ, особенно изъ голеней и предплечій; многіе вырѣзаны до окончанія ихъ въ кожѣ (въ частности n. cutan. brachii internus, musculo cutaneus). Макроскопически они представляются менѣе перламутроваго оттѣнка, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, нѣсколько сѣроваты. Нѣкорые нервные стволы, какъ nn. tibial., были изслѣдованы на обѣихъ сторонахъ. Гистологическое изслѣдованіе (произведено Oettinger'омъ). Методъ: помѣщеніе въ рас-

творъ осміевой кислоты (1:200 на 2 часа), послѣдовательное промываніе водою; 24-часовое помѣщеніе въ микрокармингъ; диссоціація и изслѣдованіе въ глицеринѣ. Послѣ окраски нервныя волокна представляются розовыми, кѣмъ это только чтобъ остаются черными отъ влиянія осміевой кислоты. Подъ микроскопомъ измѣненія очень значительны. Въ кожныхъ нервахъ на 25—30 волоконъ въ препаратѣ приходится только одно здоровое; мізинецъ почти совсѣмъ исчезъ и замѣтенъ только въ видѣ разбросанныхъ маленькихъ канделекъ чернаго цвѣта, различной величины. Отъ нервнаго волокна остылась только его пустая оболочка: эти оболочки, собранныя рядомъ, трудно отдѣляются другъ отъ друга; онѣ соединены, какъ волокна соединительной ткани, и въ видѣ замѣтныхъ нихъ ядра, рѣзко окрашенныя въ розовый цвѣтъ, тогда какъ самая оболочка желтовата. На многочисленныхъ препаратахъ измѣненія были вездѣ рѣзко выражены. Нервные стволы n. tibial. представляли тоже рѣзкія измѣненія. Въ многочисленныхъ препаратахъ изъ разныхъ частей нерва найдены одни и тѣ же пораженія, хотя они менѣе развиты, чѣмъ въ кожныхъ нервахъ. Мізинецъ въ канальцахъ въ довольно большомъ количествѣ; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ препарата видны совсѣмъ пустыя оболочки нервнаго волокна; иногда въ нихъ содержался остаки мізинца. Мізинецъ не имѣетъ своего черного вида, а содержитъ сѣрозатыя капельки. Ядро въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, увеличено, помѣщается между двумя массами мізинца и выпоняетъ оболочку; въ другихъ мѣстахъ оно удлинено, не имѣетъ никакого отношенія къ исчезнувшему мізинцу. — Нигдѣ не найденъ осевой цилиндръ; явленій, описанныхъ Gombault подъ именемъ neurite segmentaire periaxile, не найдено нигдѣ. Въ препаратѣ, содержащемъ до 50 нервныхъ волоконъ, почти 1/4 состоитъ изъ однѣхъ оболочекъ; другіе представляютъ значительныя измѣненія отъ норм. Одинъ или два волокна нормальны. Словомъ, явленія такія, которыя наблюдаются въ перерѣзанномъ нервѣ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ и недѣль (варенхиматозный невритъ); нигдѣ не было замѣтныхъ измѣненій въ мезволокнистой соединительной ткани. Нервные корешки между узлами и спинными мозгомъ были взяты въ большомъ количествѣ изъ поясничной и крестцовой области; какъ передніе, такъ и задніе представляли совершенно нормальную картину. Корешки изъ спиннаго и шейнаго отдѣла тоже не представляли ничего ненормальнаго; впрочемъ, въ нѣкоторыхъ препаратахъ случайно находилось волокна (1 на 50 — 60 разрѣзовъ), въ которыхъ была замѣтна сегментація мізинца, увеличеніе ядра или разбухшіе мізинновой оболочки. Другіе корешки, обработанные kali bichrom., содержали весьма здоровый осевой цилиндръ. Спинные узлы не были изъѣдоваи. Спинной мозгъ послѣ 24-часоваго пребыванія въ алкоголѣ помѣщенъ на нѣсколько недѣль въ 3% растворъ kali bichrom., содержали 1% раствора sulfuric; затѣмъ прокоенъ kali bichrom. быть увеличенъ постепенно до 5%. Разрѣзы отъ руки, окрашеніе карминомъ или Вейгертовскимъ способомъ, просвѣтлялись и помѣщались въ канадскій бальзамъ. Многочисленные разрѣзы, произведенные въ разныхъ мѣстахъ, часто въ самомъ близкомъ разстояніи одинъ отъ другаго, доказывали только полную цѣлость спиннаго мозга и его оболочекъ. Клѣтки были нормальны и многія были замѣтательны по всѣмъ своимъ отросткомъ. Только въ нѣкоторыхъ разрѣзахъ изъ поясничной области, между 30—40 клѣтками передняхъ роговъ, замѣтны были 2—3 клѣтки, которыя, несмотря на свой вообще нормальный видъ, содержали одну или двѣ вакуоли внутри протоплазмы. Мускулы бѣдры, ломки, очень атрофированы. Диссоціированныя послѣ окраски въ микрокармингъ, а нѣкоторыя послѣ взятія осміевой кислоты, мускульныя волокна представляются уменьшеними въ объемѣ; поперечная полосатость не такъ рѣзко выражена; нѣкоторыя волокна представляютъ явленія жирового перерожденія; ядра въ нѣкоторыхъ волокнахъ увеличены. Преобладающее измѣненіе — атрофія и отсутствіе поперечной полосатости въ волокнахъ.

Наблюденія Oettinger'a.

(„Etude sur les paralysies alcooliques" 1885.)

42. Алкогольное отравленіе. Параличъ верхнихъ и нижнихъ конечностей. Гипералгезія. Уничтоженіе сухожильныхъ рефлексовъ. Трофическія разстройства. Ухудшеніе въ движеніяхъ верхними конечностями.

Больная S..., 37 лѣтъ, поступила 22-го января 1884 года въ больницу въ отдѣленіе Лансеро.

Анамнезъ. Отецъ больной скончался бурчи 51 года; употреблялъ спиртные напитки въ довольно большомъ количествѣ. Мать умерла въ періодъ прекращенія регуль. Въ 1865 году больная въ качествѣ наставницы ѣздила съ однимъ семействомъ въ Америку; возвратившись черезъ 3 мѣсяца, жила въ Страсбургѣ до 1870 года, а потомъ жила въ Парижѣ въ томъ же семействѣ, давая уроки нѣмецкаго языка. Въ 1873 году вышла замужъ, но продолжала попрежнему давать уроки. Со времени замужества, т-е. около 10 лѣтъ, больная страдаетъ утренними рвотами, отхаркиваетъ много мокроты по утрамъ; сонъ ея сдѣлался безпокоенъ, съ тяжелыми сновидѣніями (кошмарами); отмѣчаетъ также ей, что какое-то животное вскакиваетъ къ ней на постель и кусаетъ ея ноги. Она увѣряетъ, что пьетъ спиртные напитки только два года, но мужъ ея разсказываетъ, что уже съ перваго времени послѣ женитьбы, т.-е. около 10 лѣтъ, онъ замѣтилъ, что она страдаетъ этимъ недостаткомъ и часто видѣлъ ее въ значительной степени опьянѣнія. Сама больная говоритъ, что она пила „vulneraire" и иногда „bitter" и „cuiraçao". Около двухъ лѣтъ назадъ она стала чувствовать боли въ нижнихъ конечностяхъ, въ послѣднее время очень усилившіяся. Эти боли сопровождаются покалываніями, востръ̀іваніями, болѣзненными судорогами, особенно въ икрахъ. Въ теченіе октября 1883 года больная стала чувствовать особенную слабость въ нижнихъ конечностяхъ, которая постепенно увеличивалась, такъ что наконецъ больная перестала ходить.

Status praesens.—Больная лежитъ на спинѣ; не можетъ ни вставать, ни сидѣть въ постели. Если, поддержавъ подъ руки, ее поставить на ноги, она упадетъ, что не опущаетъ почти, что ей кажется, что ноги подошвами положена водушка. На постели больная съ большимъ трудомъ поднимаетъ ноги надъ уровнемъ постели. Отведеніе и приведеніе бедръ совершаются съ нѣсколько большею силой. Стопы витянуты относительно голени; внутренній край ихъ немного приподнятъ, такъ что подошва немного повернута кнутри. Пальцы ногъ притянуты къ подошвѣ. Двѣ послѣднія фаланги согнуты: нервная фаланга немного разогнута. Большой палецъ совершенно неподвиженъ, опускается къ подошвѣ ниже, чѣмъ другіе всѣ пальцы, но не согнутъ, а витянутъ. Обѣ ноги въ одинаковомъ состояніи. Произвольныя движенія въ стопѣ совершенно отсутствуютъ; пассивно стопа можетъ быть только слегка приподнята къ голени; существуетъ особенная ригидность въ голеностопномъ сочлененіи, вслѣдствіе сращеній въ суставѣ, потому что контрактуры нерожденныхъ мышцъ не замѣтны.

Всѣ мускулы голени значительно атрофированы. Разгибатель бедра (triceps) также сильно атрофированъ, значительно больше, чѣмъ мускулы задней поверхности бедра; однако активное разгибаніе голени немного совершается. Со стороны верхнихъ конечностей значительно уменьшена сила разгибанія кистей. Сгибаніе кисти тоже неполное, особенно въ лѣвой верхней конечности. Сжать руку въ кулакъ больной трудно. Сгибаніе пальцевъ, особенно указательнаго пальца, неполное. Всѣдствіе этого движенія руками очень затруднены. Работать больная не можетъ, съ трудомъ ѣстъ безъ чужой помощи. Въ предплечьяхъ и плечахъ парализныхъ явленій не замѣчено. Трясенія нѣтъ; они появляется только тогда, когда больная долго держитъ руки вытянутыми.

Чувствительность. Кромѣ субъективныхъ разстройствъ, какови: ланцинирующія боли, ползаніе мурашекъ,—можно отмѣтить слѣдующія особенности: чувство прикосновенія уменьшено въ нижнихъ конечностяхъ, особенно въ голеняхъ, гдѣ наряи. такія разнородныя ощущенія, какъ отъ прикосновенія головкой булавки и концомъ пальца, кажутся почти одинаковыми. То же самое въ предплечьяхъ. Особенно это ослабленіе чувства прикосновенія замѣтно на наружной поверхности голеней, на внутренней поверхности бедеръ и на задней поверхности предплечій. На ряду съ этимъ замѣтна чрезвычайная гипералгезія верхнихъ и нижнихъ конечностей, особенно на голеняхъ; небольшое прикосновеніе вызываетъ сильныя боли и распространеніе рефлекси. Болѣзненность при давленіи въ позвоночникѣ въ крестцовой и поясничной части.

Чувство температуры сохранено, можетъ-быть немного повышено; пателлярные рефлексы уничтожены. Чувство положенія конечностей сохранено. Со стороны органовъ чувствъ никакихъ измѣненій. Зрѣніе, слухъ, обоняніе нормальны. Отека не замѣтно, но около пальцевъ ногъ замѣтно значительное утолщеніе эпидермиса, отслаивающагося пластинками. Потѣя удивительно, затѣмъ: на нихъ появеряются бородавки. Со стороны висцеральныхъ органовъ ничего особеннаго. Аппетитъ сохранетъ. Сфинктеры не поражены. На фарадической особенно. Аппетитъ сохранетъ. Сфинктеры не поражены. На фарадической токъ m. extens. hallue. propr. и extens. digit comm. не реагируютъ вовсе. M. tibialis antic. сокращается при умѣренномъ токѣ. Мускулы икроножные не сокращаются при самомъ сильномъ токѣ. Mm. peronei сокращаются только при сильныхъ токахъ. M. extensor. cruris не сокращается. Въ верхнихъ конечностяхъ удлоненія отъ норми мнѣе выражены; только разгибатели и сгибатели пальцевъ сокращаются слабѣе другихъ мускуловъ.

Состояніе гальванической сократительности (въ январѣ 1885 г.).

Отрицательный полюсъ (К) при 18 элементахъ и 11 milliampr'ахъ вызываетъ сокращеніе при замыканіи въ tib. antic., при отмыканіи же не вызываетъ. Extens. hallue. propr. сокращается при замыканіи тока 34 элементовъ и 40 milliampr'ахъ. То же самое для extens. dig. commun. Положительный полюсъ при токѣ отъ 28 элементовъ—18 milliampr'ахъ даетъ сокращеніе при замыканіи въ extens. digit. commun. и extens. hallue. propr.; легкое сокращеніе въ нихъ же при отмыканіи. Сидлотательно замыканіе катода въ этихъ мускулахъ вызываетъ меньшую реакцію, чѣмъ замыканіе анода. То же самое и въ мускулахъ икроножныхъ. Исслѣдованіе это, очень затруднительное всѣдствіе крайней болѣзненности отъ употребленія гальваническаго тока. Въ верхнихъ конечностяхъ сокращеніе вызывается замыканіемъ катода при 8—10 milliampr'ахъ тока.

Діагностика. Параличъ алкогольнаго происхожденія. Разстройство чувствительности, разстройства трофическія.

Лѣченіе. Микстура съ extr. thebaici 0,15.

24-го января. Сна не было, но сновидѣнія не такъ страшны.—25 января. Судороги и ползаніе мурашекъ въ ногахъ.—28 января. Микстура съ 0,18 extr. thebaici. Сновидѣнія и ночная боли значительно меньше. Общее состояніе очень хорошо.—4 февраля. Extract. thebaici остается.—10 февраля. Начато лѣченіе электричествомъ. Боли, гипералгезія меньше; давленіе на нижніе отдѣлы позвоночника не болѣзненно.—10 марта. Сила въ верхнихъ конечностяхъ возстановилась; движенія болѣе ловки.—22 марта. Движенія въ голени немного болѣе выражены, чѣмъ при поступленіи; гипералгезія меньше; общее состояніе очень хорошо. Конщаровъ нѣтъ.—14 мая. Улучшеніе продолжается; движенія лучше. Позвились рѣзкія боли послѣ постояннаго прекращенія.

Status praesens (февраль 1885 года). — Улучшеніе рѣзко выражено въ верхнихъ конечностяхъ; онѣ получили почти свою нормальную силу. Со стороны нижнихъ конечностей улученіе выразилось болѣе всего въ правой голени; больная можетъ производить сгибаніе стопы, что прежде не могла; большіе пальцы тоже вѣсколько двигаются. Въ лѣвой ногѣ улученіе менѣе выражено и произвольныхъ движеній въ стопѣ еще нѣтъ. Движенія голенями во обѣихъ сторонахъ возможны, но не обширны; ходить больная не можетъ. Боли значительно меньше; онѣ выражаются въ неизлинныхъ и въ значительномъ числѣ въ икрахъ. Гипералгезія менѣе выражена, чѣмъ съ самаго начала; подошвенная гипералгезія еще остается. Чувство прикосновенія и температуры нормально. Послѣдованіе гальваническимъ токомъ было приведено выше. Фарадическій очень сильный токъ вызываетъ едва замѣтныя фибриллярныя сокращенія въ rect. femor. съ другой стороны. Въ правой голени отъ тока средней силы сокращается энергично tibialis anticus; не сокращается extr. min. extens. hallucis propr. и extens. digit. commun. Въ лѣвой голени икроножныя мышцы тоже не сокращаются. Mm. peronei на обѣихъ сторонахъ сокращаются одинаково при токахъ средней силы. Въ верхнихъ конечностяхъ сокращенія нормальны.

Наблюденіе 2-е (сокращено).

43. Больная S... 51 года, вдова, поступила 5-го октября 1882 года въ отдѣленіе Лансеро, который и поставилъ діагностику алкогольнаго паралича, хотя больная утверяла, что она не пьетъ. Она сообщила только, что съ 30—40 лѣтъ она стала плохо спать, имѣла кошмары, видѣла звѣрей и т. п. Первые признаки паралича появились у нея съ 1880 года, послѣ смерти мужа. Параличъ развился довольно быстро, главнымъ образомъ—въ ногахъ, но также и въ рукахъ. Были сильныя боли въ ногахъ, повазывающія, но временамъ рвоти. Въ такомъ состояніи она была въ больницѣ, гдѣ, впрочемъ, обстоятельство имѣло-ванія не было произведено до 1884 года, когда состояніе больной стало уже лучше. Въ 1884 году больная представляла слѣдующее: она ѣстъ сама, быстро покрывается потомъ. Больная можетъ передвигаться, если ее поддерживать подъ руки (при поступленіи она совсѣмъ не могла ходить). При ходьбѣ стопа остается вытянутою, и больная наступаетъ только на переднюю часть подошвы, такъ что пятка подымта на 5—6 сантиметровъ надъ почвой. Когда больная лежитъ, движенія въ мускулахъ стопы, голени и разгибателей голени слабы. Голень постоянно вытянута и не можетъ быть согнута насильно; при попыткахъ согнуть ее является сильная боль. Однако отсутствіе конвульсіи икроножныхъ мышцъ заставляетъ предполагать, что здѣсь существуетъ сраще-

вія въ суставѣ. Подкожная клѣтчатка и кожа голеней и бедеръ очень утолщены и сквозь нихъ трудно ощупать мышцы. M. quadriceps femoris дряблъ, уменьшенъ въ объемѣ. Контрактуры нѣтъ. Руки почти здоровы. Боли уменьшились сравнительно съ началомъ болѣзни, но иногда онѣ обостряются, наприм. послѣ электрическаго изслѣдованія. Чувство прикосновенія вездѣ сохранено, но почву подъ подошвами больная ощущаетъ неясно. Болевая чувствительность рѣзко измѣнена. Гипералгезія рѣзко выражена на передней поверхности голени съ обѣихъ сторонъ; она велика также и въ другихъ областяхъ рукъ и ногъ. Щекотаніе подошвъ вызываетъ рѣзкія боли, красноту и потъ въ лицѣ. Замѣтное замедленіе въ ощущеніи боли. Чувство температуры тоже измѣнено. Прикосновеніе деревяннаго предмета комнатной температуры вызываетъ ощущеніе рѣзкаго холода. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ, но при постукиваніи молоткомъ по сухожилію patellae являются иногда прерывистыя движенія въ голени вслѣдствіе кожной гиперестезіи. Уколы и щипки кожи вызываютъ появленіе рѣзкой красноты, которая держится нѣсколько часовъ. На тылѣ стопы очень часто является потъ послѣ душевныхъ волненій.

Больная чувствуетъ часто точно ожоги подъ кожей, особенно ночью. Иногда бываютъ непроизвольныя сокращенія мускуловъ, особенно послѣ волненій. Электрическое изслѣдованіе крайне затруднительно вслѣдствіе гипералгезіи. Однако можно было опредѣлить, что въ мышцахъ передней поверхности голени и въ разгибателѣ голени фаредическій токъ не вызываетъ сокращенія; въ икроножныхъ—небольшія фибриллярныя сокращенія. Въ мускулахъ бедра KSZ > ASZ, а въ мышцахъ голени KSZ, какъ кажется, = ASZ. Въ теченіе 1884 года больная оставалась почти въ одномъ и томъ же положеніи, представляя по временамъ колебанія.

Наблюденіе 2-е *) (сокращено).

44. Больной 49 лѣтъ поступилъ въ отдѣленіе Лансеро 8-го мая 1884 г. по поводу явленій, которыми онъ страдалъ съ 1880 года и которыя остаются до сего времени. Теченіе болѣзни въ 1880 году было такое: изъ анамнеза было извѣстно, что больной (между прочимъ однорукій, вслѣдствіе обжога въ дѣтствѣ) пилъ ежедневно 5—7 стакановъ абсента и vermouth'а и около литра вина; давно уже страдалъ тошнотой по утрамъ. Въ 1880 году, за мѣсяцъ до поступленія въ больницу, получилъ насморкъ и кашель съ лихорадкой. Въ то же время онъ вдругъ пересталъ пить обычное количество спиртныхъ напитковъ. Вскорѣ послѣ этого онъ замѣтилъ, что ноги его ослабѣли и не слушались его, какъ прежде. Съ того дня онъ сталъ чувствовать рѣзкія боли въ икрахъ, особенно ночью, пострѣливанія, кусанья и т. п. Ноги все слабѣли, боли усиливались. Больной поступилъ въ больницу. Вначалѣ при поступленіи онъ могъ еще ходить, но походка его была рѣзко измѣнена; онъ могъ только ходить внимательно смотря на свои ноги, при передвиженіи напрягая всѣ мускулы ноги, перенося ее всею массою. Стопа тяжело опускается, но не отбрасывается. Какъ только онъ останавливался, колѣни его сгибались, и больной долженъ былъ искать поддержки, чтобы не упасть. Въ рукѣ (единственной) разстройство движеній выражалось въ нарушеніи способности производить мелкія движенія—писать и

*) Первая половина этого наблюденія описана въ диссертаціи Готье. *Gothier*: „Absinthisme chronique". Paris, 1882.

т. п. У больнаго были сильныя боли въ ногахъ и отчасти въ рукѣ; боли сравнивались съ покалываніями, обжиганіями, кусаніями животныхъ. Была рѣзкая гипералгезія въ конечностяхъ, особенно въ кожѣ подошвы. Чувство прикосновенія было рѣзко уменьшено въ стопахъ; чувство температуры нормально. По ночамъ кошмары, безпокойство. Больнаго стали лѣчить душами, но состояніе его все ухудшалось, такъ что къ концу іюня онъ потерялъ способность ходить и держаться на ногахъ; рука тоже значительно ослабѣла. Въ іюлѣ, повидимому, болѣзнь не усилилась больше, а въ августѣ нѣкоторыя явленія уже уменьшились. Въ это время было отмѣчено, что мускулы передней поверхности голени болѣе поражены, чѣмъ задней поверхности, что стопа находится въ положеніи pes equinus. Пальцы слегка согнуты. Электросократительность отъ индуктивнаго тока уничтожена въ мускулахъ голени и стопы съ обѣихъ сторонъ, а въ мускулахъ бедра уменьшена. Боли остаются; между прочимъ, замѣчено было, что въ то время, когда больной жаловался на ощущенія болѣзненнаго жара въ ногахъ, въ нихъ появлялась рѣзкая краснота. Сухожильные рефлексы съ patellae—усилены. Больной лѣчился фаредизаціей, и состояніе его постепенно улучшалось; электросократительность въ мышцахъ голени появилась, но неправильное положеніе пальцевъ все оставалось и, кажется, все больше и больше закрѣплялось; замѣчено, что развился анкилозъ большаго пальца ноги. Больной сталъ понемножку ходить въ апрѣлѣ. Гипералгезія уменьшилась, и явилась даже аналгезія въ ногахъ. Ползаніе мурашекъ и судороги ночью еще оставались. Въ маѣ 1884 года состояніе его было такое: Больной все еще не можетъ вполнѣ свободно стоять, потому что ноги наклонны сгибаться въ колѣняхъ. Ходитъ больной съ палкой. Въ рукѣ сила совершенно возстановилась. Въ лежачемъ положеніи стопы слегка вытянуты въ двухъ послѣднихъ фалангахъ; особенно измѣнено положеніе большаго пальца, который повернутъ къ подошвѣ. Движенія приведенія и отведенія стопы слабы, но возможны. Разгибаніе голени довольно сильно. Атрофіи въ мускулахъ не замѣтно. На фаредическій токъ m. tibialis anticus реагируетъ хорошо; extensor digit. communis и extensor hallucis не реагируютъ почти вовсе (на обѣихъ сторонахъ). Гальваническій токъ вызываетъ нормальное сокращеніе въ tibial. anticus, не вызываетъ сокращенія въ extensor hallucis longus, а въ m. extens. digit. communis ASZ > KSZ.

Когда больной ходитъ, то онъ съ силою ударяетъ пяткой, но не вслѣдствіе разстройства координаціи, а потому, что боли сильнѣе въ переднихъ частяхъ стопъ, и больной поэтому щадитъ ихъ. Боли въ мускулахъ, а также покалыванія, судороги остаются еще въ рѣзкой степени. Въ 1885 году состояніе больнаго почти такое же.

Наблюденія Ph. Rey.

(„Paraplegie d'origine alcoolique.—Annales medico-psychologiques". 1885. I.)

45. Больная 41 года поступила въ Ville Everard 5-го мая 1883 года. Отецъ ея умеръ отъ гипереміи легкихъ. Мать умерла послѣ долгой болѣзни: страдала болями въ ногахъ и ходила плохо. Тетка (сестра матери) была помѣшана. До 35—36 лѣтъ больная пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Вслѣдствіе разныхъ домашнихъ непріятностей она стала пить водку (приблизительно съ 1870 года). Каждое утро выпивала она простую водку и нѣсколько разъ въ день горькую. Первый приступъ алкогольнаго бреда, выражавшагося страхомъ и галлюцинаціями зрѣнія и слуха, былъ у нея послѣ смерти матери. Черезъ годъ

другой христусъ послѣдовалъ. Потомъ два года была здорова. Однако уже съ перваго христуса замѣтила ея нѣсколько ослабѣла и она жаловалась на головокруженіе и ослабленіе зрѣнія. Кромѣ того были показанія но всемъ тѣлѣ. Наконецъ въ апрѣлѣ 1883 года начался третій христусъ алкогольнаго бреда и больная помѣщена въ Ville Everard.

Во время помѣщенія въ заведеніе больная была очень возбуждена, кричала, особенно по ночамъ, видѣла около постели собакъ, которыя будто бы кусали ей ноги. Признавала однихъ незнакомыхъ лицъ за знакомыхъ, одному считала своей тетюй и т. п. Съ самаго поступленія она должна была лежать въ постели, такъ какъ не могла ни ходить, ни стоять на ногахъ. Въ ногахъ былъ значительный отекъ. Въ рукахъ было онѣмѣніе. Больная находилась въ постели до февраля 1884 года. Иногда она вставала не надолго, чтобы посидѣть въ креслѣ, но только съ февраля 1884 г. она могла уже ходить. Съ этого времени она стала быстро поправляться и нѣсколько времени спустя могла уже работать. Возбужденіе исчезло вмѣстѣ съ галлюцинаціями. Однако у ея остались кое-какія бредовыя идеи: такъ, ей иногда казалось, что ее преслѣдуютъ, ей дѣлалось странно.

Въ апрѣлѣ 1884 г. она уже совершенно хорошо сидѣла и владѣла ногами; не было замѣтно никакого разстройства координаціи движеній; она исполняла всѣ домашнія работы. Зрѣніе все еще не совсѣмъ хорошо. Зрачки равномѣрно расширены. Замѣтно тряссеніе въ языкѣ и рукахъ. Чувствительность кожи немного понизилась. Произношеніе правильно. Ретуз. изъ со ди заболѣваній. Умственныя способности немного слабѣе, особенно память. Въ концѣ концовъ признаки параплегіи совершенно исчезли.

Случай алкогольнаго паралича, записанный Dr Keller (изъ „Des Pseudotabes" par Leval-Piquechef 1885).

46. Х., 27 лѣтъ, не наслѣдственникъ. Съ 17-лѣтняго возраста склонность къ спиртнымъ напиткамъ и игрѣ. Женился 23 лѣтъ. Несмотря на это, продолжаетъ почти ежедневно быть пьянъ. Въ ноябрѣ 1883 г. ѣдетъ въ Америку, гдѣ пьетъ воду въ большомъ количествѣ. Черезъ нѣсколько недѣль замѣчаетъ, что онъ не такъ твердо на ногахъ, что онѣ по временамъ подгибаются. Одинъ разъ онъ упалъ на улицѣ и домой уже былъ привезенъ. На другой день онъ не могъ держаться на ногахъ. Онъ пріѣзжаетъ въ Францію съ явленіями алкоголизма: полная дисгезія, измѣненіе характера, идеи преслѣдованія, галлюцинаціи по ночамъ, умственная вялость и неспособность ходить. Во время переѣзда на пароходѣ онъ сталъ чувствовать стрѣлящія боли, особенно въ пяткахъ, но также и въ верхнихъ конечностяхъ. Эти боли исчезли при началѣ пріѣденія гидротерапіи. Черезъ нѣсколько дней послѣ пріѣзда Х. совѣтовался съ Шарко и Lepère, которые и назначили ему гидротерапію. Онъ вышелъ изъ заведенія рекорд, почти поправившись; но такъ какъ онъ сталъ опять пить, то черезъ 3 мѣсяца пришелъ опять въ прежнее состояніе. Опять поправился, опять сталъ пить и въ третій разъ поступилъ въ заведеніе Beni-Barde'a въ январѣ 1884 г. Черезъ пять мѣсяцевъ послѣ вступленія въ заведеніе (іюль 1884 г.) онъ могъ ходить съ трудомъ, опираясь на руку служителя. Лѣчился душами и, поправившись, исчезъ изъ виду.—Вернулся снова въ сентябрѣ 1884 года. Въ это время Х. былъ уже совершенно не въ состояніи держаться на ногахъ и едва ногъ волочилъ свое тѣло. Характерное тряссеніе, дисгезіи, рвоты, врантныя идеи, безсонница; сахаръ и бѣлокъ въ мочѣ, вѣсъ увеличенъ. Мускулы ниж-

нихъ конечностей искуплли и очень болѣзненны при давленіи. Парезъ особенно выраженъ въ экстензорахъ; пальцы согнуты, особенно большой, и больной не можетъ его приподнять. Въ верхнихъ конечностяхъ экстензоры пальцевъ тоже слабѣе. Щекотаніе кожи чрезвычайно непріятно и вызываетъ рѣзкія рефлекторныя движенія. Пателляриый рефлексъ отсутствуетъ.—Боли въ подошвахъ, какъ будто прикалываютъ ихъ раскаленное желѣзо, особенно сильны ночью. Изслѣдованіе электричествомъ (Boudet de Paris): Нижнія конечности. Исчезновеніе фарадической реакціи. Осталась только гальваническая contractilité. Въ большомъ назадъ полное отсутствіе ея. Черезъ два мѣсяца гальваническая сократительность удучшилась, но фарадическая не возвратилась въ nm. peroné, extensor hallucis и extensor cruris quadriceps. — Верхняя конечности. Реакція тоже ослаблена, болѣе всего въ extensor. digit. commun. и adductor pollicis.

При вступленіи своемъ Х. вышелъ ежедневно по крайней мѣрѣ 3 — 4 бутылки вина и 2 — 3 бутылки коньяку. Поставленный въ невозможность продолжать такую жизнь, онъ опять поправился и вышелъ изъ заведенія въ ноябрѣ. — Однако, продолжая употреблять вино въ прежнемъ размѣрѣ, онъ уже въ январѣ своемъ захворалъ и Charcot на консультаціи нашелъ его въ очень опасномъ положеніи. У него былъ острый гастритъ, хлорозоподное состояніе; геморагіи вены; упадокъ силъ былъ такой, что ежедневно ожидали смерти. Благодаря мушкамъ, которыя совѣтовалъ ставить одну за другою профессоръ Шарко, печень уменьшилась и въ мартѣ 1884 г. больной могъ опять снова переѣзжать въ заведеніе. Въ это время состояніе его было такое: полный параличъ 4-хъ конечностей; его корчили; онъ постоянно лежалъ въ постели, большею частью на боку. Безъ слезъ вригнуть къ животу, голени согнуты. Всякое другое положеніе очень мучительно для больнаго. При насильственномъ вмѣшательствѣ онъ чувствуетъ сильнѣйшія боли въ мѣстахъ прикрѣпленія мускуловъ; давленіе на мускулы очень болѣзненно но всѣхъ частяхъ тѣла, за исключеніемъ лица. Движеніе на большіе пространства стопы тоже болѣзненно. У больнаго существуетъ самостоятельныя боли: въ нижнихъ отдѣлахъ ногъ стрѣлящія боли, очень мучительныя, и давящая боль въ суставахъ, особенно сильная по ночамъ. Когда больному сгибутъ сѣдлать опредѣленное движеніе, наприм. дотронуться до носа, онъ достигаетъ цѣли послѣ долгихъ колебательныхъ движеній. Въ верхнихъ конечностяхъ существуетъ разстройство координаціи движеній. Съ закрытыми глазами больной не чувствуетъ положенія своихъ конечностей, верхнихъ и нижнихъ. Кожная чувствительность повышена, какъ и въ предшествующіе разы.—Пателлярнаго рефлекса нѣтъ.—Разстройства въ глазахъ не было. Полная анафродизія. Моча отдѣляется рѣдко, содержитъ много уратовъ, желчныя кислоты, сахаръ и бѣлокъ.— Х. поправился и на этотъ разъ. Черезъ 3—4 мѣсяца онъ снова могъ ходить одинъ. Болей въ мускулахъ въ это время уже не было. Кожная гиперестезія исчезла; больной чувствовалъ ногъ подъ ногами; кинческое чувство вернулось снова; рефлексъ колѣна не существуетъ. Сила въ рукахъ возстановлена почти вполнѣ, а въ ногахъ отчасти. Сила разгибанія бедра порядочная, но мышцы разгибанія пальцы, особенно большой палецъ, еще слабы.

Походка больнаго была различна въ различные періоды болѣзни. Сначала, когда Х. стоялъ и поддерживали за обѣ руки, онъ двигалъ впередъ всѣмъ тѣломъ, потомъ двигалъ ногу въ бокъ, отводя ее отъ средниной линіи и двигая впередъ; при этомъ конечь стопы волочился по полу. Походка была иная: онъ наклонялся впередъ чтобы туловища назадъ, поднимая колѣно до-

возможно высоко, и двигать ногу впередъ, причемъ ступня была нѣсколько опущена. Движенія напоминали „le cheval qui stepre“ (по выраженію Шарко) или походку аиста.

По мѣрѣ того, какъ больной поправляется, особенности этой походки дѣлаются менѣе рѣзки.

Наблюденіе Francotte

(Третій случай въ статьѣ „Contribution à l'étude de la neurite multiple.— Revue de Medicine“ 1886, № 5, p. 399.)

47. Больной potator употреблялъ ежедневно около $^3/_4$ литра водки. Лѣтъ за 5 до паралича ихъ стали трястись въ рукахъ и ногахъ, потомъ слабость въ ногахъ. Въ сентябрѣ 1884 г. ноги очень быстро ослабѣли, такъ что въ теченіе трехъ недѣль онъ потерялъ уже способность ходить; явились боли въ ногахъ, особенно по ночамъ. Въ октябрѣ былъ уже полный параличъ 4 конечностей съ ослабленіемъ электрической реакціи. Болѣзненность при давленіи мышцъ. Гиперэстезія кожи по мѣстамъ въ нижнихъ конечностяхъ; ослабленіе тактильной чувствительности. Красноту кожи голеней и ступней. Черезъ день недѣли боли стали гораздо слабѣе (меньше), явился отекъ въ ступняхъ. Затѣмъ больной сталъ понемногу поправляться.

48. *Выражено* къ алкогольнымъ же параличамъ относятся и случай, описанный **Louis Veron** („Gazette des hôpiteaux“ 1883, p. 886). Больной potatorъ поступилъ для операціи ectropion lacrimale. 10 декабря 1882 г. операція. Около этого времени жаловался на боли вдоль позвоночника. Вскорѣ присталъ слабость въ нижнихъ конечностяхъ, въ рукахъ и мускулахъ живота. Головокруженія. Вскорѣ явились рѣзкія боли въ ногахъ. Рѣзкое ухудшеніе послѣ пѣшехъ въ позвоночникѣ. Ухудшеніе продолжалось до начала января. Затѣмъ развился полный параличъ мускуловъ конечностей и отчасти туловища. Мускулы лица не поражены. Электровозбудительность ослаблена. Больной совершенно выздоровѣлъ въ февралѣ 1883 года.

Англійская литература.

49—53. **Townsend** (Thompson: „Medic. Chirurg. Transactions 1868—on paralysis of the extensors“) наблюдалъ 5 случаевъ, въ которыхъ, подъ вліяніемъ злоупотребленія алкогольными напитками, развились параличи, особенно въ экстензорахъ рукъ и ногъ, сопровождавшіеся сильными болями и разнообразными разстройствами чувствительности. Изъ 5 больныхъ—4 женщины. Въ одномъ случаѣ, кончившемся смертью, было найдено размягченіе (?) спиннаго мозга въ шейной его части; пп. peronei и radiales были атрофированы; пп. medianus найденъ неповрежденнымъ.

54—58. Въ 1871 году **Handfield Jones** („The Practicioner“ 1871, Decemb.) сообщаетъ 5 случаевъ алкогольнаго паралича. Въ двухъ случаяхъ было найдено размягченіе въ заднемъ отдѣлѣ и въ боковыхъ столбахъ спиннаго мозга.

Наблюденіе Church'a.

(„St. Barth. Hosp. Reports“. V. 1869.)

59. Больной 47 лѣтъ, вьюшка, умеръ черезъ три недѣли послѣ поступленія. Онъ представлялъ рѣзко выраженную картину слабоумія; но нѣкоторыя данныя ничего

не говорили, иногда отвѣчалъ спутанно. Ночью былъ безпокоенъ, кричалъ, бѣгалъ, бушовалъ. Нижнія конечности частью парализованы; чувствительность слегка притуплена. Секція. Очень большое количество субарахноидальной жидкости. Arachnoidea и pia matter, покрыты желтовато-бѣлыми пятнами. Извилины тонки, борозды глубоки. Сѣрое вещество бѣдно; мозгъ отеченъ; существо замѣтно тверже нормальнаго, особенно надъ растянутыми жидкостью желудочками. Сводъ мягокъ, болѣзненъ тангаліи еще мягче. Сращенія нѣкоторыя на лѣвой сторонѣ. Мускулатура сердца тонка, легко разрывается.—Авторъ считаетъ уплотненіе мозга явленіемъ характернымъ для привычныхъ пьяницъ.

Наблюденія Wilks'a

(„Lancet“ 1872) *).

60. 1) „Я теперь посѣщаю одну молодую замужнюю даму, которая пьетъ уже давно. Сначала у нея были признаки гипереміи печени. Отъ этой болѣзни она оправилась, но продолжала предаваться своей привычкѣ, всѣдствіе чего у нея стало замѣтно ослабленіе душевныхъ способностей. Въ то же время у нея начались подергиванія въ ногахъ. Всѣдъ за этимъ ей уже трудно было встать съ кресла и она съ величайшимъ трудомъ могла переходить комату. Умственныя способности ея въ то время были очень разстроены: она казалась ребенкомъ и картавила. Теперь она понемногу поправляется“.

61. 2) „Въ сосѣдствѣ съ этою больной я случайно видѣлъ одну пожилую женщину, которая начала пить алкогольные напитки годъ два тому назадъ. Первое время она была воздержана. Но потомъ постепенно отсутствіе аппетита перетягивалось соблазняло ее употреблять его въ громадномъ количествѣ. Теперь уже шесть мѣсяцевъ, какъ она не можетъ встать съ постели; она почти парализована, не можетъ двигать своими нижними конечностями, не въ состояніи поднять одѣяла, не можетъ сжать руку; при этомъ существуетъ почти полная анестезія. Психическая дѣятельность также нѣсколько ослаблена“.

62. 3) „Леди 35 лѣтъ, замужняя, но бездѣтная, всегда жила одиноко, пила тайно и въ концѣ концовъ заболѣла увядкомъ силъ душевныхъ и тѣлесныхъ. Она бѣлая блѣдна, истощена, совершенно неспособна двигать ногами, но сидѣла днями гуляла; у нея была анестезія нижнихъ конечностей; слабоуміе, рѣзко выраженное; едва узнавала своихъ друзей. Алкоголь былъ оставленъ; назначено было хорошее питаніе, хининъ и опій. Она потихоньку стала поправляться и теперь послѣ 5 мѣсяцевъ можетъ ходить ко мнѣ въ домъ. Интеллектъ тоже возвращается“.

63—64. Кромѣ того Dr Wilks очень коротко упоминаетъ объ одномъ умершемъ молодомъ человѣкѣ, гдѣ была рѣзко выражена гиперестезія въ конечностяхъ, и объ одной молодой женщинѣ, у которой симптомы напоминали атаксію и у которой были сильныя боли, напоминающія электрическіе удары.

William Hunter въ письмѣ къ издателю „Lancet'a“ въ 1872 году упоминаетъ, что онъ видѣлъ 12 случаевъ алкогольнаго параличи съ симптомами, описываемыми Dr Wilks'омъ, но коротко упоминаетъ о двухъ:

*) Другой небольшой статьи Wilks'a въ „British Medic. Journ.“ 31 Dec. 1876, я не видалъ.

65. 1-й случай кончился въ 2 мѣсяца выздоровленіемъ при употребленіи фосфорно-кислаго желѣза, стрихнина и хинина, теплыхъ ваннъ и спиннихъ душъ.

66. 2-й случай, въ которомъ особенно рѣзко были выражены боли въ голеняхъ и чувство жженія въ подошвахъ, тоже кончился выздоровленіемъ черезъ 6 недѣль при употребленіи хлорала, холодныхъ душъ на спину и теплыхъ ваннъ.

Наблюденія Lockhardt Clarke.

(„Alcoholic paresis and paraplegia.—Lancet“ 1872, стр. 472.)

67. 1) „Жена извощика, красивая и здоровая женщина, лѣтъ 30—40, вмѣстѣ съ мужемъ своимъ предавалась пьянству. Послѣ 2—3 лѣтъ такого образа жизни она очень ожирѣла и однажды утромъ оказалась съ полнымъ параличомъ нижнихъ конечностей. Чувствительность была совершенно потеряна. Къ концу 10-й недѣли она начала поправляться. Затѣмъ я потерялъ ее изъ виду, но слышалъ, что она вернулась къ старой привычкѣ и умерла отъ какого-то желудочнаго или кишечнаго разстройства“.

68. 2) „Ея мужъ ежедневно выпивалъ кварту джину; у него развилась неполная параплегія, съ значительнымъ ожирѣніемъ въ нижнихъ конечностяхъ и болями въ голеняхъ; мышцы были очень худы. Ходить началъ. Рецидивъ въ этомъ случаѣ не былъ. Больной умеръ гдѣ-то на водахъ“.

69. 3) Сержантъ 72 лѣтъ, очень крѣпкаго сложенія. Послѣднія 50 лѣтъ ежедневно выпивалъ отъ $^3/_4$ до 1 пинты рому, а по воскресеньямъ еще джину и пива. Курилъ съ утра до вечера, почти не переставая. Однажды у него отнялись ноги. Чувствительность была поражена немного. Въ 6 недѣль оправился. Онъ сдѣлался умѣреннѣе, но черезъ два года все-таки развилась почти полная параплегія, соединенная со рвотой и затрудненіемъ дыханія. При этихъ явленіяхъ онъ и умеръ“.

Наблюденіе Myrtle.

(„On a case of ascending paralysis; chronic alcoholism.—British Medical Journal“. Aug. 1882, 312—314.)

70. „А. Д.... въ 1870 году 13 лѣтъ, училась въ школѣ; однажды она легла здоровой, но ночью въ 2 часа почувствовала сильную боль подъ ложечкой, всѣдъ за которой явилась кровавая рвота. Я ее увидалъ въ 7 часовъ утра въ состояніи остраго малокровія: губы были бѣлыя, пульсъ такъ частъ, что нельзя было его считать; кожа горячая. Изслѣдуя животъ, я замѣтилъ, что главное разстройство—въ печени: она была очень чувствительна, увеличена въ объемѣ; это препятствіе къ кровообращенію въ воротной венѣ и вызвало разрывъ сосудовъ. Распрашивая о больной, я узналъ, что она всегда была слабаго сложенія, вслѣдствіе чего съ лѣтства ей давали большое количество пива. Въ школѣ она ежедневно пила два стакана крѣпкаго пива и два стаканчика портвейну; это и объясняло болѣзнь пациентки. При лѣченіи, состоявшемъ въ разстройствѣ отъ всего возбуждающаго, она вскорѣ поправилась и печень скоро утратила всѣ признаки гипереміи. Она чувствовала себя все время хорошо, пока училась въ школѣ, и я увидалъ ее только въ 1878 году, годъ спустя послѣ ея замужства. Она сообщалась со мною по поводу разстройства пищеваренія и разстройства въ нервной системѣ. Я узналъ отъ нея, что, оставивъ школу, она снова начала пить пиво, пиво и даже водку и что каждый день употребляла два кабинетныхъ стакана винныхъ напитковъ. Послѣ замужства она увеличила дозу спиртныхъ напитковъ и кончала день, выпивая передъ сномъ грогъ. Она не скрывалась; пьянящей она не была, но пила потому, что ей говорили, что возбуждающія ей необходимы, и она ихъ употребляла не потому что любила, а потому что безъ нихъ она не могла обойтись. Я ей сказалъ, что лѣченіе не принесетъ ей никакой пользы, если она не броситъ употреблять столько спиртныхъ напитковъ, убѣдилъ ее пить легкій Hock или Бордо, — и она довольно скоро поправилась. Въ 1879 году она слова обратилась ко мнѣ: оказалось, что она вернулась къ прежнимъ привычкамъ, даже еще болѣе неумѣренно, такъ какъ мужъ предоставилъ ей полную свободу. Болѣзненность и болѣзненное сжиманіе ея очень безпокоили, и такъ какъ у нея прекратились регулы, то она считала себя беременной. Однако беременности не оказалось: матка была плотна, величиною съ кроличій шаръ; личныя чувствительныя, язвоть значительно растянутъ. Она имѣла странности относительно вкуса, требовала странныхъ кушаній и т. д.

Печень спускалась ниже края реберъ. Самое легкое давленіе въ области желудка вызывало позывъ на рвоту. Она не могла ѣсть ранѣе часу полудни; вставая она выпивала стаканъ хереса; уставши отъ туалета, она выпивала другой въ полдень. Она пила также пиво за обѣдомъ, пиво послѣ обѣда; а вечеромъ тоже пила спиртные напитки. Я убѣждалъ ее бросить этотъ образъ жизни, но она меня прерывала, сказавши: „Если я отъ этого умру, такъ что же?— жизнь ничего не стоитъ“.

Въ 1881 году всѣ симптомы рѣзко ухудшились; ежедневно по утрамъ, въ продолженіе часа или двухъ, ее рвало сильно съ желчью; она жаловалась на сильнѣйшія боли въ печени, въ желудкѣ, на сквернный вкусъ во рту, на потерю аппетита. Она сдѣлалась крайне нервна. Одинъ разъ у нея былъ эпилептическій припадокъ на улицѣ. Послѣ этого у нея прошелъ сонъ, и ее рвало больше, чѣмъ когда-нибудь. Такъ продолжалось весь 1881 годъ. Въ январѣ 1882 года съ нея были сняты три эпилептическіе припадка: послѣ этого она стала жаловаться, что не можетъ ходить такъ, какъ прежде,—походитъ съ каждымъ днемъ дѣлалась все хуже и хуже; между тѣмъ рвота прекратилась, аппетитъ явился и кишечникъ работалъ правильно. Боль въ печени уменьшилась, регулы явились снова. Чувствительность въ личинкахъ исчезла; матка сдѣлалась ниже и меньше. По ея словамъ, она стала меньше пить, и я уже надѣялся, что дѣло пойдетъ хорошо. Однако слабость въ ногахъ увеличилась. Больная жаловалась на ощущеніе холода въ голеняхъ и на чувство тяжести въ рукахъ. Въ ногахъ она чувствовала жженіе и безъ помощи не могла пройти даже небольшое пространство. Онѣмѣніе въ ногахъ все больше и больше увеличивалось, и когда она ходила по паркету, то ей казалось, что подъ ногами лежитъ толстая подстилка. Пальцы рукъ отказывались служить повреженному; она не могла писать, удерживать мелкіе предметы, взять булавку, завязать узелъ, и все, до чего она дотрогивалась, вызывало у нея необычное ощущеніе. Къ концу февраля она какъ-то проспалась въ 4 часа утра вслѣдствіе жестокихъ болей въ обѣихъ икрахъ: эти боли увеличивались въ силѣ и не оставляли ее въ продолженіе нѣсколькихъ часовъ. Онѣ являлись регулярно въ теченіе нѣсколькихъ недѣль и иногда сопровождались бредомъ. Физическое изслѣдованіе въ это время не указывало ни на ихорадку, ни на болѣзненность позвоночника; не было также варіанса опредѣленныхъ мускуловъ, ни гиперестезіи или анестезіи. Она могла ходить съ закрытыми глазами прямо. Къ концу 2-й недѣли марта вѣсила сильное кровотеченіе, вслѣдствіе чего сами значительно

упали, и я пригласилъ доктора Clifford'a Albert'a на консультацію. Онъ очень обстоятельно изслѣдовалъ больную. Пателлярные рефлексы были очень живы. Мы не нашли ни разстройства чувствительности, ни замѣтныхъ параличей, ни мускульной атрофіи. Хотя мы видѣли, что есть основаніи бояться серьезныхъ органическихъ измѣненій въ первыхъ центрахъ, однако, принимая во вниманіе больную потерю крови, которую перенесла больная, ея знанесть, въ которомъ были истерозпилептическія явленія, мы заключили, что теперешнія разстройства зависятъ отъ функціональныхъ измѣненій.

Мы поставили очень осторожную прогностику и поставили невозможность успѣшность употребленія спиртныхъ напитковъ. Черезъ два дня послѣ консультаціи съ г-номъ Альбертомъ больная мнѣ сказала: „я бы желала, чтобы его ко мнѣ не приводили: все то, о чемъ онъ меня спрашивалъ и чего у меня тогда не было, теперь явилось: мнѣ кажется, что у меня вырываютъ ногти на ногахъ, сдираютъ кожу съ голени; если до меня дотронешься, то это вызоветъ сильную боль. Когда одна нога лежитъ на другой, я не могу ее сдвинуть. Я не могу теперь одна стоять, я трясусь, и когда я иду съ нею подмышку другого, то я волочу ноги; я чувствую жгучія летучія боли отъ спинной кости до концовъ пальцевъ. Ноги мнѣ кажутся гораздо толще настоящаго, и я чувствую, точно толстая веревка меня стягуетъ въ поясѣ".

Я замѣтилъ, что больная вздрагивала при легкомъ давленіи на 2, 3, 4 и 5 грудные позвонки. При сильномъ надавливаніи она кричала, ежилу тѣмъ сосѣдніе части можно было щипать, колоть, не вызывая никакого ощущенія. Галванической ткань вызывала сильную боль, не вызывая сокращенія ни мускулахъ. Я замѣтилъ, что дыханіе больной было очень зловонно. Она не могла ворочаться въ постели, и ноги ея отекли; этотъ отекъ исчезалъ, если ноги держать поднятыми въ продолженіе нѣсколькихъ секундъ, что указывало на зависимость его отъ паралича вазоморторовъ.

6-го февраля я пригласилъ Dr Broadbent'a, который, осмотрѣвъ больную, высказался за то, что ея мѣсячныя дѣла съ исходящимъ параличомъ. Въ это время мускулы больного паховаго очень сократились; вазоморторы почти не реагировали, и всѣ вышеописанные симптомы значительно увеличились.

Dr Broadbent совѣтовалъ попробовать опій внутрь и прижиганіе термокаутеромъ вдоль позвоночника; онъ полагалъ, что измѣненія въ спинномъ мозгу не коснулись еще функцій какихъ либо для жизни и можно было еще бороться. Чтобы получить термокаутеръ, пришлось дожидаться три дня. Въ тотъ день, когда я его получилъ, я нашелъ больную значительно хуже; она бредила; правое ухо опустилось; у нея былъ двойной страбизмъ. Дыханіе было медленное, глубокое. Не было уже нужды прибѣгать къ термокаутеру, потому что болѣзнь повидимому распространилась вдоль позвоночника до основанія головнаго мозга. Больная впала въ полусознаніе, отвѣчая нерѣдка на вопросы.

15-го сидѣлка обратила мое вниманіе на курьезное явленіе въ бедрахъ: задняя часть бедеръ была бѣлая, безкровна, имѣла грубый видъ; на границѣ была демаркаціонная линія, которая шла отъ колѣнъ, а выше которой цвѣтъ кожи былъ нормальный. Два дня спустя тѣло было раздѣлено на два отдѣла: одинъ, нижній, безчувственный, другой, верхній, живой,—такою рѣзкою линіей, точно ее нарочно провели. Всѣ мускулы тѣла парализовались, за исключеніемъ мускуловъ лица, и больная скончалась 30-го апрѣля въ коматозномъ состояніи. Вскрытія не было.

Наблюденія Glynn.

(„Cases of alcoholic poraplegia. — The Liverpool med. chir. Journal". July 1888. p. 374.)

71) 1. Дама 40 лѣтъ, страдавшая діенеморреї со времени рожденія своего единственнаго ребенка, привыкла употреблять спиртные напитки. Она сдѣлалась раздражительна, страдала дурнымъ пищевареніемъ, тошнотою по утрамъ, сдѣлалась бѣдна и полна; часто кашляла, жаловалась на невралгіи и т. п. Врачъ, подозрѣвавшій причину болѣзни, назначилъ ей гидротерапевтическомъ заведеніи, что принесло значительную пользу. Въ такомъ положеніи находилась больная, когда однажды, вслѣдствіе сильнаго невралгическаго пристуна, она выпила очень большое количество водки въ теченіе нѣсколькихъ дней. У нея явились безсонница и бредъ; мысли путались; ее постоянно рвало, притомъ была сильная боль въ увеличенной печени, показалась желтуха. Къ концу недѣли симптомы со стороны головнаго мозга увеличились, но разрежительность все оставалась очень большая, память почти совершенно исчезла. Съ этого времени она стала жаловаться на покалиманія въ ногахъ, на стрѣлянія и жгучія боли въ ступняхъ и голеняхъ. Страданія больной увеличились; самое легкое прикосновеніе вызывало крикъ, такъ что она не могла выносить даже прикосновенія одѣяла, вслѣдствіе чего надъ ногами ея пришлось устроить обручи. Больные пальцы и тилъ стопы на обѣихъ ногахъ покрывались время отъ времени яркой краснотой. Анестезія была замѣтна до колѣнъ. Въ то же время была замѣтна мускульная слабость. Подымать ступни больная не могла, но согнуть колѣно могла. Пателлярные рефлексы исчезли. Мочевой пузырь дѣйствовалъ правильно. Эти симптоми продолжались цѣлый мѣсяцъ. Боли усиливались къ вечеру, такъ что по цѣлымъ ночамъ больная кричала, несмотря на то, что принимала большія дозы морфія. Потомъ боли стали постепенно уменьшаться; сила въ мышцахъ снова появилась, но только черезъ два мѣсяца больная могла одна пройтись. Ноги были еще очень тяжелы и едва могли водиматься надъ поломъ. Въ теченіе нѣсколько времени мышцы живота и груди были болезненны всякую ночь, вызывали малѣйшей усталостію. Пателлярный рефлексъ возвращался только черезъ нѣсколько мѣсяцевъ.

72. 2) Больная Елизавета N, 29 лѣтъ принята, въ отдѣленіе 28 августа 1882 года. Разстройство пищеваренія и неполная параплегія. Больная разсказываетъ, что она замужемъ шесть лѣтъ, долго страдала болью въ спинѣ, неправильностью регулъ, и что давно сдѣлалась раздражительною. За три года до настоящаго времени она стала пить водку, часто плую пинту въ день. Аппетитъ пропалъ; явились частыя рвоти по утрамъ; потомъ явилось носовое кровотеченіе, вслѣдъ затѣмъ невралгія, покалиманія въ ногахъ, сильныя боли и наконецъ, нѣсколько назадъ, больная потеряла способность ходить.

Status praesens.—Легкій истерическій отпѣнокъ. Пульсъ слабый, 100; дыханіе нормально. Частый кашель; дурнопахнущее дыханіе. Сильныя боли и рвоти послѣ ѣды. Животъ очень растянутъ; поверхностныя вены расширены. Ощущеніе печени вызываетъ боль. Печень простирается очень значительно изъ-подъ края реберъ. Помимо мочеиспусканіе очень частій. Моча густа, желтушна. Постоянныя боли въ ступняхъ и подошвахъ. Рѣзкая анестезія и аналгезія. Всѣ предметы, которыми дотрогиваютъ до ногъ, кажались ни слишкомъ горячими, ни слишкомъ холодными. Голени были парализованы, и больная съ трудомъ могла чуть-чуть приподнять пятки надъ постелью. Ноги при этомъ замѣтно тряслись. Она жаловалась на судороги и держала ноги большею частью согну-

тыми въ колѣнахъ. Пателлярные рефлексы отсутствуютъ.—24 сентября могла пройтись вокругъ кровати.—25 прошла черезъ дворъ, волоча ноги.—27 вышла изъ больницы, продолжая тувствовать слабость въ ногахъ и боли въ ступняхъ. Печень приняла нормальные размѣры.

73. 3) Описаніе касается одной леди 35 лѣтъ, замужней, но бездѣтной. Привыкла тайно пить. Дизменоррея, меноррагіи, носовыя кровотеченія, личная невралгія, диспепсія, безсонница, утреннія рвоты. Полная ясность разсудка. Три недѣли тому назадъ какъ-то утромъ упала вслѣдствіе того, что ноги подкосились отъ слабости; слабость въ ногахъ оставалась, и къ ней присоединились ланцинирующія боли и ощущенія ожоги подъ подошвой и подъ ногтями. Ноги казались какъ будто онѣмѣвшими, боли усиливались по ночамъ. Пальцы и тылъ стопы покрывались часто яркою краснотой; были также острыя боли въ ногтяхъ пальцевъ рукъ. Желтушный оттѣнокъ. Затѣмъ ноги сдѣлались такъ чувствительны, что пришлось устроить обручи, чтобъ одѣяло до нихъ не касалось. Отсутствіе пателлярныхъ рефлексовъ; однако анестезіи не было и мышечная сила не была вполнѣ потеряна.

74. 4) Наблюденіе касалось женщины съ такою же исторіей, какъ и предыдущія. Она пила по двѣ бутылки водки ежедневно до самой болѣзни. 4 недѣли спустя послѣ начала болѣзни я видѣлъ больную въ полной параплегіи: голени были согнуты къ бедрамъ; самое легкое передвиженіе вызывало сильную боль. Пателлярныхъ рефлексовъ не было, что и позволяло отличить болѣзнь отъ боковаго склероза, несмотря на существованіе ригидности и согнутаго положенія конечностей. Разсудокъ больной очень ослабѣлъ; она не могла ничего выразить, но окружающіе ее сообщили, что она по ночамъ страдаетъ отъ очень сильныхъ болей въ ногахъ и не можетъ спать.—Полное воздержаніе отъ спиртныхъ напитковъ произвело нѣкоторое улучшеніе, но этотъ случай тяжелѣе всѣхъ предыдущихъ и трудно надѣяться на выздоровленіе.

Наблюденія Dreschfeld'a.

(„On alcoholic paralysis.—Brain", July 1884, 200—211.)

75. Марія.... 49 лѣтъ, замужняя, поступила въ больницу 1-го апрѣля 1884 года. Анамнестическія данныя. Больная живетъ въ Манчестерѣ въ продолженіе 30 лѣтъ; имѣла 6 человѣкъ дѣтей (всѣ умерли) и родила одного недоношеннаго ребенка. Она была прачкой и часто употребляла спиртные напитки (хотя отрицала излишество въ нихъ; но распросы у другихъ лицъ подтвердили существованіе abusus spirituosorum, да и въ бреду она постоянно требовала пива). Условія ея жизни были довольно плохи, но вообще она до сего времени пользовалась довольно хорошимъ здоровьемъ; давно перенесла оспу. Менструаціи прекратились года два назадъ, а до этого были правильны. Теперешняя болѣзнь началась года два назадъ, когда больная стала чувствовать слабость въ колѣняхъ и легкую шаткость при ходьбѣ. Одѣваясь и надѣвая платье черезъ голову, она должна была опираться. Это понемногу усиливалось, а за послѣднія недѣли передъ поступленіемъ въ больницу больная совершенно перестала ходить.

Status praesens.—Больная лежитъ на спинѣ, поднимается и ворочается съ большимъ затрудненіемъ. Выраженіе лица мало оживленное, напоминаетъ собою слабоумныхъ. Она нѣсколько истощена; на крестцѣ значительный пролежень. Больная въ сознаніи и жалуется на безсонницу и небольшія головныя боли. Другихъ церебральныхъ симптомовъ нѣтъ. Параличъ въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ рѣзко выраженъ, также какъ и въ мышцахъ спины. Боль-

ная почти не въ состояніи стоять и ходить. Безъ поддержки съ закрытыми глазами она сейчасъ падаетъ. Въ постели она большею частью лежитъ съ согнутыми колѣнами; съ большимъ трудомъ разгибаетъ ихъ; можетъ согнуть и разогнуть ступню; приведеніе и отведеніе совершается, но слабо и съ болью. Сила сжиманія рукъ слаба; согнуть и разогнуть кисть руки и локоть въ состояніи. Приподниманія больной вызываютъ у нея сильную боль. Сильныя боли существуютъ въ обѣихъ нижнихъ конечностяхъ. Больная кричитъ, если только дотронуться до ея ногъ. Лѣвое колѣно больной болѣзненно въ особенности. Кожа на немъ покраснѣла и сочлененіе слегка припухло. Сильныя боли въ спинѣ и поясницѣ и вообще вдоль всего позвоночника. Анестезіи и аналгезіи нигдѣ не замѣтно. Всѣ мышцы равномѣрно атрофированы и дряблы. Кожные рефлексы сохранены, сухожильные отсутствуютъ. Въ мышцахъ верхнихъ и нижнихъ конечностей замѣчается нѣкоторая степень уменьшенія мышечнаго чувства.—Зрачки съужены; реагируютъ плохо на аккомодацію и совсѣмъ не реагируютъ на свѣтъ. Языкъ нечистъ, сухъ. Аппетитъ плохъ. Сильная жажда.

Діаррея. Физическое изслѣдованіе органовъ груди не обнаруживаетъ ничего ненормальнаго. Нѣтъ ни кашля, ни мокроты. Печень и селезенка не увеличены при перкуссіи.

Задержаніе мочи. Выпущенная катетеромъ моча щелочной реакціи; удѣльный вѣсъ 1011; содержитъ значительное количество гноя и бѣлка. Сердце нормально. Пульсъ правильный, но частый, слабый, легко сдавливается.

Температура утромъ 99° (F.), вечеромъ 100,4°. — 3-го апрѣля. То же состояніе, какъ и при поступленіи.

Фаредическая сократительность:

При непосредственномъ раздраженіи мускуловъ самые сильные токи не вызываютъ сокращенія въ мышцахъ стопы; на лѣвой ногѣ слегка вызываютъ. Quadriceps femoris не реагируетъ. Икроножныя мышцы и triceps реагируютъ слабо. Мышцы сгибающія и разгибающія пальцы руки реагируютъ слабо на самые сильные токи.

Biceps brachii и triceps реагируютъ лучше. Съ точки Эрба—никакого сокращенія.

Реакція на гальваническій токъ.

НИЖНІЯ КОНЕЧНОСТИ.

	З. К.	З. А.	О. А.
Лѣвая сторона.			
Ext. digitorum comm.	45 эл.	40 эл.	—
Extens. hal. propr.	45 „	40 „	45 эл.
Tibial. anticus	45 „	40 „	45 „
Правая сторона.			
Tibialis anticus.	45 „	40 „	
Extens. hal. propr.	45 „	40 „	
Лѣвая rectus femoris	45 „	40 „	
Правая „ „	50 „	40 „	
Лѣвыя икроножныя мышцы	50 „	35 „	

ВЕРХНІЯ КОНЕЧНОСТИ.

	З. К.	З. А.	О. А.
Лѣвая сторона.			
Extens. digit..	30 эл.	20 эл.	20 эл.
Triceps	20 (слегка)	20 „	25 „
Правая сторона.			
Extens. digit	30 (слегка)	25 „	25 „
Triceps	35	30 „	
Лѣвая flexor digit	35 (слабо)	20 „	
„ съ точки Эрба	40	45 „	
Правая съ точки Эрба	40		45 „

7-го апрѣля. Больная въ худшемъ состояніи; ночью бредила; говоритъ медленно, слабо. Ноги согнуты; разогнуть ихъ больная можетъ съ большимъ трудомъ.—9-го апрѣля. Состояніе больной еще хуже. Постоянный бредъ. Температура 95. Конечности холодны, ціанотичны. Пульсъ очень слабъ, 80 въ минуту. Параличъ усиливается.—10-го апрѣля. Вчера вечеромъ больная вышла въ комнатное состояніе и сегодня утромъ скончалась. Вскрытіе, произведенное Dr Maguire, прозекторомъ Королевской больницы:

Скопленіе жидкости въ лёгкомъ левосторонномъ мѣшкѣ; небольшое количество жидкости въ перикардіи. Въ клапанахъ аорты хроническія утолщенія. Легкія слегка эмфизематозны; въ обёихъ верхушкахъ небольшіе казеозные фокусы. Печень увеличена, бѣдна и вялка. Въ почкахъ многочисленные казеозные узелки въ корковомъ слоѣ; почечный тазъ изполненъ гноемъ. Капсула утолщена, но легко снимается; подъ нею туберкулезныя отложенія на поверхности почки. Пузырь сильно воспаленъ; на внутренней его стѣнкѣ значительное количество гноя. Его стѣнки утолщены, инфильтрованы туберкулезными отложеніями. Головной мозгъ нормаленъ. Мягкая оболочка слегка утолщена; большое количество нахіоновыхъ грануляцій. Спинной мозгъ и его оболочки въ связкѣ состояніи не представляютъ ничего ненормальнаго. Нѣкоторые периферическіе нервы, оставленные для микроскопическаго изслѣдованія, тоже кажутся нормальными. Мускулы бѣдны; въ остальномъ кажутся нормальными.

„Послѣ затвердѣнія спиннаго мозга и изслѣдованія его подъ микроскопомъ я не нашелъ никакихъ измѣненій; изслѣдуя Вейгертовскимъ способомъ, я нашелъ большое количество нервныхъ волоконъ въ столбахъ Кларка.

Клѣтки сѣраго вещества во всѣхъ частяхъ спиннаго мозга были совершенно здоровы. Нѣкоторые изъ нервныхъ корешковъ—изъ поясничнаго отдѣла—были тоже изслѣдованы и найдены совершенно нормальными. Изъ периферическихъ нервовъ были изслѣдованы два пп. ischiadici, n. musculo-spiralis и n. cruralis anterior. Эти нервы представляли рѣзко выраженныя измѣненія, описанныя Lancereaux. Въ сѣдалищномъ нервѣ, какъ на поперечныхъ, такъ и на продольныхъ разрѣзахъ были ясно замѣтны перерывы міэлина и осевыхъ цилиндровъ. На продольныхъ разрѣзахъ можно было видѣть сегментарныя измѣненія, описанныя Gombault и которыя я тоже наблюдалъ при свинцовыхъ параличахъ. Мускулы при микроскопическомъ изслѣдованіи не обнаружили какихъ-нибудь особенныхъ измѣненій".

Такимъ образомъ вскрытіе указало на множественный вскрытъ, старинный туберкулезъ легкихъ и болѣе свѣжій туберкулезъ почекъ и мочевого пузыря.

76. 2) Мужчина 38 лѣтъ страдалъ съ давнихъ временъ цирозомъ печени алкогольнаго происхожденія. Въ теченіе этой болѣзни у него развилась слабость въ рукахъ и ногахъ. Принятый въ больницу 22-го мая 1884 года, онъ, кромѣ рѣзко выраженнаго паралича, представлялъ явленія асцита и гипертрофіи селезенки; параличныя явленія были рѣзки въ верхнихъ конечностяхъ, причемъ паралѣзованы были главнымъ образомъ мускулы плечевременные глубокіе и срединные нервовъ и interossei (симметрично на обѣихъ сторонахъ). Отекъ тыла кистей рукъ. Въ нижнихъ конечностяхъ особенно парализованы были экстензоры пальцевъ и стопы. Со стороны чувствительности замѣтно было извращеніе чувства температуры; больной чувствовалъ очень холодными всѣ тѣла, которыми касались его руки и особенно ноги (я находилъ эти симптомы часто при алкогольномъ параличѣ). Отсутствіе сухожильныхъ и кожныхъ рефлексовъ. Реакція перероженія въ мускулахъ. Органы чувствъ нормальны. Церебральные симптомы состояли въ бѣловойномъ снѣ.

Паціентъ пробылъ въ больницѣ нѣкоторое время. Улучшенія не было. Онъ вышелъ изъ больницы и умеръ дома. Вскрытія не было.

Слѣдующіе случаи Dreschfeld'a взяты изъ его статьи въ „Brain", Jan. 1886: „Further observations on alcoholic paralysis".

77. 3) (р. 442). Леди 25 лѣтъ, видѣнная авторомъ въ августѣ 1884 года, ротатрix. Сначала жаловалась на боли, всѣдъ за которыми появились параличъ и атрофія мышцъ конечностей. Больная не могла ни сидѣть, ни ходить и съ трудомъ когда приподнималася. Болѣзнь закончилась. Рефлексы сухожильные гиперестезіи были рѣзко выражены. Рефлексы сухожильные отсутствовали; кожные рефлексы значительно ослаблены. Больная также путала представленія, какъ и вообще больные такого рода. Она сообщила, что можетъ хорошо ходить, что она утромъ сдѣлала нѣсколько визитовъ и въ подробностяхъ передавала обо всемъ ею видѣнномъ и сдѣланномъ. Когда же ей было вымѣнено ея положеніе, она взволновалась и разплакалась. Будучи помѣщена въ отдѣльное помѣщеніе возбуждалась надежной прислуги, она нерестала пить и видоброльна черезъ 3 мѣсяца.

78. 4) (р. 443). Леди 42 лѣтъ, которую авторъ видѣлъ въ сентябрѣ 1884 года, представляла симптомы сходные съ предидущимъ случаемъ. Параличъ былъ еще болѣе распространенъ и атрофія была рѣзче выражена. Путаница сознанія была такая же. Вполнѣ прикованная къ кровати, она разсказывала, что каждый день послѣ обѣда гуляетъ по набережной, сидитъ на пескѣ и наблюдаетъ за движеніемъ волнъ и за проходящими судами (она живетъ въ 20 милях отъ моря). Удивительно было слушать, врикасаясь Dreschfeld, объ этихъ прогулкахъ, о которыхъ говорилось съ такою какъ будто бы правдивостью и которыя были вымышлены.—По истеченіи нѣкоторого времени больная стала ходить съ помощью костылей, но путанина представленій осталась.

79. 5) (р. 443). Больная 33 лѣтъ, замужняя, помѣщена въ больницу 3-го декабря 1884 г. Съ давняго времени страдаетъ болями, которыя назывались „ревматическими". За три мѣсяца до поступленія боли въ рукахъ и ногахъ стали сильнѣе; ноги часто вымѣнали при ходьбѣ. Слабость возрастала и, наконецъ, больная должна была лечь въ постель. Руками тоже она не владѣла, и ее кормили.

Она созналась, что употребляла алкогольные напитки въ большомъ количествѣ; имѣла характерную наружность потаторовъ. Мускулы верхнихъ и нижнихъ конечностей слабы. Мускулы разгибающіе пальцы рукъ и ногъ вполнѣ парализованы. Флексоры на рукахъ и ногахъ въ паретическомъ состояніи; мускулы плеча и локтя вполнѣ хороши. Сухожильные рефлексы отсутствуютъ; кожные нормальны. Анестезія кожи въ ногахъ и рукахъ до локтя рѣзко выражена. Мускульная гиперaлгезія. Чувство температуры разстроено съ наружней стороны одной ноги; больная въ состояніи отличать только холодъ, но не тепло. Парализованные мускулы рѣзко атрофированы. При изслѣдованіи электрической реакціи (очень болѣзненномъ) оказалось, что фаредическій токъ не вызываетъ сокращенія въ разгибателяхъ кисти и пальцевъ; флексоры сокращаются только при сильномъ токѣ. Гальваническій токъ (прямо на мускулы) даетъ реакцію перерожденія въ mm. extensor digit. commun., extens. carpi ulnaris, extens. pollicis. longus. Нѣкоторые изъ флексоровъ тоже дали реакцію перерожденія.

Потеря памяти. Правый зрачокъ неправиленъ, вслѣдствіе синехіи. Больная оставалась въ больницѣ до марта 1885 года и вышла поправившись, а впослѣдствіи и совершенно выздоровѣла.

80. 6) (стр. 444). Больная 43 лѣтъ, помѣщена въ больницу въ іюлѣ 1885 года. Potatrix (виски и джинъ). Давно страдала болями въ ногахъ; затѣмъ развилась слабость, дошедшая до того, что она не могла вставать. При поступленіи руки были согнуты въ локтяхъ, ноги вытянуты. Плечи и бедра можетъ двигать, но движенія ограничены. Пассивныя движенія очень болѣзненны; сухожильныхъ рефлексовъ нѣтъ, кожные рефлексы слабы. Кожная анестезія и гиперaлгезія въ мышцахъ конечностей и живота. Чувство температуры нормально. Кожа лоснящаяся. Хотя отвѣчаетъ разумно, но по ночамъ безпокойна. Языкъ покрытъ толстой бѣлою корой; рвота, запоры. Печень и селезенка нормальныхъ размѣровъ.

При фаредическомъ токѣ нѣкоторые изъ мускуловъ (triceps и extensores digitor.) рукъ и ногъ не отвѣчаютъ на раздраженіе; другіе, какъ biceps, supinator, interossei, сокращаются при токахъ средней силы. Изслѣдованіе очень болѣзненно, такъ что полное изслѣдованіе невозможно. Въ нѣкоторыхъ мышцахъ ноги рѣзкая реакція перерожденія.

Extensores digitor. com. ASZ — 15 эл.
KSZ — 25
AOZ — 20
Flexores digitor. ASZ—30 эл.
KSZ—40 „
AOZ—45 „

Больная постепенно улучшалась, но контрактуры очень долго держались, особенно на правой сторонѣ. На сухожиліяхъ лѣвой кисти развилась опухоль, аналогичная тендосиновиту Гюблера при свинцовыхъ параличахъ.

81. 7) (р. 440). Больной 41 года, поступилъ въ больницу 10 ноября 1884 г., potator. Довольно давно сталъ чувствовать боли въ голеняхъ и ступняхъ. Сообщаетъ, что страдалъ симптомами сходными съ теперешними, но въ меньшей степени; поправлялся при отдыхѣ и воздержаніи. Хотя нарезъ въ нѣкоторыхъ мускулахъ и очевиденъ, но рѣзкой атрофіи не замѣтно. Въ верхнихъ конечностяхъ рѣзко выраженъ параличъ экстензоровъ ручной кисти; другіе мускулы (tirceps, deltodies) слегка разстроены; флексоры дѣйствуютъ очень хорошо. Въ движеніяхъ, совершаемыхъ больнымъ, замѣтно разстройство координаціи. Въ нижнихъ конечностяхъ нарезъ въ мускулахъ-разгибателяхъ пальцевъ не очень

выраженъ, но mm. peronei поражены сильно, вслѣдствіе чего форма стопы измѣнена. Больной въ состояніи ходить съ постороннею помощью, но походка его атактическая; онъ держитъ ноги врозь и глядитъ внизъ, боясь упасть. Онъ не можетъ ходить съ закрытыми глазами. Отдѣльныя движенія нижними конечностями представляютъ признаки разстройства кординаціи движеній. Съ закрытыми глазами больной въ точности не знаетъ положенія своихъ конечностей. Боли въ ногахъ. Кожная анестезія въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ, неправильно роспредѣленная. Мускульная гиперaлгезія. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ гиперaлгезія кожи. Чувство температуры разстроено въ обѣихъ ногахъ; прикосновеніе холода онъ чувствуетъ; прикосновеніе къ теплому предмету даетъ ощущеніе электрическаго толчка. Есть замедленіе въ проведеніи болевыхъ ощущеній.

Сухожильные рефлексы отсутствуютъ, кожные нормальны. Зрачки реагируютъ нормально на свѣтъ и аккомодативные импульсы. Органы спеціальныхъ чувствъ нормальны. Умственныя способности разстроены характерно для алкогольнаго паралича. Больной раціонально отвѣчаетъ на вопросы, но память его постоянно измѣняетъ, и онъ то и дѣло впадаетъ въ заблужденія. Такъ онъ говоритъ, что выходитъ ежедневно гулять, разговариваетъ съ другими больными, хотя ничего этого нѣтъ. На дальнѣйшіе вопросы онъ даетъ описаніе того двора, на которомъ онъ будто бы гуляетъ, и передаетъ подробности своего разговора съ больными (котораго никогда не было) съ удивительною ясностью и живостью.

Въ органахъ груди и живота ничего особеннаго. При изслѣдованіи электросократительности обнаружена реакція перерожденія въ mm. peronei.

KSZ при 30 эл.
ASZ — 25 „

Этотъ случай Dreschfeld считаетъ за случай смѣшанный—алкогольной атаксіи и паралича.

Кромѣ того, въ той же статьѣ Dreschfeld'а описаны три случая алкогольной атаксіи, въ которыхъ совершено не было замѣтно параличныхъ явленій.

Всѣ эти случаи приведены въ работѣ Leval-Picquechef („Des pseudo-tabes"). Въ одномъ изъ нихъ было замѣчено и разстройство памяти. Одинъ изъ случаевъ кончился летально. Въ нервной системѣ оказались измѣненія только въ периферическихъ нервахъ; большое число нервныхъ волоконъ было перерождено, количество ядеръ неврилеммы было увеличено. Во многихъ перерожденныхъ волокнахъ осевой цилиндръ былъ цѣлъ.—Соединительная ткань нервнаго ствола тоже измѣнена.

Случай Dr. Broadbent'a.

(Сообщенъ въ Королевскомъ Медико-хирургическомъ Обществѣ въ январѣ 1884 г.—„The Lancet" 1884, 294.)

82. Больной 42 лѣтъ, съ юношества привыкшій находить удовольствіе въ винѣ человѣкъ неподвижный, домосѣдъ, проводилъ время въ томъ, что читалъ и пилъ портвейнъ.

Въ 1875 году его лѣчилъ Dr. Harrison какъ дипсомана. Никогда не страдалъ онъ рѣзко выраженною формой delirii trementis, но сна лишился уже давно. За нѣсколько мѣсяцевъ до начала описываемой болѣзни у него было ослабленіе умственныхъ способностей. Параличъ наступалъ постепенно; окружающіе замѣтили, что руки его ослабѣли въ теченіе двухъ недѣль, но еще за нѣсколь-

ко дней до первой консультаціи Dr. Broadbent'a съ др-мъ Гаррисономъ, т.-е. до 3 апрѣля, больной могъ держать бумагу и могъ свободно подносить питье къ губамъ. Но съ этого времени параличъ сдѣлался особенно рѣзко выраженъ въ разгибателяхъ предплечья, такъ что обѣ ручныя кисти отвисли. Сгибатели были также слабы, но не въ такой степени. Мускулы туловища тоже ослабѣли. Хотя движенія ногами частью и совершались въ постели, но вставать онъ не могъ; колѣннаго рефлекса не было, тогда какъ кожные рефлексы съ подошвы были очень замѣтны.

Чувствительность не была ослаблена, сфинкторы не поражены. Руки были блѣдны и отекли; ступни быстро отекали, когда висѣли. Пульсъ частый, слабый, маленькій, но правильный. Первый тонъ сердца коротокъ; второй тонъ быстро слѣдуетъ за нимъ. Шумовъ нѣтъ. Черезъ недѣлю параличъ усилился настолько, что больной не могъ пошевелить руками, не могъ согнуть ногъ въ колѣняхъ. Діафрагма тоже парализовалась, вслѣдствіе чего дыханіе стало тяжело и больному стало трудно говорить. На слѣдующій день нижнія ребра, которыя наканунѣ правильно поднимались и опускались, стали подниматься только вертикально во время вдыханія. Смерть отъ асфиксіи послѣдовала 11 апрѣля.

При аутопсіи спинной мозгъ, который одинъ только позволили вскрыть, оказался очень блѣднымъ; его консистенція нормальна, и микроскопическое изслѣдованіе не обнаружило никакихъ измѣненій. Нервы не были изслѣдованы.

Наблюденія Dr. Hadden'a *).

83. 1) Женщина 33 лѣтъ, замужняя, поступила въ госпиталь Св. Ѳомы 7 апрѣля 1883 года.

Давно пьянствовала, но особенно сильно послѣдніе 12 мѣсяцевъ. Беременности не было.

Четыре мѣсяца назадъ у нея появились головныя боли и дерганія въ лицѣ и рукахъ. Повидимому, нѣсколько разъ были припадки безсознательнаго состоянія съ судорогами, похожими на эпилептическія. Мѣсяца 3 назадъ ослабленіе памяти. За 10 дней до поступленія у нея отекли ноги. При поступленіи замѣченъ былъ отекъ голеней и бедръ и задержаніе мочи. Голени были почти парализованы, колѣнное явленіе отсутствовало.

Былъ бредъ. Увеличеніе печени. Чувствительность сохранена. Параличъ рукъ и ногъ увеличился; реакція на индуктивный токъ исчезла. Впослѣдствіи замѣчено было замедленіе въ проводимости ощущеній. Передъ смертью было небольшое повышеніе температуры. При вскрытіи найдено: туберкулезъ почти во всѣхъ внутреннихъ органахъ. Головной мозгъ продолговатый и спинной не представляли никакихъ измѣненій. Нервы не были изслѣдованы.

84. 2) Женщина 42 лѣтъ, имѣвшая 7 человѣкъ дѣтей. 2 мѣсяца назадъ у нея было маточное кровотеченіе послѣ преждевременныхъ родовъ. Съ годъ назадъ у нея былъ бредъ, который и обнаружилъ, что она порядочно пьянствовала. Ноги ослабѣли за три мѣсяца до поступленія больной, такъ что въ послѣднія 6 недѣль она не могла ходить безъ помощи. При поступленіи жаловалась на жестокія боли, начинавшіяся въ большихъ пальцахъ ногъ, переходившія въ бедра и явившіяся пароксизмами. Въ рукахъ и ногахъ ощущеніе скрученности, связанности. Испражненія и мочеиспусканія произвольны, правильны. Сонъ плохой; ночью бредила. Руки были очень худы, кисти опущены. Всѣ мускулы рукъ были слабы, но экстензоры слабѣе, чѣмъ флексоры. Рефлексы отсутство-

*) l. c. „Lancet" 1884.

вали, мышечное чувство не поражено. Большая слабость въ мышцахъ туловища. Голосъ слабъ; кашель. Анестезіи не было, а кожные рефлексы отсутствовали. Голени очень худы, согнуты, крайне болѣзненны при дотрогиваніи и движеніяхъ. Передъ смертью появились bullae на голеняхъ. При вскрытіи найдено: bronchopneumonia, cirrhosis hepatis. Атрофія мозга въ лобной части. Сѣрое вещество въ верхней спинной и шейной части спиннаго мозга представляется неяснымъ (obscure) (вѣроятно посмертное явленіе, — говоритъ авторъ). Твердая оболочка спиннаго мозга тонка и блѣдна. Правый сѣдалищный нервъ тоньше нормальнаго. Endoneurium и neurilemma сильно утолщены; въ perineurium это не замѣтно. Измѣненія въ нервныхъ волокнахъ были почти исключительно въ міэлиновой оболочкѣ. Во многихъ мѣстахъ рѣзко замѣтно было увеличеніе соединительной ткани, а осевые цилиндры были лишены міэлиновой оболочки. Измѣненія въ большей степени замѣчались въ центральныхъ пучкахъ нервнаго ствола, гдѣ также наблюдались пучки вновь сформировавшейся соединительной ткани. N. medianus (правый) представлялъ тѣ же измѣненія, хотя менѣе выраженныя. Въ мускулахъ рѣзко замѣтны были ядра; мышечныя ядра увеличены. Нѣкоторыя волокна атрофированы.

Dr. Hadden *). въ засѣданіи Лондонскаго Патологическаго Общества 21 декабря 1886 г. сообщилъ еще 3 случая алкольнаго паралича, окончившіеся смертью:

85. 1-й случай. Больная 27 лѣтъ, злоупотребляла спиртными напитками въ продолженіе многихъ лѣтъ. У нея развился параличъ нижнихъ конечностей съ атрофіей и потерей электросократительности. Чувствительность не растроена. Чахотка. Спинной мозгъ при вскрытіи оказался здоровымъ. Въ периферическихъ нервахъ—распаденіе міэлина, исчезновеніе осеваго цилиндра. Разращеніе ядеръ. Въ мускулахъ развитіе ядеръ сарколеммы и соединительной ткани; по мѣстамъ атрофія волоконъ.

86. 2-й случай. Женщина 44 лѣтъ, страдавшая алкогольнымъ параличомъ около мѣсяца: спинной мозгъ здоровъ; явленія интерстиціальнаго и паренхиматознаго неврита. Мускулы перерождены. Чахотка.

87. 3-й случай. Больной 56 лѣтъ. Умеръ отъ чахотки. Спинной мозгъ здоровъ. Въ нервахъ и мышцахъ тѣ же разстройства.

Наблюденія Dr. Buzzard'a *).

88. 1) Больная—леди, употреблявшая спиртные напитки въ большомъ количествѣ. У нея явились сильныя боли въ ногахъ и слабость въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ. Кисти рукъ были опущены, и больная не могла ихъ выпрямлять. То же самое было въ ступняхъ. Сознаніе очень спутано, память ослаблена. Функціи мочеваго пузыря и прямой кишки не разстроены. Гиперальгезія въ ногахъ очень велика. Боли очень жестоки. Въ теченіе нѣкотораго времени развилась атрофія въ мышцахъ рукъ и голеней. Руки приняли характерную форму main en griffe. Употребленіе спиртныхъ напитковъ было ограничено. Больная поправилась, но потомъ снова начала пить.

89. 2) Больная женщина 35 лѣтъ. Болѣзнь началась чувствомъ онѣмѣнія и покалыванія въ ногахъ. Затѣмъ явились сильныя боли въ конечностяхъ, гиперал-

*) «The Britisch Medical. Journal» 1 Jan. 1887, p. 15. Описаніе этихъ случаевъ получено мною уже во время печатанія работы.

**) „On some forms of Paralysis from peripheral Neuritis". The Harveian lectures for 1885.—„Lancet" 1885. Sep. 1886. London. Churchill.

гезія кожи, чувство—точно ее сдирають съ тѣла. Затѣмъ появилась слабость въ ногахъ, такъ что больная могла ходить только съ поддержкой, а наконецъ и совсѣмъ слегла въ постель. При этомъ ноги были согнуты въ колѣнахъ; ступни едва двигались. Безсонница; ночью представлялись разные предметы; но утромъ бывали рвоты.

90. 3) Больной 43 лѣтъ, potator въ продолженіе многихъ лѣтъ. У него была parallezis съ сильными болями въ конечностяхъ и параличомъ мочевого пузыря. За 10 лѣтъ до этого будто бы былъ такой приступъ, кончившійся выздоровленіемъ. На этотъ разъ вино тоже было устранено отъ больнаго, и онъ поправился; но затѣмъ стало снова нить и ломерь.

91. 4) Вдовица 35 лѣтъ, несомнѣнная алкоголичка. Въ продолженіе 6 мѣсяцевъ развилась слабость въ нижнихъ и верхнихъ конечностяхъ. Въ нижнихъ конечностяхъ особенно болей при поражены экстензоры стопы; мускулы были худы, атрофированы какъ въ ногахъ, такъ и въ рукахъ (interossei). Ощущеніе тяжести въ ногахъ, точно онѣ налиты свинцомъ. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. Спиртные напитки были устранены, и больная поправилась.

92. 5) Женщина среднихъ лѣтъ, страдала подагрой неоднократно въ головѣ, всѣдствіе чего употребляла спиртные напитки. Въ продолженіе этого поддержалась сильному моральному потрясенію и физическому утомленію. Послѣ этого ноги ее опухли и ослабѣли (сердце и почки въ порядкѣ). Затѣмъ явились рвота и діаррея; развилось психическое разстройство (потеря памяти и бредъ). Въ то же время больная страдала отъ жестокихъ болей въ суставахъ и мягкихъ частяхъ ногъ. Менструаціи прекратились въ послѣдніе 4 мѣсяца. Развились контрактуры. При осмотрѣ Dr. Buzzard'a два послѣдніе пальца на обѣихъ рукахъ были сведены. Ноги могла двигать, но движенія были ограничены. Контрактуры сгибателей. Quadriceps femoris и vastus рѣзко похудѣли. Musc. vastus internus реагируетъ только на очень сильный токъ. Ступни въ положеніи equino varus. M. tibialis anticus и extensor longus сокращаются отъ индуктивнаго тока. Peroneus longus не сокращается. Болизни поправились въ 2—3 года.

93. 6) Леди 37 лѣтъ, страдала сильными болями въ ногахъ и нарезомъ мышцъ голени на обѣихъ сторонахъ. Индуктивная сократительность частью уничтожена, частью уменьшена. Гиперэстезія конечностей нѣтъ.

Два года назадъ были также параличныя явленія въ нижнихъ конечностяхъ и слабость въ верхнихъ, небольшая анестезія въ ногахъ и нижней части туловища; боли были гораздо острѣе, чѣмъ теперь. Тогда больная поправилась въ теченіе года.

94. 7) Больной 36 лѣтъ, страдалъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ стрѣлкующими болями въ нижнихъ конечностяхъ. Затѣмъ развилось онѣмѣніе въ ногахъ и разстройство походки. На седьмомъ мѣсяцѣ болѣзни онъ поступилъ въ больницу. Походка его въ это время была характерна: ноги были раздвинуты, онъ ступалъ только на концы подошвъ, а пяткою не касался пола. Всѣдствіе этого туловище наклонялось впередъ, и онъ долженъ былъ быстро идти впередъ, чтобы не упасть. Съ закрытыми глазами шатался.

Ахиллово сухожиліе было напряжено, особенно слѣва. Въ постели онъ могъ двигать ногами, но разгибаніе ступней, особенно лѣвой, совершалось съ большимъ трудомъ. Электросократительность была потеряна въ мышцахъ ступней и голеней, а также въ mm. vasti съ лѣвой стороны (эти мышцы на правой сторонѣ сокращались при очень сильныхъ токахъ). Колѣнные рефлексы были рѣзко заняты, особенно съ лѣвой стороны, также какъ и локтие. При щекотаніи подошвъ получалось рефлекторное движеніе въ другой ногѣ. Брюшные ре-

флексы рѣзко выражены. Осязательная чувствительность не разстроена, хотя больной жаловался на онѣмѣніе въ ногахъ. Ischiadicus и tibialis болѣзненны при давленіи, тоже какъ и нижній отдѣлъ позвоночника. Руки были худы, но мышцы реагировали на электрическій токъ. Мышечная сила была ослаблена, но не очень. Больной имѣлъ слегка желтушный видъ; печень увеличена. Онъ страдалъ въ продолженіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ діарреей, утренною тошнотой и потерей аппетита. Въ мочѣ—сильное двуокисфосфатные сиритами напитками (10 пинтъ пива въ день и иногда виски). Два раза delirium tremens. При поздѣваніи онъ пива и лѣченіи электричествомъ онъ стали поправляться.

Кромѣ этихъ случаевъ, Buzzard тутъ же приводитъ еще два случая (стр. 83 и 104), гдѣ были рѣзко выражены явленія иноксестеннаго невритъ, происхожденіе котораго авторъ приписываетъ алкоголизму, но безъ достаточныхъ данныхъ для этого изъ анамнеза. Кромѣ того онъ приводитъ и одинъ случай алкогольной атаксіи.

Въ другой статьѣ Dr Buzzard: „Some points the pathology of multiple neuritis—The Britisch Med. Journ.“ (Jan. 1887, p. 12),—приведено, что:

95. **Hyla Greves** описалъ измѣненія найденныя въ двухъ случаяхъ алкогольнаго паралича, окончившихся смертью въ отдѣленіи д-ра Glynn'a въ Королевской Ливерпульской больницѣ.

Первая больная 48 лѣтъ. Болѣзнь началась съ delirium tremens, причемъ развились: нарезъ нижнихъ конечностей, отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ, боли при давленіи на мышцы, кожная анестезія, аналгезія, острыя боли въ нижнихъ конечностяхъ, пролежень на крестцѣ. При вскрытіи замѣчена „восходящая дегенерація въ мелкомъ отдѣлѣ, спинного мозга; остальные отдѣлы спинного мозга здоровы“. Периферическіе нервы, особенно кожные, рѣзко измѣнены. Въ аортная волокна совершенно атрофированы, въ другихъ дегенерація въ большей или меньшей степени. „Спинные узлы заднихъ корешковъ также измѣнены: перерожденіе многихъ клѣтокъ и увеличеніе соединительной ткани. Измѣненіемъ узловъ авторъ объясняетъ и восходящую дегенерацію“.

96. „Подобныя же измѣненія,—говоритъ авторъ,—найдены и въ другомъ случаѣ“

Американская литература.

Наблюденія Herny Hun.

(„American Journal of medic. sciences“ 1885. Apr. 372. — „Neurologisch. Zentrbl“. 1885, p. 378.)

97. 1) Мужчина 28 лѣтъ, не женатый, пьяница въ продолженіе многихъ лѣтъ. Простудя, всѣдствіе чего слабость и боли въ рукахъ и ногахъ. Въ теченіе недѣли не можетъ ходить, затѣмъ можетъ ходить, но при ходьбѣ должевъ быстро переставлять ноги, чтобы не упасть впередъ. Черезъ два мѣсяца значительное улучшеніе. — Черезъ нѣсколько времени всѣ прежніе симптомы снова вернулись: боли, онѣмѣніе, нарастаетъ въ рукахъ и ногахъ съ обѣихъ сторонъ; слабость, особенно въ ногахъ. Частый позывъ на мочу. Чувства вкуса нѣтъ; легкій нарезъ лѣвой половини лица. Мускулы лица и глазъ не поражены. Зрачки равномѣрны, реагируютъ хорошо. Больной не можетъ выпрямлять мизинцевъ на обѣихъ рукахъ. Рѣзко выражена атаксія движеній кисти лѣвой руки; въ правой атаксія выражена слабѣе. Атрофіи мускуловъ въ рукахъ нѣтъ. Значительная гиперестезія кожи. При столпіи все тѣло дрожитъ. Въ постели всѣ движенія возможны. Кожные рефлексы нормальны. Колѣнныхъ рефлексовъ нѣтъ.

Лѣченіе: kali jodat., strychn., фаредизація. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ полное поправленіе. Колѣнные рефлексы снова вернулись.

98. 2) Цирюльникъ, 28 лѣтъ. Исторія болѣзни такая же, какъ въ предыдущемъ случаѣ. Парезы въ рукахъ и ногахъ развивались точно такъ же. Тѣ же анестезіи и парестезіи. Кромѣ этого: потеря памяти и безсонница. Замедленія въ проводимости болевыхъ ощущеній нѣтъ. Ноги сильно похудѣли; атаксія выражена въ слабой степени. Движенія пальцевъ рукъ невѣрны. Колѣнныхъ рефлексовъ нѣтъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи атрофія прибавляется. Больной впадаетъ въ полукоматозное состояніе, въ которомъ и скончался.

Вскрытіе. Вены мягкой оболочки головнаго мозга сильно налиты. Увеличенное количество субарахноидальной жидкости на поверхности полушарій. Растяженія желудочковъ нѣтъ; небольшая атрофія извилинъ. Перерожденіе клѣтокъ въ извилинахъ рѣзко выражено. Спинной мозгъ не представляетъ уклоненій отъ нормы. Передніе рога совершенно нормальны. Микроскопическаго изслѣдованія периферическихъ нервовъ сдѣлано не было.

Наблюденіе Myles Standisch.

(„Boston med. and surgical Journal" 22 apr. 1886.—„Neurolog. Zentralblatt" 1886, p. 576.)

99. Больной 52 лѣтъ, врачъ, эпилептикъ, злоупотреблялъ спиртными напитками и табакомъ. Съ 1884 г., въ іюнѣ, ослабленіе зрѣнія, увеличившееся въ сентябрѣ. Въ это время зрѣніе = $^1/_{10}$. Скотома для зеленаго цвѣта, менѣе рѣзко для краснаго. Гиперемія сосочка. При продолжающемся abusus усилилась слабость въ ногахъ, а черезъ 6 мѣсяцевъ развился рѣзко выраженный парезъ съ атрофіей въ мышцахъ нижнихъ конечностей. Лѣвая рука тоже ослабѣла. Боли при давленіи и движеніяхъ. Анестезія. Слѣпота и атрофія papillae. Безсонница, маніакальное возбужденіе и спутанность сознанія. При лѣченіи kal. jod. общее улучшеніе настолько, что въ мартѣ 1886 г. могъ ходить по лѣстницѣ. Сила зрѣнія = $^1/_{10}$; нѣтъ цвѣтной скотомы; атрофія papillae все остается. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ.

Нѣмецкая литература.

Наблюденія Фишера.

(„Uber eigenthümliche Spinalerkrankung bei Trinkern von Georg Ficher.—Archiv für Psychiatrie", XIII, 1.)

100. 1) Г. 36 лѣтъ, поступилъ въ больницу 4 сентября 1879 года. Съ дѣтства не любилъ труда, всегда любилъ проводить время въ кофейняхъ, пилъ много пива, вина, кофе. Съ 1878 г. стало замѣтно измѣненіе въ его психическомъ складѣ. Онъ сталъ безучастенъ, очень вялъ, неподвиженъ, иногда сидѣлъ по цѣлымъ часамъ въ одномъ углу, ничѣмъ не интересовался. Память значительно ослабѣла. Вмѣстѣ съ этимъ явилась безсонница, такъ что больной почти не ложился въ постель. Больной сталъ физически тоже слабъ; походка стала невѣрная. Онъ сдѣлался импотентенъ; по временамъ бывали затрудненія въ выведеніи мочи, иногда ослабленіе слуха, блуждающія боли въ конечностяхъ, особенно въ суставахъ, преходящіе отеки въ тылахъ костей и въ ногахъ (бѣлка въ мочѣ не было); потеря аппетита; желудочный катарръ, частый пульсъ (100—120), повышеніе температуры.

Status praesens. Видъ вялый; рѣзко выраженная апатія, безучастность. Отвѣчаетъ только на самые необходимые вопросы; произношеніе не разстроено. Зрачки средней величины, плохо реагируютъ. Движенія глазъ правильны. Языкъ чуть-чуть дрожитъ при высовываніи. Въ рукахъ дрожанія нѣтъ. Походка тяжелая, шаткая. Недостаточная дѣятельность m. ileopsous. Съ закрытыми глазами ходитъ и стоитъ неувѣренно. Походка производитъ впечатлѣніе атаксіи и пареза. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. Механическое раздраженіе m. quadriceps невозможно. Чувство прикосновенія немножко измѣнено. Осязательные круги немного увеличены, но прикосновеніе и уколъ вездѣ на ногахъ хорошо ощущаются. Замедленіе въ проведеніи болевыхъ ощущеній (съ ногъ). Болевая чувствительность нѣсколько повышена. Чувство давленія и температуры не разстроено. Кожные рефлексы съ бедра и живота нормальны. Атаксіи не замѣтно ни въ рукахъ, ни въ ногахъ; только движенія медленны и безсильны. Со времени поступленія до 22 сентября у больнаго появилось лихорадочное состояніе съ дневными колебаніями отъ 37,9 до 38,8° (повидимому зависившее отъ состоянія кишечника). Аппетитъ былъ плохой; языкъ обложенъ; частые поносы. — 22 сентября къ означеннымъ нервнымъ симптомамъ присоединилось: рѣзкое похуданіе предплечія и соотвѣтствующій упадокъ мышечной силы. Давленіе на мускулы emin. thenar болѣзненно. Маленькіе пальцы не могутъ быть соединены съ указательными и находятся въ состояніи отведенія. Температура руки понижена. Электрическаго изслѣдованія не могло быть сдѣлано вслѣдствіе большой болѣзненности.

1 октября. Лихорадки въ теченіе нѣсколькихъ дней не было. Гастрическіе симптомы лучше; вообще чувствуетъ себя лучше. Психическое состояніе лучше: менѣе апатіи, юморъ. Движенія все болѣе и болѣе падаютъ. Ежедневно теплыя ванны.

20 октября. Больной можетъ ходить только съ помощью двухъ мужчинъ; ходитъ, какъ парализованный, волочитъ ноги, почти не отдѣляя ихъ отъ пола. Съ закрытыми глазами никакой перемѣны. Никакого сходства съ атаксіей теперь въ походкѣ нѣтъ. Сила болѣе уменьшена на правой сторонѣ, чѣмъ на лѣвой, именно сила m. ileopsoas и quadriceps. Сгибаніе стопы правой ноги очень слабо. Поднятіе ея вверхъ невозможно, также какъ и приведеніе и отведеніе; движенія пальцевъ слабы. Въ лѣвой сторонѣ—тѣ же параличныя явленія, но въ болѣе слабой степени. Мускулы икръ хорошо развиты, довольно плотны, не напряжены: функціи ихъ не соотвѣтствуютъ ихъ объему. Въ верхнихъ конечностяхъ парализованъ m. triceps; m. biceps слабо дѣйствуетъ. Supinatio слаба,—справа лучше, чѣмъ слѣва. Разгибаніе кисти слабо, сгибаніе немного сильнѣе. Сгибаніе пальцевъ едва возможно. Въ пальцахъ замѣтна небольшая контрактура, легко преодолѣваемая. Подкожный жиръ исчезъ. Несмотря на протестъ больнаго, произведено небольшое изслѣдованіе электросократительности на m. abductor digit minimi (при очень большомъ сопротивленіи въ кожѣ). Фаредическая сократительность отсутствуетъ. Гальваническая сократительность:

20 El — KSZ
26 El — ASZ
(сокращенія медленны)
30 El — ADTe
AOZ не является.

Простое прикосновеніе къ рукамъ болѣзненно, и при малѣйшемъ болевомъ раздраженіи больной кричитъ. Вслѣдствіе этого почти нельзя изслѣдовать чувствительность. Болевая чувствительность при этихъ прикосновеніяхъ является

только спустя 2—3 секунды послѣ прикосновенія раздражителя. Настоящіе же болевые раздражители (уколъ) вызываютъ чувство боли въ тотъ же моментъ вмѣстѣ съ рефлекторными движеніями въ рукѣ, тогда какъ рефлексы, слѣдующіе за простымъ тактильнымъ раздраженіемъ, но воспринимаемые какъ болевые, являются только въ моментъ ощущенія боли. Всѣ мускулы конечностей очень болѣзненны при давленіи. Психическое состояніе лучше, но замѣтно все-таки ослабленіе памяти,—повтореніе однихъ и тѣхъ же разсказовъ, ребяческое поведеніе.

1 ноября. За послѣдніе 3 дня значительное улучшеніе въ разгибателяхъ верхней конечности. Triceps дѣйствуетъ почти нормально; supinatio значительно лучше. Пальцы лучше двигаются. Улучшеніе болѣе выражено на правой сторонѣ. Въ нижнихъ конечностяхъ тоже лучше. Больной можетъ дѣлать нѣсколько шаговъ одинъ. Круги ощущенія немного увеличены. Простыя прикосновенія болѣзненны также и на ногахъ. Настоящее болевое раздраженіе чувствуется только черезъ $1^1/_2$ секунды. Рефлексы въ моментъ ощущенія. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ при уколѣ чувствуются два разновременныя ощущенія: ранѣе—простое прикосновеніе, позднѣе—болевое ощущеніе.

18 ноября. Больной можетъ ходить одинъ. Пальцы въ положеніи графа. На концахъ пальцевъ прикосновеніе чувствуется какъ боль. Рефлексы усилены,—на правой болѣе, чѣмъ на лѣвой сторонѣ. Никакой атаксіи въ рукахъ. Больной можетъ держать перо и писать хотя съ затрудненіемъ. Субъективное чувство холода въ голеняхъ. Замедленіе въ проведеніи тактильныхъ болевыхъ раздраженій со ступеней, причемъ тактильныя раздраженія болѣзненны. Психическое состояніе лучше,—болѣе живой интересъ къ окружающему, но память еще слаба.

Больной былъ отпущенъ домой и лѣчится дома. Улучшеніе понемногу подвигается.

19 марта 1880 г. Стоитъ съ закрытыми глазами совершенно хорошо; но ходитъ—нѣсколько широко разставляя ноги. Замедленія въ проведеніи чувствительности нѣтъ. Гипералгезія въ ступняхъ остается. Сократительность отъ индуктивнаго тока понижена.

24 марта. Электрическое изслѣдованіе: Въ нервахъ руки нормальная электрическая реакція, но AOZ не существуетъ. M. flexor digit. commun. лѣвой стороны: ASZ > KSZ; AOZ не существуетъ. Мускулы ручной кисти, thenar и interossei и lumbricales не сокращаются отъ электричества. Экстензоры на предплечьи: нормальная формула, но ASZ близко отъ KSZ; AOZ нѣтъ. Interos. extens. IV: ASZ > KSZ; AOZ нѣтъ. Легкая контрактура сгибателей вторыхъ фалангъ при слегка вытянутыхъ первыхъ фалангахъ. Мускулатура thenar плотна. Кожа блестяща на соотвѣтствующемъ мѣстѣ. Произвольныя движенія мускуловъ, входящихъ въ составъ eminentiae thenar, нормальны, въ противоположность состоянію электросократительности. Круги ощущенія немного увеличены. Гипералгезія въ кистяхъ рукъ и ступняхъ еще остается. Пателлярныхъ рефлексовъ не существуетъ.

5 мая. Улучшеніе продолжается. Ходитъ хорошо. Психическое состояніе несравненно лучше. Явились слабые пателлярные рефлексы въ ногахъ. Механическое раздраженіе мускуловъ еще не вызываетъ сокращенія.

18 августа. Общій видъ очень хорошій. Половая способность возвратилась и половыя потребности усилены (жена беременна). Память еще нѣсколько слабѣе прежняго, также какъ и интеллектъ. Пателлярные рефлексы нормальны. Механическое раздраженіе вызываетъ сокращеніе m. quadriceps. Сила и питаніе мышцъ кисти и стопы еще не вполнѣ возстановились. Небольшая гипералгезія въ конечностяхъ еще остается.

11 сентября. Полное возстановленіе нормальной электрической реакціи.

101. 2) Больной 44 лѣтъ, поступилъ въ іюлѣ 1880 г.; наслѣдственное расположеніе къ нервнымъ болѣзнямъ. Lues не было. Въ послѣдніе годы пилъ много пива и курилъ плохія сигары. Съ ноября 1877 года тоска, сердцебіеніе, трясеніе, ослабленіе памяти, преходящіе отеки въ конечностяхъ, легкая невралгія n. trigemini, безсонница и постепенно усилившаяся апатія. Былъ нѣкоторое время въ больницѣ, вышелъ оттуда, продолжая оставаться такимъ же апатичнымъ и, живя дома, пилъ до 12 литровъ пива въ день. Цѣлый день оставался дома подъ вліяніемъ болѣзненной идеи, что съ нимъ будетъ ударъ, если онъ выйдетъ на улицу. Въ послѣднее время сталъ слабъ на ноги, и ноги по вечерамъ стали опухать. Съ конца мая 1880 года походка стала быстро ухудшаться. Недѣли черезъ двѣ стали являться покалыванія въ конечностяхъ, онѣмѣніе и чувство холода въ нихъ. (Половая способность давно упала.) Вмѣстѣ съ этимъ anxietas praecordialis усилилась, усилился страхъ смерти.

Status praesens 2 іюля 1880 года. Больной съ тоскливымъ выраженіемъ въ лицѣ. Ходитъ съ поддержкою двоихъ; походка похожа на походку при далеко зашедшей атаксіи съ начинающимся параличомъ мускуловъ. Голени тащутся; однако при этомъ замѣтны нѣкоторыя неправильныя атактическія движенія,—ступни точно ощупываютъ почву прежде, чѣмъ тяжело опуститься, и разставлены широко кнаружи. Больной слѣдитъ глазами за каждымъ своимъ шагомъ. Съ закрытыми глазами безъ поддержки моментально падаетъ. Зрачки узки, не реагируютъ. Дрожаніе въ языкѣ; въ другихъ головныхъ нервахъ нѣтъ никакихъ разстройствъ. Въ лежачемъ положеніи оказывается, что движенія всѣ возможны, но они слабы, медленны и очень мало продолжительны. Мелкія движенія пальцами крайне неловки, рѣзко атактичны. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. Сила сжиманія слаба. Почеркъ угловатый, съ признаками трясенія (орѳографія правильная). Пишетъ не прямо, а подъ угломъ 90°. Локализація тактильныхъ ощущеній въ рукахъ довольно плоха, причемъ прикосновеніе сопровождается какимъ-то страннымъ ощущеніемъ. Замедленія въ проведеніи болевыхъ ощущеній нѣтъ. Въ колѣняхъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, прикосновеніе не ощущается совсѣмъ. На правомъ большомъ пальцѣ вслѣдъ за простымъ прикосновеніемъ послѣ тактильнаго ощущенія черезъ $1^1/_2$ секунды чувствуется рѣзкое болевое ощущеніе, вызывающее рефлекторное движеніе. Уколъ иглой чувствуется черезъ двѣ секунды. Чувство давленія хорошо. Ощущеніе положенія конечностей нормально. Плохо ощущаетъ полъ подъ ногами. Кромѣ легкаго ползанія мурашекъ въ ногахъ никакихъ субъективныхъ ощущеній нѣтъ. Пульсъ 125; тоны сердца глухи. Холодный потъ въ лицѣ. Моча нормальна. Позвоночникъ не болѣзненъ. Сфинкторы нормальны.

15 іюля. Со стороны психической никакихъ перемѣнъ; лежитъ въ постели, избѣгаетъ людей, требуетъ пива. Ходитъ получше, но долженъ непремѣнно смотрѣть на ноги. Съ закрытыми глазами шатается. Механическое раздраженіе не вызываетъ сокращенія мускуловъ. При этомъ замѣтно слѣдующее: при раздраженіи m. quadriceps (сильнымъ сжатіемъ) на правой сторонѣ сокращается m. ileopsous на лѣвой. Въ другихъ мѣстахъ такого перехода рефлекса на другую сторону не замѣтно: такъ, раздраженіе лѣвыхъ икроножныхъ мышцъ вызываетъ сокращеніе лѣвыхъ же ileopsous. Всѣ мускулы верхнихъ и нижнихъ конечностей очень болѣзненны при давленіи. Движеніе пальцами рукъ получше. Чувство прикосновенія въ рукахъ измѣнено. Круги ощущенія увеличены почти

вдвое. Тактильныя ощущенія отъ ножекъ циркуля вызываютъ болевое ощущеніе. Замѣчательно, что при небольшомъ разстояніи ножекъ циркуля эта боль незначительна, а при разстояніи 40 mm. она очень велика. Чувство боли является позднѣе чувства прикосновенія; иногда чувство боли является вдругъ спустя нѣкоторое время послѣ того, какъ ножки циркуля стоятъ на одномъ мѣстѣ. При прикосновеніи къ пальцамъ рукъ иногда являются движенія въ пальцахъ, *напоминающія атетозъ*. Въ ногахъ то же отношеніе тактильныхъ раздраженій къ болевымъ ощущеніямъ, но въ нѣкоторыхъ мѣстахъ есть полная анестезія. Кремастеръ-рефлексъ и рефлексъ живота усилены. Съ 20 по 24 іюля было лихорадочное состояніе (небольшое), легкая діаррея.

12 августа. Психическое состояніе то же,—плаксивость. Походка менѣе атактична. Бедра нѣсколько отбрасываются кнаружи при ходьбѣ; можетъ сдѣлать нѣсколько шаговъ съ закрытыми глазами. Сжиманіе руки слабо (на правой слабѣе, чѣмъ на лѣвой). Мускулы предплечья и ручной кисти еще слабы, хотя нѣсколько лучше,—можетъ брать въ руки вещи,—но мелкія движенія еще плохи. Въ ногахъ слабость m. ileops. съ обѣихъ сторонъ. M. quadriceps относительно лучше. Въ ступняхъ движенія есть, но не свободны. Разстройства координацій въ лежачемъ положеніи нѣтъ. Замѣтной атрофіи мускуловъ нѣтъ. *Чувствительность*. Въ кистяхъ рукъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ увеличеніе круговъ осязанія, гипералгезія; замедленія въ проведеніи чувствительности нѣтъ. Въ предплечьяхъ чувствительность нормальна. Въ ногахъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ прикосновеніе еще совсѣмъ не чувствительно, хотя сопровождается рефлексами. Часто тактильныя ощущенія вызываютъ боль, какъ и прежде. Если циркуль долго прикасается къ одному мѣсту, то спустя нѣкоторое время вдругъ является боль. Замѣтно, что на внутренней сторонѣ стопы чувствительность лучше, чѣмъ на наружной, гдѣ существуетъ мѣстами полная анестезія. Замедленіе въ проведеніи боли съ большаго пальца на 1 секунду. Передача рефлекса съ m. quadriceps dext. на ileopsoas sin. исчезла.

14 августа. Электрическое изслѣдованіе при очень затруднительныхъ условіяхъ дало слѣдующіе результаты:

N. ulnaris въ локтѣ—нормальная формула.

M. abduct. digit. min.:

Прав. Раздражается фаредическимъ токомъ только непосредственно съ его точки при RA. 8,0. Гальваническая сократительность слаба при 50 элементахъ. Слабое сокращеніе при замыканіи анода. KSZ нѣтъ.

Лѣв. Не изслѣдована вслѣдствіе постоянныхъ клоническихъ подергиваній.

M. interossei extern. I:

Прав. Far. E=7,0 RA; KSZ=ASZ (при 50 элемент.).

Лѣв. Far. E=7,0 RA; ASZ=KSZ при самыхъ сильныхъ токахъ.

Правый n. medianus на локтѣ: приблизительно нормальная формула; AOZ нѣтъ.

Прав. flex. digit. commun. фаред. E=4,0; KSZ=ASZ. Оба при 40 элементахъ. AOZ нѣтъ. Мелкіе мускулы, входящіе въ составъ eminent. thenar: фаредич. сократительности нѣтъ. Рѣзкая реакція перерожденія. Червеобразное протяжное сокращеніе. ASZ>KSZ; AOZ нѣтъ.

24 августа продолженіе. Прав. n. cruralis и m. rectus femoris вовсе не реагируютъ. На лѣвой ногѣ n. cruralis реагируетъ на фаред. токъ при 2,0 RA на гальваническій токъ KSZ при 55 элементахъ; ASZ тоже. ASZ < KSZ.—Лѣвый m. quadriceps отъ фаредическаго тока не сокращается. При 60 элементахъ слабый KSZ; ASZ при 50 сильнѣе KSZ.

18-го сентября. Больной ходитъ одинъ съ палкой съ закрытыми глазами; походка много лучше. Мускулы посильнѣе. Въ рукахъ мускулы функціонируютъ нормально. Легкій отекъ въ лодыжкахъ. На рукахъ мраморная краснота.

Правая нога. Тактильная чувствительность по краю стопы съ рѣзкимъ замедленіемъ проводимости, часто на 5—6 секундъ; но простыя тактильныя раздраженія не вызываютъ болеваго ощущенія. Болевое ощущеніе запаздываетъ только на $1/2$ секунды. Гипералгезія въ нѣкоторыхъ мѣстахъ еще существуетъ.

Лѣвая нога. По краю стопы почти полная анестезія къ осязательнымъ раздраженіямъ. Гипералгезіи почти нѣтъ. Проведеніе тактильныхъ ощущеній нормально. Послѣ укола надолго остается болѣзненность.

Правая рука. Чувствительность въ кистяхъ почти нормальна. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ около пальцевъ круги осязанія больше. Лучше всего въ ulnar'ной области. Послѣ укола долго остается боль.

Лѣвая рука. Чувствительность въ кистяхъ тоже почти нормальна, но лучше всего въ ulnar'ной области.

Жалобы на холодъ въ конечностяхъ.

Спитъ больной хорошо. Психическое состояніе гораздо лучше, хотя все еще сторонится людей.—11-го сентября. N. peroneus раздражается фаредическимъ токомъ. M. tibialis antic. dext. не раздражается при самыхъ сильныхъ токахъ. KSZ при 31, ASZ при 21 элементахъ. ASZ>KSZ; AOZ нѣтъ.

M. quadriceps dext. не сокращается ни отъ гальваническаго, ни отъ фаредическаго тока.—17-го сентября. N. crur. sinister: фаредическая сократительность=8,2. KSZ=ASZ при 40 элем. M. quadriceps sinist. не сокращается отъ обоихъ токовъ.—25-го сентября. Съ закрытыми глазами шатается при ходьбѣ меньше. Походка слегка паретичная, медленная. Можетъ всходить на лѣстницу. Замѣтно сокращеніе M. quadric. отъ механическаго раздраженія. Мускульная сила увеличилась. Стопа можетъ слегка приподниматься.

Правая нога. Тактильныя ощущенія замедлены въ проведеніи на 1 секунду. Круги осязанія расширены до 80—100 mm. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ гипералгезія.

Лѣвая нога. Довольно хорошее состояніе тактильной чувствительности. Гипералгезія почти только на большомъ пальцѣ. Отекъ въ ступняхъ (небольшой).

27-го сентября. M. gastrocn. dext. сокращается только при самомъ сильномъ индуктивномъ токѣ. KSZ=ASZ при 25 элементахъ. M. gastrocn. sin. не раздражается индуктивнымъ токомъ. KSZ при 28 элем., ASZ при 30 элем. KSZ=ASZ. Въ прав. emin. thenar. фаредическая сократительность есть при сильныхъ токахъ. ASZ является ранѣе, чѣмъ KSZ, и сильнѣе. Сокращенія червеобразны. M. abduct. digit. min. dext. сокращается отъ индуктивнаго тока. ASZ=KSZ; сокращеніе быстрѣе. Въ лѣвомъ emin. thenar. фаредическая сократительность при 9,0. KSZ при 29 элем., ASZ при 45 элем.

M. abduct. digit. minim. sin. Фаредическая сократительность при 10,0. KSZ при 36 элем., ASZ при 40 элем. M. flex. digit. com. dext.—нормальная формула. M. flex. digit. com. sin. KSZ=ASZ; nn. ulnares—нормальная формула.

12-го сентября (?). Въ послѣдніе дни безъ видимой причины сильнѣе приступы тоски. Ходьба похуже съ того же времени.

17-го октября. Опять приступы тоски. При дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ не найдено ничего новаго. Больной продолжаетъ быть очень плаксивъ, противится электрическому изслѣдованію.

21-го января изслѣдована сократительность mm. thenar.

Фаредическій токъ: прав. сторона 8,2, лѣвая—7,2; гальваническій токъ:

правая сторона KSZ при 30 элементахъ, ASZ при 50 элем.; KSZ=ASZ; лѣвая сторона KSZ при 50 элем., ASZ при 54 элем. KSZ = или < ASZ.

Къ началу 1881 года мускульная сила совершенно возстановилась. Больной ходитъ совершенно хорошо, только медленно, благодаря общей вялости. Психическое состояніе тоже вполнѣ нормальное. Въ половинѣ іюля 1881 года память стала получше; больной сталъ понемногу заниматься въ аптекѣ своего брата.

Наблюденія Моёли.

(„Casuistische Mittheilungen.—Charité Annalen“ 1883, стр. 552.)

102. 1) Больной 50-лѣтній мужчина, употреблявшій до 3 хъ кварть хлѣбнаго вина. Утренняя рвоти существуютъ съ давняго времени. Трясеніе только въ послѣдніе мѣсяцы. За 6 недѣль до поступленія въ больницу заболѣлъ на легкое утомленіе при ходьбѣ. Въ то же время сталъ очень забывчивъ, всѣдствіе чего потерялъ мѣсто привратника; сдѣлался совершенно апатиченъ. Половыя функціи исчезли. За три недѣли до поступленія въ больницу походка его быстро ухудшилась; дни три онъ могъ съ поддержкой сдѣлать нѣсколько шаговъ, а потомъ совсѣмъ не былъ въ состояніи ходить. Съ самаго начала болѣзни не было ни съ чѣмъ сравнимыхъ параличныхъ явленій онъ сталъ ощущать при попыткѣ ходить, а также и въ лежачемъ и сидячемъ положеніи, давящую боль въ икрахъ; насильныя перемѣщенія голеней были также болѣзненны. За недѣлю до поступленія сознаніе совершенно спуталось. Онъ не узналъ окружающихъ, всѣдствіе чего и поступилъ въ психіатрическое отдѣленіе 14-го августа 1882 года.

Status praesens. Сознаніе очень спутано. Больной не можетъ ориентировать, галлюцинируетъ, говоритъ про какихъ-то знакомыхъ, которые сму кажутся гдѣ-то здѣсь; впрочемъ, лежитъ спокойно въ постели. Со стороны органовъ чувствъ никакихъ разстройствъ. Зрительные сосочки нѣсколько блѣдны. Языкъ и руки немного трясутся. Инперванія глазныхъ яблокъ, лица, верхнихъ конечностей и туловища нормальна. Въ лежачемъ положеніи больной не можетъ приподнять правую голени надъ постелью; при этомъ нога всегда спибается въ колѣнныхъ. Согнутая въ колѣнныхъ ноги больной выпрямить не въ состояніи. Движенія въ мускулахъ стопы и пальцевъ довольно сильны. Ригидности въ суставахъ нѣтъ. Какъ разгибатели бедра, такъ и икры очень болѣзненны при давленіи; нервные стволы менѣе болѣзненны. Чувствительность кожи вездѣ совершенно нормальна. Хорошо опредѣлялись измѣненія въ положеніи конечностей. При щекотаніи подошвъ немного отдергиваетъ ихъ. М. extensor quadriceps очень уменьшенъ въ объемѣ; на ощупь съ обѣихъ сторонъ дрябълъ, точно такъ же, какъ икроножныя мышцы. При показываніи разгибателей голени (что очень болѣзненно) сокращеніе очень небольшое; колѣнный феноменъ отсутствуетъ.—Приводимый съ постели больной сейчасъ же опускается всѣдствіе того, что колѣни подгибаются. Электровозбудительность измѣнена только на бедрахъ. Раздраженіе n. cruralis вызываетъ только сокращеніе m. sartorius; но m. quadriceps—какъ при гальваническомъ токѣ, такъ и при фарадическомъ токѣ—замѣтно только слабыя медленныя сокращенія (на 5-й недѣлѣ паралича). При непосредственномъ раздраженіи мускула замѣтно слабое KaSZ. Фарадическій токъ при вышесказанной силѣ вызываетъ ничтожныя сокращенія. Въ теченіе слѣдующихъ недѣль сознаніе больнаго оставалось спутаннымъ; онъ галлюцинировалъ, иногда мочился подъ себя. Только въ началѣ октября (черезъ 10 недѣль отъ начала болѣзни) его психическое состояніе улучшилось.—Разгибатели бедра оставались еще атрофированы, хотя больной уже могъ разогнуть правую

ногу и хотя сила разгибанія была минимальная; лѣвая нога еще не разгибалась. Ext. carp. rad. фарад. 13, 5 RA, 20 El=26NA. Ext. quadriceps dext. фарад. 6,0RA; 20=30°NA. Реакція не всегда вызвается. KaSZ замѣтно при очень сильныхъ токахъ; всегда нѣсколько сильнѣе чѣмъ ASZ.—Сокращенія не очень медленныя. Въ началѣ ноября (черезъ 3 мѣсяца отъ начала болѣзни) больной могъ сдѣлать нѣсколько шаговъ. Въ лежачемъ положеніи могъ вытягивать ногу поперемѣнно сильно; лѣвую ногу могъ вытягивать, но слабо. При раздраженіи n. cruralis въ m. sartorius сокращенія являются при 10NA, и при большей силѣ тока являются сокращенія и въ аддукторахъ. При прямомъ раздраженіи m. quadric. всякое напряженіе lig. patellae является при 6RA. Психическое состояніе лучше, но больной забываетъ время и мелкія привлеченія, случившіяся въ теченіе дня. Воспоминаній о первыхъ недѣляхъ болѣзни не существуетъ. Въ серединѣ декабря больной можетъ ходить во комнатѣ небольшими шагами. Болѣзненности при давленіи на мускулы нѣтъ. Мускулы еще очень худы. Электровозбудительность мускуловъ на оба тока очень понижена, но преобладанія ASZ нѣтъ. Колѣннаго феномена нѣтъ.

21-го декабря выписался, такъ какъ психическое разстройство исчезло.

12-го января 1883 года. Больной очень забывчивъ. Стибаніе въ колѣнѣ съ лѣвой стороны еще слабо. Ходитъ можетъ больше, но скоро утомляется и на лѣстницы входитъ съ трудомъ; однако можетъ встать на стулъ безъ помощи рукъ. M. extens. quadriceps съ обѣихъ сторонъ еще значительно уменьшенъ въ объемѣ. Колѣнныхъ явленій нѣтъ. Электросократительность понижена.

M. tib. antic. 10RA. 20E=28°
Ext. carp. radi 13,0=32°
Ext. quadr. 9,0

Гальваническая сократительность тоже понижена.

103. 2). Больной, цирюльникъ, 34 лѣтъ, 3 раза имѣлъ delirium tremens. При поселѣнномъ юристъ слабой горячки были значительныя припадокъ. Онъ жаловался во временамъ на ряущія боли въ ногахъ, особенно въ лѣвой ступнѣ. Колѣнный феноменъ существовалъ. По выходѣ изъ больницы продолжалъ пить немного водки ежедневно. Лѣтомъ 1883 г. онъ сталъ по временамъ плохо видѣть, въ глазахъ мелькали искры. Въ началѣ октября—два пристуна общихъ судорогъ. Послѣ этого ряущія боли опять усилились, сталъ плохо ходить, особенно на лѣстницу. За два дня до своего поступленія (14-го октября 1883 г.) у него явились галлюцинаціи и развился алкогольный бредъ, продолжавшійся и въ больницѣ два дня.

18-го октября сознаніе было уже ясно; во внутреннихъ органахъ ничего особеннаго. Офтальмоскопическое изслѣдованіе показываетъ значительную бѣдность обѣихъ височныхъ половинъ сосочка зрительнаго нерва; замѣтно было ослабленіе силы зрѣнія и центральная скотома. Инперванія лица и рукъ нормальна (небольшое трясеніе); движенія удовлетворительныя. Въ ногахъ въ лежачемъ положеніи никакихъ болей; нѣтъ также и значительнаго измѣненія объема. Давленіе на мягкія части, особенно бедра, очень болѣзненно; давленіе на нервные стволы менѣе болѣзненно. Чувствительность кожи повидимому нормальна, потому что даже легкія прикосновенія ясно чувствуются и локализируются. Ясно отличаетъ головку булавки отъ острія, также какъ и разницы въ температурѣ. Гиперэстезіи нѣтъ; ощущенія положенія членовъ нормальны. Въ лежачемъ положеніи больной можетъ производить всѣ движенія ногами, но

*) „Charité Annalen“ 1884, р. 541.

сила ихъ уменьшена и сильнѣе всего въ лѣвомъ колѣнѣ. Онъ можетъ ходить безъ помощи, но съ большимъ трудомъ. Колѣнныхъ рефлексовъ нѣтъ. Въ началѣ ноября, несмотря на то, что движенія въ голеностопномъ суставѣ стали значительно тверже, слабость въ разгибателяхъ колѣна все увеличивалась. Мускулы голеней очень болѣзненны при давленіи; чувствительность кожи порядочна, хотя, впрочемъ, очень мелкія прикосновенія не ощущаются. Фаредическая электросократительность слегка понижена въ правомъ m. quadriceps femoris. Прямое раздраженіе гальваническимъ токомъ на правой сторонѣ даетъ нѣсколько медленное сокращеніе при нормальной формулѣ. Наоборотъ, слѣва экстензоръ сокращается очень медленно и преобладаетъ ASZ; фаредическая сократительность понижена очень значительно. Всѣ другіе мускулы нижнихъ конечностей, также и m. sartorius реагируютъ хорошо.

Середина ноября. Мускулатура разгибателей на бедрѣ, особенно съ лѣвой стороны, очень уменьшилась въ объемѣ. Пассивныя и активныя движенія ногою крайне болѣзненны. По временамъ сильныя боли въ икрахъ и пяткахъ. На лѣвой ручной кисти небольшой отекъ. Маленькія геморрагіи въ сторонѣ наружной лодыжки увеличились въ теченіе мѣсяца и образуютъ уже пятно величиною въ талеръ. Десна, несмотря на удовлетворительное питаніе, припухли, синевато-красны. Запаха изо рта нѣтъ.

Декабрь. Похуданіе разгибателей больше. Измѣненіе электросократительности также усилилось справа. Кровоподтеки распространились по всей лѣвой голени. Въ мочѣ и испражненіяхъ крови нѣтъ. Въ глазномъ яблокѣ офталмоскопъ открываетъ описанныя уже измѣненія. Аппетитъ рѣзко уменьшался. Явилась рѣзко-выраженная блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ, хотя больной не похудѣлъ. Изслѣдованіе крови подъ микроскопомъ не указываетъ ни на что ненормальное. Лихорадочное состояніе неправильнаго типа. Температура доходитъ до 39. Пульсъ до 100 въ секунду. Два раза носовыя кровотеченія. Въ концѣ мѣсяца появился бредъ.

Январь. Анемія и упадокъ силъ все увеличивались и больной скончался черезъ 3 мѣсяца послѣ появленія параличей.

Вскрытіе, произведенное Dr Jürgens'омъ дало слѣдующіе результаты:

Gastroënteritis catarrhalis. Degeneratio adiposa muscul. intestin. duodeni, jejuni et partialis ilei. Pneumonia fibrinosa levis lob. infer. utriusque. Haemorrhagia subcutanea et musculi cruris utriusque. Gingivitis levis ulcerosa. Pachymeningitis levis convexitatis fibrinosa haemorrhagia. На внутренней поверхности твердой оболочки ложныя перепонки соединительной ткани съ точкообразными свѣжими кровоизліяніями. Pia совершенно нормальна. Существо мозга совершенно блѣдно. Желудочки средней величины, растянуты водянистою жидкостью. Спинной мозгъ и его оболочки совершенно нормальны. Мускулатура переднихъ поверхностей бедра очень уменьшена въ объемѣ, грязно-бураго цвѣта. Periostium tibiae dextrae приподнятъ сверткомъ крови величиною въ 6 сантиметровъ длины, 3 сант. ширины и 0,5 сант. толщины. Какъ periostium, такъ и кость инфильтрированы излившеюся кровью. Въ колѣнномъ суставѣ немного жидкой крови. Въ существѣ os. tibiae никакихъ измѣненій. Костный мозгъ богатъ жиромъ, вездѣ желтаго цвѣта, не окрашенъ кровью. Мускулатура голени въ значительной части синевато-краснаго цвѣта. Мускулатура туловища и верхнихъ конечностей нормальна. Микроскопическому изслѣдованію были подвергнуты поясничная часть спиннаго мозга, передніе корешки, оба nn. crurales, одна изъ мускульныхъ вѣтвей лѣваго n. cruralis и мускулатура лѣваго m. vastus internus.

Въ спинномъ мозгу рѣшительно ничего не найдено. Передніе корешки въ ихъ внутри-мозговомъ отдѣлѣ совершенно нормальны. Въ разрѣзахъ стволовъ обоихъ nn. crurales находится значительное количество хорошо-сохранившихся нервныхъ волоконъ. Между ними неправильно разбросаны мѣста, окрашивающіяся темнѣе и содержащія въ значительномъ количествѣ ядра. Здѣсь уже нѣтъ нормальныхъ волоконъ. Тутъ попадаются неясныя круглыя контуры, иногда содержащія маленькій черный пунктъ въ серединѣ. Иногда и этого нѣтъ. Въ мускулахъ значительное увеличеніе межуточной жировой ткани. Рядомъ съ нормальными мускульными волокнами попадаются рѣзко-измѣненныя; нѣкоторыя изъ нихъ обнаруживаютъ еще продольную и поперечную полосатость, другія совершенно перерождены. Увеличеніе ядеръ во всякомъ случаѣ не бросается въ глаза.

Наблюденія Seeligmüller'a.

(Сообщены на Магдебургскомъ съѣздѣ 1884 г. *)

Seeligmüller наблюдалъ 4 случая алкогольнаго паралича. Изъ этихъ 4 случаевъ два составляютъ примѣры легчайшихъ формъ, два же самые тяжелые изъ спинномозговыхъ параличей пьяницъ. Фишеровскіе случаи, по мнѣнію автора, должны принадлежать къ среднимъ по степени. Описаніе случаевъ мы передадимъ словами автора:

104—105. Оба легкіе случая наблюдались у мужчинъ средняго возраста, которые по роду своихъ занятій должны были употреблять спиртные напитки: одинъ былъ торговецъ винами изъ Бордо, который употреблялъ много краснаго вина и коньяку; другой былъ водочный заводчикъ изъ Саксоніи, который при составленіи ликеровъ опредѣлялъ на вкусъ надлежащую пропорцію между эссенціей и спиртомъ и такимъ образомъ въ продолженіе 4-хъ лѣтъ выпивалъ каждый день до одного литра (?) спирту. Оба больные жаловались на одинаковые симптомы. Водочный заводчикъ, 52 лѣтъ, жаловался на жестокія блуждающія боли въ конечностяхъ и поясницѣ, на слабость ногъ, которая по временамъ ставила его въ невозможность стоять и ходить, на жженіе и онѣмѣніе въ ступняхъ. По совѣту Seeligmüller'a, оба они оставили свое занятіе. О торговцѣ винами онъ не имѣлъ потомъ извѣстій, а водочный заводчикъ совершенно выздоровѣлъ, какъ это сообщилъ автору его домашній врачъ.

106—107. „Два другіе случая въ своей клинической картинѣ совершенно подходятъ къ самымъ тяжелымъ случаямъ спинныхъ алкогольныхъ параличей. Въ обоихъ случаяхъ болѣзнь развилась у давнишнихъ потаторовъ средняго возраста, которые пили много пива, водки и рома въ теченіе многихъ лѣтъ. Въ обоихъ случаяхъ послѣ того, какъ нѣсколько разъ повторялась переходящая слабость въ ногахъ, въ одинъ день вдругъ развился параличъ обѣихъ нижнихъ, а вскорѣ затѣмъ и обѣихъ верхнихъ конечностей. Параличъ сопровождался жестокими болями въ конечностяхъ, которыя потомъ долгое время оставались въ формѣ чрезвычайной гиперестезіи большихъ нервныхъ стволовъ, и чувствомъ онѣмѣнія въ рукахъ и ногахъ, которое довольно скоро исчезло. За то въ очень скоромъ времени въ парализованныхъ конечностяхъ,—и я это считаю за характерный признакъ тяжелыхъ алкогольныхъ спинныхъ параличей,—развилась контрактура въ высокой степени въ формѣ грифа, контрактуры сгибателей въ кисти и

*) По бюллетенямъ съѣзда.

локтѣ—въ верхнихъ конечностяхъ и въ сведеніи ступни въ ногахъ. Возбудимость нервовъ и мышцъ относительно обоихъ токовъ понижена; реакціи перерожденія я не могъ констатировать. За то относительно скоро развилась атрофія мускуловъ въ парализованныхъ конечностяхъ. Пузырь и прямая кишка функціонируютъ всегда нормально; половая способность повидимому не была поражена. Очень рѣзко было замѣтно, какъ и въ случаѣ Фишера, что продолжительное прекращеніе злоупотребленія спиртными напитками сопровождалось постепеннымъ улучшеніемъ движеній, питанія мускуловъ и контрактуръ въ верхнихъ конечностяхъ, такъ что, напримѣръ, тяжелая контрактура въ правой рукѣ настолько уменьшилась, что больной могъ пользоваться своею рукой.

На основаніи такого теченія болѣзни я считаю себя вправѣ утверждать, что въ основѣ болѣзни лежатъ измѣненія въ спинномъ мозгу".

Наблюденіе R. Schulz'a.

(„Neurologisches Centralblatt" 1885, № 19.)

108. Больной 33 лѣтъ, музыкантъ, принятъ въ больницу 16-го сентября 1884 г. по поводу delirium tremens. Больной покоенъ, но сознаніе его настолько спутано, что анамнеза собрать нельзя. Только послѣ поправленія можно было собрать нѣсколько новыхъ свѣдѣній. Оказалось, что онъ происходитъ отъ здоровыхъ родителей; невропатическаго наслѣдственнаго предрасположенія нѣтъ. Онъ сильно пилъ и велъ вообще неправильный образъ жизни. Нѣсколько разъ страдалъ припадками delirii trementis. Lues не было. Въ концѣ августа сталъ страдать головокруженіемъ и слабостью въ конечностяхъ, которая все увеличивалась.

Status praesens. Больной апатиченъ, сознаніе спутано; отвѣты едва можно разобрать. Перкуссіи головы не вызываютъ боли. Галлюцинаціи зрѣнія, тяжесть головы. Рѣзкій strabismus convergens вслѣдствіе паралича n. abducentis съ обѣихъ сторонъ (справа сильнѣе). Зрачки довольно узки, одинаковы на обѣихъ сторонахъ, реагируютъ вяло. Сердце и легкія здоровы. При попыткѣ поставить больнаго колѣни быстро подгибаются. Мускулы рукъ и ногъ очень похудѣли, вялы. Сила очень понижена въ рукахъ и ногахъ. Чувствительность во всѣхъ четырехъ конечностяхъ сохранена. Нельзя констатировать, существуютъ ли боли или парестезія въ конечностяхъ. Повидимому, большіе нервные стволы не болѣзненны при давленіи. О существованіи атаксіи нельзя было составить мнѣнія. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. Брюшной рефлексъ и рефлексъ съ подошвы сохранены.

Дальнѣйшее теченіе. Больной оставался въ состояніи спутаннаго сознанія, самъ не могъ ѣсть, испражнялся и мочился подъ себя. Strabismus convergens усиливался, правый зрачокъ сдѣлался шире лѣваго.

25-го сентября. Электрическое изслѣдованіе показало значительное паденіе электрической возбудительности нервовъ и мускуловъ для обоихъ токовъ безъ качественнаго измѣненія.

29-го сентября. Больной впервые пожаловался на боли въ рукахъ и ногахъ. Появилось лихорадочное состояніе (38,4°), которое и продолжалось довольно долго, достигнувъ 4-го и 5-го октября 40,2°. При этомъ боли усилились, появилась опухоль и краснота различныхъ суставовъ, которая, впрочемъ, исчезла къ 12-му октября при употребленіи natri sallic. Въ это время strabismus convergens уменьшился, а похуданіе конечностей еще болѣе увеличилось. Второе электрическое изслѣдованіе, произведенное 15-го октября, тоже не обнаружило реакціи перерожденія. Состояніе больнаго понемногу улучшалось.

6-го ноября отмѣчено: сознаніе больнаго еще очень спутано. Физически значительно лучше; можетъ самъ ѣсть и пить, можетъ сидѣть въ постели и поднимать ноги. (Давался kal. jodat. въ небольшихъ дозахъ.)

9-го ноября. Сознаніе значительно яснѣе. Пателлярные рефлексы появились, хотя очень слабы. Мускульная сила лучше, особенно въ правой рукѣ. Испражненія и мочу удерживаетъ правильно. Nervi ischiadici и brachiales очень болѣзненны при давленіи. Анестезіи нѣтъ, легкія парестезіи. Начата ежедневная гальванизація. Состояніе больнаго постепенно улучшалось.

21-го ноября. Кожные рефлексы, подошвенные, брюшные и cremaster-рефлексы очень живы. Пателлярные рефлексы слабы. Атаксіи нѣтъ. Мускульное чувство нормально. Мускульная сила слаба, но, все-таки, больше прежняго. Окружность бедра—20 сантим., надъ caput. fibul. справа 36,5, слѣва 36 сантим. Окружность колѣна въ серединѣ patellae справа 32 сантим., слѣва 31 сантим. Окружность икры 24 сантим.; надъ malleolus internus справа 29 сантим., слѣва 28,5 сантим.

26-го ноября. Замѣчена фаредическая сократительность и начата фаредизація конечностей. Больной сталъ день-ото-дня крѣпче, свѣжѣе, сталъ вставать и немного ходить, хотя жаловался при этомъ на сильныя боли въ конечностяхъ. Походка была неловкая, ноги широко разставлены, шелъ онъ невѣрно, напоминая нѣсколько атактика. Мускулатура сдѣлалась крѣпче. Психическія разстройства исчезли.

9-го декабря. Изслѣдованіе офталмоскопомъ дало отрицательный результатъ.

Въ серединѣ декабря фаредическая и гальваническая реакціи совершенно нормальны. Больной всталъ съ постели, но жаловался еще на болѣзненность въ ногахъ, на болѣзненность при давленіи на большіе нервные стволы и искры въ глазахъ.

28-го января. Окружность бедра справа 41,5 сантим., слѣва 40,5; колѣна справа 35 сантим., слѣва 34 сантим.; икры съ обѣихъ сторонъ 34,5 сантим.

Больной вышелъ 16-го марта (вѣсъ 158 фунтовъ). Пателлярные рефлексы ясно выражены, но все еще слабоваты. Походка невѣрная, угловатая, съ отбрасываніемъ концовъ стопъ кнаружи, напоминала походку стараго танцмейстера.

Наблюденіе Strümpell'я. (Сокращено.)

(„Arch. für psych." XIV, p. 342 *).

109. Больной 47 лѣтъ, поступилъ 25-го ноября 1881 года, умеръ 13-го февраля 1882 года.

Potator, давно страдаетъ рвущими болями въ ногахъ. Съ годъ уже замѣтилъ слабость въ ногахъ и невѣрность походки. Съ полгода какъ состояніе здоровья рѣзко ухудшилось, такъ что больной не могъ выходить изъ квартиры въ продолженіе трехъ недѣль. Затѣмъ онъ сдѣлался безпокоенъ и по временамъ заговаривался.

При поступленіи слѣдующія явленія. Больной плохо оріентируется относительно времени и мѣста. Произношеніе медленное, но совершенно ясное. Зрачки нѣсколько узки, но реагируютъ. Обѣ руки лежатъ разслабленно около туловища. На тылѣ кистей небольшой отекъ. Въ плечѣ активныя движенія совершенно невозможны; въ локтѣ, кисти и пальцахъ едва замѣтныя движенія,

*) „Zur kenntniss der Multiplen degenerativen Neuritis".

особенно на лѣвой сторонѣ. Никакого напряженія нѣтъ. Чувствительность вполнѣ сохранена. Кожные и сухожильные рефлексы уничтожены.

Въ ногахъ замѣтны только ничтожныя движенія въ ступняхъ. Чувствительность нѣсколько понижена, хотя неравномѣрно: иногда уколы вызываютъ крикъ, иногда не чувствительны. Замедленіе въ проведеніи болевыхъ ощущеній. Кожные рефлексы сохранены. Bauchreflexe и cremaster-reflexe совершенно уничтожены. Атрофія мускуловъ рѣзко выражена, особенно въ m. deltoides и въ thenar и interossei. Въ ногахъ—въ quadriceps femoris и въ мускулахъ передней поверхности голени—фаредическая сократительность или уничтожена, или крайне уменьшена. Едва замѣтное сокращеніе замѣтно при раздраженіи n. cruralis и ulnaris. Гальваническая сократительность также большею частью уничтожена, хотя остаются нѣкоторые мускулы, которые даютъ сокращеніе отъ раздраженія нервовъ (катодъ > анода). При прямомъ раздраженіи мускуловъ почти вездѣ замѣтныя протяжныя сокращенія. Въ большинствѣ случаевъ ASZ ранѣе KSZ. Особенно замѣтна рѣзкая утомляемость мускуловъ при повторныхъ раздраженіяхъ. Механическая раздражительность мускуловъ сохранена.

Функціи мочеваго пузыря и прямой кишки нормальны. Пульсъ 124; температура 38,2°. Больной по ночамъ безпокоенъ, много бредитъ. Днемъ разсказываетъ о своихъ прогулкахъ, покупкахъ. Настроеніе довольно хорошее. Въ теченіе декабря и января состояніе больнаго было почти безъ перемѣны. Самостоятельныя боли стали меньше, за то поссивныя движенія болѣзненнѣе. Температура все высока; отеки въ конечностяхъ были довольно сильны.

11-го февраля. Кровавое испражненіе.

12-го февраля. Параличъ діафрагмы. Офтальмоскопическое изслѣдованіе показало атрофію наружныхъ частей обоихъ зрительныхъ нервовъ. 13-го февраля скончался.

Вскрытіе показало, кромѣ явленій туберкулеза легкихъ и кишекъ, въ нервной системѣ небольшое утолщеніе durae matris и piae cerebralis. Въ периферическихъ нервахъ макроскопически никакихъ измѣненій. При микроскопическомъ изслѣдованіи—дегенеративная атрофія многихъ нервныхъ волоконъ. На поперечныхъ разрѣзахъ на ряду со здоровыми волокнами попадаются группы рядомъ лежащихъ перерожденныхъ волоконъ. Ясно выраженныхъ интерстиціальныхъ измѣненій не замѣчено. Въ мускулахъ, во многихъ волокнахъ, неясная поперечная полосатость, увеличенное количество ядеръ. Въ спинномъ мозгу во всѣхъ разрѣзахъ нормальная картина, только въ нѣкоторыхъ разрѣзахъ изъ поясничной части попадались гангліозныя клѣтки въ переднихъ рогахъ нѣсколько закругленныя. Передніе корешки совершенно здоровы.

Наблюденіе Müller'a. (Сокращено.)

(„Arch. für psych." XIV, p. 670 *).

110. Больная 60 лѣтъ, пила водку въ большомъ количествѣ. За четыре мѣсяца до поступленія заболѣла бронхіальнымъ катарромъ и ревматизмомъ (?). Постепенно усиливались боли въ ногахъ, такъ что больная слегла. Въ то же время психическое состояніе рѣзко разстроилось,—она стала плаксива, забывчива и раздражительна. Въ іюнѣ она впала въ возбужденное состояніе и поступила въ психіатрическую клинику въ Страсбургѣ. При поступленіи психическое разстройство было очень рѣзко: больная давала спутанные отвѣты, смѣшивала

*) „Ein Fall von multiple Neuritis".

личности, зоветъ акушерку, будто бы она должна родить, и т. п. Иногда кричитъ отъ болей. Признаки амнестической афазіи. Сидѣть едва можетъ съ поддержкой. Конечности парализованы. Произвольныя движенія возможны въ плечевомъ суставѣ; въ локтѣ возможно сгибаніе, разгибаніе, пронація и супинація. Выпрямленіе руки, сгибаніе и разгибаніе пальцевъ почти невозможны. Въ ногахъ сгибаніе въ колѣнѣ немного лучше, чѣмъ разгибаніе. Мускулы стопы совершенно парализованы на обѣихъ ногахъ. Tremor незамѣтенъ. Грубыхъ разстройствъ чувствительности не замѣтно. Также нѣтъ никакихъ трофическихъ измѣненій (потъ, отекъ). На крестцѣ небольшой поверхностный пролежень.

Фаредическая реакція довольно хороша въ мускулахъ плеча, въ supinator longus, pronator teres, въ мускулахъ thenar и hypothenar. Она исчезла въ mm. extensor digit., extens. carpi и flexor. digit., также въ quadriceps femoris и всѣхъ мускулахъ голеней.

На гальваническій токъ мускулы реагируютъ вялыми сокращеніями; иногда KSZ=ASZ. Черезъ двѣ недѣли по поступленіи развилось затрудненіе дыханія и послѣдовала смерть.

При вскрытіи, кромѣ общаго туберкулеза и другихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ въ зависимости отъ туберкулеза, найдено: въ мускулахъ—въ нѣкоторыхъ волокнахъ—неясность поперечной полосатости; увеличенія ядеръ нѣтъ. Въ мускульныхъ нервахъ рѣзко выраженныя дегенеративныя измѣненія. Сосуды нервовъ и мускуловъ не представляютъ измѣненій. Въ болѣе крупныхъ стволахъ дегенеративныя измѣненія гораздо меньше. Крупные стволы богато окружены жиромъ.—Въ переднихъ и заднихъ корешкахъ спиннаго мозга никакихъ измѣненій не найдено.—Головные нервы (oculomotor., vagus) здоровы.—Въ продолговатомъ и спинномъ мозгу никакихъ измѣненій.

Наблюденія Löwenfeld'a. (Сокращено.)

(„Ueber multiple Neuritis Sep. Abdr. aus Aërtzl. Intel. Blatt", p. 30 *).

111. 1) Больная 32 лѣтъ, potatrix (еще до обѣда выпиваетъ 10 кружекъ пива). 8-го іюля 1882 года родила двойни; значительное кровотеченіе. Съ того времени стала жаловаться на слабость въ ногахъ и головокруженіе. Въ серединѣ августа судороги въ икрахъ и боли въ пальцахъ ногъ. Въ это время она не могла, не шатаясь, стоять съ закрытыми глазами. Слабость въ ногахъ постепенно увеличивалась. Въ то же время явилась неловкость движеній въ рукахъ. По временамъ бывалъ бредъ, безсонница. Боли въ ногахъ ожесточались къ вечеру.

Status praesens 29 сент. 1882 г. Въ головныхъ нервахъ никакихъ измѣненій. Мускулатура обѣихъ рукъ дрябла. Въ лѣвой рукѣ всѣ движенія въ плечѣ и локтѣ совершаются, хотя несильны. Въ кисти движенія ограничены, особенно pronatio и supinatio.

Сгибаніе пальцевъ слабо. Разгибаніе возможно только въ большомъ и указательномъ пальцахъ. Движенія большаго пальца также очень ограничены. Въ правой рукѣ движенія пальцами нѣсколько лучше.

Кромѣ того въ верхнихъ конечностяхъ замѣтна рѣзко выраженная атаксія. Больная не можетъ развязать узла, взять ножъ или вилку, донести ложку до рта.—Давленіе на мускулы нижнихъ конечностей очень болѣзненно. Муску-

*) Этотъ случай описанъ болѣе подробно авторомъ въ „Arch. f. psych." XV. l. c.

лы очень дряблы. Движенія въ тазобедренномъ суставѣ возможны, но слабы. Въ лѣвой стопѣ всѣ движенія очень ограниченны, но возможны; сгибаніе и разгибаніе пальцевъ едва возможно Въ правой ногѣ абдукція и аддукція невозможны; движенія пальцами немного лучше, чѣмъ на лѣвой сторонѣ. Больная можетъ подняться въ постели, но стоять и ходить не можетъ. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. Кожные рефлексы сохранены.

Чувствительность разстроена въ рукахъ, особенно въ кистяхъ; поражены всѣ виды чувствительности. Въ нижнихъ конечностяхъ чувствительность разстроена въ голеняхъ и ступняхъ. Замедленіе въ проведеніи ощущеній.—Болѣзненности при давленіи на позвоночникъ нѣтъ. При изслѣдованіи электросократительности мускуловъ конечностей встрѣчаются всѣ переходы отъ нормальной реакціи до полной реакціи перерожденія. Чаще всего замѣтна частичная реакція перерожденія.—Больная сама жалуется на стрѣляющія боли въ рукахъ, ногахъ и спинѣ, на различныя парестезіи.

Въ психической сферѣ глубокое ослабленіе памяти и подавленность.

Въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ больная поправилась и могла уже заниматься своими работами.

112. 2) (стр. 35). Больной 62 лѣтъ, potator (умѣренный). Въ сентябрѣ 1884 г. почувствовалъ слабость и боль въ ногахъ и спинѣ; походка стала тяжелая. Черезъ 3 недѣли появился бредъ, безъ лихорадки, галлюцинаціи зрѣнія (видѣлъ звѣрей). Слабость все увеличивалась, и больной слегъ; сначала были сильныя боли, потомъ боли стали менѣе. Изслѣдованіе автора, произведенное въ январѣ 1885 г., показало: психическаго разстройства нѣтъ; въ рукахъ никакихъ разстройствъ. Въ ногахъ ослабленіе мышечной силы; на лѣвой ногѣ пальцы совершенно не двигаются. Мускулы нижнихъ конечностей вялы, дряблы; особенно рѣзко похуданіе въ икрахъ.—Чувствительность въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, особенно въ подошвахъ, поражена. Кожные рефлексы съ подошвы слабы, запаздываютъ; пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. Атаксіи нѣтъ. Походка тяжелая, медленная; ступни поднимаются съ трудомъ. Давленіе на нервы и на позвоночникъ не болѣзненно. Функціи мочеваго пузыря и прямой кишки не поражены.

Наблюденія Lilienfeld'a.

(„Berliner Gesellschaft. f. Psych. und Nervenkrankheiten 13 Juli 1885.—Neur. Centr. bl." 1885, p. 352).

113. 26 лѣтній мужчина, съ невропатическимъ предрасположеніемъ, алкоголикъ въ продолженіе многихъ лѣтъ. 5 мѣсяцевъ назадъ почувствовалъ сильныя боли въ ногахъ, слабость, затѣмъ явился параличъ обоихъ nn. abducent., а черезъ 2 недѣли алкогольный бредъ съ разстройствомъ координаціи въ ногахъ, такъ что больной не могъ даже встать. Въ лежачемъ положеніи атаксіи не было. Сила мускуловъ въ ногахъ была очень ослаблена; въ нѣкоторыхъ мускулахъ былъ полный параличъ (разгибатели большихъ пальцевъ и 4 и 5 пальцы на лѣвой рукѣ), затѣмъ во многихъ мускулахъ парезы, атрофія и болѣзненность при давленіи. Электросократительность была частью уменьшена, частью совершенно уничтожена. Реакція перерожденія была только въ нѣсколькихъ мускулахъ. При этомъ разстройства движеній и питанія мышцъ не вполнѣ соотвѣтствовали по интензивности электрической реакціи, такъ что, наприм., реакція перерожденія въ нѣкоторыхъ мышцахъ, не парализованныхъ, а только паретичныхъ, была болѣе выражена, чѣмъ въ болѣе парализованныхъ.

На ряду съ этимъ были и разстройства чувствительности, рвущія боли, парестезіи, уменьшеніе осязательной и болевой чувствительности, особенно чувствительности къ индуктивному току при нормальномъ сохраненіи мышечнаго чувства. Въ обоихъ глазахъ былъ рѣзко выраженный neuritis optica. Зрачки реагировали нормально; пателлярныхъ рефлексовъ не было.

Пульсъ очень ускоренъ; вначалѣ повышеніе температуры по вечерамъ. Функціи мочеваго пузыря и прямой кишки нормальны. Уменьшеніе половой способности. Hyperhydrosis.

Всѣ явленія быстро улучшились. Со стороны психической долго оставалась слабость умственныхъ способностей и ослабленіе памяти. Параличъ nn. abducent. исчезъ вначалѣ, а затѣмъ и параличъ въ пальцахъ. Больной могъ скоро ходить, но походка его напоминала походку табетика. Трудныя движенія, какъ, наприм., вставанье на стулъ, оставались невозможными.—Съ закрытыми глазами рѣзко усиленная шаткость.

Наблюденія Oppenheim'a.

(„Beitrage zur Pathologie der multiplen Neuritis und Alcohollähmung.—Zeitschrift für Klinische Medicin" 1886, XI, 232.)

(Сокращено.)

114. 1) Больной 43 лѣтъ, potator давно, страдающій умѣренною рвотой. Въ сентябрѣ 1884 г. страдалъ delirio tremente; по окончаніи бреда развились онѣмѣніе и боли въ ногахъ, шаткость походки, по временамъ dyplopia. Въ августѣ 1885 г. снова delirium tremens.

Поступилъ въ больницу 22-го августа.—Послѣ первыхъ дней, въ продолженіе которыхъ былъ бредъ, больной сталъ жаловаться на большую тяжесть въ ногахъ, шаткость при ходьбѣ и диплопію.—Въ первые уже дни констатирована была paralysis nn. abducent., вялость реакціи зрачковъ, особенно на свѣтъ, разница ихъ въ величинѣ и рѣзко выраженный nystagmus. Въ то же время былъ парезъ экстензоровъ стопы на обѣихъ ногахъ; въ верхнихъ конечностяхъ параличныхъ явленій не было. Походка невѣрная, сильная шаткость съ закрытыми глазами. Пателлярныхъ рефлексовъ и cremaster-reflex'a нѣтъ.—Пузырь и прямая кишка не поражены. 10-го сентября больной перешелъ въ клиническое отдѣленіе уже безъ признаковъ психическаго разстройства; небольшая разница въ зрачкахъ еще оставалась, также какъ и nystagmus. Въ ногахъ констатированъ былъ параличъ mm. extensor digitorum commun. и extens. halluc. long.; m. tibialis antic. слегка дѣйствуетъ; походка шаткая.—Похуданіе мускуловъ. Реакція перерожденія въ mm. tibialis antic., extens. digit. commun., extensor halluc. longus; межуточная форма реакціи перерожденія въ nn. peronei. Чувствительность слегка измѣнена въ ступняхъ. Вслѣдъ за прикосновеніемъ является иногда запаздывающее ощущеніе боли. Давленіе на мускулы и нервы (peronei) болѣзненно. Иногда бываютъ боли въ ногахъ. Въ теченіе $2^1/_2$ мѣсяцевъ параличныя явленія почти исчезли, хотя слабость въ мускулахъ все еще оставалась. Nystagmus оставался. Черезъ 8 мѣсяцевъ отъ начала болѣзни вернулись пателлярные рефлексы.

115. 2) Больной 23 лѣтъ, страдающій туберкулезнымъ пораженіемъ правой верхушки. Лихорадочное состояніе между 38—39,5°. За три недѣли до поступленія въ больницу простудился, почувствовалъ боли въ ступняхъ и икрахъ и слабость во всѣхъ четырехъ конечностяхъ. Въ больницѣ констатировано было: парезъ мышцъ голени и ступни на обѣихъ сторонахъ, особенно разгибателей; реакція перерожденія въ парализованныхъ мышцахъ; потеря сухожильныхъ

рефлексовъ и сохраненіе кожныхъ. Чувствительность не разстроена, также какъ и функція мочевого пузыря. Вялая реакція зрачковъ и небольшой nystagmus.—Intelekt не поражень.—Въ теченіе двухъ мѣсяцевъ всѣ симптомы улучшились (ихорадочное состояніе въ это время прекратилось). Только пульсъ сдѣлался неправильнымъ и очень частъ.

116. 3) Больной 42 лѣтъ, potator (пиво и водка). За 4 года перхоть въ правой рукѣ, послѣ чего былъ здоровъ 4 года. За 7 недѣль до поступленія въ больницу послѣ простуды явилась вялость въ рукахъ и ступняхъ, шаткость походки. При поступленіи въ больницу констатирована атактическая походка, уменьшеніе силы мускуловъ стопы съ понижеміемъ электросократительности. Небольшая анестезія и гипералгезія въ ступняхъ. Сильныя боли въ икрахъ. Пателлярные рефлексы ослаблены. Психическія здоровъ. Черезъ 5 мѣсяцевъ отъ начала болѣзни совершенно выздоровѣлъ.

117. 4) Больной 34 лѣтъ, potator. Въ сентябрѣ 1888 года всѣдъ за простудой явились ревмія боли и нарестезіи въ лѣвой ногѣ и затѣмъ слабость въ обѣихъ ногахъ. Поступилъ съ явленіями delir. tremen. и рѣзкимъ замедленіемъ пульса. Послѣ прекращенія бреда развилась слабость въ ногахъ, особенно въ разгибательхъ ступни, преимущественно въ лѣвой ногѣ. Мускулы на лѣвой ногѣ дряблѣе, чѣмъ на правой. Хотя отъ гальваническаго тока мускулы лѣвой ноги сокращаются даже при меньшей силѣ тока, чѣмъ на правой сторонѣ, но сокращенія эти являются не во всей мышцѣ заразъ, а только въ одной какой-нибудь части мышцы. При неправномъ раздраженіи разгибателей лѣвой стопы—реакція перерожденія. Чувствительность слегка притуплена на лѣвой ступнѣ. Давленіе на n. ischiadicus sinister и на лѣвый n. cruralis очень болѣзненно. Пульсъ 88.—Nystagmus. Paralysis n. abducentis utriusque. Больной поправился въ теченіе двухъ мѣсяцевъ.

118. 5) Больной 32 лѣтъ, potator (пиво, коньякъ и водка). Въ половинѣ сентября явилась нарестезія въ 4 конечностяхъ, слабость въ ногахъ, затрудненіе походки. Всѣ явленія рѣзко ухудшились послѣ злоупотребленія напитками.

Въ октябрѣ слабость въ ногахъ настолько увеличилась, что больной не могъ ходить. Въ теченіе 2 мѣсяцевъ пребыванія въ больницѣ онъ настолько поправился, что могъ ходить понатыкаясь, особенно съ закрытыми глазами. Въ это время наблюдалъ его Oppenheim. Пателлярныхъ рефлексовъ не было; была слабость въ разгибателяхъ голени; электросократительность нормальна; небольшая анестезія и гипералгезія въ периферическихъ отдѣлахъ конечностей. Давленіе на нервы болѣзненно. Mydriasis, разстройство аккомодаціи (повидимому двоеніе).

Больной поправился довольно быстро.

Наблюденіе Siemerling.

(Сообщено 14 декабря 1885 г. въ Берлинскомъ Психіатрическомъ Обществѣ.—„Arch. f. Psychiatrie“. XVII, p. 291.)

119. Больная 34 лѣтъ, potatrix. При поступленіи быть бредитъ, ужасе, ялко реагирующіе зрачки и парезъ нижнихъ конечностей. Она могла ходить только съ поддержкою, высоко поднимая ноги и сильно топая. Чувствительность кожи и мускуловъ была сильно повышена. Больная умерла при явленіяхъ коллапса. При вскрытіи нашли измѣненія въ органахъ, свойственныя хроническому алкоголизму. Спинной мозгъ, передніе и задніе корешки здоровы. Напротивъ, въ n. cruralis и ischiadicus было найдено рѣзко выраженное перерожденіе, особенно въ мускулахъ лѣтазъ. Кромѣ того въ m. rect. femoris и регоп. значительное увеличеніе ядеръ въ мышечныхъ волокнахъ.

Наблюденіе Bernhardt'a.

(„Ueber die multiple Neuritis der Alcoholisten.—Zeitschrift f. Klin. Med.“ XI, 4, 1886.) (Сокращено.)

120. Больная женщина 40 лѣтъ, пила ежедневно много пива и стаканъ рому. Съ начала 1885 года почувствовала различныя странности. Зимой 1885—86 года явились галлюцинаціи зрѣнія и слуха, частью веселаго содержанія (пѣніе), частью страшнаго (воры, убійцы). Лѣтомъ 1885 года появился скоро преходящій параличъ глазныхъ нервовъ, а затѣмъ слабость въ ногахъ. Психическое возбужденіе увеличивалось. Въ сентябрѣ 1885 года перестала ходить; вмѣстѣ съ тѣмъ памяти настолько ослабѣла, что она послѣ обѣда забывала то, что было до обѣда.

Въ декабрѣ 1885 г. видѣлъ ее авторъ. Ноги были согнуты въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ; стопы вытянуты и повернуты внутрь. Активныя движенія могутъ совершаться въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ, но слабо. Активное разгибаніе стопы и пальцевъ невозможно. Попытка произвести пассивныя движенія вызываетъ болѣзненный крикъ. Мускулы бедра и голеней похудѣли, особенно m. quadriceps и верхняя голени; при давленіи болѣзненны. Въ верхнихъ конечностяхъ движенія возможны въ плечѣ и локтѣ; на правой сторонѣ немного лучше, чѣмъ на лѣвой. Пассивныя движенія болѣзненны. Mm. interossei нѣтъ. Чувствительность нижнихъ конечностей уменьшена; однако уколъ булавкой чувствуетъ, а индуктивнаго тока не чувствуетъ. Электросократительность нормальна въ deltoides, biceps, но очень слаба въ мускулахъ предплечья, не исключая и m. supinator. Въ этихъ мышцахъ при прямомъ раздраженіи гальваническимъ токомъ являются вялыя сокращенія. M. quadriceps не реагируетъ вовсе на индуктивный токъ, также какъ и на мускулы, иннервируемые n. peroneus. Отъ гальваническаго тока при прямомъ раздраженіи получается только вялыя сокращенія, притомъ при значительной силѣ тока. ASZ = KSZ. Пателлярныя рефлексы и рефлексъ съ Ахиллова сухожилія нѣтъ; кожные замѣтны. Мочевой пузырь и прямая кишка не поражены. Понемногу больная стала поправляться.

Случай Halla.

(„Ein Fal von atrophisch. Spinalparalyse der Erwaschnen. — Prager. Med. Wochenschr.“, №№ 12 и 13.)

121. Больной L., 38 лѣтъ, принятъ въ клинику 20 октября 1881 года съ пораженіемъ 4 конечностей и рѣзко выраженными delir. trem. Potator. Жена его сообщила, что онъ пилъ очень много и часто съ утра бывалъ уже пьянъ. Лѣтомъ 1881 г. онъ жаловался на слабость и на боли въ конечностяхъ. За три недѣли до поступленія въ больницу онъ упалъ безъ памяти на дорогѣ, будучи пьянъ.

13 октября жаловался на сильныя боли въ голеняхъ и болѣзнь частью ледяѣ въ постели. Ноги были такъ слабы, что онъ могъ ходить только съ поддержкою; онѣ подгибались въ колѣняхъ. Съ того дня онъ слегъ, часто жаловался на жаръ и знобь и сильно бредилъ. Черезъ нѣсколько дней онъ уже совсѣмъ не могъ вставать, а 15 октября сълъ у него припадокъ потери сознанія, но безъ судорогъ. Бредъ продолжался, сознаніе затемнялось, однако больной выражалъ потребность мочиться и испражняться. Coitus не былъ 4 мѣсяца. Когда больной находился въ отдѣленіи больницы, у него было ихорадочное состояніе.

20 и 21 октября темпер. 38,4 и 38,5.

25 октября отмѣчено, что онъ не можетъ стоять, надѣть на колѣни, но еще нѣкоторыя движенія въ ногахъ возможны. Атрофія нѣтъ. Чувствительность нижн-

нихъ конечностей сохранена. Сила верхнихъ конечностей достаточна,—впрочемъ и въ нихъ есть слабость,—разстройство координаціи движеній и трясеніе.

28 октября переведенъ въ клиническое отдѣленіе. Психическая дѣятельность очень разстроена. Путаетъ отвѣты, хотя иногда при напряженіи вниманія отвѣчаетъ правильно. Но безъ этого впадаетъ въ тихій бредъ, галлюцинируетъ, видитъ вездѣ знакомыхъ особъ, говоритъ о выпивкѣ, о трактирахъ. Ночью безпокоенъ, хочетъ бѣжать. Верхнія конечности въ постоянномъ движеніи, — больной старается что-то искать. Движенія невѣрны; рѣзко замѣтно трясеніе. Въ нижнихъ конечностяхъ тоже иногда замѣтно трясеніе.

Status praesens 29 октября 1881 года. Хорошее сложеніе. Довольно развитой жирный слой. Черепъ нормальный. Движенія головы совсѣмъ хороши. Глаза симметричны. Офтальмоскопическое изслѣдованіе даетъ нормальные результаты. Зрачки реагируютъ хорошо. Языкъ обложенъ бѣлымъ налетомъ, двигается хорошо. Слабый аппетитъ. Дыханіе спокойно, 18 въ минуту. Эмфизема. Мелкіе хрипы; тоны сердца чисты. Пульсъ 108 — 130. Темп. 37,7. Не можетъ ходить и сѣсть въ постели; едва приподнимается съ помощью рукъ. Лѣвая рука можетъ быть вытянута и хорошо отводится. Сгибаніе въ локтѣ совершается сильно, сокращеніемъ m. brachial. intern. (m. brachioradialis слабъ). Кисть отвисаетъ, поднять ее онъ не можетъ. Extens. carpi rad. et ulnaris очень слабы. Extensor. digit. commun. совсѣмъ не дѣйствуетъ; только указательный палецъ немного выпрямляется. Большой палецъ находится въ состояніи постоянной аддукціи и оппозиціи, не можетъ быть разогнутъ активно и отведенъ.

Такимъ образомъ параличныя явленія существуютъ въ mm. brachioradialis, extensor digitor. commun., extens. poll. longus et brevis, extensor carpi rad. et ulnaris, abducens pollicis longus, flexor pollic. и нѣкоторыхъ mm. interossei.

Въ правой рукѣ паретиченъ extens. digitor. commun., а extensor carpi radialis совершенно парализованъ. Въ другихъ мышцахъ сила ослаблена, но рѣзкаго паралича нѣтъ.

Нижнія конечности лежатъ неподвижно. При лежаніи на спинѣ можетъ чуть-чуть вытянуть лѣвую ногу; если поддержать колѣно, то adductores femor. и sartorius немного сокращаются, а quadriceps совершенно не сокращается. Бедро пригибается къ животу до прямаго угла. Разогнуть ногу изъ такого положенія самому больному не удается; при этихъ попыткахъ напрягается только m. tibialis antic., а quadriceps—нѣтъ.

Поднятіе ступни возможно сокращеніемъ m. tibial. anticus. Другія мышцы передней поверхности голени не дѣйствуютъ совершенно. Мускулы икры совершенно не дѣйствуютъ. Мускулы разслаблены, болѣзненны на ощупь. Отведеніе бедра совершается сильнымъ сокращеніемъ m. tensor. fasciae lat. Въ правой ногѣ почти то же, что въ лѣвой. Дѣйствіе tensor. fasciae latae слабѣе. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. Scrotum разслаблена, cremast.-reflex. отсутствуетъ. Живые брюшные рефлексы. Уколъ подошвы не вызываетъ рефлекса. Чувствительность всѣхъ родовъ сохранена во всемъ тѣлѣ; чувствуетъ хорошо и уколы, и прикосновеніе; хорошо локализируетъ, сознаетъ положенія частей тѣла. Жалуется на боли въ крестцѣ. Небольшая болѣзненность въ поясничныхъ позвонкахъ при давленіи.

Въ дальнѣйшемъ теченіи бредъ оставался болѣе трехъ недѣль, а затѣмъ сознаніе прояснилось и больной сталъ совершенно спокоенъ и разсудителенъ. Въ первое время онъ мочился и испражнялся подъ себя, но не вслѣдствіе паралича сфинкторовъ, а отъ спутанности сознанія. Когда сознаніе прояснилось, это исчезло. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Небольшое повышеніе температуры было 30 октября, 2, 10 и 11 ноября (до 38,5°). Пульсъ 100 — 134; возбудимость очень большая.

Въ клиникѣ параличи не шли дальше, а немного уменьшились.

2 ноября. Движенія въ правой рукѣ стали лучше; больной сталъ немного выпрямлять пальцы, причемъ трясеніе стало еще рѣзче.

10 ноября былъ въ состояніи немного сидѣть въ постели. Въ нижнихъ конечностяхъ никакихъ движеній, а констатировано появленіе атрофіи.

Измѣреніе дало слѣдующіе результаты:

Окружность бедра:		3 ноября.		12 ноября.
Въ верхней трети:	прав.	48 ctm	—	46
	лѣв.	48	—	44
На одинъ палецъ выше patellae	прав.	33,5	—	33
	лѣв.	33	—	33
Самый большой объемъ голени	прав.	29,5	—	29
	лѣв.	30	—	29

Изслѣдованіе электросократительности 2 ноября, т.-е. черезъ 21 день послѣ начала паралича:

Фаредическая сократительность: n. radialis и m. extens. carpi radialis не даютъ сокращенія, m. extens. digit. commun. и m. extens. pollicis brevis, abductor longus—минимальныя сокращенія. Въ m. brachioradialis электросократительность понижена. Въ другихъ нервахъ и не парализованныхъ мышцахъ нормальна. Въ нижнихъ конечностяхъ фаредизація n. cruralis вызываетъ фибриллярныя сокращенія въ m. quadriceps при самыхъ сильныхъ токахъ. M. rectus cruris, vastus internus, vastus externus совсѣмъ не реагируютъ. Электросократительность понижена въ mm. glut. maxim., въ сгибателяхъ бедра, въ peroneus longus et brevis, extensor digitor. communis longus и икроножныхъ мышцахъ. Порядочная реакція въ m. tibialis anticus и n. peroneus.

Гальваническій токъ въ n. cruralis совсѣмъ не даетъ реакціи. При раздраженіи m. quardiceps являются небольшія сокращенія, очень медленныя (при катодѣ сильнѣе, чѣмъ при анодѣ). Въ аддукторахъ медленныя тоническія сокращенія, болѣе выраженныя при анодѣ. Въ дальнѣйшемъ теченіи реакція перерожденія усиливалась, что видно изъ протоколовъ изслѣдованій 7 и 8 ноября:

Фаредическій токъ.

	Лѣв. ст.	*Прав. ст.*
N. cruralis	0	0
N. obtur.	8 R. A.	10. R. A.
	Медленное, слабое сокращеніе аддукторовъ.	
M. rectus cruris et vastus	0	0
Mm. adductores	0	0
M. tibialis anticus	15. R. A.	15. R. A.
M. peron. longus	0	0
M. peroneus brevis	10. R. A. (лѣниво)	8. R. A.
M. gastrocnemius	13. R. A.	11. R. A.
M. supraclaricularis	15. R. A.	
M. deltoid	16.5. R. A.	
M. biceps.	16.	
N. radialis	15.	0
	(Небольшое сокращеніе въ m. extensor carpi rad., а въ m. ext. digit. com. = 0)	

N. ulnaris	16—15. R. A.	16. R. A.
N. medianus	15. R. A.	15. R. A.
M. extens. carpi ulnar.	16. R. A.	
M. extens. digit. commun.	0	0
M. brachioradial.	14. R. A.	0

Гальваническій токъ. (Аппаратъ Штерера.)

N. ulnaris	0	0
M. rectus cruris	16El : KSZ медл.; 20El : KSZ > ASZ. (продолжительное сокращеніе)	
M. vastus internus	18El : ASZ; 20El : ASZ > KSZ.	
M. adductor magnus	14El : слаб. ASZ; 18El : ASZ > KSZ.	
M. tibialis anticus	16El : KSZ > ASZ. (быстрое сокращеніе)	
M. peron. longus	14El : KSZ; 16El : KSZ > ASZ.	

Въ верхнихъ конечностяхъ.

	Лѣв. ст.	*Прав. ст.*
N. ulnaris	8El . KSZ 10El : KSZ > ASZ > AOZ;	8El . KSZ 10El : KSZ, AOZ 12El : KSZ > ASZ > AOZ
	(быстрое сокращеніе)	
N. medianus	10El . KSZ 12El : KSZ > ASZ (Дѣйствіе замѣтно только въ thenar. Сгибатели пальцевъ едва реагируютъ.)	12El . KSZ 14El : KSZ > ASZ 18El : AOZ
N. radialis.	12El . KSZ (Дѣйствіе замѣтно только въ Extens. carpi ulnarius.)	22—24El. (никакой реакціи)
M. brachioradialis . . .	12El . KSZ, ASZ 14El . ASZ > KSZ (слабое сокращеніе)	16El . ASZ=KSZ (слабое) 20El : ASZ=KSZ (сильное)
M. extensor digit. commun.	12El . KSZ (слаб.) 18El . KSZ (посильнѣе; при этомъ сокращается и флексоръ)	12El . KSZ (слабое, медлен. сокращеніе, только въ indicat.) 16El . KSZ > ASZ
M. biceps.	10El — KSZ 12El : KSZ ≥ ASZ	12El . KSZ 16El . ASZ

Въ flexor. digitor. commun. сокращенія медленны.

Изъ всего этого слѣдуетъ, что въ 21-й день паралича фаредическая сократительность лѣваго n. radialis совершенно исчезла; изъ мускуловъ, имъ иннервируемыхъ, только въ extens. carpi radialis она совсѣмъ исчезла; въ другихъ экстензорахъ сокращенія только очень слабыя при самомъ сильномъ токѣ. Черезъ 5 дней прямая фаредическая сократительность исчезла въ extens. digit. commun., n. radialis пересталъ реагировать на сильный гальваническій токъ; въ extens, digit. commun. гальваническая сократительность держится, но качество ея измѣнилось, потому что сокращенія стали слабы, вялы, хотя дѣйствіе катода превосходитъ дѣйствіе анода, а въ supinator. longus (снабжаем. также n. radial.)

при сильномъ токѣ въ 20 элементовъ замѣтно только медленное ASZ, а KSZ совсѣмъ нѣтъ. Слѣдовательно есть рѣзко выраженная реакція перерожденія. То же и въ лѣвой сторонѣ.

Отъ n. cruralis на 21 день получились только минимальныя сокращенія въ m. quadriceps femoris. при сильнѣйшемъ фаредическомъ токѣ. На гальваническій токъ n. cruralis отвѣчаетъ только слабыми сокращеніями, но KSZ > ASZ.—5 дней спустя фаредическая сократительность въ этомъ нервѣ совершенно исчезла. Въ аддукторахъ лѣвой стороны на 26-й день посредственная фаредическая сократительность очень уменьшена, качественно измѣнена; непосредственная исчезла, а прямая гальваническая держится съ обыкновенными свойствами реакціи перерожденія (преобладаніе анода въ видѣ медленныхъ тоническихъ сокращеній).

Начавшееся въ верхнихъ конечностяхъ и туловищѣ улучшеніе—хотя медленно, но шло впередъ. Въ декабрѣ 1881 года больной могъ самъ ѣсть, держась сидя въ постели, и 23 написалъ письмо.

Хуже было въ нижнихъ конечностяхъ. Еще въ іюнѣ 1882 г., на 8 мѣсяцѣ болѣзни, онъ не могъ стоять, мускулы бедра и голеней были слабы и очень атрофированы. Большаго улучшенія мы не ждали, и больной выписался 6 августа. Поэтому я былъ удивленъ,—говоритъ Halla,—встрѣтивъ больнаго на улицѣ. Онъ сообщилъ, что по выходѣ изъ больницы боли уменьшались, сила въ ногахъ увеличивалась и въ февралѣ 1883 года онъ уже чувствовалъ себя настолько здоровымъ, что поступилъ на службу.

Больной теперь можетъ ходить очень скоро и увѣренно; ежедневно занятъ письменною работой; вечеръ проводитъ въ ресторанѣ.

Результаты измѣреній.

		12 ноябр. 1881 г.	10 марта 1883 г.
Окружноеть бедра въ верхней трети:	прав.	46	$53^1/_2$
	лѣв.	44	$53^1/_2$
Въ нижней трети, на 1 палецъ выше patellae:	прав.	33	36
	лѣв.	33	36
Наибольшій объемъ икръ:	прав.	29	$34^1/_4$
	лѣв.	29	34

Повидимому, однако, еще нѣтъ обычной пропорціональности въ размѣрахъ нижнихъ и верхнихъ частей нижнихъ конечностей. Въ верхнихъ конечностяхъ объемъ нормаленъ. Никакихъ параличей рѣшительно нѣтъ. Пишетъ хорошо. Походка правильная, вѣрная. Трясенія нѣтъ.

Изслѣдованіе индуктивнымъ токомъ дало совершенно нормальную реакцію въ верхнихъ конечностяхъ (19—16. R. A). Только m. brachioradialis сокращается немного слабѣе другихъ.

Въ нижнихъ конечностяхъ фаредическая реакція 3 марта 1883 года такая:

	Лѣв. стор.	*Прав. стор.*
N. cruralis	16. R. A.	14. R. A.
N. obtur.	12. R. A.	14. R. A.
N. peroneus		16. R. A.
M. rectus femoris		11. R. A.
M. vastus internus		12. R. A.
M. vastus externus		8. R. A.

M. adductor magnus		12. R. A.
M. tibialis anticus	17. R. A.	16. R. A.
M. peroneus longus	16. R. A.	15. R. A.
M. gastrocnemius	15. R. A.	16. R. A.

Гальваническая сократительность.

N. cruralis прав.: 12 El. 59°; KSZ>ASZ
при 8 El. 50°; одно KSZ
M. vastus exsternus прав. 12 El. 50° KSZ
14 El. 55° KSZ и AOZ
16 El. 60°. KSZ > ASZ

Всѣ сокращенія носятъ нормальный характеръ. Во все теченіе болѣзни не было никакой наклонности къ пролежнямъ. Аппетитъ и кишечныя отправленія стали хороши, какъ только температура стала нормальна.

Терапія сначала была направлена противъ бредовыхъ симптомовъ (хлоральгидратъ), а потомъ былъ назначенъ ляписъ въ восходящихъ дозахъ.

Авторъ, приписывая бредовыя явленія реакціи алкоголизма на лихорадочное состояніе, не ставитъ однако параличныхъ явленій въ связь съ алкоголизмомъ. Объ алкогольныхъ параличахъ и о множественныхъ невритахъ онъ ничего не говоритъ, а думаетъ, что болѣзнь можетъ быть объяснена развитіемъ подостраго воспаленія въ переднихъ рогахъ спиннаго мозга (poliomyelitis anterior subacuta).

Картина болѣзни такъ хорошо описана, что нѣтъ никакого сомнѣнія, что въ данномъ случаѣ былъ типичный алкогольный параличъ, и еслибъ авторъ зналъ объ этой болѣзненной формѣ, то онъ конечно не удивился бы, встрѣтивъ его здоровымъ.

Кромѣ этихъ случаевъ, *вѣроятно*, къ алкогольнымъ же параличамъ относится и случай Eisenlohr'a, относимый Питромъ и Вельяромъ къ туберкулезнымъ, и одинъ случай изъ наблюденій Kahler und Pick'a. Вотъ эти случаи.

Наблюденіе Kahler und Pick.

(„Beiträge zur Pathologie und Pathologischen Anatomie des Centralnervensystems. — Separ. Abdr. aus der Prager Viertejahrschrift" 1879, Band. 141 и 142). (Сокращено.)

122. Больной 26 лѣтъ, пилъ очень много пива (кружекъ 40 въ день), также водку и коньякъ. Съ августа 1876 года сталъ чувствовать слабость въ ногахъ, холодъ въ нихъ, ползаніе мурашекъ; затѣмъ слабость явилась и въ рукахъ. За 5 недѣль почти пересталъ ходить. Въ ночь съ 27-го на 28 октября delirium tremens. Сознаніе быстро спутывалось. Въ такомъ состояніи былъ доставленъ въ Берлинскую Charité 28-го октября. Дыханіе 40; пульсъ 116.

29-го октября. Сознаніе яснѣе, но память рѣзко разстроена, особенно относительно недавнихъ впечатлѣній. Рѣзкая болѣзненность при давленіи мускуловъ. Поддерживаемый съ обѣихъ сторонъ можетъ стоять, но при этомъ всегда боится упасть. Въ постели лежитъ съ нѣсколько согнутыми въ колѣняхъ ногами. Вполнѣ выпрямить ноги не можетъ. Пассивно также ноги не выпрямляются вполнѣ. Движенія въ ногахъ крайне ограничены. Экстензоры очень слабы. Всѣ мышцы похудѣли. Электросократительность понижена. Въ рукахъ рѣзко выраженный парезъ мышцъ кисти и предплечья. Экстензоры поражены болѣе, чѣмъ флексоры. Чувствительность въ ногахъ и рукахъ слегка притуплена. Жалуется на острыя боли въ ногахъ и на безжизненность въ нихъ. Функція мочеваго пузыря нормальна.

Отекъ въ ногахъ; бѣлокъ и цилиндры въ мочѣ. По временамъ рвота. Въ лѣвомъ глазу отекъ сосочка зрительнаго нерва, гиперемія его и неясность границъ. Подкожныя кровоизліянія. Постепенный упадокъ силъ. Скончался при явленіяхъ пневмоніи. При вскрытіи, кромѣ пневмоніи и паренхиматознаго нефрита, въ спинномъ мозгу найдены измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ переднихъ роговъ. Онѣ всѣ вообще мутноваты. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ значительное количество вакуолъ; нѣкоторыя содержатъ до 25 вакуолъ, такъ что ядра въ нихъ уже не замѣтно. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ перегородки между вакуолами исчезли, и сдѣлалась одна большая вакуола на мѣсто нѣсколькихъ маленькихъ. Подобныхъ клѣтокъ съ вакуолами въ поясничномъ утолщеніи приходилось 6 на продольный разрѣзъ въ 1 сантиметръ. Въ болѣе высокихъ частяхъ спиннаго мозга клѣтокъ такихъ гораздо меньше. Периферическіе нервы не были изслѣдованы.

---

123. Въ случаѣ Eisenlohr'a *) дѣло шло о 25-лѣтнемъ потаторѣ, страдавшемъ туберкулезомъ, и у котораго развился атрофическій параличъ нижнихъ конечностей, съ уменьшеніемъ электросократительности, болѣзненностью мышцъ при давленіи и самостоятельными болями въ мышцахъ, нормальнымъ состояніемъ пузыря. При аутопсіи констатирована цѣлость спиннаго мозга и рѣзко выраженная дегенерація n. ischiadici и внутримускульныхъ нервовъ.

Наблюденіе Kast'a **).

(„Primäre Degenerative Neuritis. Deutsches Arch. f. Klin. Med.", Bd. 40, p. 51.) (Сокращено.)

124. Больной 29 лѣтъ. Продолжительное злоупотребленіе спиртными напитками, особенно пивомъ. Въ 1881 году явились симптомы со стороны нервной системы; они проявились въ разстройствѣ зрѣнія (neuritis optica), въ слабости конечностей, быстрой утомляемости, чувствѣ ползанія мурашекъ. Въ маѣ 1882 года больной заболѣлъ крупозною пневмоніей, осложненною припухлостью суставовъ. Были явленія бѣлой горячки и въ первые же дни развитія алкогольнаго бреда развился параличъ конечностей, вскорѣ поразившій всѣ 4 конечности, а также и глазныя мышцы. Появленіе паралича сопровождалось рвущими болями въ конечностяхъ. Затѣмъ верхнія конечности стали нѣсколько поправляться и ко времени изслѣдованія автора (октябрь 1882) онѣ уже были порядочно сильны. Въ это время еще оставался strabismus convergens. Сила въ верхнихъ конечностяхъ хотя была ослаблена, но атрофіи въ нихъ не было. Въ нижнихъ конечностяхъ былъ рѣзко выраженный парезъ съ атрофіей, особенно рѣзко выраженною въ мышцахъ иннервируемыхъ n. peroneo, и въ икроножныхъ мышцахъ. Mm. glutei нормальны, m. ileopsoas нѣсколько ослабленъ, adductores хороши, quadriceps порядочно силенъ, а сгибатели колѣна слабы.—Стрѣляющія боли, небольшое чувство онѣмѣнія въ пальцахъ. Тактильная чувствительность и чувство температуры ослаблены въ кистяхъ рукъ и предплечіяхъ, а въ ногахъ—отъ подошвы до средней трети бедра. Кожные рефлексы уничтожены. Кремастеръ-рефлексъ цѣлъ. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ.—Потливость рукъ.—Нервные стволы не очень болѣзненны при давленіи. При изслѣдованіи электросократительности обнаруживается реакція перерожденія во многихъ мышцахъ нижнихъ конечностей, частью полная, частью неполная (полная—въ мышцахъ икроножныхъ лѣвой стороны, mm. peronei, extensor

---

*) „Centralblatt f. Nervenheilkunde". 1879, № 5.

**) Этотъ случай описанъ уже по окончаніи моей работы.

digitor. com. и повидимому въ vastus internus; частичная—въ m. tibialis antic. икроножной правой стороны, adductor'ахъ лѣваго бедра и сгибателяхъ колѣна). Больной значительно поправился.

Въ эту казуистику не вошли случаи такъ-называемой алкогольной атаксіи; одни изъ нихъ описаны Вестфалемъ (l. c.), другіе Krüche (l. c.). Два случая, относящіеся къ алкогольной атаксіи, описаны Dejerine'омъ, въ его статьѣ „Neurotabes peripheriques"; нѣсколько случаевъ описаны въ книгѣ Leval-Piquechef, а именно: одинъ случай Gilbert'a (стр. 18), два собственныя наблюденія автора и три наблюденія Dreschfeld'a, описанныя Dreschfeld'омъ въ „Brain January" 1886 (о нихъ сказано выше), одинъ случай Buzzard'a, одинъ Trousseau *) и одинъ Barbe'a **).

Случай остраго восходящаго паралича, описанный Судейкинымъ въ № 34 „Русской Медицины", за 1886 г., можетъ-быть также относится къ параличамъ алкогольнаго происхожденія.

Въ 124 случаяхъ алкогольнаго паралича, описанныхъ въ иностранной литературѣ, отмѣчены слѣдующіе симптомы:

		Число случаевъ, въ которыхъ отмѣченъ данный симптомъ.
Головокруженіе и временная потеря сознанія		6
Разстройство психической дѣятельности въ формѣ:	безсонницы	4
	раздражительной слабости	3
	навязчивыхъ идей	2
	потери памяти	18
	слабоумія съ возбужденіемъ	10
	спутанности сознанія, иногда съ галлюцинаціями, во все время болѣзни	25
	въ первое время болѣзни	17
Параличныя явленія:	простая слабость	4
	въ однѣхъ нижнихъ конечностяхъ	25
	въ верхнихъ и нижнихъ	72
	въ туловищѣ и конечностяхъ	5
	Преобладаніе паралича экстензоровъ констатировано въ	18
	рѣзкая несимметричность	1
	paresis n. facialis	1
	неясность произношенія	9
	разстройство глотанія	9
	разстройство дыханія	4
	разстройство мочеиспусканія	6
	paral. nn. abducent.	6
	ptosis	1
	зрачки неравномѣрны	2
	nystagmus	3

*) „Gazette Hebdomadaire de med." 1886, № 1.
**) „Observation d'ataxie alcoolique" par le Dr. E. Barbe.—„La France médicale" 1885, № 60.

		Число случаевъ, въ которыхъ отмѣченъ данный симптомъ.
Атаксія движеній констатирована		16
Питаніе мышцъ:	похуданіе	8
	атрофія	23
	Въ остальныхъ не отмѣчено.	
Электросократительность въ парализованныхъ мышцахъ:	уменьшена	21
	уничтожена	16
	реакція перерожденія	19
Судорожныя явленія:	crampi	11
	клоническія судороги пальцевъ	3
	похожія на атетозъ	1
	клоническія судороги въ лицѣ	2
	контрактура или вообще ригидность мышцъ	20
	конвульсивные припадки	5
Трясеніе въ конечностяхъ		23
„ „ языкѣ		2
Боли самостоятельныя:	энтералгіи	3
	боли давящія, ломящія, скручивающія	6
	чувство обожженія	8
	боли стрѣляющія, рвущія, дергающія	20
	боли, напоминающія электрическіе удары	11
	боли безъ опредѣленнаго характера	24
	чувство сжатія въ груди	2
Боли несамостоятельныя:	гипералгезія кожи	28
	боль при сдавленіи мышцъ	18
	боль при сдавленіи нервовъ	8
	боль при давленіи на позвоночникъ	14
Парестезіи		36
Зудъ въ икрахъ		1
Зрѣніе ослаблено		6
Анестезіи:	анестезія только въ ногахъ, небольшая	15
	„ „ „ „ значительная	7
	анестезія въ рукахъ и ногахъ	17
	особенное измѣненіе чувства температуры	10
	особенное измѣненіе чувства къ индукт. току	2
	замедленіе въ проведеніи болевыхъ ощущеній	12
	разстройство мышечнаго чувства	2
Кожные рефлексы:	повышены	5
	сохранены	12
	не сохранены	4
Пателлярные рефлексы.	усилены	1
	сохранены	3
	не сохранены	40

		Число случаевъ, въ которыхъ отмѣчены данные симптомы.
Cremaster-рефлексы:	успѣны	1
	отсутствуютъ	1
Отекъ:	въ нижнихъ конечностяхъ	14
	въ верхнихъ и нижнихъ	5
	общій отекъ	1
Вазомоторныя и трофическія разстройства:	bullae	1
	кровоподтеки	1
	холодъ, синеватость и влажность конечностей	8
	яркая краснота	2
	лоснящаяся кожа	1
	чрезмѣрная потливость конечностей	8
	общій hyperhydrosis	3
	пролежни	8
	tendovaginitis	1
Рвота		4
Икота		1
Пульсъ замедленный		2
Въ другихъ случаяхъ пульсъ учащенный		
Моча содержитъ:	много уратовъ	3
	бѣлокъ	1
	желчныя кислоты	6
	сахаръ	1
	очень красная моча	3
Констатирована impotentia		6
Исходъ:	выздоровленіе	28
	поправленіе	40
	смерть	44
	неизвѣстный	12
Полъ:	неизвѣстенъ	13
	мужчинъ	62
	женщинъ	49
Возрастъ:	отъ 20 л. до 25 л.	7
	„ 25 „ „ 30 „	12
	„ 30 „ „ 35 „	24
	„ 35 „ „ 40 „	7
	„ 40 „ „ 45 „	18
	„ 45 „ „ 50 „	8
	„ 50 „ „ 60 „	11
	„ 60 „ „ 70 „	1
	„ 70 „ „ 75 „	1
	въ остальныхъ неизвѣстенъ.	

2. Собственныя наблюденія.

Мои наблюденія надъ алкогольнымъ параличомъ начинаются съ начала 1877 года. Въ это время мнѣ пришлось наблюдать 3 случая этой болѣзни у трехъ женщинъ, лежавшихъ въ клиникѣ нервныхъ болѣзней профес. А. Я. Кожевникова. Хотя литература объ алкогольномъ параличѣ была въ то время очень скудна, тѣмъ-не менѣе, на основаніи того, какъ описана была эта болѣзнь у Лейдена въ его «Klinik der Rückenmarkskrankheiten», гдѣ особенно характерно описывались гиперестезическая форма (по Лейде), можно было и эти 3 случая назвать paraplegia alcoholica. Изъ этихъ трехъ случаевъ конечно нельзя было составить ясной картины болѣзни, тѣмъ не менѣе они дали возможность составить представленіе объ алкогольномъ параличѣ, которое и позволило дѣлать діагностику его въ другихъ случаяхъ. Въ началѣ 1881 года, на основаніи еще 2-хъ случаевъ, которые мнѣ пришлось наблюдать, у меня уже составлялось довольно опредѣленное представленіе типичнаго алкогольнаго паралича, и я могъ, благодаря этому, съ большею увѣренностью опредѣлять присутствіе этой болѣзни въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она была замаскирована побочными симптомами, или присутствіемъ какой-нибудь другой болѣзни. Такимъ образомъ у меня собралось до 20 наблюденій собственно алкогольнаго паралича. Я говорю *собственно алкогольнаго паралича*, потому что во всѣхъ этихъ случаяхъ непремѣнный признакъ есть существованіе паретическихъ явленій. Я встрѣчалъ довольно значительное число случаевъ, гдѣ на почвѣ алкоголизма были другія разстройства движеній и разстройства чувствительности очень сходныя съ тѣми, которыя я наблюдалъ при алкогольномъ параличѣ, но я не описываю ихъ въ числѣ этихъ 20 случаевъ, потому что пареза въ нихъ не было. Тѣмъ не менѣе я не могу ихъ оставить безъ вниманія и скажу о нихъ въ другомъ мѣстѣ, потому что, какъ мы увидимъ, въ происхожденіи болѣзни много общаго между алкогольнымъ параличомъ и тѣми разстройствами движеній и чувствительности, которыя являются у алкоголиковъ, не сопровождаясь параличными явленіями. Келибъ и озаглавилъ свою работу «невриты алкоголиковъ», то я имѣлъ бы право всѣ эти случаи представить вмѣстѣ, но пока, мнѣ кажется, предметъ недостаточно изслѣдованъ, чтобы можно было безъ объясненій смѣшивать эти формы. Поэтому я и ограничиваюсь собраніемъ случаевъ *алкогольнаго паралича въ собственномъ смыслѣ*.

Нѣкоторые случаи изъ числа собранныхъ мною, вѣроятно, возбудятъ сомнѣніе, правильно ли сдѣлана мною діагностика *алкогольнаго* паралича. Дѣйствительно, не всегда легко поставить діагностику алкогольнаго паралича, и относительно многихъ случаевъ я самъ довольно много думалъ и нѣкоторые изъ нихъ (которыхъ и здѣсь не привожу конечно) я отбрасывалъ, какъ не принадлежащіе къ этой категоріи, другіе причислялъ къ ней; это будетъ понятно, если мы скажемъ, что чистый алкогольный параличъ встрѣчается довольно рѣдко. Всегда почти, замѣтая явленія алкогольнаго паралича, мы замѣчаемъ у больнаго и какую-нибудь другую болѣзнь или какое-нибудь побочное вліяніе — простуду, куреніе табаку, туберкулезъ. Спрашивается, почему я приписываю происхожденіе болѣзни алкоголю, а не этимъ другимъ вліяніямъ? Это было бы очень легко рѣшить, еслибъ я былъ увѣренъ, что данный комплексъ симптомовъ можетъ быть вызванъ только алкоголемъ, но опытъ показываетъ, что параличи, вызванные острыми болѣзнями и кахексіями, иногда чрезвычайно похожи на алкогольные, тѣмъ что наприм., имѣя алкоголика, у котораго послѣ тифа развились параличи того типа, какіе бываютъ при ал-

когольномъ параличѣ, мы съ одинаковымъ правомъ можемъ сказать, что это параличъ послѣ-тифозный, и алкогольный, если только нѣтъ спеціальныхъ симптомовъ, свойственныхъ алкоголю. Въ такомъ случаѣ, гдѣ же критерій, по которому можно сказать, что данный параличъ есть алкогольный, или же параличъ другой причины? Для меня главнымъ указателемъ служили другіе симптомы алкоголизма.

Если, видя больнаго съ параличомъ, который походилъ на алкогольный, я замѣчалъ у больнаго явленія алкоголизма въ другихъ органахъ, кромѣ нервной системы, узнавалъ, что и до параличныхъ явленій у больнаго существовали нѣкоторые признаки алкоголизма (рвота по утрамъ, трясеніе въ рукахъ и т. п.). или бывали приступы бѣлой горячки, или и мнѣ было извѣстно, что abusus in Bacho былъ очень великъ, самый параличъ сопровождался характернымъ алкогольнымъ бредомъ, то я считалъ себя вправѣ причислить и данный случай къ алкогольнымъ параличамъ. Если же этихъ признаковъ не было, если мнѣ было извѣстно, что больной почти не употреблялъ вина или если и употреблялъ, то только въ самое послѣднее время, наприм. какъ лѣкарство при тифѣ, то я параличъ, развившійся послѣ этого тифа, не считалъ себя вправѣ называть алкогольнымъ. Въ большинствѣ случаевъ, на основаніи этихъ соображеній, вопросъ рѣшался довольно опредѣленно, но конечно бывали случаи, гдѣ его не такъ легко было рѣшить, и можетъ-быть кто-нибудь рѣшилъ бы вопросъ о принадлежности того или другаго случая къ алкогольнымъ параличамъ иначе, чѣмъ я. Признаюсь, я не вижу въ этомъ большой важности: какъ мы увидимъ, переходы между чисто-алкогольными параличами и параличами послѣ острыхъ болѣзней и при разныхъ кахексіяхъ очень постепенны, и это невольно наводитъ на мысль, что въ основаніи тѣхъ и другихъ лежитъ общій анатомическій субстратъ; а если анатомическій субстратъ одинъ, то конечно не такъ уже важно, назову ли я его тѣмъ названіемъ или другимъ, особенно если есть основаніе и для того и другаго названія. Конечно, это до извѣстной степени обязываетъ доказать, что по существу сходство между проявленіями алкогольнаго паралича и проявленіями параличей послѣ острыхъ болѣзней и при кахексіяхъ дѣйствительно очень большое, и мы постараемся это сдѣлать въ нашей работѣ.

Наблюденіе I.

Мѣщанка Марѳа С.
34-хъ лѣтъ отъ роду.
Поступила 24 го марта } 1877 г.
Выбыла 3-го іюня }

Status praesens.

Больная жалуется на боль въ ногахъ, которая ей мѣшаетъ ходить. При осмотрѣ ногъ, онѣ представляются худыми; пальцы ногъ вытянуты, тонки, иногда въ нихъ является небольшое отрывочное дерганіе (сгибаніе и разгибаніе). Движенія пальцами больная можетъ производить, но они слабы. Движенія въ голеностопныхъ сочлененіяхъ также всѣ возможны, но и они не сильны. Въ колѣняхъ больная сгибаетъ и разгибаетъ ноги съ порядочною силой, хотя и здѣсь можно допустить ослабленіе силы, сравнительно съ тѣмъ, какъ она должна была бы быть у здоровой женщины. При сгибаніи и разгибаніи колѣнъ больная чувствуетъ, что ей что-то мѣшаетъ въ колѣняхъ, точно что-то тя-

нетъ ихъ; это сильнѣе чувствуется при быстрыхъ движеніяхъ, слабѣе—при медленныхъ. При ощупываніи дѣйствительно замѣчается нѣсколько большее, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, напряженіе мышцъ, сгибающихъ голени. При ходьбѣ больной главнымъ образомъ мѣшаетъ боль въ ногахъ. Но, и независимо отъ боли въ ногахъ, въ походкѣ ея замѣтна особенность: она ходитъ маленькими шагами, двигая ноги всего болѣе въ тазобедренномъ суставѣ, тогда какъ движенія въ колѣнныхъ и голеностопномъ суставахъ сравнительно не объемисты; оттого шаги ея мелки, часты, и ступая на полъ, она болѣе всего опирается на пятку и избѣгаетъ опираться на пальцы.

Главныя жалобы больной—на разстройства со стороны чувствительности; она жалуется на боль въ ногахъ. Эта боль троякаго рода. Съ одной стороны больная чувствуетъ, что ноги ея, преимущественно на тылѣ стопы, точно обожжены. Эта боль бываетъ и сама собой, но также является и при дотрогиваніи до кожи стопы, пальцевъ ногъ и нижней части голени. Съ другой стороны, у больной существуетъ ломящая боль въ ногахъ, преимущественно въ нижней части голеней и стопахъ. Эта ломящая боль является и при давленіи на стопу и голень. Этого рода боль является всегда, наприм., при сдавливаніи икроножныхъ мышцъ, даже и въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ большіе нервные стволы не сдавливаются. Эта боль, какъ и боль съ характеромъ боли отъ ожоги, является всегда при попыткѣ ходить: больная чувствуетъ, что какъ только она ступитъ, у нея является ломъ въ стопѣ и точно иголками начнетъ ей колоть въ подошвѣ. Кромѣ этого, у больной существуетъ еще третьяго рода боль; эта боль сильная, дергающая, преимущественно въ пальцахъ ногъ: вдругъ точно что стрѣльнетъ въ пальцы, боль сразу дѣлается очень сильною, потомъ сейчасъ же стихнетъ, хотя непріятное ощущеніе еще остается; эта боль не постоянна,—то она больше, то меньше. При давленіи на мѣста прохожденія nervi peronei et tibialis чувствуется сильная боль, отдающаяся въ пальцы. Рядомъ съ этими болями существуетъ ослабленіе чувствительности въ ногахъ: хуже всего чувствуетъ большой палецъ правой ноги, лѣвой—немного лучше; затѣмъ остальные пальцы ногъ, тыльная поверхность стопы на обѣихъ ногахъ и нижніе отдѣлы голени. На подошвѣ чувствительность порядочная. Вездѣ, впрочемъ, даже небольшое прикосновеніе ощущается больною, хотя глухо; только на большихъ пальцахъ прикосновеніе иногда не ощущается. Локализація на тылѣ стопы и голени не совсѣмъ вѣрная; ошибки въ опредѣленіи мѣста прикосновенія бываютъ на 30—40 mm. Разстоянія, дающія двойныя ощущенія, таковы:

	Правая.	Лѣвая.
На подошвѣ около	25 mm.	20 mm.
» большихъ пальцахъ	30 »	21 »
» тылѣ стопы	67 »	65 »
» голени около	80 »	81 »
» бедрѣ	70 »	70 »

На рукѣ, на пальцахъ, двойное ощущеніе получается при разстояніяхъ около 1 mm, на лодони—18 mm, на тылѣ руки 35 mm. Словомъ, на рукахъ чувствительность довольно тонка. Чувство давленія также нѣсколько измѣнено. Тяжесть въ $^1/_{16}$ фунта больная чувствуетъ на голени, а на стопѣ тяжесть въ $^1/_8$ фунта. Разница замѣчается въ отношеніи 16 : 17 на бедрѣ и верхней части голени, на стопѣ же и нижней части голени разница — только въ отношеніи 8 : 9. Чувство температуры также измѣнено. Ощущенія тепловыя вообще глухо чувствуются ногами, особенно въ пальцахъ. Такъ, когда, при

изслѣдованіи, къ ея пальцамъ приложенъ былъ сосудъ съ водою въ 37° R. больная не могла сказать—холоденъ онъ или тепелъ, хотя держать пришлось съ полминуты. Тепловое ощущеніе было, но больная не могла опредѣлить его качества. Потомъ однако она узнала, что это—ощущеніе тепла, и послѣ нѣкотораго упражненія могла отличать на пальцахъ ногъ разницы въ 3° R., на стопахъ въ 2½ R., на голени въ нижнихъ частяхъ 2½ R., а верхнихъ—2° R. На бедрѣ различала температуры, отличающіяся 1° R., на рукахъ и серединѣ подошвы обѣихъ ногъ также различала температуры въ 1°. Болевая чувствительность повышена на стопѣ и голени. Не только уколы, но и небольшое осязательное раздраженіе (наприм., если провести пальцемъ по кожѣ) вызываетъ сильную боль, точно отъ ожоги. На подошвѣ ногъ гипералгезія также очень сильно выражена. При такомъ раздраженіи ногъ нога быстро по рефлексу отдергивается. Рефлексы (кожные) выражены сильнѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Что касается до питанія мышцъ въ ногахъ, то ноги худы, также какъ и руки, такъ что трудно сказать, насколько питаніе въ ногахъ хуже, чѣмъ въ рукахъ. Электросократительность отъ индуктивнаго тока хороша. Со стороны мочевыхъ органовъ ничего неправильнаго нѣтъ. При давленіи на позвонки—небольшая болѣзненность въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, но, во всякомъ случаѣ, болѣзненность почти ничтожная. Больная, какъ сказано, худа; лицо нѣсколько отечное. Въ груди ничего особеннаго. Сердце бьется не сильно, часто, около 110 ударовъ въ минуту; пульсъ маленькій. Со стороны кишечнаго канала ничего особеннаго. Со стороны психической сферы нужно отмѣтить, что больная жалуется на раздражительность, на то, что малѣйшій пустякъ ее можетъ разсердить и растроить, чего прежде не было. Сонъ въ настоящее время (2 апрѣля) хорошъ, состояніе безлихорадочное.

Anamnesis и теченіе болѣзни.

Больная вообще была женщина худая, не сильная, но не страдала никакими особенно выдающимися болѣзнями до послѣдняго года. Больная давно употребляла водку, но только съ годъ назадъ стала пить сильно, такъ что часто бывала и пьяна. Впрочемъ количество водки, нужное для опьяненія, было не очень большое: рюмокъ 8, рѣдко больше.

Особенное сильное злоупотребленіе спиртными напитками было въ концѣ 1876 и въ началѣ 1877 года, когда больной почти каждый день приходилось быть пьяною. Послѣ святокъ больная, какъ она говоритъ, промочивши ноги, почувствовала боль въ ногахъ: боль эта, сначала не сильная, потомъ все усиливалась, мѣшала больной ходить. Боль эта была сначала только во время ходьбы, потомъ стала являться и безъ этого. Въ началѣ марта, послѣ сильнаго злоупотребленія водкой, у больной явились безсонница, бредъ, галлюцинаціи, головная боль. Въ такомъ состояніи она и поступила 24 марта въ больницу, въ терапевтическое отдѣленіе. Въ это время психическое состояніе ея рѣзко было измѣнено. У нея были галлюцинаціи, чувство страха; постоянно, и особенно ночью, она была въ возбужденномъ состояніи; сна совсѣмъ не было; она ночью часто вскакивала, точно чего-то искала. Жаловалась на головную боль; лихорадочнаго состоянія не было, но пульсъ былъ частъ. Въ то же время были признаки желудочно-кишечнаго катарра: обложенный языкъ, отсутствіе аппетита, тошнота, наклонность ко рвотѣ и поносъ, почему больная и была принята въ терапевтическое отдѣленіе госпитальной клиники, а не въ нервное. Въ первое время больной давали хлоралъ-гидратъ по полдрахмѣ на ночь,

но все-таки она плохо спала. Однако 27 марта сонъ сталъ получше, психическое состояніе также улучшилось, бреда и галлюцинацій не было. Остался небольшой страхъ, какая-то тоскливость и раздражительность. Головная боль прошла. Вмѣстѣ съ тѣмъ больная стала жаловаться на боль въ ногахъ, которая мѣшала ей ходить. 1 апрѣля было произведено спеціальное изслѣдованіе. Въ это время назначены были ванны въ 28° черезъ день и электричество въ видѣ нисходящаго тока на спину изъ 10—15 элементовъ. Дѣйствительно, боли стали меньше,—какъ тѣ, которыя были сами собою, такъ и тѣ, которыя вызывались движеніями,—такъ что больная могла ходить значительно лучше. Анестезія оставалась все въ такой же степени. Въ икрахъ при давленіи на мышцы уже не было такой боли, какъ прежде. Сильна она была еще при давленіи на стопу и на то мѣсто голени, гдѣ можно сдавить n. peroneus и tibialis. Улучшеніе продолжалось не долго. Съ 15 апрѣля боли усилились, больная стала вообще чувствовать себя хуже; стала жаловаться на головную боль. 18-го числа уже можно было замѣтить на ощупь возвышеніе температуры тѣла, а 21-го температура утромъ была 39°. На животѣ и груди замѣтна roseola typhosa, селезенка была увеличена. Такимъ образомъ, у больной развился тифъ. Во все время теченія тифа лихорадочное состояніе было не очень высоко; самая высокая температура была 40,3°. Со стороны нервной системы явленія были довольно сильно выражены. Уже 22-го у больной было очень неясное сознаніе, былъ бредъ, галлюцинаціи; она вставала съ постели, хотѣла бѣжать, такъ что принуждены были держать ея въ горяч. рубашкѣ. Сна совсѣмъ не было. Пульсъ былъ маленькій, легко сжимаемый, очень частый. Съ 24-го апрѣля больная принимала infusum valerianae и камфору по ½ gr. черезъ часъ. 1-го мая больная потѣла, температура упала до 37,5° и хотя вечеромъ повысилась до 38,3°, но 2-го числа упала опять ниже нормы. Сознаніе стало много яснѣе, и больная довольно скоро стала чувствовать себя хорошо; обычный послѣ тифа упадокъ силъ былъ у нея мало выраженъ,—уже на другой день она сама могла вставать и ходить, не чувствуя большой слабости. Назначено ей было въ это время вино по ложкѣ въ день. Боли въ ногахъ однако оставались, и очень значительныя: боли были все того же характера, какъ и прежде, т. е. и самостоятельныя боли, и боли являвшіяся при давленіи. Черезъ недѣлю послѣ окончанія тифа стало замѣтно, что боли, которыя зависѣли отъ давленія, стали значительно меньше, такъ что сдавленіе икроножной мышцы не вызывало уже сильной боли. Боль является, если при давленіи сдавить n. peroneus, и то меньше, чѣмъ прежде. При сдавленіи межплюсневыхъ промежутковъ боль ощущается все еще довольно сильная. Болѣзненность при дотрогиваніи до кожи стопы уменьшилась, но все еще нѣсколько остается. За то самостоятельныя боли, какъ ломящія, такъ и стрѣляющія, очень сильно безпокоятъ больную. Ломъ усиливается при вставаніи, такъ что это значительно мѣшаетъ больной ходить. Изслѣдованіе чувствительности около 20-хъ чиселъ мая показало, что степень чувствительности въ ногахъ понизилась. Прикосновенія къ большимъ пальцамъ больная почти совсѣмъ не чувствуетъ, какъ съ тыльной стороны, такъ и со стороны подошвы. Затѣмъ очень слаба чувствительность во всѣхъ пальцахъ ноги, немного получше въ тылѣ стопы и нижней части голени. Поднимаясь кверху, чувствительность улучшается и переходитъ въ норму; на бедрѣ и на подошвахъ обѣихъ ногъ чувствительность сравнительно лучше. Въ рукахъ чувствительность не представляетъ уклоненій. Двойное прикосновеніе ощущается какъ два при такихъ растояніяхъ:

	Правая	Лѣвая
На подошвѣ	33 mm.	32 mm.
На большихъ пальцахъ прикосновенія не ощущаются.		
На тылѣ стопы	61 „	60 „
На нижней части голени	70 „	66 „
Въ верхней части голени	74 „	72 „
На бедрахъ	70 „	65 „

Чувство давленія въ такомъ состояніи: на пальцахъ больная чувствуетъ только давленіе въ $^1/_2$ фунта, на тылѣ стопы ощущаетъ тяжесть въ $^1/_4$ фунта, но довольно часто узнаетъ и $^1/_8$ фунта, на голени и бедрѣ—$^1/_{16}$ фунта. На тылѣ стопы отличаетъ разницы, относящіяся какъ 4:5, ближе къ пальцамъ только 2:3, на голени какъ 4:5 и въ верхнихъ частяхъ какъ 8:9. Чувство температуры значительно понижено. На пальцахъ больная смѣшиваетъ холодную воду съ горячею, точно также на тылѣ стопы и подошвѣ. Она говоритъ, что получаетъ тепловое ощущеніе, но это ощущеніе неправильно. Такъ прикосновеніе сосуда, нагрѣтаго до 40° R., вызываетъ ощущеніе холода. Если поднимать этотъ сосудъ выше, все держась голени, то только на срединѣ голени больная, къ своему удивленію, замѣчаетъ что то, что она чувствовала холоднымъ, начинаетъ казаться горячимъ. Опуская сосудъ, опять вызываемъ только неопредѣленное тепловое ощущеніе. Такимъ образомъ на подошвѣ около пальцевъ больная не чувствуетъ разницы между такими температурами, какъ 40° и 12° R. На самой подошвѣ чувствительность такъ же плоха, но больная можетъ отличить, что изъ двухъ сосудовъ, изъ которыхъ одинъ нагрѣтъ до 40°, другой до 12°,—одинъ холоднѣе другаго. На тылѣ стопы больная чаще угадываетъ чѣмъ къ ней прикасаются—теплымъ или холоднымъ, хотя и тутъ бываютъ ошибки. Самая маленькая разница, которую она иногда (далеко не всегда) могла отличить, была между 21 и 30° R. То же самое въ нижней части голени. Въ серединѣ голени различала разницы въ 6° R. и въ верхней части голени—температуры въ 25° и 28°. Болевая чувствительность немного повышена. Небольшой уколъ вызываетъ непріятное ощущеніе какъ на подошвѣ, такъ и на тылѣ стопы и голени. Такимъ образомъ въ общемъ анестезія была нѣсколько рѣзче выражена, гипералгезія же уменьшилась. Кожа подошвы, которая прежде была довольно чувствительна, теперь тоже представляетъ ослабленіе чувствительности. Вмѣстѣ съ этимъ стали чаще судорожное подергиваніе пальцевъ и чувство стягиванія подъ колѣнами. Иногда больная чувствуетъ, что что-то стягиваетъ ей ногу, такъ что она и разогнуть не можетъ. Ощущеніе стягиванія постоянно есть въ колѣняхъ, особенно по утрамъ. Больная утромъ должна очень медленно разгибать ногу, иначе является сильная болѣзненность. Дѣйствительно, подъ колѣнами прощупывается напряженіе сгибателей, хотя не очень большое. 18 мая больной поставлены мушки вдоль позвоночника, около 5—8 позвонковъ. Сначала боли немного усилились, но потомъ опять уменьшились, — рѣзкаго эффекта отъ мушекъ не было. 28 мая снова поставлены мушки пониже, но тоже, впрочемъ, безъ рѣзкаго эффекта, хотя въ общемъ къ началу іюня боли немного стихли. Анестезія же все оставалась въ прежней степени.

3-го іюня больная выписалась.

Эпикризисъ. Въ этомъ случаѣ мы имѣемъ не очень большую степень развитія болѣзни: параличныя явленія были только въ ногахъ, да и то степень паралича была не велика. Явленія алкоголизма бросались рѣзко въ глаза, такъ

что я не сомнѣваюсь, что злоупотребленіе алкоголемъ могло имѣть вліяніе и на развитіе параличныхъ явленій. Въ этомъ случаѣ интересно то, что сыпной тифъ, который перенесла больная въ больницѣ, почти не имѣлъ вліянія на ходъ паралича; послѣ него немного усилилось только разстройство чувствительности.

Наблюденіе II.

Московская цеховая
П. Иванова, 33 лѣтъ.
Поступила 8-го января } 1877 года.
Умерла.. 2-го февраля }

Status praesens 19-го января.

Больная женщина, крайне худая, блѣдная, жалуется на упадокъ силъ и боли въ ногахъ. Больная лежитъ съ согнутыми ногами. Сама она разогнуть ихъ не можетъ. При изслѣдованіи оказывается, что мышцы, сгибающія колѣно, сильно напряжены, и это напряженіе такъ сильно, что и пассивное разгибаніе невозможно. При попыткѣ насильно разогнуть колѣно оно разгибается только очень немного, и при этомъ является очень сильная боль; напряженіе мышцъ становится еще сильнѣе. Согнуть ноги въ колѣнномъ суставѣ больная немного можетъ, но сила этого произвольнаго сгибанія ничтожна. Въ голеностопномъ сочлененіи разгибаніе отсутствуетъ, сгибаніе возможно, но очень слабо. Пассивныя движенія въ этомъ сочлененіи возможны, хотя также ограничены напряженіемъ Ахиллова сухожилія и болью, которая вызывается при значительныхъ движеніяхъ. Пальцами больная чуть-чуть двигаетъ. Въ тазобедренномъ суставѣ движенія ноги хотя возможны, но сила очень небольшая. Мышцы ногъ очень дряблы, хотя всѣ равномѣрно, точно также какъ и мышцы всего тѣла. Индуктивный токъ въ нихъ сокращенія не вызываетъ. Кромѣ паретическаго состоянія въ пальцахъ рукъ замѣтны и судороги въ видѣ подергиваній пальцевъ. Эти подергиванія то совершенно пропадаютъ, то становятся рѣзче, но всѣ пальцы дергаются равномѣрно. Движенія рукъ тоже разстроены, болѣе всего въ периферіи. Пальцы большею частью согнуты, именно—5-й, 4-й и 3-й; второй, т. е. указательный, напротивъ большею частію выпрямленъ. Сама больная едва двигаетъ пальцами; разогнуть ихъ не можетъ. Пассивное разгибаніе пальцевъ возможно и свободно; контрактуры сгибателей незамѣтно, но во всякомъ случаѣ сгибаніе пальцевъ нѣсколько лучше, чѣмъ разгибаніе. Въ движеніяхъ кисти замѣтно тоже ослабленіе силы движеній, также какъ и въ движеніяхъ предплечья и плеча, хотя болѣе всего ослабленіе выражено въ пальцахъ и кисти. Мышцы тоже равномѣрно дряблы. Электросократительность отъ индуктивнаго тока есть, но слаба. Поворачиваться на постели больная можетъ, но съ большимъ трудомъ. Сидѣть безъ поддержки не можетъ. Брюшныя мышцы дѣйствуютъ. Діафрагма дѣйствуетъ порядочно. Въ лицевыхъ мускулахъ ничего незамѣтно. Говоритъ больная нѣсколько глухо, не совсѣмъ ясно произноситъ слова; впрочемъ, эта неясность болѣе, когда больная слаба,—менѣе, когда она пріободрится; послѣ того, какъ больная смочитъ ротъ, она меньше. Въ языкѣ небольшія фибрилярныя подергиванія. Зрачки одинаковы, реагируютъ на свѣтъ. Больная жалуется на боли въ ногахъ. Боли эти двоякаго рода: иной разъ являются стрѣляющія боли, большею частью, въ пальцахъ и въ стопѣ; онѣ продолжаются нѣсколько мгновеній и не очень часты, но сильны, такъ что больная иной разъ вскрикиваетъ отъ боли. Другаго рода боли болѣе продолжительныя, съ характеромъ ломящихъ или давящихъ болей, большею частью въ икрахъ; но

также и въ другихъ мѣстахъ ногъ. Эти боли довольно постоянны и то становятся больше, то немного слабѣе. При изслѣдованіи ногъ оказывается, что сдавленіе мышцъ (особенно икроножныхъ) вызываетъ сильную боль. Боль вызывается также при давленіи по направленію сѣдалищнаго нерва, особенно на n. peroneus у головки fibulae. Больная жалуется также на чувство сжатія въ животѣ и бокахъ. Давленіе на позвонки хотя и вызываетъ боль, но не сильную. Чувствительность ослаблена. Прикосновеніе чувствуется вездѣ на ногахъ и рукахъ. Иногда, впрочемъ, легкое прикосновеніе къ кожѣ стопы не ощущается. Локализація довольно вѣрная. Изслѣдованіе экстезіометромъ дало такіе результаты;

Двойное ощущеніе получается при разстояніяхъ:

На стопахъ обѣихъ ногъ около	50 mm.
Для голени лѣвой ноги „	65 „
„ „ правой „ „	80 „
„ бедра лѣвой „ „	75 „
„ „ правой „ „	80 „
На подошвѣ около	50 „

На пальцахъ руки двойнаго ощущенія не получается при разстояніяхъ до 20 mm., на кисти—45 mm., на предплечьи около 50 mm., то же и на кожѣ плеча съ обоихъ сторонъ, на животѣ—40 mm., на груди—50 mm. Больная говоритъ, что прикосновеніе къ голени и подошвѣ не такъ ясно сознаетъ, какъ прикосновеніе къ бедру и животу,—то же и относительно пальцевъ рукъ. прикосновеніе къ нимъ очень глухо ощущается. Чувство давленія нѣсколько ослаблено. Минимальныя тяжести чувствуетъ такъ: на стопахъ—$^1/_8$ ф., на голени—$^1/_8$, на бедрѣ—$^1/_{16}$, на животѣ и груди—$^1/_{16}$, на пальцахъ рукъ—$^1/_8$, на кисти и предплечьи—$^1/_{16}$ фунта. Разницы больная различаетъ въ такихъ отношеніяхъ: на голени и стопѣ большею частью отличаетъ, хотя иногда и ошибается при отношеніи послѣдовательныхъ тяжестей, какъ 8 : 9, на бедрахъ различаетъ тяжести въ отношеніи 16 : 17, на рукахъ и на кисти 8 : 9, на предплечьи и плечѣ 16 : 17, на животѣ и груди 16:17. Чувство температуры болѣе всего ослаблено на пальцахъ рукъ и на стопѣ. Такъ, при прикосновеніи стаканомъ, нагрѣтымъ до 45° R., къ кожѣ стопы, больная говоритъ, что это холодно, или не можетъ сказать, тепло ли это или холодно, а также — какой сосудъ теплѣе и какой холоднѣе при разницѣ 20 и 40° R. На пальцахъ рукъ различаетъ разницы не меньше чѣмъ въ 10° R. То же самое на подошвѣ. Гораздо лучше чувствительность въ верхней части голени (3° R.) и бедрѣ ($2^1/_2$° R.), на предплечьи и плечахъ (2° R.). На груди и животѣ замѣчаетъ разницы въ 2° и меньше. Болевая кожная чувствительность (уколъ и электричество) ослаблена нѣсколько въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ. Мелкія пассивныя движенія пальцами рукъ больная не чувствуетъ. Выведеніе мочи затруднено; моча выходитъ рѣдко и понемногу. Она очень темна и даетъ много осадка мочекислыхъ солей. Содержитъ форменные элементы. Стулъ правильный. Психическая дѣятельность представляетъ не рѣзкія измѣненія: нѣкоторая вялость рѣчи, не энергичный, вялый ходъ мыслей. Память довольно слаба, такъ что больная плохо припоминаетъ, какъ шла ея болѣзнь, когда она стала лежать. Языкъ сухъ, обложенъ корою. Аппетитъ плохъ. Тошноты нѣтъ. Печень немного увеличена. Больная кашляетъ очень немного. При изслѣдованіи оказывается притупленіе въ верхушкахъ обоихъ легкихъ, ослабленное, грубое вдыханіе, продолженное выдыханіе. Хриповъ почти нѣтъ. Тоны сердца чисты, пульсъ слабъ, частъ,

около 96 въ минуту; лихорадочное состояніе—38,3 (вечеромъ). Сонъ очень плохъ, частью отъ болей, частью самостоятельная безсонница.

Anamnesis.

Изъ собранныхъ свѣдѣній оказалось, что больная очень сильно злоупотребляла спиртными напитками, по крайней мѣрѣ 10 лѣтъ, а можетъ-быть и больше. Она пила періодически, чередуя періоды пьянства съ періодами трезвой жизни, и пила помногу. Года за два у нея послѣ пьянства появились бредъ и галлюцинаціи. Въ 1876 году съ ней было нѣсколько обмороковъ. Больная была полная женщина. Начало настоящей болѣзни она считаетъ въ сентябрѣ 1876 года. Въ то время у нея стали пухнуть ноги и понемногу она стала слабѣть. Однако она ходила и слегла въ началѣ октября. Съ тѣхъ поръ и лежитъ. Слабость развилась постепенно и съ тѣхъ поръ, также постепенно, развились контрактуры. Больная сильно похудѣла, стала немного кашлять, все время страдаетъ безсонницей. Руки въ началѣ болѣзни были свободны. Повидимому, не болѣе какъ за мѣсяцъ до поступленія въ больницу, т.-е. въ декабрѣ 1876 года, онѣ стали слабѣть.

Теченіе болѣзни.

Наблюденія начались съ 19 января. Первые дни (19—22-го) больная не представляла рѣзкихъ перемѣнъ. Въ виду ея слабости и лихорадочнаго состоянія ей назначенъ былъ chininum sulfuricum по jj gr. 4 раза въ день и противъ безсонницы—morphii acetici $^1/_6$ gr. на ночь. Послѣ пріема морфія больная стала немного спать, боли ночью не такъ безпокоили. Днемъ же продолжались тѣ же стрѣляющія боли и ломящія. Психическое состояніе въ это время было, какъ описано, т.-е. мысли шли нѣсколько вяло, память была довольно плоха, вслѣдствіе чего больная иногда путалась въ своихъ словахъ: то скажетъ одно, то другое,—но бреда не было. Понемногу, однако, психическое состояніе стало измѣняться. Такъ, уже 23-го января вечеромъ состояніе ея было ненормальное: она была болѣе весела, чѣмъ обыкновенно, безъ причины улыбалась, говорила болѣе развязно, чѣмъ обыкновенно,—видно было въ ней какое-то чувство довольства, поводовъ для котораго во внѣшней жизни не было. Состояніе ея походило на состояніе человѣка «навеселѣ». На слѣдующій день (24-го утромъ) состояніе опять стало такое, какъ было до того. Но къ вечеру опять состояніе измѣнилось: опять явилось ненормальное довольство, но тутъ уже замѣтно было, что больная галлюцинируетъ и бредитъ. Утромъ 25-го числа опять состояніе лучше. Сонъ за это время былъ, хотя плохой. Боли продолжались, явились боли и въ рукахъ, въ кисти, въ промежуткахъ между пястными костями. Каждый разъ къ вечеру являлись бредъ и галлюцинаціи. 27-го января у больной сдѣлался поносъ и потому хининъ былъ оставленъ, а назначенъ d-ti salep. ex ʒj — ʒvj черезъ часъ по ложкѣ. Вмѣстѣ съ этимъ больная ослабѣла и пульсъ сталъ еще слабѣе. Сознаніе и днемъ начинаетъ затемняться; она вяло отвѣчаетъ на вопросы, мысли медленно смѣняются,—ихъ очевидно немного; иногда она отвѣчаетъ видимо невпопадъ; къ вечеру это усиливается, являются смутный страхъ и галлюцинаціи. Пальцы рукъ, которые прежде пассивно разгибались совершенно свободно, теперь представляютъ небольшую резистенцію. Въ локтевыхъ суставахъ небольшое напряженіе bicipitis.

Поносъ продолжался 27, 28 и 29-го числа; 30-го онъ прекратился. Больная стала принимать 1-rae valerianae aetherae gutt. XV 3 раза въ день и вино.

Психическое состояніе становится, однако, все хуже и хуже. Сознаніе не ясно и въ продолженіе дня, а къ вечеру больная становится безпокойна. Она вдругъ начинаетъ кричать дикимъ голосомъ. Если заставить ее перестать, она перестаетъ на нѣсколько минутъ, а потомъ начинаетъ снова, и такъ почти всю ночь. Днемъ полуспитъ, хотя уже на вопросы не отвѣчаетъ. Пульсъ все слабѣе и слабѣе и вмѣстѣ съ тѣмъ все чаще. Въ послѣдніе дни у больной появилось подергиваніе въ мышцахъ шеи. Подергиваніе у нея было сначала только въ пальцахъ ногъ, потомъ явилось и въ пальцахъ рукъ; постепенно это подергиваніе становилось больше, а 31-го января оно было замѣчено въ мышцахъ шеи. Больная становилась все слабѣе и слабѣе, сознаніе все менѣе и менѣе ясно. Аппетита нѣтъ. Лежитъ ничего не говоря, лишь время отъ времени издаетъ какіе-то дикіе возгласы, безъ словъ. 2 февраля, въ 8 часовъ утра, она умерла.

Вскрытіе.

Кости черепа нѣсколько толще обыкновеннаго. Твердая оболочка головного мозга плотнѣе нормальнаго, по мѣстамъ замѣтны ишгѣмическія и жировое перерожденія. Рѣзко выраженный хроническій отекъ мягкой оболочки, какъ на выпуклой поверхности головного мозга, такъ и на его основаніи. Существо мозга нѣсколько отечно и представляетъ явленія венозной гипереміи въ небольшой степени. Въ желудочкахъ небольшое количество прозрачной жидкости. Сосуды мозга не представляютъ ничего непорядочнаго. Въ большихъ гангліяхъ, продолговатомъ мозгу и мозжечкѣ ничего особеннаго.

Спинной мозгъ. Твердая оболочка нѣсколько отечна; въ мягкой оболочкѣ отекъ рѣзко выраженъ. Значительное количество костныхъ бляшекъ по длинѣ спиннаго мозга. Гиперемія существа мозга въ нижнихъ частяхъ спиннаго мозга (поясничное утолщеніе), гдѣ сѣрое вещество рѣзко отдѣляется отъ бѣлаго; отекъ существа спиннаго мозга; оно дряблое, представляетъ явленія бѣлаго размягченія. Желтаго размягченія нигдѣ не замѣтно. Въ легкихъ: peribronchitis caseosa, bronchiectasia— какъ въ правомъ, такъ и въ лѣвомъ легкомъ. Гиперемія лѣваго легкаго (можетъ-быть какъ начало паренхиматознаго воспаленія). Gastritis haemorrhagica. Enteritis tuberculosa. Туберкулезное перерожденіе брыжжеечныхъ железъ. Въ селезенкѣ фокусъ казеозный. Сердце ожирѣло. Мышечный слой желтъ, очень дряблъ. Печень сильная, большая; развитіе соединительной ткани (начало цирроза). Въ почкахъ гиперемія, явленіе тусклой набухлости; въ мочевомъ пузырѣ явленіе хроническаго цистита. Въ маткѣ ничего особеннаго. Явленія значительнаго похуданія во всемъ тѣлѣ и мышцахъ. Несмотря на это, подъ кожей, въ почкахъ, въ сердцѣ и вообще во внутреннихъ органахъ находится значительное количество жира. Микроскопическое изслѣдованіе спиннаго мозга (послѣ затвердѣнія въ Мюллеровской жидкости и сохраненія въ алкоголѣ) не показало никакихъ уклоненій отъ нормы. Периферическіе нервы не изслѣдованы.

Эпикризисъ. Въ этомъ случаѣ явленія алкогольной паранеліи были очень рѣзко выражены. Что паранеліи здѣсь была алкогольнаго происхожденія, на это указываетъ какъ психическое состояніе больной, такъ и присутствіе нѣкоторыхъ признаковъ, свойственныхъ лицамъ злоупотребляющимъ спиртными напитками. Впрочемъ, какъ во всѣхъ почти случаяхъ, нельзя и въ данномъ случаѣ утверждать, чтобы паранеліи была здѣсь исключительно алкогольнаго происхожденія, такъ какъ при вскрытіи найдено измѣненіе мочеваго

пузыря и туберкулезъ; но, тѣмъ не менѣе, имъ кажется, мы вправѣ сказать, что въ происхожденіи паранеліи алкоголь игралъ по крайней мѣрѣ не меньшую роль, чѣмъ туберкулезъ; а страданіе мочеваго пузыря, повидимому, развилось не съ самаго начала болѣзни, слѣдов. не могло быть ея причиной.

Наблюденіе III.

Больная Анна П., мѣщанка, 50 лѣтъ.
Поступила 11 февраля
Выбыла 21 февраля } 1877 г.

Anamnesis.

Болѣе 10 лѣтъ у больной по временамъ является тоскливое состояніе, послѣ чего она начинаетъ пить, и пьетъ недѣли 3 помногу (около штофа водки въ день), затѣмъ запой кончается,—нѣкоторое время больная совсѣмъ не пьетъ, потомъ болѣе или менѣе скоро снова начинаетъ пить. Сначала это злоупотребленіе спиртными напитками ничѣмъ не отражалось, потомъ мало-помалу послѣ запоя въ то время, когда она перестаетъ пить, наступаетъ упадокъ силъ, больная лежитъ, не можетъ ходить, и дни черезъ три это проходитъ. Нѣсколько разъ во время запоя являлся бредъ, чувство безотчетнаго страха, галлюцинаціи (видѣніе мелкихъ предметовъ). Другого рода болѣзней, имѣющихъ отношеніе къ настоящей болѣзни, не было. Больная была женщиною полною.

Въ концѣ 1876 года (въ октябрѣ или въ ноябрѣ) опять сдѣлалась тоска, больная начала пить и пила нѣсколько недѣль помногу. Въ это время, именно въ концѣ декабря, она немного простудилась (вышла легко одѣвшись на крыльцо) въ холодную погоду. Въ концѣ декабря 1876 года она кончила пить, но тутъ явилось ослабленіе движеній нижнихъ конечностей, началась боль въ ногахъ, боли и сжиманіе въ боку, неправильность въ мочеотдѣленіи и бессонница. Одно время, спустя дней недѣли послѣ начала болѣзни, было измѣненіе психическаго состоянія: безотчетный сильный страхъ, галлюцинаціи слуха (слышала шумъ, что кто-то ходитъ, стучитъ) и зрѣнія (странныя животныя и т. п.) Это продолжалось 3 дня и потомъ прошло.—Болѣзненныя явленія все усиливались. Сначала они были едва замѣтны, потомъ боли стали больше, вмѣстѣ съ тѣмъ увеличивалась и слабость. Больная сильно похудѣла.

Status praesens.

Больная женщина худая, цвѣтъ кожи блѣдный. Она лежитъ постоянно въ постели. Поднимается на постели съ трудомъ, но можетъ не только сидѣть, но и подниться и съ поддержкой даже ходить. При этомъ она передвигаетъ ноги правильно, только дѣлаетъ небольшіе шаги,—словомъ, ходитъ такъ, какъ ходитъ очень слабая больная; лежа она можетъ производить ногами всѣ движенія, но только сила ихъ незначительная; чуть-чуть двигаетъ пальцами ногъ, немного болѣе стопою, сгибаетъ и разгибаетъ колѣна нѣсколько лучше, хотя вообще сила движенія очень небольшая. Въ рукахъ сила движеній тоже небольшая, но всего слабѣе движенія въ пальцахъ. Хотя всѣ движенія въ пальцахъ возможны, но сила ихъ очень невелика; тѣмъ не менѣе больная можетъ завязать руками узелъ. — Мышцы живота, груди, діафрагма, лицевыя мышцы дѣйствуютъ какъ слѣдуетъ. Кромѣ ослабленія движеній есть и непрои-

вольныя движенія, именно дерганіе пальцевъ въ ногахъ и трясеніе въ рукахъ. Дерганіе пальцевъ то становится сильнѣе, то почти совсѣмъ затихаетъ. Вообще же дерганья эти не объемисты и не сильны, отрывочныя—въ видѣ толчкообразнаго сгибанія пальцевъ. Трясеніе въ рукахъ, тоже небольшое, обнаруживается при протягиваніи рукъ и при произвольныхъ движеніяхъ. Трясеніе, впрочемъ, такъ не объемисто, что не мѣшаетъ больной самой ѣсть, затягивать узелъ и производить подобнаго рода дѣйствія. Кромѣ этого замѣтно небольшое напряженіе мышцъ сгибающихъ голени на обѣихъ ногахъ. Хотя контрактуры собственно нѣтъ, и больная можетъ вполнѣ разогнуть ногу, но при этомъ она чувствуетъ, что подъ колѣномъ что-то тянетъ; и дѣйствительно, сгибающія колѣно мышцы (biceps femoris и semitendinosus и semimembranosus) прощупываются немного напряженными. Мышцы вообще во всемъ тѣлѣ дряблы, худы. Индуктивный токъ вездѣ вызываетъ сокращенія. Больная жалуется на боли въ ногахъ. Боли эти двухъ родовъ: во-первыхъ, боли моментальныя въ пальцахъ ногъ. Такого рода боли вдругъ являются, сразу достигаютъ очень высокой степени и потомъ исчезнутъ. Эти боли не очень часты, но время отъ времени повторяются иной день чаще, иной рѣже. Другаго рода боли—ломящія около колѣнъ и въ ступняхъ. Эта боль постоянная. При давленіи на икры чувствуется сильная боль, большею частью при сдавленіи мышцы, даже и въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ нѣтъ большихъ нервныхъ стволовъ. Кромѣ этого боль чувствуется при давленіи на стопу почти вездѣ, но болѣе всего между суставами плюсневыхъ костей. При давленіи на мѣсто прохожденія n. peronei на обѣихъ ногахъ тоже чувствуется боль и довольно сильная. Кромѣ этого больная жалуется на чувство стягиванія вокругъ тѣла, и дѣйствительно оказывается, что давленіе на межреберныя нервы (отъ III до XI) вызываетъ боль преимущественно съ лѣвой стороны. Въ рукахъ небольшая болѣзненность только въ кисти, около головокъ пястныхъ костей. Въ позвонкахъ при давленіи чувствуется боль начиная съ 7 шейнаго до поясничныхъ позвонковъ.—Чувствительность ногъ понижена сравнительно съ чувствительностью рукъ. Собственно наиболѣе всего понижена чувствительность на груди, начиная сверху отъ 3 ребра до нижняго края реберъ съ боковъ и до пупка въ серединѣ. Весь этотъ поясъ представляетъ значительное пониженіе чувствительности. Тутъ больная чувствуетъ онѣмѣніе. Прикосновеніе легкое тутъ не чувствуется,—нужно сильное давленіе, чтобы получилось ощущеніе. Затѣмъ нѣсколько лучше чувствительность въ подошвѣ и ступнѣ, хотя хуже чѣмъ въ рукахъ, еще лучше въ голени и бедрѣ, а въ рукахъ почти не замѣтна разница отъ нормы, точно также какъ въ нижней части живота и въ спинѣ. Изслѣдованіе эстезіометромъ дало такіе результаты: на подошвѣ обѣихъ ногъ отъ 27 до 30 mm., на тылѣ стопы около 35 mm., на голеняхъ 42—43 mm., въ верхнихъ частяхъ голени около 50 mm.; въ бедрахъ, въ нижнихъ частяхъ—55—60 mm., а въ верхнихъ 73—75 mm.; въ нижней части живота 33—40 mm. На груди, въ вышеописанномъ поясѣ, никакое разстояніе не даетъ двойнаго ощущенія. На рукахъ, на кистяхъ, два прикосновенія чувствуются какъ два на разстояніи 20—25 mm., на кисти—35, на предплечьи—50, на плечахъ—55.

Минимальныя тяжести, которыя ощущаетъ больная на ногахъ, какъ давленіе, а не какъ прикосновеніе,—$^1/_8$ ф., въ нижней части живота—$^1/_{16}$, на груди же—$^1/_4$ фунта. Разницу между тяжестями больная хорошо различаетъ. Большею частью различаетъ разницу между $^{16}/_{32}$ и $^{17}/_{32}$ фунта, исключая бедеръ, гдѣ ощущаетъ разницы относящіяся какъ 8 : 9, и кожи груди, гдѣ часто не различаетъ разницы 2 : 3.—Чувство температуры на ногахъ значительно измѣнено. Такъ, на стопѣ часто теплая вода (36° R.) даетъ ощущеніе холода: больная

увѣряетъ, что прикасаются до нея холоднымъ, хотя, впрочемъ, это не всегда: иной разъ скажетъ, что вода холодная, иной разъ—что теплая. Въ виду этого трудно опредѣлить точно степень ея разстройства въ этомъ отношеніи, но во всякомъ случаѣ на лѣвой ногѣ—на стопѣ и наружной сторонѣ нижней трети лѣвой голени—разница между 24° и 30° не различается. На правой ногѣ разница между 24° и 28° не сознается въ этихъ же мѣстахъ. На подошвѣ и голени не различаетъ разницы въ 2°, на бедрахъ около 1°; на животѣ и рукахъ чувствительность нормальна. На груди не различаетъ разницы почти въ 3° R. при среднихъ температурахъ. Чувство боли при поступленіи больной тоже было ослаблено,—какъ уколъ, такъ и электрическая кисточка вызывали небольшую болѣзненность въ ногахъ и значительно меньшую въ рукахъ. Въ груди ослабленіе болевой чувствительности еще болѣе. Кожные рефлексы въ нижнихъ конечностяхъ есть. Мочи выдѣляется немного и съ трудомъ; она темно-краснаго цвѣта, съ большимъ количествомъ осадка (мочекислыхъ солей). Недержанія мочи нѣтъ. Наклонность къ запорамъ.

Въ легкихъ небольшіе разсѣянные хрипы. Въ лѣвомъ легкомъ вверху грубоватое вдыханіе и продолжительное выдыханіе; хриповъ не замѣчается. Сердце занимаетъ нормальныя границы; тоны его слабы, но чисты. Пульсъ малъ, частъ—120 въ минуту. Языкъ сухъ; бываютъ отрыжка и изжога. Печень нѣсколько поднимается выше края реберъ; лѣвая доля немного увеличена. Въ животѣ при давленіи болѣзненность (скопленіе экскрементовъ).

Anteflexio uteri, небольшія бѣли. Регулы уже кончились, Въ психической сферѣ нѣкоторая слабость памяти и соображенія (не рѣзко). Безсоница. T° 37 и 36,7°.

Теченіе болѣзни.

Послѣ клистира больную прослабило и болѣзненность въ животѣ стала меньше. Безсонница и боли продолжались, такъ что на пятый день пребыванія больной (16) нужно было прибѣгнуть къ морфію, который и далъ сонъ; боли не уменьшались,—напротивъ, усилились. 17 числа замѣчено, что кожа подошвы стопы и нижней части голени болѣзненна при легкомъ дотрогиваніи. Уколъ вызываетъ очень сильное болѣзненное ощущеніе, и хотя самъ уколъ сознается глуше, чѣмъ на рукѣ, но боль отъ него значительно сильнѣе въ нижнихъ частяхъ ногъ, чѣмъ на рукѣ. Боли, какъ стрѣляющія, такъ и ломящія, продолжаются. Слабость нѣсколько больше, стягиваніе въ колѣняхъ сильнѣе.

Ванна въ 29° облегчала больную, но не надолго.

18 числа поставлена мушка на верхнюю часть позвоночника, а 21-го больная выписалась.

По извѣстіямъ, которыя я получалъ отъ родственниковъ больной, она болѣе года оставалась въ этомъ положеніи. Затѣмъ я не имѣлъ о ней свѣдѣній.

Эпикризисъ. Въ этомъ случаѣ алкогольная параплегія была почти въ чистой формѣ.

Наблюденіе IV.

Больной Л. 60 лѣтъ, купецъ.

Больнаго я видѣлъ въ первый разъ 15 декабря 1880 года. Свѣдѣнія, которыя мнѣ были сообщены о немъ, были слѣдующія:

Больной былъ человѣкъ крѣпкаго сложенія, до послѣдняго времени не жаловавшійся ни на какія болѣзни. Много лѣтъ назадъ имѣлъ lues, лѣчился

ртутью въ Пятигорскѣ. Много лѣтъ злоупотреблялъ спиртными напитками (каждый вечеръ былъ или пьянъ, или навеселѣ).

Въ концѣ октября 1880 года явилось лихорадочное состояніе, продолжавшееся цѣлую недѣлю. Послѣ этого больной еще могъ съѣздить въ загородный ресторанъ покутить. Черезъ нѣсколько дней лихорадочное состояніе снова вернулось, явилась сильная боль въ сторонѣ печени; печень была значительно увеличена, при давленіи болѣзненна. Боль упорно держалась вмѣстѣ съ повышенною температурой. Потомъ явился поносъ, стало слабить и съ испражненіями вышли пузыри эхинококковъ. Температура упала, но чрезъ нѣсколько дней снова поднялась, и снова съ испражненіями вышла цѣлая масса эхинококковъ. Силы больнаго при этомъ упали, такъ что онъ почти не вставалъ съ постели. Съ начала декабря эхинококковъ ужь больше не показывалось, лихорадочное состояніе стихло, но силы больнаго не прибавлялись,—напротивъ, присоединились новыя явленія. Прежде всего у больнаго явился бредъ—сначала въ видѣ небольшой путаницы представленій и неясности сознанія, съ зрительными галлюцинаціями, потомъ довольно буйный бредъ съ галлюцинаціями и безсонницей. Въ началѣ декабря ноги очень ослабли и въ нихъ явились сильныя боли. Моча сдѣлалась очень красна, такъ что поражала своимъ видомъ домашнихъ. Въ лабораторіи Феррейна было опредѣлено въ ней присутствіе индикана въ значительномъ количествѣ.

Когда я увидалъ больнаго, status praesens былъ таковъ: спутанный бредъ съ галлюцинаціями зрѣнія (кажутся чортики, страшныя рожи), больной плохо понимаетъ, что ему говорятъ, спутываетъ имена. Едва ворочаетъ ноги. Сила движеній незначительна, хотя всѣ движенія возможны. Мышцы стопы очень слабо дѣйствуютъ, мышцы сгибающія и разгибающія въ колѣнѣ—тоже. Ноги очень похудѣли, мышцы очень дряблы. Сдавленіе мышцъ вызываетъ сильную боль, особенно въ икрахъ и стопѣ. Чувствительность ослаблена, особенно повидимому чувство температуры; пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. Механическое раздраженіе мышцъ голени ударомъ молоточка вызываетъ ихъ сокращеніе. Въ рукахъ силы немного, но ослабленіе рукъ далеко не такъ велико, какъ ногъ. Сидѣть больной не можетъ; ворочается съ трудомъ. Сильная болѣзненность груднаго отдѣла позвоночника. По ночамъ кричитъ отъ болей въ ногахъ. Животъ вздутъ. Лѣвая доля печени увеличена и болѣзненна при давленіи. Давленіе на животъ немного болѣзненно. Слабитъ слизью. Рвоты нѣтъ, языкъ очень сухъ. Моча выводится свободно, очень красна. Пульсъ за 100, маленкій. Т. 37,3°.

Назначено: Morph. acetic. gr $^1/_4$, 2 раза въ день, и chloral hydrat. ʒ β. на ночь.

30 декабря. Больной чуть-чуть спокойнѣе, но все-таки ночью очень тревожное состояніе, галлюцинаціи, бредъ. Днемъ путаница представленій, памяти нѣтъ никакой. Мочится съ трудомъ подъ себя. Ноги очень худы и слабы.

8 января 1881 г. Руки стали плохо дѣйствовать; замѣтно особенно ослабленіе разгибателей кисти и пальцевъ (особенно въ правой рукѣ), флексоры тоже очень слабы. Въ стопахъ и пальцахъ ногъ совсѣмъ нѣтъ движенія; движенія въ колѣняхъ очень слабы. Ноги очень худы. Моча выводится съ большимъ трудомъ; то запоръ, то поносъ; спутанность сознанія такая же. Безпокойство меньше.

15 января. Руки и ноги хуже. Изслѣдована электросократительность: отъ индуктивнаго тока въ рукахъ сокращенія вызываются во всѣхъ мышцахъ, хотя слабѣе нормальнаго. Въ ногахъ сокращенія нельзя вызвать въ разгибателяхъ

пальцевъ и въ mm. tibiales antici и m. peronei. Въ икроножной мышцѣ и въ мышцахъ бедра слабыя сокращенія. Чувствительность замѣтно ослаблена.

Галлюцинаціи продолжаются; является сонливость.

22 января. Въ ногахъ замѣтна наклонность къ контрактурѣ въ колѣнѣ. Пролежни на крестцѣ. Больной почти ничего не ѣстъ.

1 февраля. Пролежни увеличиваются, силы падаютъ. Руки значительно слабѣе. Ворочается съ трудомъ. Наклонность къ спячкѣ днемъ. Ночью бредъ, галлюцинаціи. Понемногу пролежни увеличивались, силы падали. Подъ конецъ больной впалъ въ безсознательно состояніе.

24 февраля явились клоническія судорги въ лицѣ и мускулахъ шеи. Въ этотъ день скончался. Вскрытія не было.

Эпикризисъ. Теченіе этого тяжелаго случая одно изъ наиболѣе типичныхъ: у лица постоянно и много пившаго развивается тяжелая внутренняя болѣзнь; едва поддерживавшееся равновновѣсіе въ организмѣ нарушается, организмъ слабѣетъ и тогда начинаютъ выступать явленія алкогольной параплегіи—сначала въ небольшой степени, а потомъ болѣзнь увеличивается все больше и больше и кончается смертью при самыхъ тяжелыхъ явленіяхъ.

Явленія алкоголизма были настолько рѣзки, что я думаю, что имѣю полное право назвать параплегію «алкогольною», а не рефлекторною отъ болѣзни печени.

Наблюденіе V.

Больной 54 лѣтъ, женатъ.

Anamnesis.

Больной происходитъ изъ семьи богатыхъ коммерсантовъ. Въ семьѣ есть наслѣдственное расположеніе къ нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ. Пользовался всегда хорошимъ здоровьемъ; жизнь велъ неправильную, много выѣзжалъ, пріѣзжалъ поздно и часто навеселѣ. Пилъ вино (водку и виноградное вино) неумѣренно. Въ іюлѣ 1879 года имѣлъ кровохарканіе съ послѣдующимъ лихорадочнымъ состояніемъ. Болѣзнь тянулась недѣль шесть. Послѣ этого поправился, сталъ вести прежній образъ жизни, т.-е. выпивалъ порядочно. 28 декабря 1880 года начинается теперешняя болѣзнь. У него сдѣлалось обильное легочное кровотеченіе; черезъ два дня присоединилось лихорадочное состояніе неправильнаго типа (температура держалась, большею частью, около 38,5, но спускалась до 37,5 и восходила до 39,5°). Вскорѣ стали замѣтны хрипы—въ верхушкѣ легкаго. Было констатировано катарральное воспаленіе легкаго. Къ этому вскорѣ присоединились безсоница и неясность сознанія, выражавшаяся въ томъ, что больной по временамъ путалъ факты. Такъ продолжалось до 13 января 1881 года, когда явилось безпокойство по ночамъ, явились галлюцинаціи, бредъ сталъ рѣзче. Ночи проводилъ совершенно безъ сна, былъ очень тревоженъ, пытался вскакивать съ постели, не считалъ себя больнымъ.

Я увидалъ больнаго въ первый разъ съ пользовавшимъ его докторомъ Д. А. Сергіевскимъ 15 января 1881 года. Я его засталъ въ постели. Больной былъ человѣкъ хорошаго сложенія, замѣтно похудавшій. Бросается въ глаза, что онъ слишкомъ много говоритъ; мысли идутъ одна за другой по поверхностной связи между собою. Больной разсказываетъ много, хочетъ разсказать съ подробностями, но при этомъ уклоняется въ сторону, теряетъ первоначальную нить разговора, позабываетъ совершенно о чемъ начали говорить. Смутно пред-

ставляетъ себѣ, гдѣ именно онъ находится; лучаетъ, что онъ въ деревнѣ Мытищахъ; считаетъ меня за кого-то, у кого онъ въ гостяхъ; не сознаетъ, что онъ лежитъ уже 3 недѣли,—говоритъ, что все время выѣзжаетъ. Галлюцинируетъ: видитъ часто зверей (собакъ). Заявляетъ желаніе встать, но особенной настойчивости при этомъ не выказываетъ. Настроеніе духа довольно веселое, шутливое. Разговариваетъ немного запинаясь; иногда позабываетъ названія предметовъ, такъ что приходится подсказывать; глотаетъ хорошо. Тошноты и рвоты не было. Наклонность къ запору. Моча красна; ея мало; выводится не совсѣмъ свободно. (Больной жалуется, что нужно натуживаться и что ему не ловко мочиться лежа.) Ноги очень худы, мышцы дряблы. Движенія стопою возможны, но слабы. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. При давленіи на мезіальныя промежутки въ стопѣ и икрахъ очень значительная болѣзненность. Въ спинѣ болей нѣтъ. Трясеніе въ рукахъ и языкѣ не замѣтно. Пульсъ за 100, мягкій, слабый.

Капель съ кровянистою мокротой. Два фокуса катарральной пневмоніи. Т. 38,3°.

Больному на ночь дали въ два пріема двѣ драхмы chloral. hydr. Онъ спалъ порядочно и, проснувшись 16 января, былъ значительно лучше. Сознаніе стало ясѣе. Галлюцинацій не было. Ночь на 17-е спалъ ночь напіяемъ $5|3$ хлорала. Голова ясѣе; написалъ записку, въ которой замѣтна та особенность, что во многихъ словахъ слоги повторяются, напри. *ѳеѳеѳлюююююю, поллляюсь* и т. п. Назначено chinin. hydrobrom. gr. jj 3 раза въ день и на ночь chloral. hydr. 5 j. Температура все повышена.

18. Спалъ хорошо. Сознаніе ясѣе. Бредъ только къ вечеру, Chloral. hydr. 9jj.

19. Спалъ порядочно. Сознаніе почти совсѣмъ ясно. Chloral hydrat. $5|3$. Съ этого времени сознаніе было нѣкоторое время почти совсѣмъ ясно; спалъ больной хорошо. Явленія же нѣкоторыя оставались въ прежнемъ состояніи.

Однако нѣкоторыя явленія успѣлись, появились признаки распада тканей (гнилостная мокрота), лихорадочное состояніе все усиливалось, аппетитъ пропалъ, силы значительно упали. При явленіяхъ упадка силъ бредъ по ночамъ явился снова 20 февраля; затѣмъ сознаніе спуталось больше, опять явились галлюцинаціи, путаница представленій; опять больной сталъ разсказывать, что онъ куда-то ѣдитъ, получаетъ деньги, ведетъ какія-то дѣла. Если поспрашивать чѣмъ-нибудь усилить вниманіе больного, то онъ начинаетъ говорить правильно, но вскорѣ опять спутывается. Ноги слабы, мышцы очень дряблы. Общее паретическое состояніе мышцъ голени и стопы безъ преобладанія паралича въ отдѣльныхъ группахъ. 27 февраля скончался. Вскрытія не было.

Эпикризъ. Въ этомъ случаѣ мы имѣемъ примѣръ, гдѣ интересующая насъ болѣзнь выражена очень мало: у больного наблюдались небольшія паретическія явленія въ ногахъ, похуданіе мышцъ, болѣзненность ихъ при давленіи, потеря пателлярныхъ рефлексовъ. Тѣмъ не менѣе для меня нѣтъ сомнѣнія, что эти явленія были результатомъ алкогольной кахексіи; это видно уже изъ того, что всѣ эти явленія были вмѣстѣ съ алкогольнымъ бредомъ (въ данномъ случаѣ характерно выраженнымъ), такъ нерѣдко являющимся у алкоголиковъ, заболѣвшихъ какой-нибудь лихорадочной болѣзнью легкихъ.

Наблюденіе VI.

Больной 47 лѣтъ, очень интеллигентный человѣкъ, врачъ.

Въ первый разъ я его, какъ больного, видѣлъ въ маѣ 1883 года. Онъ

сообщилъ мнѣ, что давно уже страдаетъ разстройствомъ дѣятельности сердца; время отъ времени бываютъ приступы грудной жабы; въ лѣвой рукѣ пульса нѣтъ. При выслушиваніи въ области аорты слышенъ шумъ съ первымъ временемъ. Болѣзнь опредѣлилась какъ аневризма дуги аорты. За послѣднее время однако, его безпокоятъ другія явленія, по поводу которыхъ онъ и просилъ меня пріѣхать. На первомъ планѣ изъ этихъ явленій стоитъ боль въ ногахъ. Онѣ не даютъ ему покоя и днемъ, а ночью дѣлаются невыносимы. Боли эти сосредоточиваются въ голеняхъ и ступняхъ. Онѣ ломящія и ноющія, временами чрезвычайно острыя; сначала эти боли соединены были съ отекомъ голеней и ступней, потомъ отекъ прошелъ, а боли стали сильнѣе прежняго. При ощупываніи оказалась резкичайшая гиперэстезія мышцъ икроножныхъ и межкостныхъ, такъ что сдавленіе ихъ было очень болѣзненно, и гиперэстезія periostei tibiae, такъ какъ давленіе на передній край tibiae было очень болѣзненно (явленія же periostiti'a рѣшительно не было). Давленіе на n. peroneus съ обѣихъ сторонъ тоже очень болѣзненно. Прикосновеніе собственно къ кожѣ боли не вызываетъ. Движенія ногами довольно сильны; мѣсколько мѣшаютъ ходить боли. Мышцы ногъ очень похудѣли. Кромѣ болей, больного очень безпокоитъ рвота. Онъ ничего не можетъ съѣсть, чтобы его не рвало; по утрамъ бываетъ рвота самостоятельная. Рветъ слизью. При ощупываніи живота оказывается довольно значительная болѣзненность подъ ложечкой ближе къ правой сторонѣ. Замѣтнаго напряженія печени нѣтъ. Небольшая наклонность къ запору. Моча очень красна, въ небольшомъ количествѣ.

Больной совсѣмъ не спитъ. Ночью усиливаются боли, является тревожное состояніе; больному вспоминаются мрачныя событія послѣднихъ мѣсяцевъ. Ему непріятно оставаться одному, часто зоветъ прислугу и т. д.

Всѣ эти явленія развились у больного съ первыхъ чиселъ апрѣля 1883 года. Передъ этимъ онъ имѣлъ очень большія моральныя потрясенія. Послѣдній ударъ въ этомъ отношеніи онъ получилъ именно въ началѣ апрѣля, и съ того же дня явились рвота и безсонница, отекли ноги и явилась рѣзкая боль въ нихъ. Кромѣ того поводъ къ болямъ могъ быть и въ простудѣ: больной ѣхалъ изъ Петербурга въ Москву въ вагонѣ, въ которомъ очень дуло въ ноги; это было тоже въ началѣ апрѣля. Что касается до употребленія спиртныхъ напитковъ, то больной прибѣгалъ къ нимъ какъ къ средству предохранять себя отъ приступовъ angiuae pectoris. Выходило въ день 1 или $1^1/_2$ бутылки потѣшку. Больному были назначены порошки opii ch. chinin, hydrobrom. gr. ij), уменьшено количество вина, и почти въ тотъ же день прекратились рвота, онъ сталъ ужинать, а понемногу стали исчезать и боли въ ногахъ. Моча стала свѣтлѣе, самъ больной веселѣе, бодрѣе. Онъ вскорѣ могъ оправиться настолько, что поѣхалъ путешествовать по Волгѣ и проѣхалъ до Екатеринбурга. Во время путешествія чувствовалъ себя вполнѣ хорошо; одинъ разъ были приступы боли въ большомъ пальцѣ правой ноги съ припухлостью и краснотою пальца (подагрическая боль?). Осенью 1883 года больной вернулся въ Москву и приступилъ къ обычнымъ занятіямъ. Въ октябрѣ у него дни три была опять рвота послѣ званаго обѣда, за которымъ пришлось выпить вина болѣе, чѣмъ то количество, которымъ онъ ограничилъ свою дневную порцію. Затѣмъ онъ опять поправился и не жаловался ни на что до 16 декабря. Въ этотъ день онъ почувствовалъ очень сильную боль въ сторонѣ сердца. Боль держалась упорно нѣсколько часовъ. Чтобъ уменьшить боль, онъ поставилъ 6 пявокъ къ сторонѣ сердца. Боль дѣйствительно прекратилась, но больной значительно ослабѣлъ. Вскорѣ окружаю-

щимъ стало замѣтно, что онъ сталъ очень забывчивъ, постоянно повторяетъ одно и то же; явились безсонница и опять рвота. Постепенно явленія усиливались; больной окончательно потерялъ память недавняго,—позабывалъ, что онъ боленъ и никуда не выѣзжаетъ; разсказывалъ небывалые факты относительно своихъ поѣздокъ, свиданій, разговоровъ, споровъ, съ такими подробностями, что человѣку въ первый разъ видящему его и въ голову не приходило, что это одна фантазія. При этомъ, однако, постоянно повторялись одни и тѣ же вопросы, одни и тѣ же разсказы изъ прошлой жизни (все бывшее до болѣзни больной хорошо помнилъ и часто разсказывалъ очень интересныя наблюденія изъ своихъ прежнихъ путешествій). На ряду съ этими психическими симптомами развивались и физическіе: съ самаго начала явились рвота и безсонница, потомъ появились ломящія боли въ ногахъ, боли при сдавленіи мышцъ голени и стопы. Вмѣстѣ съ тѣмъ ноги стали слабы, такъ что больной передвигался съ трудомъ. Ноги стали очень худы, мышцы дряблы. Къ началу января ноги почти совсѣмъ отказывались служить; явилась неловкость и въ рукахъ. Въ этотъ періодъ болѣзни мнѣ пришлось увидать его только около 15 января. Тогда онъ былъ въ такомъ состояніи.

1) Ноги очень слабы. Мышцы разгибающія пальцы и стопу совсѣмъ не дѣйствуютъ; мышцы сгибающія пальцы дѣйствуютъ очень слабо. Въ колѣнномъ суставѣ разгибаніе и сгибаніе возможно, но слабо. Пассивное разгибаніе въ колѣнѣ ограничено небольшою контрактурою сгибателей. Въ тазобедренномъ суставѣ движенія сильнѣе.

2) Ноги въ стопахъ отекли; голени худы, мышцы тонки и дряблы. Электросократительность отъ индуктивнаго тока сохранена.

3) Больной чувствуетъ прикосновеніе къ подошвамъ, голени и бедрамъ хорошо. Повидимому, анестезія очень небольшая.

4) Рефлексовъ пателлярныхъ нѣтъ; при щекотаніи подошвы нога отдергивается въ тазобедренномъ суставѣ.

5) Въ рукахъ слабость мышцъ кисти. Причемъ разгибатели кисти и пальцевъ болѣе слабы, чѣмъ сгибатели. Мышцы тоже худы. Электросократительность нормальна. Анестезіи нѣтъ.

6) Больной жалуется на боли въ ногахъ большею частью ломящія. При давленіи на кожу, на мышцы и нервы въ ногахъ—очень сильная болѣзненность. Болѣзненность при давленіи мышцъ рукъ меньше.

7) Моча выводится съ небольшимъ затрудненіемъ. Она очень красна.

8) Пульсъ очень слабъ, неправильный.

9) Рвота; голосъ хриплый, слабый.

10) Сна нѣтъ. Состояніе психическое описано выше.

Несмотря на настойчивое укрѣпляющее лѣченіе, силы больнаго падали. Пульсъ почти исчезъ и въ правой рукѣ. 3 февраля скончался. Параличныя явленія не пошли дальше того, что описано. Вскрытія не было.

Эпикризисъ. Въ этомъ случаѣ намъ пришлось больнаго наблюдать въ два періода: первый, болѣе слабый, приступъ болѣзни кончился поправленіемъ, второй—смертью. Нѣтъ сомнѣнія, что организмъ больнаго ослабѣлъ не непосредственно вслѣдствіе разстройства нервной системы: измѣненія въ пульсѣ указывали на существенное разстройство въ сердцѣ. Толчкомъ для развитія разстройства со стороны нервной системы послужило моральное потрясеніе. Въ данномъ случаѣ паретическія явленія я считаю себя вправѣ назвать алкогольными, потому что у больнаго (особенно въ первомъ приступѣ болѣзни) были рвоты, боль въ сторонѣ печени, безсонницы и другія явленія—и всѣ

явленія значительно уменьшались при уменьшеніи количества употребляемаго вина.

Наблюденіе VII.

Больной 26-ти лѣтъ.

Этого больнаго мнѣ пришлось видѣть всего одинъ разъ на консультаціи вмѣстѣ съ однимъ товарищемъ, который сообщилъ мнѣ слѣдующія свѣдѣнія о немъ. Больной происходитъ изъ семьи невропатической; пилъ водки очень много; въ продолженіе послѣднихъ 11-ти лѣтъ съ нимъ было нѣсколько эпилептическихъ припадковъ. Онъ былъ вообще не уменъ, а въ послѣднее время какъ-то еще поглупѣлъ. Сердце его ненормально; есть шумъ съ первымъ временемъ; врачи давно находили у него порокъ сердца. Въ декабрѣ у него началась какая-то лихорадочная болѣзнь, продолжавшаяся три недѣли. Всего вѣроятнѣе, что это былъ тифъ. Въ первой половинѣ января лихорадочное состояніе исчезло, но больной оставался очень слабъ. Сначала эту слабость приписывали упадку силъ послѣ горячки, но въ началѣ февраля замѣтили, что дѣло не такъ просто, такъ какъ у больнаго стали замѣтны рѣзкое разстройство памяти и параличныя явленія въ ногахъ. Когда я видѣлъ больнаго, я нашелъ слѣдующее:

Ноги очень слабы; стопы отвисли; мышцами стопы никакого движенія сдѣлать не можетъ. Въ колѣняхъ особенно слабо дѣйствуютъ мышцы разгибающія колѣно. Замѣтна небольшая контрактура мышцъ сгибающихъ. Ноги очень похудали; мышцы дряблы и при давленіи очень болѣзненны. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. Чувствительность въ ногахъ порядочная. Механическое раздраженіе молоточкомъ вызываетъ сокращеніе мышцъ голени. Въ рукахъ замѣтна слабость въ мышцахъ кисти. Мышцы тоже худы. Анестезіи нѣтъ.

Сознаніе больнаго очень смутно; смѣшиваетъ дѣйствительность съ фантазіями. Память недавняго очень ослаблена. Наклонность къ сонливости. Моча выводится правильно, очень красна. Пульсъ очень слабъ, за 100; онъ неправильный. Тоны сердца замѣнены рѣзкими шумами.

Больше я больнаго не видалъ, но мнѣ извѣстно, что онъ вскорѣ скончался отъ общаго упадка силъ.

Вскрытія не было.

Эпикризисъ. Въ этомъ случаѣ болѣе чѣмъ въ какомъ-нибудь другомъ можно сомнѣваться, нужно ли причислять его къ алкогольнымъ параличамъ, или къ параличамъ послѣ острыхъ болѣзней. По-моему это не имѣетъ существеннаго значенія, но я все-таки считаю нужнымъ описать его здѣсь, потому что уже до тифа онъ представлялъ нѣкоторые признаки вреднаго вліянія алкоголя какъ въ сферѣ психической (упадокъ умственныхъ силъ), такъ и въ физической (эпилептическіе припадки). Замѣчу, между прочимъ, что этотъ больной приходился дальнимъ (но все-таки кровнымъ) родственникомъ больному, описанному въ наблюденіи 5-мъ.

Наблюденіе VIII.

Больной 30-ти лѣтъ, купецъ, женатъ.

(Изъ невропатической семьи). Больнаго я видѣлъ одинъ разъ на консультаціи съ докторомъ Я. А. Корнѣевымъ. Анамнезъ, который былъ мнѣ сообщенъ, состоялъ въ слѣдующемъ: Очень большое злоупотребленіе спиртными

напитками въ продолженіе многихъ лѣтъ (пилъ водку, коньякъ, портвейнъ, всегда въ большомъ количествѣ). Кромѣ того имѣлъ два раза специфическія ранки на членѣ, но, какъ говорятъ, это были мягкіе шанкры. Вторичныхъ явленій сифилиса не было. Дѣтей не имѣлъ. Лѣтомъ 1883 года у больнаго, послѣ значительнаго злоупотребленія спиртными напитками, былъ эпилептическій припадокъ, послѣ котораго оправился скоро и продолжалъ пить. 8-го ноября 1883 года послѣ выпивки опять повторился эпилептическій припадокъ, послѣ котораго развилось разстройство памяти; но такъ какъ соображеніе было относительно хорошо и процессъ умозаключенія совершался довольно правильно, то больной продолжалъ выѣзжать по дѣламъ и только съ 13 ноября остался дома, такъ какъ развилась значительная слабость въ ногахъ. Явленія, которыя я замѣтилъ, были слѣдующія:

1) Рѣзко выраженное разстройство памяти: больной позабываетъ все, что только случилось,—позабываетъ, кто у него былъ, съ кѣмъ онъ только-что разговаривалъ. Постоянно повторяетъ одни и тѣ же вопросы. Между тѣмъ соображеніе его довольно хорошо: на каждую данную тему онъ разсуждаетъ хорошо, только иногда, остановившись не надолго, позабываетъ, о чемъ говорилъ. Довольно упрямъ, не усвоиваетъ себѣ всю важность своего положенія и не слушаетъ совѣтовъ (продолжаетъ пить).

2) Въ ногахъ замѣтна слабость. Сила мускуловъ уменьшена, хотя полнаго паралича нѣтъ. Походка шаткая; съ закрытыми глазами шаткость увеличивается. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. Кожные рефлексы сохранены. Анестезія очень небольшая въ подошвенной сторонѣ большаго пальца. Сдавленіе мускуловъ ногъ очень болѣзненно.

3) Въ рукахъ паралича нѣтъ, но замѣтно трясеніе.

4) Въ туловищѣ и лицѣ параличей нѣтъ, зрачки нормальны.

5) Моча выводится хорошо. Въ ней замѣтно значительное количество бѣлка, много уратовъ.

6) Въ ступняхъ небольшой отекъ.

7) Сердце немного увеличено. Съ первымъ временемъ небольшой шумъ. Пульсъ за 100, слабъ.

8) Тошноты нѣтъ; небольшой запоръ; болѣзненность въ сторонѣ печени.

9) Сна почти нѣтъ. Ночью больной тревоженъ, жалуется на непріятное настроеніе.

Я больнаго болѣе не видалъ, но мнѣ извѣстно, что онъ скончался черезъ девять дней, 24 ноября 1883 года. Смерть его была очень быстрая: сказалъ, что ему очень дурно, и очень быстро скончался.

Вскрытія не было.

Эпикризисъ. Въ этомъ случаѣ явленія вреднаго вліянія алкоголя на организмъ были на-лицо и нечего доказывать, что нервныя разстройства находились въ связи съ алкоголизмомъ. Въ этомъ случаѣ можетъ быть сомнѣніе, имѣлъ ли я право этотъ случай отнести къ алкогольнымъ параличамъ, а не къ алкогольной атаксіи. Я отнесъ его къ алкогольнымъ параличамъ, потому что была паретическая слабость въ мышцахъ нижнихъ конечностей. Въ сущности вопросъ этотъ не такъ важенъ, потому что, какъ мы увидимъ далѣе, границы между параличными и атактическими формами провести нельзя, и есть случаи, которые можно отнести и туда и сюда.

Наблюденіе IX.

Больной 41-года, архитекторъ.

Status praesens.

Лицо немножко одутловато, жалуется на слабость въ ногахъ и рукахъ. При изслѣдованіи оказывается, что ноги дѣйствительно слабы, особенно стопы, такъ что больной ходитъ пошатываясь, опираясь на палку. Руки, главнымъ образомъ — пальцы, дѣйствуютъ тоже не такъ ловко и не такъ сильны, какъ слѣдуетъ. Чувствуетъ онѣмѣніе въ концахъ рукъ и ногъ; хотя ощущаетъ всякое прикосновеніе, но какъ будто что-то лежитъ между кожей и прикасающимся предметомъ. Въ ногахъ бываютъ боли—несильныя, ноющія. Сдавленіе стопы и икръ очень болѣзненно; пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. Мочевые органы хорошо функціонируютъ. Голова не болитъ, сонъ хорошъ. Пульсъ 100 въ минуту. Печень немного увеличена и болѣзненна при давленіи.

Anamnesis.

Давно употребляетъ спиртные напитки въ излишествѣ, но до начала января 1884 года никакихъ вредныхъ послѣдствій этого не замѣчалъ. Сифилиса не было. Въ началѣ января 1884 года у больнаго были двѣ крупныя непріятности и сильное геморроидальное кровотеченіе. Вслѣдъ за этимъ явилась безсонница, тоска, галлюцинаціи зрѣнія (мыши, физіономіи). Въ то же время была сильная рвота. Галлюцинаціи усиливались; больной сталъ безпокоенъ по ночамъ, увѣрялъ, что его хотятъ зарѣзать. Такъ продолжалось недѣли двѣ или три, послѣ чего рвота прекратилась, галлюцинаціи стали меньше, явился сонъ. Но въ это время стали безпокоить больнаго другіе симптомы: сильныя боли въ ногахъ и слабость въ нихъ. Слабость увеличивалась до половины февраля; съ этого времени ослабленіе не увеличивалось, — слабость оставалась въ одной степени до пріѣзда въ Москву. Больному назначенъ былъ chinin. ferro-citricum gr. jjj два раза въ день. Я больнаго не видалъ послѣ этого, но мнѣ сообщили, что онъ довольно скоро (въ теченіе мѣсяца) поправился. Вернулись ли сухожильные рефлексы колѣна, мнѣ неизвѣстно.

Эпикризисъ. Этотъ случай тоже долженъ быть отнесенъ къ формамъ съ слабо выраженными явленіями, гдѣ были и явленія алкогольной атаксіи, но я все-таки отношу его къ параличамъ, потому что паретическія явленія несомнѣнно были. Что въ данномъ случаѣ алкоголь имѣлъ главное значеніе въ происхожденіи болѣзни, въ этомъ нельзя сомнѣваться. Потеря крови сама по себѣ не могла произвести такого разстройства, а могла дать только толчокъ къ развитію болѣзни, къ которой организмъ уже былъ подготовленъ.

Наблюденіе X.

Больной 25 лѣтъ, пріѣхалъ изъ Я. въ іюлѣ 1883 года съ слѣдующимъ анамнезомъ. Больной происходитъ изъ семьи невропатической. Воспитаніе получилъ крайне избалованное. Хотя были способности, но онъ нигдѣ не доучился. Такъ какъ волю больнаго нисколько не старались развивать, онъ, вслѣдствіе этого, рано познакомился со всѣми житейскими соблазнами, рано сталъ пить. Сифилиса никогда не было. За послѣдніе годы жизнь была крайне неправильная: ночи проходили въ кутежахъ съ женщинами, днемъ спалъ или пилъ вино, но пилъ помногу, такъ что выходило бутылокъ пять краснаго вина въ день; кромѣ того, выходило около бутылки простой водки. Весной 1883

года онъ уже сталъ чувствовать нѣкоторую слабость: такъ, иногда чувствовалъ шаткость въ походкѣ, по утрамъ часто тошнило,—однако онъ не обращалъ на это вниманія. Нужно еще отмѣтить, что по временамъ у больнаго выходили членики ленточной глисты. Больной проводилъ лѣто 1883 г. въ деревнѣ, на Волгѣ. 26 іюня около его помѣстья проѣзжали плоты, которые зацѣпили за купальню и сломали ее. Больной крайне вскипятился, узнавъ это,—бросился на плоты, схватилъ топоръ и началъ рубить связи. Цѣлый часъ кричалъ, ругался, причемъ все время ноги были въ водѣ. Наконецъ онъ ослабѣлъ такъ, что его на горку ввели съ поддержкою, послѣ чего онъ упалъ. Хотя онъ и успокоился, но послѣ этого вообще былъ слабъ, а дней черезъ пять почувствовалъ, что у него двоится въ глазахъ. Хотя онъ продолжалъ немного ходить, но ходилъ очень сильно шатаясь; около 10-го іюля совсѣмъ слегъ. Двоеніе въ глазахъ исчезло, но взамѣнъ этого развивалась слабость въ ногахъ. Слабость эта быстро увеличивалась, такъ что больному сдѣлалось невозможнымъ вставать съ постели; явились сильныя боли въ ногахъ, дергающія, стрѣляющія. Черезъ недѣлю или двѣ явилась слабость въ рукахъ. Въ началѣ августа было дня два трудно глотать, затѣмъ ноги чрезвычайно похудѣли, явилась контрактура въ колѣняхъ. Вмѣстѣ съ этимъ память больнаго чрезвычайно ослабѣла. Въ такомъ состояніи больной пріѣхалъ въ Москву, и я его въ первый разъ увидалъ 10-го августа.

Въ то время онъ былъ въ такомъ состояніи: Больной—молодой человѣкъ, хорошаго сложенія. Цвѣтъ лица и кожи крайне блѣдный, съ желтоватымъ оттѣнкомъ. Говоритъ слабо. Изслѣдованіе различныхъ органовъ показываетъ слѣдующее: языкъ чистъ, аппетита рѣшительно нѣтъ; что ни съѣстъ больной, его рветъ. Кромѣ того, бываетъ самостоятельная рвота слизью. Животъ вздутъ, наклонность къ запорамъ, такъ что ставится клизма черезъ недѣлю. Моча идетъ правильно, очень сильно окрашена; бѣлка и сахару нѣтъ. Печень не представляетъ измѣненій, легкія также. Пульсъ очень слабый, неправильный; тоны сердца слабы; измѣненій никакихъ въ тонахъ нѣтъ. Со стороны нервной системы такія измѣненія:

Больной постоянно лежитъ,—сидѣть рѣшительно не можетъ,—ноги сведены въ колѣняхъ подъ очень острымъ угломъ. Движенія въ нихъ очень слабы; въ голеностопномъ суставѣ и въ пальцахъ ногъ движеній совсѣмъ нѣтъ; ступни отвисаютъ, если приподнять ногу. Въ колѣнномъ суставѣ возможно сгибаніе въ ограниченныхъ предѣлахъ. Разгибаніе активное невозможно, пассивное же въ очень небольшой степени; пассивному разгибанію препятствуетъ контрактура сгибателей: если стараться усиленно разогнуть, больной кричитъ отъ боли. Въ тазобедренномъ суставѣ нога тоже согнута. Движенія въ тазобедренномъ суставѣ, однако, всѣ возможны, хотя очень слабы. Мышцы крайне похудали; на голеняхъ и стопахъ почти одна кожа; мышцы стопы и голени вполнѣ атрофированы; икры чрезвычайно тонки и дряблы, extensor femoris quadriceps также. Мышцы сгибающія голень — очень тонки, glutei также. Сократительность отъ индукціоннаго и гальваническаго тока совершенно отсутствуетъ въ мышцахъ нижнихъ конечностей. Сухожильныхъ рефлексовъ нѣтъ. При щекотаніи подошвъ является отдергиваніе ноги въ тазобедренномъ суставѣ. Сдавленіе мышцъ бедеръ, икръ и стопъ вызываетъ очень сильную болѣзненность. Давленіе на нервные стволы не такъ болѣзненно; чувствительность кожи понижена, но не очень; разстояніе ножекъ циркуля плохо различается больнымъ только на подошвахъ, а на голеняхъ и бедрахъ хорошо. Чувство давленія и чувство температуры также порядочно сохранены; только на подошвахъ не

можетъ различить температуры, разнящіяся на 3° R., а на голеняхъ—$1^1/_2$°; на бедрахъ различаетъ менѣе 1°. Болевая чувствительность сохранена.

Больной жалуется на боли въ ногахъ. Такъ какъ у него замѣчается особенное состояніе памяти, вслѣдствіе чего онъ не помнитъ прошедшаго, онъ иногда отрицаетъ эту боль совсѣмъ, такъ какъ не чувствуетъ ея въ данный моментъ; но когда она есть, онъ вскрикиваетъ и говоритъ, что ему стрѣляетъ то въ ту, то въ другую голень или стопу. Иногда онъ довольно долго жалуется на колющую боль въ одномъ мѣстѣ и все спрашиваетъ: не попала ли въ постель булавка? Ноги холодны, особенно стопы всегда влажныя, синеватыя. Въ верхнихъ конечностяхъ тоже значительная слабость. Слабость, главнымъ образомъ, въ мышцахъ кисти и пальцевъ. Наиболѣе поражены разгибатели кисти и пальцевъ, вслѣдствіе чего рука отвисаетъ, причемъ пальцы остаются нѣсколько согнутыми въ первой фалангѣ и разогнутыми во второй и третьей. Эта флексія первыхъ фалангъ болѣе въ 3-мъ и 4-мъ пальцахъ, менѣе во 2-мъ и 5-мъ, вслѣдствіе чего оба послѣдніе пальца немного выстоятъ. Пальцы нѣсколько раздвинуты и вся кисть отклонена немного къ локтю. Движеніе всѣми мышцами возможно, но слабо. Особенно слабо дѣйствуютъ mm. extensor carpi rad. и extens. digitor. comm. Дѣйствіе interossei такъ же слабо; мышцы сгибающія пальцы слабы,—схватывать предметы больной не можетъ. Супинація возможна, хотя слабѣе нормальной. Флексія и экстензія въ локтѣ тоже. Въ плечевомъ суставѣ мышцы дѣйствуютъ порядочно. Мышцы похудали, атрофированы, но не такъ, какъ въ ногахъ. Отъ индукціоннаго тока сокращенія слабы; постоянный токъ вызываетъ сокращенія довольно обширныя. Извращенія въ отношеніи къ полюсамъ нѣтъ. Чувствительность притуплена только въ концахъ пальцевъ. Субъективныя жалобы—на онѣмѣніе, на чувство, что что-то лежитъ. Въ рукахъ болей почти нѣтъ, но давленіе на мышцы болѣзненно. Кисти рукъ также влажны и холодны. Въ мышцахъ туловища слабость,—сидѣть не можетъ. Мышцы живота тоже ослаблены, животъ вздутъ. Діафрагма работаетъ порядочно. Мышцы шеи хорошо дѣйствуютъ,—голову больной вертитъ свободно. Въ мышцахъ лица никакихъ уклоненій нѣтъ, тоже въ глазодвигательныхъ. Глотаетъ больной совершенно хорошо. Рѣчь не измѣнена.

Со стороны психической на первомъ планѣ чрезвычайный упадокъ памяти недавняго. Больной позабываетъ все, что только перестаетъ дѣйствовать на его органы чувствъ: стоитъ кому-нибудь уйти отъ него на минуту, и онъ уже позабываетъ, что это лицо онъ только-что видѣлъ, и здоровается, какъ въ первый разъ. Прочтетъ газету, обратитъ вниманіе на что-нибудь интересное, скажетъ объ этомъ матери, а потомъ опять попадетъ глазами на это мѣсто и опять разскажетъ матери и т. п. Вслѣдствіе этого онъ повторяетъ одно и то же. Рѣшительно не сознаетъ времени и не отдаетъ себѣ отчета въ своей болѣзни; онъ не представляетъ себѣ, что лежитъ давно —а что улегся сейчасъ; говоритъ, что ему только теперь свело ноги, а то онъ недавно ѣздилъ туда-то и туда-то и скоро опять поѣдетъ. Разсказываетъ о своихъ воображаемыхъ поѣздкахъ съ большими подробностями. То, что онъ видитъ въ данный моментъ, онъ обсуждаетъ хорошо, часто бываетъ довольно находчивъ и остроуменъ; но такъ какъ у него рѣшительно нѣтъ посылокъ изъ недавнихъ воспріятій, нѣтъ способности оріентироваться относительно времени, онъ и не въ состояніи дѣлать правильныхъ умозаключеній относительно своего состоянія. О прежнемъ онъ хорошо вспоминаетъ, хотя и тутъ замѣтно нѣсколько болѣе общее запоминаніе фактовъ, а мелочныя подробности не такъ легко вырисовываются изъ стараго; понятія вспоминаются чаще, чѣмъ представленія. Пови-

димому больной помнитъ до половины мая 1883 года, а что дальше мая—не помнитъ. На вопросы отвѣчаетъ: не помню, рѣшительно забылъ; повидимому, у него нѣтъ мученій отъ этого; мучительнаго процесса неудающагося воспоминанія у него нѣтъ. Повидимому, однако, нѣкоторые общіе слѣды остаются: такъ, наприм., все-таки онъ ко мнѣ относится какъ къ доктору, хотя прежде меня не зналъ. Онъ говоритъ, что это потому, что когда я позвонилъ, то сказали, что докторъ; но иногда этого не бывало, а отношеніе его такое же, какъ къ доктору. Ему не нужно постоянно вновь рекомендовать меня или сидѣлку, которую тоже онъ узналъ только во время болѣзни. Повидимому, общее понятіе оставляетъ свой слѣдъ гораздо болѣе, чѣмъ представленіе мелочей. Воспоминаніе о чувствахъ, наприм. о чувствѣ непріятномъ, тоже сохраняется. Когда начинаютъ электризовать, онъ говоритъ, что это теперь не такъ сильно, хотя не можетъ сказать, что было когда-нибудь сильнѣе; въ дѣйствительности же бывало, что онъ за нѣсколько дней до этого просилъ убавить силу тока, вслѣдствіе болѣзненности. Далѣе: догадливость часто бываетъ очень быстрая. «Скажите, что я буду дѣлать?»—спросишь его.—«Рѣшительно не понимаю».—«Посмотрите»,—и только-что взглядъ его остановится на ящикѣ съ электрическою машинкой, далеко отстоящемъ отъ него, скажетъ: «электризовать». На вопросъ, что онъ припомнилъ ли или нѣтъ, — говоритъ, что онъ догадался. Вмѣстѣ съ неопредѣленнымъ воспоминаніемъ о болѣзни и ложнымъ представленіемъ о своей способности вставать, у него существуетъ все-таки постоянное опасеніе, что ему сдѣлаютъ больно, при пассивныхъ движеніяхъ ногами, или при перенесеніи съ одной постели на другую. Онъ кричитъ тогда, что его уронятъ, проситъ оставить его въ покоѣ. Настроеніе духа раздражительное, нетерпѣливое, особенно когда боли въ ногахъ сильнѣе. По ночамъ не спитъ и ночью раздраженіе всего сильнѣе. Больному назначено было $^1/_3$ gr. opii pur. и chinini hydrobromic. gr. j.

Черезъ недѣлю рвота прекратилась, явился небольшой аппетитъ. Понемногу боли стали дѣлаться рѣже и не такъ сильны, такъ что больной сталъ нѣсколько покойнѣе спать. Тогда было назначено употребленіе solut. Fowleri. Къ ноябрю самостоятельныя боли совершенно исчезли,—оставались только боли при сдавленіи мышцъ. Запоры стали меньше, пульсъ сталъ немного полнѣе, хотя все такъ же неправиленъ. Параличныя явленія не увеличивались,—напротивъ, уменьшались. Прежде всего стало замѣтно, что руки стали лучше дѣйствовать, чѣмъ прежде; это было констатировано уже въ началѣ октября 1883 года. Атрофія мышцъ замѣтно увеличивалась въ первое время наблюденія. Мышцы предплечья и кисти рѣзко похудали въ августѣ; въ мышцахъ ногъ похуданіе дошло до того, что оставались почти однѣ кости, обтянутыя кожей. Въ рукахъ электросократительность не исчезла совсѣмъ, а только значительно уменьшилась, а потомъ скоро (уже въ октябрѣ) пришла къ нормѣ, но въ ногахъ не замѣтно было никакихъ слѣдовъ электросократительности до марта 1883 г. Въ этомъ мѣсяцѣ, въ первый разъ, стали являться сокращенія въ m. extensor digitor. communis на обѣихъ сторонахъ,—правда, не всегда и, правда, очень слабыя. Они являлись при замыканіи катода. Въ это время руки уже дѣйствовали совершенно хорошо, мышцы рукъ стали полнѣть, ноги же продолжали быть согнуты подъ острымъ угломъ въ колѣняхъ. Чувствительность была нормальна, только больной жаловался на то, что на пальцахъ и подошвахъ какъ будто что-то положено. Психическое состояніе оставалось одинаково. Силы вообще крѣпче, хотя пульсъ все былъ неправильный. Въ такомъ состояніи больной былъ отпущенъ въ деревню, гдѣ провелъ все лѣто до октября

1884 г., пользуясь тепловатыми солеными ваннами. Вернулся онъ въ такомъ состояніи:

Весь онъ значительно пополнѣлъ; въ подкожной клѣтчаткѣ скопилось довольно большое количество жира. Аппетитъ хорошъ, отправленія кишечныя правильны; моча свѣтла, выводится вполнѣ свободно. Пульсъ все еще неправильный, хотя значительно полнѣе прежняго. Руки совершенно хорошо дѣйствуютъ. Сидитъ больной хорошо. Ноги въ такомъ состояніи:

1) Контрактура гораздо меньше въ колѣнѣ. Ноги согнуты не подъ острымъ угломъ, а подъ тупымъ. Въ стопѣ контрактура рѣзко выражена. Нога въ положеніи pes equino-varus, причемъ поверхность подошвы вогнута болѣе нормальнаго. Пальцы ногъ имѣютъ положеніе когтей (griffe).

2) Стопы еще холодны, часто покрываются холоднымъ потомъ.

3) Мышцы бедра крѣпки, полны, хотя сгибатели все еще рѣзко сильнѣе разгибателей. Мышцы голени слабѣе, но тоже движенія ихъ довольно сильны. Мышцы стопы еще очень худы.

4) Электросократительность отъ индуктивнаго тока очень слаба; вызываются сокращенія очень слабо въ mm. tibial. antic., extensor digitor. commun., peronei — и то не всегда. Въ мышцахъ бедра сокращеній не удается вызвать.

5) Чувствительность нормальна.

6) Болей въ мышцахъ бедра и въ икрахъ нѣтъ. Есть небольшія боли при сдавленіи стопы.

7) Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ.

8) Память больнаго значительно лучше. Онъ теперь значительно дольше удерживаетъ воспринятыя впечатлѣнія, хотя все-таки далеко не такъ, какъ слѣдуетъ. Такъ, наприм., онъ теперь хорошо знаетъ всѣхъ, кто у него бываетъ и съ кѣмъ онъ даже недавно познакомился. Но то, что прочтетъ, забываетъ скоро; поэтому чтеніе романа ему не доставляетъ удовольствія, потому что онъ, читая одно, мало помнитъ предыдущее. Однако, все еще замѣтно, что если больной и помнитъ полученныя впечатлѣнія, все-таки самостоятельное припоминаніе затруднено. Нужно навести его на мысль, или нужно очень сходное внѣшнее возбужденіе, чтобы вызвать прежнее представленіе. Отдаленныя ассоціаціи не могутъ вызывать еще воспоминанія. Если же, подъ вліяніемъ случайной ассоціаціи, вызовется воспоминаніе, то явленіе припоминается у него съ довольно большими подробностями, и онъ ясно себѣ его представляетъ. Однако при этомъ рѣзко бросается въ глаза, что онъ, помня факты, рѣшительно не можетъ опредѣлить ихъ время: ему все кажется гораздо недавнѣе, чѣмъ на самомъ дѣлѣ. Онъ и самъ сознаетъ, что онъ рѣшительно не помнитъ времени.

Кругъ интересовъ его нѣсколько расширился, но, все-таки, онъ остается очень ограниченнымъ; потребностей, желаній—очень мало, но больной и не чувствуетъ ихъ недостатка. Онъ, повидимому, совершенно довольствуется тѣмъ ограниченнымъ кругомъ умственной жизни, которая теперь существуетъ, своего положенія ясно не сознаетъ, то-есть представляетъ его себѣ лучше, чѣмъ на самомъ дѣлѣ. Ждетъ въ очень скоромъ времени, что встанетъ. Сонъ хорошъ.

Интересно, что, несмотря на нѣкоторыя обстоятельства, которыя могли бы дѣйствовать на него возбуждающимъ образомъ въ эротическомъ отношеніи, поллюціи у него ни разу не было, эрекціи тоже незамѣтно; по его признанію, половыхъ желаній нѣтъ.

Лѣто 1885 года больной опять провелъ въ деревнѣ и пріѣхалъ въ Москву только въ октябрѣ 1885 года. Онъ значительно поправился: можетъ одинъ ходить, хотя долженъ носить для этого довольно высокіе каблуки, потому что pes equinus все еще остается. Стопы все еще не пришли въ нормальное состояніе: онѣ худы, да и положеніе ихъ неправильное; кромѣ pes equinus замѣтно еще, что сводъ стопы круче, чѣмъ слѣдуетъ, подошва болѣе вогнута; большіе пальцы все еще нѣсколько оттянуты отъ 2-го пальца и нѣсколько повернуты, такъ что тыльная поверхность обращена кнутри болѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Другіе пальцы еще находятся въ состояніи гриффа. Подошвы холодны, влажны. Въ колѣняхъ никакой контрактуры нѣтъ, мышцы бедеръ и голеней сильны, хорошо развиты. Руки хороши. Болей никакихъ нѣтъ.

Со стороны психической состояніе больнаго значительно измѣнилось: память больнаго стала значительно лучше; онъ хорошо помнитъ лица, событія, можетъ обо всемъ разговаривать; тѣмъ не менѣе онъ не можетъ правильно сопоставлять событія, такъ какъ съ одной стороны смѣшиваетъ ихъ относительно времени, а съ другой—не можетъ ясно отличить среди своихъ воспоминаній то, что̀ дѣйствительно было, отъ того, что являлось только въ его воображеніи, или о чемъ при немъ говорили.

Вслѣдствіе этого больной разсказываетъ небылицы: онъ говоритъ, что его хотѣли отравить, что ему сказала это одна женщина, которую онъ будто бы встрѣтилъ во время одной изъ своихъ прогулокъ, что обо всемъ этомъ ему говорила даже сама отравительница. Ничего этого въ дѣйствительности не было: кое-что объ этой особѣ говорилось при немъ въ самое тяжелое время болѣзни, тутъ же говорилось объ ядахъ, и это оставило у больнаго слѣдъ въ головѣ, который и представляется ему какъ слѣдъ отъ дѣйствительнаго событія. Такихъ вещей больной говоритъ довольно много, такъ что производитъ впечатлѣніе, что у него есть бредъ. Онъ высказываетъ съ убѣжденіемъ все это; но если ему приводить основательные доводы противъ этого, соглашается, что можетъ-быть онъ и перепуталъ, такъ какъ „память у меня очень слаба". Больной все-таки мало активенъ: онъ не читаетъ, не занимается ничѣмъ, а большею частью сидитъ, какъ будто отдыхая, даже мало говоритъ. Если съ нимъ разговориться, онъ охотно отвѣчаетъ, говоритъ свои сужденія, но самъ не имѣетъ активныхъ жизненныхъ интересовъ, и нѣтъ у него потребности чѣмъ-нибудь заняться. Спитъ хорошо.

Нужно замѣтить, что слабохарактерная мать, ухаживавшая за больнымъ, не могла найти въ себѣ достаточно силы, чтобъ отказывать больному въ винѣ, и съ лѣта 1885 года онъ опять сталъ выпивать въ день около 1—2 бутылокъ краснаго вина, что̀, вѣроятно, значительно задерживало поправленіе.

Въ продолженіе 1886 года улучшеніе шло медленно; психическое состояніе оставалось приблизительно такое же, то-есть память улучшилась, но все еще была довольно слаба; больной былъ вялъ, не имѣлъ ни живыхъ желаній, ни обширныхъ интересовъ. Въ то же время были нѣкоторыя ложныя убѣжденія. Такъ, больному, наприм., показалось какъ-то, что во время его болѣзни его зять взялъ у него древнія монеты, и вотъ онъ утверждаетъ, что это дѣйствительно такъ и было, и разсказываетъ все происшествіе съ такими рельефными подробностями, точно это было на самомъ дѣлѣ. Такихъ ложныхъ убѣжденій существуетъ, впрочемъ, немного, да и они къ концу 1886 года почти стушевались, такъ что въ декабрѣ 1886 года больной, кромѣ умственной вялости, не обнаруживалъ никакихъ симптомовъ психическаго разстройства. Сонъ все еще не хорошъ. Ходитъ онъ лучше, но походка нѣсколько напоминаетъ походку аиста. Контрактуры въ стопѣ еще есть, особенно въ лѣвой. Болей въ мышцахъ нѣтъ. Сила мышцъ хороша. Индукціонная электро сократительность возстановилась. Пателлярныхъ рефлексовъ все еще нѣтъ. Пульсъ неправильный.

Эпикризисъ. Въ этомъ крайне интересномъ случаѣ мы видимъ картину болѣзни, чрезвычайно напоминающую типичный множественный невритъ. Отличіе составляетъ только глубокое разстройство психической сферы (именно памяти) и рвоты, бывшія въ началѣ болѣзни. Эти явленія и заставили меня подозрѣвать, что причина вызвавшая невритъ, въ данномъ случаѣ, та, что организмъ былъ крайне разстроенъ злоупотребленіемъ спиртными напитками, вслѣдствіе чего ничтожнаго повода, какъ аффектъ или легкая простуда, было достаточно, чтобы вызвать болѣзнь въ такой тяжелой формѣ. Дѣйствительно, съ одной стороны и злоупотребленіе алкоголемъ было въ данномъ случаѣ очень велико, а изъ анамнеза видно, что и до проявленія опасныхъ симптомовъ были уже нѣкоторые признаки вреднаго вліянія алкоголя на нервную систему (пошатываніе, тошнота по утрамъ).

Наблюденіе XI.

Больной ..... 37-ми лѣтъ.

Anamnesis.

Больной всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ, былъ человѣкъ очень крѣпкаго сложенія. Въ жизни своей дѣлалъ большія поѣздки, путешествовалъ по Росссіи, живалъ въ Сибири. Въ послѣднее время жилъ литературнымъ трудомъ. Съ очень давнихъ лѣтъ сталъ пить много,—сколько именно, трудно сказать, но штофъ водки въ день вовсе не составлялъ для него рѣдкости. Водка почти не сходила съ его стола. Онъ былъ очень крѣпокъ къ вину и сильно пьянъ не бывалъ. Припадковъ бѣлой горячки не было. За послѣдніе года два онъ сталъ все-таки чувствовать, что вино сильнѣе дѣйствуетъ на него, и уменьшилъ количество выпиваемаго вина; впрочемъ, все-таки выпивалъ рюмокъ 15 въ день водки, да иногда бутылки двѣ пива.

За послѣдній годъ пріятели больнаго замѣчали, что память его стала слабѣе прежняго, такъ что ему приходилось напоминать, что̀ ему нужно дѣлать въ тотъ или другой день; тѣмъ не менѣе онъ продолжалъ работать—писалъ въ разныхъ изданіяхъ оригинальныя и интересныя повѣсти. Кромѣ забывчивости замѣтно было, что онъ сталъ не такъ твердо ходить. Такъ шло дѣло до 25-го іюня 1884 года. Въ этотъ день больной почувствовалъ себя нехорошо и рѣзко уменьшилъ количество выпиваемой водки. Для окружающихъ казалось, что онъ просто позабывалъ о томъ, чтобы пить, такъ какъ самъ онъ ничѣмъ не мотивировалъ, почему онъ сталъ вдругъ пить гораздо меньше. Ночью на 26-е іюня онъ плохо спалъ, былъ взволнованъ, тревоженъ, часто задавалъ одни и тѣ же вопросы, просилъ сидѣть съ нимъ. На слѣдующій день такое состояніе продолжалось, но волненіе усилилось; забывчивость тоже усилилась. Видимо, больной потерялъ способность запоминать только что происшедшее событіе, не помнилъ, что̀ ему говорили, вслѣдствіе этого спорилъ съ окружающими; ночью не спалъ, чего-то боялся.

Я увидѣлъ его 30-го іюня. Онъ представлялъ изъ себя мужчину очень крѣпкаго сложенія. Лицо нѣсколько одутловатое, съ небольшимъ желтоватымъ

оттѣнкомъ. Главныя явленія, обращавшія на себя вниманіе, были со стороны психической дѣятельности. Въ этомъ отношеніи замѣчено было слѣдующее:

Рѣзко выраженное разстройство памяти. Больной совершенно забываетъ то, что случалось съ нимъ въ самое недавнее время; онъ не могъ отвѣтить: былъ ли онъ сегодня, или нѣтъ, — былъ ли у него кто-нибудь или нѣтъ. То, что было съ нимъ за пять минутъ до данной минуты, онъ не могъ вспомнить, и если ему напоминали, готовъ былъ горячо спорить, что этого вовсе не было. Иногда, впрочемъ, соглашался, говоря, что можетъ-быть онъ и позабылъ, такъ какъ,—говорилъ онъ,—у меня всегда память была слабая". То, что было задолго до болѣзни, больной хорошо помнитъ, разсказываетъ съ подробностями; но то, что было уже около времени начала болѣзни,— приблизительно за весь іюнь мѣсяцъ,—больной помнитъ довольно плохо. Такъ, наприм., онъ въ іюнѣ писалъ поэтъ и довелъ ее до половины, а теперь позабылъ, чѣмъ она должна кончиться. Кромѣ того, онъ получилъ въ іюнѣ нѣсколько важныхъ для него писемъ изъ редакцій, а теперь объ этомъ не помнитъ, и когда ему напоминаютъ, всѣмъ удивляется и говоритъ: „не можетъ этого быть".

Вслѣдствіе этого, конечно, круговоръ его значительно сузился; тѣмъ не менѣе, разсужденія его правильны: изъ данныхъ посылокъ онъ дѣлаетъ совершенно правильные выводы, нѣтъ вещамъ придаетъ ихъ настоящее значеніе, относится ко всему совершенно правильно; при этомъ мысль его не ограничивается однимъ сужденіемъ, а является цѣлый рядъ послѣдовательныхъ сужденій, правильно вытекающихъ одно изъ другого и не лишенныхъ находчивости и остроумія. Но если прервать нить его разговора, онъ совершенно позабываетъ, о чемъ онъ говорилъ, и сейчасъ же готовъ повторить все то, что говорилъ; то, что въ его головѣ происходитъ тотъ или другой процессъ, онъ совершенно правильно замѣчаетъ и вслѣдствіе этого очень часто повторяетъ одни и тѣ же разсказы, одинъ и тѣ же фразы, и все какъ будто новое. Эти фразы иногда поражаютъ своею стереотипностью: одно и то же впечатлѣніе у него вызываетъ стереотипную фразу, которая произносится такимъ тономъ, точно больной только-что эту фразу придумалъ, какъ будто это новый продуктъ его мысли, до этого не бывшій въ головѣ.

Направленіе хода мыслей, большею частью, подчиняется внѣшнимъ вліяніямъ и, отвлекши на минуту больнаго отъ данной темы, можно очень скоро направить его совершенно на другую—поставивъ передъ его глазами предметъ, который вызоветъ у него новое направленіе мыслей. Матеріалъ для сужденій, для мыслей, высказываемыхъ больнымъ, черпается, конечно, изъ прежде-добытаго умственнаго капитала, изъ прежде-усвоенныхъ впечатлѣній, такъ какъ новое не остается у больнаго замѣтнаго слѣда.

Однако въ этомъ отношеніи было нѣсколько фактовъ, указывающихъ, что, очень вѣроятно, въ бессознательной сферѣ душевной жизни оставались слѣды и отъ недавнихъ впечатлѣній. Такъ, наприм., меня онъ до своего заболѣванія не зналъ, а когда я бывалъ у него, все-таки сразу принимался за врача, только положительно утверждалъ, что лица моего не знаетъ и фамиліи не помнитъ. Отношеніе его, довольно симпатичное, тоже оставалось всегда; изъ этого можно подозрѣвать, что память чувства и тѣхъ бессознательныхъ воспріятій, которыя въ совокупности даютъ представленіе о значеніи человѣка или вещи, у него болѣе сохранилась, чѣмъ память времени, мѣста и формы.

Что онъ самъ дѣлалъ, больной рѣшительно не помнитъ и говоритъ о себѣ то, чего никогда и не было, такъ: говоритъ, что онъ написалъ такую-

то поэтъ, а онъ ее еще только думалъ написать; разсказываетъ съ подробностями, куда онъ вчера ѣздилъ, а онъ давно къ это мѣсто не ѣздилъ,— всѣ подробности суть просто плодъ его воображенія; когда же ему сказали, что это фантазія, никакъ не хотѣлъ вѣрить.

Сознаніе своего состоянія довольно смутное. Онъ говоритъ, что голова его не такъ ясна теперь, какъ прежде, но все-таки говоритъ, что ничего особеннаго не чувствуетъ, а «знаетъ у меня и давно слаба». Настроеніе духа мѣняется: тоскуетъ и ни чего-то боится; когда остается одинъ, зоветъ къ себѣ,— хочетъ, чтобъ его занимали или слушали то, что онъ говоритъ. Водки не спрашивалъ. Лѣкарство принимаетъ неохотно, — говоритъ, что онъ только-что принималъ. Воспоминанія о вкусѣ лѣкарства нѣтъ, но смутное нерасположеніе къ лѣкарству чувствуетъ (лѣкарство горькое).

Съ физической стороны — небольшая шаткость походки; впрочемъ, ноги крѣпки и довольно сильны; мышцы не хуже, нателлярные рефлексы сохранены. Сгибаніе нѣкоторыхъ мышцъ немного болѣзненно. Въ рукахъ небольшое дрожаніе; едва замѣтное измѣненіе почерка. Аппетитъ плохой; иногда бываетъ тошнота. Печень болѣзненна при давленіи, размѣры тупаго звука ея увеличены. Запора нѣтъ. Моча красна. Пульсъ за 100, довольно мягкій.

Больному назначено было употреблять chin. gr. j, opii puri gr. j 3 раза въ день.

Въ теченіе слѣдующихъ дней наши его оставалась совершенно безъ перемѣны, но безпокойство по ночамъ, чувство безотчетнаго страха и тревоги усилилось, такъ что больной не давалъ окружающимъ спать. Аппетитъ не было. Рвота бывала довольно часто. Больной былъ помѣщенъ въ Маріинскую больницу, гдѣ и продолжалъ лѣченіе. Рвота довольно скоро прекратилась, безпокойство по ночамъ тоже, но памяти не возстановлялась. Больному давали жѣлезо, ставили мушку. Послѣдняя мушка была въ началѣ августа 1884 года. Всякій день онъ ѣздилъ, и сталъ слабѣть сначала лѣвая нога, потомъ, на другой или на третій день, правая нога. Паресъ ногъ увеличивался постепенно, но не очень быстро. Вмѣстѣ съ этимъ сохранившіеся прежде время нателлярные рефлексы исчезли, боли въ икроножныхъ мышцахъ усилились. Тазъ оставался во того, что въ половинѣ августа больной уже въ постели плохо могъ двигать ногами, и въ это время явился паресъ сначала въ лѣвой рукѣ, а черезъ два дня въ правой. Въ такомъ состояніи я видѣлъ больнаго 22 августа. Паралитическія явленія въ это день были въ такомъ видѣ: Больной лежалъ въ постели и съ трудомъ ворочалъ ногами. Мышцы разгибающія стопу и пальцы ихъ обѣихъ ногахъ,—совершенно парализованись. Мышцы икроножныя чуть-чуть дѣйствуютъ. Сгибаніе и разгибаніе голени возможно, но слабо; при этомъ сгибаніе сильнѣе. Полное разгибаніе въ колѣнѣ очень затруднено вслѣдствіе того, что въ сгибательныхъ замѣтна наклонность къ контрактурѣ. Въ тазобедренныхъ суставахъ движеніе всѣ возможны, хотя не сильны. Мышцы похудѣли. Удары молоточкомъ по нимъ вызываютъ ихъ сокращеніе. Сухожильные рефлексы колѣни отсутствуютъ, кожные же подошвы сохранены. Чувствительность сохранена; прикосновеніе къ ногамъ больной хорошо чувствуетъ и правильно локализируетъ. Въ лѣвой рукѣ паретическое состояніе сильнѣе, чѣмъ въ правой. Оно особенно замѣтно въ разгибателяхъ пальцевъ и кисти. Мелкостныя мышцы дѣйствуютъ, но слабо и неправильно. Мышцы сгибающія пальцы и кисть значительно сильнѣе, но тоже слабы. Супинація слабѣе, чѣмъ пронація. Всѣхъ дѣйствуетъ порядочно. Мышцы нѣсколько похудали. Удары молоточкомъ вызываютъ ихъ хорошее сокращеніе. Въ правой рукѣ замѣтно только небольшое уменьшеніе силы сжиманія и разжиманія. Распредѣленіе паресовъ по группамъ мышцъ

не замѣтно. Чувствительность въ обѣихъ рукахъ нормальна. Сдавленіе мышцъ рукъ и ногъ очень болѣзненно, особенно при сдавленіи икръ и ступней. Мышцы туловища и лица не парализованы; больной сидить хорошо, а также и ворочается. Глотаніе и рѣчь вполнѣ хороши. Моча выводится свободно; испражненія правильны.

Больнаго я больше не видалъ, но свѣдѣнія, полученныя мною о немъ, были такія: Черезъ нѣсколько дней послѣ 22 августа рѣзко ослабѣла и правая рука, а лѣвая рука и ноги парализовались совершенно; потомъ вполнѣ парализовалась и правая рука, рѣзко ухудшилось дыханіе и глотаніе. Рѣчь оставалась довольно внятною. Мышцы туловища тоже рѣзко ослабѣли. У больнаго стали являться приступы удушья, и при явленіяхъ затрудненія дыханія онъ скончался 4-го сентября 1884 года. Сознанія онъ не терялъ до послѣдней минуты, хотя вообще сдѣлался въ послѣдніе дни жизни сонливѣе, чѣмъ былъ прежде.

Эпикризисъ. Въ этомъ случаѣ злоупотребленіе спиртными напитками было чрезвычайно сильное, и болѣзнь была повидимому въ прямой зависимости отъ хроническаго отравленія алкоголемъ: послѣ нѣкоторыхъ признаковъ, которые могли указывать на готовящуюся опасность, болѣзнь наконецъ проявилась въ рѣзкой формѣ и сначала именно выразилась въ разстройствѣ памяти недавняго. Затѣмъ, по истеченіи мѣсяца отъ начала болѣзни, къ психическимъ разстройствамъ присоединились параличныя явленія, которыя, начавшись въ нижнихъ конечностяхъ, постепенно распространялись вверхъ; по истеченіи мѣсяца разстроилось дыханіе, и больной померъ омъ паралича діафрагмы.

Теченіе подобнаго рода встрѣчается въ очень тяжелыхъ случаяхъ алкогольнаго паралича (какъ случай Broadbent'a), и, мнѣ кажется, нѣтъ основанія сомнѣваться, что и въ нашемъ случаѣ параличъ обазанъ своимъ происхожденіемъ хроническому алкоголизму.

Благодаря любезности доктора Л. П. Боголѣпова, былъ сохраненъ спинной мозгъ этого больнаго и небольшая часть головнаго, которыхъ микроскопическое изслѣдованіе и произведено было докторомъ Л. С. Миноромъ, тоже наблюдавшимъ этого больнаго. О результатахъ его изслѣдованій будетъ сообщено въ главѣ о патологической анатоміи алкогольнаго паралича.

Наблюденіе XII.

Больной 49 лѣтъ. *Анамнезъ:* Больной принадлежитъ къ семьѣ, въ которой у 2-хъ членовъ былъ ракъ. Самъ больной съ дѣтства былъ золотушенъ и затѣмъ постоянно страдалъ кожными болѣзнями; у него постоянно были угри, воспаленіе сальныхъ железокъ, атеромы въ разныхъ частяхъ тѣла, особенно на шеѣ. Всегда былъ своеобразный, нѣсколько односторонній человѣкъ, очень трудолюбивый и педантичный въ исполненіи обязанностей. Образъ жизни велъ очень монотонный; человѣкъ онъ былъ холостой; злоупотребленія in venere не было. Занимался много и большею частью по ночамъ. Водку и пиво пилъ, но сколько именно—трудно опредѣлить: по нѣкоторымъ свѣдѣніямъ, $^1/_2$ бутылки водки и бутылокъ 5 пива въ сутки; иногда случалось пить и больше, хотя это повидимому никогда не мѣшало ему правильно исполнять свои обязанности. Года 2 назадъ онъ нѣсколько уменьшилъ количество выпиваемаго вина, такъ какъ сталъ чувствовать, что оно на него стало дурно дѣйствовать; тѣмъ не менѣе, все-таки, продолжалъ пить какъ водку, такъ и пиво. Вечернія занятія обыкновенно соединялись съ употребленіемъ пива, причемъ почти всегда выходило 3—4 бутылки. За послѣдніе года $1^1/_2$ онъ сталъ жаловаться на плохое состояніе желудка, на дурной вкусъ во рту; съ годъ, какъ по утрамъ стала дѣлаться рвота слизью. Онъ сталъ угрюмѣе, сталъ чаще поговаривать, что у него дѣлается ракъ, но, несмотря на мнительность, боялся лѣчиться. Вмѣстѣ съ этимъ онъ сталъ чувствовать усталость больше, чѣмъ прежде, и силами сталъ слабѣе, чѣмъ прежде, такъ что, наприм., послѣдній годъ по утрамъ не могъ писать, вслѣдствіе трясенія въ рукахъ.

Изъ прежнихъ болѣзней нужно отмѣтить, что въ 1861 году у него была специфическая язва на членѣ и послѣ нея сыпь, которую пользовавшіе его въ то время врачи считали сифилитическою, лѣчили ртутью. Больной однако самъ не считалъ, что у него былъ сифилисъ, и съ того времени ни на какіе симптомы сифилиса не жаловался. Кромѣ того онъ давно кашляетъ, вслѣдствіе хроническаго бронхита и эмфиземы.

Начало настоящей болѣзни нужно считать съ апрѣля 1884 г. Онъ какъ-то ѣхалъ на извощикѣ въ пролеткѣ; пролетка опрокинулась и больной упалъ на мостовую, причемъ получилъ ушибъ лѣваго плеча съ кровоподтекомъ. Потери сознанія не было, больной самъ пріѣхалъ домой и первое время жаловался только на боль въ плечѣ. Мнительность его при этомъ усилилась; онъ сталъ говорить, что это можетъ-быть переломъ, и засѣлъ дома. Онъ жаловался при этомъ на общую слабость, нездоровье. Знакомые его спрашивали, что именно заставляетъ его такъ сидѣть и такъ бояться пустой болѣзни,—онъ отвѣчалъ, что болитъ плечевой суставъ; но потомъ оказалось, что боль въ суставѣ совсѣмъ прошла, а больной все не рѣшался выйти изъ дому. Серьезное вниманіе на болѣзнь было обращено, когда больной сказалъ одному изъ знакомыхъ: „я сегодня уже въ залъ не выйду, потому что ноги ослабли". Попробовали провести,—дѣйствительно оказалось, что ходитъ онъ очень плохо. Однако это случилось не вдругъ, а можно было добиться, что ноги слабѣли въ теченіе нѣсколькихъ дней. Ослабленіе ногъ констатировано было въ іюнѣ 1884 года. Съ того времени ноги дѣлались все слабѣе и слабѣе, такъ что въ началѣ іюля больной уже совсѣмъ не могъ вставать съ постели; въ половинѣ іюля появился отекъ въ ногахъ. Вмѣстѣ съ этимъ мѣнялось и психическое стостояніе: больной сталъ плаксивъ, тупѣе, память его замѣтно стала слабѣть.

Такъ шло дѣло до 20 іюля, когда я въ первый разъ изслѣдовалъ больнаго. Status praesens въ то время былъ такой: лицо больнаго нѣсколько одутловатое, покрытое угрями. На шеѣ много большихъ мѣшетчатыхъ опухолей. На кожѣ спины и груди множество угрей и расширенныхъ и увеличенныхъ сальныхъ железъ.

Больной сидитъ въ постели, жалуется на слабость, на свое скверное положеніе. Встать съ постели не можетъ, вслѣдствіе пареза ногъ.

Ноги въ такомъ состояніи: мышцы разгибающія стопу и пальцы очень слабо дѣйствуютъ, такъ что стопа большею частью отвисаетъ. M. extensor quadriceps тоже очень слабъ. Немного сильнѣе икроножныя мышцы, еще посильнѣе мышцы сгибающія голень. Въ тазобедренномъ суставѣ движенія значительно сильнѣе. Вполнѣ разогнуть ногу въ колѣнѣ нельзя, потому что мускулы сгибающіе голень напрягаются сильно и растяженіе ихъ вызываетъ рѣзкую боль (контрактура сгибателей въ слабой степени). Мышцы всѣ очень дряблы, очень худы. Сокращенія въ нихъ получаются только при употребленіи сильныхъ токовъ. Ступни и голени немного отекли. Давленіе на мышцы икроножныя, мышцы стопы и бедра вызываетъ рѣзкую боль. Давленіе на нервные стволы тоже болѣзненно. Кромѣ того больной жалуется иногда на самостоятель-

ную боль около tuber ischii. Анестезіи нѣтъ. Всѣ виды чувствительности порядочно сохранены. Пателлярныхъ рефлексовъ въ обѣихъ ногахъ нѣтъ. При щекотаніи подошва ноги отдергивается въ тазобедренномъ суставѣ. Обѣ ноги разстроены совершенно одинаково.

Въ верхнихъ конечностяхъ паретическія явленія замѣтны въ кистяхъ. Сгибаніе и разгибаніе пальцевъ слабо, причемъ не замѣтно, чтобы разгибатели были слабѣе, чѣмъ сгибатели. Мышцы рукъ похудали, но не очень. Сокращенія отъ индукціоннаго тока хорошія. Сдавленіе мышцъ болѣзненно, но не такъ, какъ въ ногахъ. Сдавленіе нервныхъ стволовъ тоже болѣзненно. Анестезіи нѣтъ.

Въ мышцахъ туловища паралича нѣтъ, но замѣтна большая утомляемость. Въ мышцахъ лица и глазодвигательныхъ паралича нѣтъ. Глотаетъ хорошо. Произношеніе правильно. Дыханіе тоже.

Выведеніе мочи совершенно правильно, моча красная, бѣлка и сахара не содержитъ. Наклонность къ запору, такъ что дня черезъ 4 дается слабительное.

Пульсъ около 100 въ минуту, мягкій, наполненіе ниже средняго. Въ сердцѣ никакихъ шумовъ нѣтъ; больной кашляетъ, но не больше, чѣмъ обыкновенно,—скорѣе меньше. Много сухихъ хриповъ въ обоихъ легкихъ. Небольшая эмфизема. Лихорадочнаго состоянія нѣтъ.

Со стороны психической больной представляетъ очень рѣзкіе симптомы. На первомъ планѣ стоитъ разстройство памяти. Больной совершено позабываетъ то, что только-что случилось, и вообще не помнитъ того, что случилось за послѣднее время, за время его болѣзни. Впечатлѣнія исчезаютъ изъ головы очень быстро: онъ позабываетъ совершенно все, что видѣлъ за 2 минуты до настоящаго, что онъ слышалъ, что онъ самъ говорилъ. Между тѣмъ разсуждаетъ онъ довольно правильно. Найдя какой-нибудь исходный пунктъ, онъ строитъ послѣдовательно умозаключенія довольно правильно: такъ, если его спросить что-нибудь изъ предмета, который составляетъ его спеціальность, онъ отвѣтитъ совершенно правильно, безъ малѣйшей ошибки. Если спросить его мнѣніе о какой-нибудь вещи, онъ его выскажетъ правильно. Если спросить, которое нынче число, то онъ не скажетъ; но если въ комнатѣ есть какой-нибудь предметъ, который можетъ дать возможность разсчесть, какое число, наприм. есть газеты, — онъ справится въ газетѣ и назоветъ число. Такимъ образомъ способность дѣлать правильныя умозаключенія вполнѣ сохранена, но только въ эти умозаключенія совсѣмъ не входятъ данныя, добытыя изъ представленій, полученныхъ уже во время болѣзни. Кромѣ того, такъ какъ больной позабываетъ о тѣхъ выводахъ, которые онъ дѣлалъ, и о томъ, что онъ говорилъ, то его разсужденія постоянно повторяются. Такъ, при видѣ одной и той же вещи больной можетъ нѣсколько разъ подрядъ повторить одну и ту же стереотипную фразу: такъ, наприм., онъ въ продолженіе 10 минутъ сеанса электризаціи повторялъ мнѣ 5 разъ, какъ онъ въ дѣтствѣ боялся электричества и бѣгалъ изъ физическаго кабинета въ гимназіи. Каждый разъ онъ эту фразу повторяетъ, какъ новую. Всѣхъ знакомыхъ узнаетъ, называетъ по имени, но едва только кто-нибудь уйдетъ, онъ готовъ увѣрять, что никто у него и не былъ. Когда къ нему приходятъ, онъ разговариваетъ охотно, хотя самъ рѣдко спрашиваетъ и рѣдко что говоритъ, а если говоритъ, то большею частью все одно и то же—одни и тѣ же разсказы изъ прошлаго; иногда дѣлаетъ замѣчанія по поводу того, что видитъ передъ глазами. Большею же частью довольно вялъ и апатиченъ. Довольно охотно играетъ въ карты, въ преферансъ хорошо ведетъ запись и можетъ подвести итоги, если всѣ данныя у него налицо и всѣ партнеры сидятъ на своихъ мѣстахъ.

Свою забывчивость больной отчасти сознаетъ и старается такъ отвѣтить, чтобы другіе не могли его поймать на ошибкѣ; старается избѣгать подробностей, употребляетъ въ разговорѣ общія мѣста; по окончаніи разговора спрашиваетъ бывшихъ при этомъ, не сказалъ ли онъ чего-нибудь неправильно, не обидѣлъ ли кого-нибудь. Иногда, однако, все-таки прорывается: такъ, больной, позабывъ, что онъ боленъ уже давно, разсказываетъ, что онъ надняхъ ѣздилъ въ гости, въ Петровскій паркъ, какъ тамъ его встрѣтили, радушно угостили. Ничего этого, конечно, не было.

Вслѣдствіе всего вышеописаннаго, больной вялъ, апатиченъ, энергіи мысли почти никакой нѣтъ. Лицо выражаетъ скуку, мало осмысленно.

Настроеніе духа часто мѣняется; большею частью оно индифферентно, мѣняется отъ вліянія внѣшнихъ впечатлѣній: такъ, если спросить его о болѣзни, онъ начинаетъ плакать, хныкать, что вотъ онъ какой калѣка; если же перевести разговоръ на веселое, онъ скоро начинаетъ смѣяться. На вопросъ, что онъ самъ чувствуетъ, отвѣчаетъ, что у него тоска, въ головѣ неясно и печальныя мысли не выходятъ изъ головы.

Кромѣ описаннаго замѣтна еще особенная боязливость: когда его начнутъ сажать, онъ кричитъ, что его сейчасъ уронятъ; часто бываетъ, что онъ неловко повернется и начнетъ кричать, что онъ сейчасъ упадетъ. Сна почти нѣтъ. Ночью бываетъ большею частью тревоженъ, зоветъ къ себѣ, плачетъ.

Теченіе болѣзни. Больному назначено было употребленіе небольшихъ дозъ морфія ($^1/_{12}$ gr.), съ хининомъ (j gr.) и индукціонный токъ на ноги. Питательная пища.

Въ теченіе нѣсколькихъ дней состояніе его стало лучше, явился аппетитъ, отправленія кишечника стали правильнѣе, отеки стали значительно меньше. 2-го августа назначено было natrii jodati (ʒj — ʒvj) 3 ложки въ день. Уже 5-го августа аппетитъ сталъ хуже, а 6-го больной совсѣмъ не ѣлъ и очень ослабѣлъ. Темпер. вечеромъ была 37,8°, что для него было лихорадочное состояніе. Констатировано было притупленіе въ области верхней доли праваго легкаго. Кашель усилился. Съ этого дня на первый планъ выступили пневмоническія явленія: притупленіе увеличивалось, явились хрипы довольно обильные, бронхіальное дыханіе, мокрота съ кровью. Лихорадочное состояніе было небольшое, не болѣе 38° по вечерамъ, но больной очень ослабѣлъ, потерялъ вполнѣ аппетитъ, сдѣлался еще вялѣе и апатичнѣе. Пульсъ сдѣлался частъ и слабъ. Во рту появилась молочница, такъ что казалось, что больной не далекъ отъ кончины. Мокрота была изслѣдована: ни туберкулезныхъ бациллъ, ни диплококковъ замѣчено не было. Такъ шло дѣло до 20-го августа.

Съ 20-го августа стало меньше мокроты, она сдѣлалась обыкновенною слизистогнойною, хриповъ стало значительно меньше. Общее состояніе при этомъ, однако, продолжало быть плохимъ: пульсъ сдѣлался неправильный, явились перебои; больной былъ въ сонливомъ, апатичномъ состояніи. Временами являлась икота, не прекращавшаяся по нѣскольку часовъ. Аппетита не было до 1-го сентября. Съ первыхъ чиселъ сентября явился аппетитъ и вмѣстѣ съ тѣмъ больной сталъ поживѣе. Хотя притупленіе въ области верхней доли оставалось, но хриповъ стало гораздо меньше. Пульсъ сталъ немного получше. Однако въ это время паретическія явленія довольно рѣзко ухудшились. Съ 5-го сентября стало замѣтно довольно быстрое усиленіе степени параличей, такъ что въ теченіе 5-ти дней, т.-е. къ 10-му сентября, паретическія явленія были уже въ такой степени:

Стопы совершенно отвисли. Никакого движенія тою и другою стопой боль-

ной произвести не могъ. Разгибаніе ноги въ колѣняхъ было очень слабо, сгибаніе посильнѣе. Въ тазобедренномъ суставѣ движенія были тоже слабы; небольшая контрактура въ мышцахъ, сгибающихъ колѣно. Мышцы очень похудали; при давленіи очень болѣзненны.

Въ рукахъ тоже паретическія явленія усилились. Сначала въ правой рукѣ, а черезъ два дня и въ лѣвой стало замѣтно, что разгибатели кисти и пальцевъ очень рѣзко ослабѣли, рука отвисла, при параличѣ n. radialis. Сгибатели кисти и пальцевъ тоже ослабѣли, но не такъ сильно. Больной потерялъ способность удерживать вещи въ рукахъ. Мышцы двигающія въ локтевомъ суставѣ—тоже ослабѣли, но не такъ рѣзко; мышцы похудали и очень болѣзненны при давленіи. Мышцы туловища нѣсколько ослабѣли. Больной очень устаетъ сидѣть и большею частью лежитъ (на правомъ боку). Въ мышцахъ лица парезовъ нѣтъ. Моча выводится свободно. Наклонность къ запору. Чувствительность совершенно нормальна. Самостоятельныхъ болей нѣтъ. Съ психической стороны замѣтенъ значительный упадокъ умственной дѣятельности — вялость, отсутствіе интересовъ; потеря памяти такая же, но свои замѣчанія, по поводу видимыхъ предметовъ, больной дѣлаетъ гораздо меньше, чѣмъ прежде, самъ почти не вмѣшивается въ разговоръ и отвѣчаетъ на вопросы всегда коротко. Менѣе сознаетъ свое положеніе. Ночи все продолжаетъ плохо спать.

Вмѣстѣ съ усиленіемъ параличныхъ явленій увеличился и отекъ въ ногахъ. Въ то же время отекъ явился и въ рукахъ. Около 10-го сентября отекъ въ рукахъ выражался только въ опухлости кистей, но съ 10-го сентября замѣтно было рѣзкое увеличеніе отека въ лѣвой рукѣ (т.-е. не на той сторонѣ, на которой обыкновенно спалъ больной). Отекъ довольно быстро (въ 3—4 дня) достигъ очень значительной степени, но рѣзко ограничивался локтемъ; выше локтя не шелъ. Въ правой рукѣ отекъ долго держался только въ кисти, но въ концѣ сентября сталъ распространяться и на предплечье. Въ ногахъ отекъ былъ въ голеняхъ и бедрахъ. Бѣлка въ это время не было въ мочѣ; въ сердцѣ шумовъ не было, такъ что отекъ нельзя было объяснить разстройствомъ сердца или почекъ.

Электросократительность парализованныхъ мышцъ трудно было въ точности опредѣлить въ это время. Съ одной стороны отекъ препятствовалъ проводимости тока, а съ другой стороны повышенная болевая чувствительность мѣшала употребленію токовъ большой силы; та же сила тока, которую можно было примѣнять, не очень мучая больнаго, не вызывала сокращеній въ ногахъ и мышцахъ кисти и предплечья. Больной принималъ въ это время горькія капли и немного вина. Аппетитъ держался небольшой. Лихорадочнаго состоянія не было. Такъ шло дѣло до 5-го октября, когда опять появилось лихорадочное состояніе, вызванное правостороннимъ плевритическимъ экссудатомъ, развившимся безъ всякой видимой причины. Экссудатъ былъ небольшой, повидимому серозный. Появленіе его сопровождалось лихорадкой, которая доходила до 39°, но черезъ 4 дня прекратилась. Аппетитъ оставался довольно хорошимъ. Въ параличныхъ явленіяхъ никакого измѣненія не было.

Въ половинѣ октября нѣкоторыми изъ товарищей, въ виду крайне тягостнаго положенія больнаго и въ виду данныхъ, указывавшихъ, что когда-то больной имѣлъ сифилисъ, предложено было попробовать впрыскиванія peptonsublimat'a по 1/6 gr. черезъ день. Впрыскиванія начаты были 17-го октября, но можно было произвесть ихъ только три, потому что въ состояніи больнаго произошла рѣзкая перемѣна: у него чрезвычайно быстро стали прибавляться отеки. Ноги отекли до высшей степени, руки — тоже. Подкожная клѣтчатка

живота, спины и груди представляла тоже отекъ высшей степени; мошонка растянута до крайности. Въ лицѣ отекъ былъ, но въ значительно меньшей степени. Отекъ достигъ такихъ размѣровъ, что больной уже не могъ лежать, а долженъ былъ сидѣть въ креслѣ. Интересно, что асцита у больнаго не было. Животъ былъ раздутъ газами. Общее состояніе больнаго тоже рѣзко ухудшилось. Пульсъ сдѣлался очень слабъ, аппетита никакого не было, мочи очень мало. Состояніе психическое крайне вялое, апатичное, вполнѣ индифферентное; наклонность къ сонливости, особенно днемъ. Отеки увеличивались до 1-хъ чиселъ ноября. Въ то же время былъ легкій поносъ безъ видимой причины. Въ концѣ октября казалось, что больной долженъ умереть надняхъ: явилось задержаніе мочи (на одинъ день, впрочемъ), судорожныя подергиванія въ мышцахъ шеи. Однако, къ счастью, послѣ этого неожиданно стало наступать улучшеніе. Въ первыхъ числахъ ноября отекъ сталъ какъ будто поменьше; въ то же время больной сталъ охотно пить молоко и пользовавшій его докторъ П. П. Отрадинскій воспользовался этимъ, чтобы назначить молочное лѣченіе, которое и удалось примѣнить. Отеки стали исчезать довольно быстро, при увеличенномъ количествѣ мочи, и къ 20-му ноября отеки оставались только въ ступняхъ и голеняхъ. Молоко больной сталъ пить въ большомъ количествѣ—стакановъ 15 въ день. Съ этого времени общее состояніе его стало видимо поправляться. Онъ самъ сталъ поживѣе, пульсъ полнѣе, паретическія явленія стали значительно меньше. Они равномѣрно уменьшались въ рукахъ и ногахъ; но такъ какъ въ ногахъ парезы были сильнѣе, то руки поправились раньше, чѣмъ ноги. Къ концу декабря руки больнаго поправились настолько, что онъ уже могъ писать; въ рукахъ оставалась только небольшая слабость мышцъ кисти и пальцевъ и никакой рѣзкой разницы между силою разгибателей и сгибателей не было замѣтно. Въ ногахъ всѣ движенія стали возможны, хотя мышцы стопы и пальцевъ все еще были слабы и разгибатели слабѣе сгибателей. Контрактура стала меньше. Боли при сдавленіи мышцъ стали гораздо меньше, а въ рукахъ совсѣмъ исчезли. Въ концѣ декабря отекъ оставался только въ небольшой степени въ ступняхъ. Плевритическій экссудатъ началъ всасываться. Въ дальнѣйшемъ теченіи продолжало идти улучшеніе. Мышцы рукъ стали вскорѣ порядочно сильны, причемъ правая рука была слабѣе лѣвой. Мышцы ногъ все болѣе укрѣплялись и полнѣли, однако и въ мартѣ все еще оставалась порядочная слабость въ ногахъ, особенно въ лѣвой ногѣ. Легкая контрактура еще держалась въ правой ногѣ (при движеніяхъ колѣна этой ноги слышался небольшой трескъ). Мышцы стали полнѣе, болѣзненность при сдавленіи исчезла. Электросократительность, однако, не появлялась еще въ мышцахъ ногъ, а въ рукахъ была очень понижена, такъ что едва выносимый токъ вызывалъ только очень небольшія сокращенія.

Со стороны психической перемѣны шли медленнѣе. Правда, больной сталъ живѣе, повеселѣе, но память его все оставалась крайне разстроенною относительно недавняго, такъ что психическое состояніе все продолжало быть похоже на то, какое было въ іюлѣ 1884 года. Впрочемъ, больной сталъ спокойнѣе по ночамъ, сталъ спать хорошо, плаксивости не было. Во все время болѣзни поллюціи и эрекціи у больнаго не было, хотя о половыхъ потребностяхъ больной говорилъ довольно часто.

Въ маѣ 1885 г. больному стало опять немного похуже. Повидимому, ему пришлось въ день своего рожденія выпить вина больше, чѣмъ онъ обыкновенно пилъ во время болѣзни; въ тотъ же день онъ сталъ какъ-то тоскливѣе, безпокойнѣе. На другой день онъ сталъ жаловаться на головную боль; нѣсколько-

ночей не спалъ. Потомъ это уладилось, и онъ пришелъ въ относительно покойное состояніе, но все-таки сталъ мрачнѣе прежняго, чаще вздыхалъ, больше молился. Съ іюля особенно стало замѣтно измѣненіе въ настроеніи больнаго, именно явилось особенное религіозное настроеніе: больной при всякомъ словѣ говорилъ какія-нибудь молитвенныя слова, часто крестился, напѣвалъ псалмы; въ разговорахъ говорилъ о томъ, что онъ грѣшникъ, и долженъ свои грѣхи отмаливать; при этомъ, впрочемъ, не было особенной тоскливости, а было только монотонное повтореніе фразъ о томъ или другомъ грѣхѣ, въ которомъ онъ считалъ нужнымъ каяться. Это религіозное настроеніе проникало довольно послѣдовательно во всѣ проявленія душевной жизни больнаго: въ разговоръ, поступки. Онъ крестился, отказывался въ нѣкоторые дни отъ скоромной пищи, отказывалъ себѣ въ нѣкоторыхъ удовольствіяхъ и т. д. Память все продолжала оставаться въ томъ же состояніи, т.-е. больной сейчасъ же позабывалъ тѣ представленія, которыя исчезли съ глазъ.

Умственный кругозоръ сталъ очень узокъ; сужденія его стали крайне односторонними, не соотвѣтствовали прежней степени интеллекта. Больной разговаривалъ очень неохотно, равнодушно относился къ приходу знакомыхъ и пріятелей. Апатія. При этомъ выказывалъ противодѣйствіе всякой перемѣнѣ въ своей обстановкѣ, не слушая никакихъ убѣжденій, ни за что не соглашался переѣхать на дачу, брать ванны, протестовалъ противъ электризаціи. Слабоуміе стало крайне рѣзко замѣтно. Упадокъ умственныхъ силъ продолжался до марта 1886 года, когда бронхитъ больнаго усилился и онъ, ослабѣвъ, скончался.

Эпикризисъ. Въ этомъ случаѣ у больнаго, значительно злоупотреблявшаго спиртными напитками и у котораго были уже нѣкоторые признаки хроническаго алкоголизма, послѣ ничтожнаго повода развились симптомы какъ со стороны психической сферы, такъ и со стороны физической. Со стороны психической дѣло началось съ вялости, апатіи, меланхолическаго настроенія и глубокаго упадка памяти. Со стороны физической сначала была только слабость въ нижнихъ конечностяхъ, потомъ явился небольшой отекъ и парезъ мышцъ голени. Сухожильные рефлексы исчезли. Боли были небольшія. Затѣмъ болѣзнь усиливалась, причемъ ухудшеніе шло скачками и совпадало съ ухудшеніемъ общаго состоянія организма и появленіемъ осложненій со стороны грудныхъ органовъ. Такимъ образомъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ болѣзнь достигла высшей точки своего развитія, причемъ былъ параличъ нижнихъ конечностей, парезъ верхнихъ, атрофія мышцъ, уничтоженіе электросократительности и слабое разстройство чувствительности. Замѣчательное явленіе составлялъ въ этомъ случаѣ громадный отекъ подкожной клѣтчатки во всѣмъ тѣлѣ. Достигнувъ высшей точки развитія, болѣзнь стала уменьшаться, отеки исчезли и парезы уменьшались. Однако психическая сфера не улучшилась: память оставалась рѣзко разстроенною и кромѣ того явились признаки глубокаго слабоумія. Въ послѣдній годъ болѣзнь осталась стаціонарною, не представляя наклонности къ улучшенію.

Болѣзнь носила характеръ полуостраго (почти хроническаго) восходящаго атрофическаго паралича, съ глубокимъ разстройствомъ психической дѣятельности. По громадности отековъ она очень напоминала описываемые случаи beriberi. Но въ виду того, что этой болѣзни у насъ нѣтъ, а тѣ самыя измѣненія, которыя лежатъ въ основѣ beriberi, бываютъ и при алкогольномъ параличѣ, я и счелъ возможнымъ допустить, что одно изъ главныхъ условій для развитія

болѣзни у этого больнаго, кромѣ общаго предрасположенія, былъ хроническій алкоголизмъ.

Другой причины для развитія болѣзни у него, повидимому, не было; развѣ только можно предположить развитіе какого-нибудь яда внутри самого организма или вредное вліяніе воздуха, которымъ дышалъ больной, такъ какъ ему, по его профессіи, приходилось проводить много времени въ анатомическомъ театрѣ. Но это было бы уже очень смѣлое, почти ни на чемъ не основанное, предположеніе.

Наблюденіе XIII.

Больная 41 года, замужняя, бездѣтная женщина, содержательница меблированныхъ комнатъ.

Anamnesis.

Больная довольно рано вышла замужъ за человѣка, который былъ значительно старше ея, и это было поводомъ къ разнымъ непріятностямъ, вслѣдствіе которыхъ больная стала употреблять спиртные напитки. Съ мужемъ она разошлась лѣтъ 8 назадъ, непріятностей стало меньше, но пить она продолжала. За послѣдніе годы пила она поперемѣнно то пиво (бутылокъ 12 въ день), то водку (полторы бутылки въ день), то соотвѣтствующее количество хереса. По временамъ она уменьшала количество спиртныхъ напитковъ, но не надолго, и малѣйшаго повода, радости или горя, было достаточно, чтобы снова начала пить помногу. Характера она всегда была своенравнаго, упрямаго. По занятію ей приходилось довольно много волноваться. Въ 1881 году былъ эпилептическій припадокъ. Онъ повторился черезъ нѣсколько мѣсяцевъ и потомъ еще разъ въ 1883 году. Въ 1882 году у больной вышелъ солитеръ. Въ концѣ 1883 года были явленія алкогольнаго бреда—безсонница, галлюцинаціи, страхъ, рвота. Больная принимала хлораль, на нѣкоторое время прекратила употребленіе вина и все прошло.

Въ 1884 году съ конца лѣта она стала жаловаться, что ноги подвертываются и часто болятъ. Въ октябрѣ врачъ замѣтилъ рѣзкую перемѣну въ походкѣ, именно рѣзкую шаткость. Было испробовано, существуютъ ли пателлярные рефлексы, и ихъ не оказалось. При этомъ началась упорная рвота.— Больная все продолжала пить. Ноги все слабѣли. Въ началѣ ноября замѣчено рѣзко выраженное ослабленіе памяти, и именно памяти того, что случилось недавно. При этомъ была безсонница, безпокойство по ночамъ. Обыкновенно ночью у больной являлись сильныя боли въ ногахъ, она стонала, требовала помощи, настоятельно требовала вина, бранилась.

Ноги постепенно слабѣли, но съ декабря до сихъ поръ оставались почти въ одномъ положеніи.

Съ января количество выпиваемаго вина уменьшено до 4-хъ рюмокъ хереса, начато впрыскиваніе morphii acetici $^1/_4$ gr. на ночь.

Status praesens 19-го января 1885 года.

Женщина средняго сложенія; теперь похудѣла, но все-таки подкожнаго жира довольно много. Лицо немного одутловато. Кожные сосуды на лицѣ растянуты. Больная жалуется на свои ноги, что онѣ ей не даютъ покоя. Въ нихъ она чувствуетъ: 1) постоянный холодъ, такъ что ихъ нужно всегда кутать, 2) разнообразныя сильныя боли. Боли эти ломящія и ноющія; иногда

чувствуется, точно во всей ногѣ протянута страшно болящая струна; иногда чувствуется, что на то или другое мѣсто ноги каплетъ что-то холодное. Боли эти локализируются въ ступняхъ и голеняхъ, менѣе въ бедрахъ. Есть боли и въ рукахъ, но небольшія. Сильнѣе всего боли бываютъ къ вечеру и вызываютъ сильное безпокойство, днемъ же значительно меньше; въ нѣкоторые дни боли очень слабы, въ другіе дни—посильнѣе.

Сдавленіе ступней, а особенно икръ, крайне болѣзненно. Сдавленіе мускуловъ бедеръ не такъ болѣзненно. Давленіе на нервные стволы (n. peroneus и n. cruralis) очень болѣзненно. При давленіи на мускулы тоже чувствуется боль. При прикосновеніи къ подошвѣ острымъ предметомъ вызывается очень непріятное ощущеніе не то холода, не то жженія. Простое прикосновеніе къ подошвѣ не вызываетъ болеваго ощущенія. Въ кистяхъ рукъ замѣтна тоже гипералгезія, особенно по отношенію къ холоду: больная не можетъ взять въ руки стеклянную кружку,—холодъ стекла такъ болѣзненъ, что она выбрасываетъ кружку. Давленіе на мышцы руки тоже болѣзненно. Активное сжиманіе кисти въ кулакъ сопровождается сильною болью. Анестезія въ рукахъ и ногахъ въ небольшой степени. Прикосновенія чувствуются и локализируются вездѣ правильно. Чувство температуры не изслѣдовано.

Сила въ ногахъ очень ослаблена. Больная хотя можетъ ходить, но очень быстро устаетъ. При ходьбѣ она шатается, довольно высоко поднимаетъ бедра, а ступни отвисаютъ. Усиленія шатанія при закрытыхъ глазахъ не замѣчается. Сила въ мышцахъ ступни и голени ослаблена значительно, но не замѣтно преобладанія паралича въ той или другой группѣ мышцъ. Контрактуръ нѣтъ. Мышцы дряблы, худы.

Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. Щекотаніе подошвы тоже не вызываетъ рефлекса. Электросократительность не изслѣдована.

Руки въ кистяхъ слабѣе нормальнаго. Разницы въ степени ослабленія флексоровъ и экстензоровъ незамѣтно.

Мышцы туловища, шеи, лица глазодвигательныя функціонируютъ нормально. Рѣчь и глотаніе правильны. Болѣзненности позвоночника нѣтъ.

Моча идетъ хорошо. Она красна. Пульсъ 120, слабъ, мягокъ.

Теперь рвоты нѣтъ, но аппетитъ плохъ. Запоры бываютъ. Регулы бываютъ, но слабы. Половыхъ желаній нѣтъ. Зрѣніе и слухъ хороши.

Со стороны психической замѣтно ослабленіе памяти недавняго. Больная плохо локализируетъ во времени то, что случилось недавно, хотя самые факты помнитъ порядочно. Впрочемъ, это касается болѣе крупныхъ фактовъ, а мелкіе забываются довольно скоро. Однако ослабленіе памяти недавняго не доходитъ до такой степени, чтобы больная позабывала о впечатлѣніи, какъ только оно исчезло. Разговариваетъ больная дѣльно, разсуждаетъ послѣдовательно, но очень упряма. Къ вечеру состояніе ея ухудшается, она дѣлается ажитированной,—требуетъ, чтобъ о ней заботились, кричитъ на окружающихъ, требуетъ немедленнаго присутствія врача. Успокоивается только къ утру, немного заснетъ, а на другой день рѣшительно не помнитъ, что было ночью. Часто ей кажется, что она кого-то обидѣла, но кого—не знаетъ. Присутствіе постороннихъ заставляетъ больную болѣе сдерживаться, вообще ободряетъ ее и дѣлаетъ даже память болѣе способною удерживать впечатлѣнія, чѣмъ монотонная жизнь среди своихъ.

Больной было назначено употребленіе tr. nuc. vomic., впрыскиваніе морфія на ночь и употребленіе молока въ большомъ количествѣ. Докторъ Н. Ив. Сахаровъ, съ которымъ вмѣстѣ я видѣлъ больную, сообщилъ мнѣ, что боль-

ная вскорѣ начала поправляться, стала лучше ходить, стала лучше спать, черезъ мѣсяцъ она уже выѣзжала и, оставивъ лѣченіе, стала попрежнему много пить. Ей совѣстно было передъ врачами и потому она къ врачамъ не обращалась. Несмотря на то, что она пила очень много хересу (хотя все-таки вдвое меньше прежняго), состояніе ея постепенно улучшалось; ходить могла очень порядочно, память тоже возстановилась. Только сухожильныхъ рефлексовъ все еще не было и походка была не совсѣмъ вѣрная. При ходьбѣ она скоро утомлялась, такъ что предпочитала всегда ѣздить. По временамъ бывали рвоты. Лѣтомъ 1885 года былъ эпилептическій припадокъ.

Около 15 сентября 1885 г. больная простудилась, стала кашлять. При этомъ рвота рѣзко усилилась, несмотря на то, что больная при простудѣ стала пить гораздо меньше прежняго (рюмки 3—4 хереса вмѣсто бутылки). По поводу новаго заболѣванія мнѣ пришлось видѣть больную 24 сентября 1885 года. Я засталъ ее въ такомъ состояніи: больная въ постели вслѣдствіе общей слабости. Т. 39,5°. Кашель съ мокротой. Въ правой сторонѣ, сзади около угла лопатки притупленіе звука, бронхіальное дыханіе, мелкіе хрипы. Со стороны нижнихъ конечностей явленія такія: всѣ движенія въ ногахъ возможны, хотя сила мускуловъ слабѣе нормы; ноги, будучи предоставлены себѣ, находятся въ нѣсколько ненормальномъ положеніи; легкій pes equinus, при этомъ сводъ стопы круче, чѣмъ слѣдуетъ, и подошва болѣе вогнута. Большой палецъ слегка отведенъ и отклоненъ книзу, оставаясь выпрямленнымъ въ своихъ фалангахъ; его подошвенная поверхность слегка повернута къ другимъ пальцамъ. Другіе четыре пальца находятся въ положеніи слегка напоминающемъ гриффъ, т. е. 1-я фаланга экстензирована, а другія флексированы. Впрочемъ, больная можетъ придавать ногѣ совершенно правильное положеніе, потому что активная дѣятельность всѣхъ мышцъ сохранена; но когда больная не обращаетъ вниманія на свои ноги, то онѣ приходятъ въ положеніе, которое мы описали, потому что, вѣроятно, тонусъ мышцъ не равномѣренъ. Ахиллово сухожиліе, впрочемъ, всегда порядочно напряжено, и хотя даетъ возможность поднимать стопу, но не до такой степени, какъ въ нормальномъ состояніи. Въ колѣнѣ всѣ движенія совершенно свободны. Атаксіи движеній при лежачемъ положеніи нѣтъ. Въ рукахъ замѣтно только небольшое ослабленіе силы сжиманія; отдѣльныхъ параличей нѣтъ.

Мышцы вообще дряблы, мягки. Но электросократительность отъ индуктивнаго тока во всѣхъ мышцахъ сохранена. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ.

Чувствительность прикосновенія вездѣ сохранена. Локализація ощущеній правильна. Больная, впрочемъ, жалуется, что когда наступаетъ на полъ, то ей кажется, что подъ ногой что-то лежитъ. Уколъ кожи стопы вызываетъ боль, хотя проведеніе болеваго ощущенія нѣсколько замедлено. Очень замѣтно ослабленіе чувствительности къ индуктивному току; сильный токъ почти не вызываетъ специфическаго ощущенія въ кожѣ, хотя вызываетъ сокращеніе мышцъ и ощущеніе этого сокращенія. Это рѣзко замѣтно въ стопѣ голени и кистяхъ. Въ бедрахъ чувствительность къ электричеству немного получше; въ предплечьяхъ, плечѣ и туловищѣ нормальна. Чувство температуры ослаблено на подошвѣ, гдѣ больная часто не различаетъ температуры, разнящіяся на 5° R.; на тылѣ стопы и голени она не различаетъ разницы въ 2°, на бедрахъ и предплечьяхъ не различаетъ разницы менѣе 1°.

Самостоятельныхъ болей рѣшительно нѣтъ; въ ногахъ при давленіи на мышцы болѣзненность есть, но не большая.

Со стороны психической, кромѣ нетерпѣливости, ничего констатировать нель-

зя. Окружающіе говорятъ, что за послѣдніе дни память опять стала послабѣе, но во всякомъ случаѣ это не рѣзко замѣтно. Сонъ хорошъ. Пульсъ 120 въ 1′. Моча красна. Аппетитъ плохъ. Рвота по утрамъ. Запоръ.

Какъ мнѣ сообщали, больная умерла отъ развившейся пневмоніи, но параличныя явленія не усилились.

Наблюденіе XIV.

Марія К., 22-хъ лѣтъ, замужемъ; трое дѣтей.

Anamnesis.

Больная родилась въ Москвѣ, въ достаточной семьѣ. Дядя по отцу и бабка по матери—страдали помѣшательствомъ. Тетка по матери страдала эпилепсіей. Мать—истеричная женщина. Въ родствѣ есть пьяницы. Сама больная вышла замужъ шесть лѣтъ назадъ, родила троихъ дѣтей. Были злоупотребленія in Venere et in Bacho. Больная начала понемногу пить по выходѣ замужъ, такъ что года четыре ужь какъ стала аккуратно пить рюмки три водки въ день и нѣсколько стакановъ пива. За послѣдніе полтора года количество выпиваемаго вина и пива увеличилось значительно. Больная, по словамъ мужа, съ утра начинала выпивать по рюмкѣ изъ шкапа, стараясь чтобы другіе не замѣтили, и часамъ къ 12 уже бывали значительные признаки опьяненія. Точно опредѣлить количество выпиваемаго вина нельзя. Больная, будучи 13-ти лѣтъ, послѣ холоднаго душа имѣла какую-то болѣзнь, выражавшуюся крайнимъ упадкомъ силъ и лихорадочнымъ состояніемъ. Болѣзнь продолжалась двѣ недѣли, въ продолженіе которыхъ больная не имѣла силы вставать съ постели, потомъ поправилась.

Со времени появленія регулъ бывали легкіе истерическіе припадки, выражавшіеся въ рыданіяхъ и смѣхѣ, и головныя боли. На первомъ году по выходѣ замужъ забеременѣла. За двѣ недѣли до родовъ появилась слабость въ ногахъ, больная передвигалась придерживаясь стѣны, ноги подкашивались. При этомъ истерическіе припадки усилились. Послѣ родовъ стала опять ходить хорошо, хотя говоритъ, что замѣчалась нѣсколько бо́льшая усталость ногъ. Передъ вторыми родами повторилось то же самое, но уже разстройство походки замѣчалось недѣли за четыре до родовъ. При этомъ, впрочемъ, были и другіе болѣзненные симптомы, изъ которыхъ родные отмѣчаютъ жаръ, задержаніе мочи, боль въ поясницѣ, прямой кишкѣ. Послѣ родовъ лихорадочное состояніе и боли исчезли, походка стала гораздо лучше, но нѣкоторая слабость въ ногахъ и истерическіе припадки оставались.

Въ началѣ третьей беременности опять явилась слабость въ ногахъ и боли въ поясницѣ и въ бедрахъ. Это продолжалось недѣли 2, потомъ прошло, но снова появилось недѣль за 6 до родовъ Больная при этомъ ходила очень плохо, большею частью съ чужою помощью. Истерическіе припадки бывали каждый день. Родила благополучно въ іюнѣ 1884 года. Роды были правильны. Послѣ родовъ состояніе ничѣмъ не осложнилось.

Изъ прежнихъ болѣзней нужно отмѣтить, что больная нѣсколько лѣтъ назадъ страдала катарромъ мочеваго пузыря и моча всегда выдѣлялась у нея съ нѣкоторымъ затрудненіемъ. Она была женщина довольно веселая, любила болтать и смѣяться. Послѣ родовъ до августа 1884 года больная чувствовала себя очень хорошо. Съ августа стала тосковать и задумываться по поводу разныхъ домашнихъ обстоятельствъ. То же было и въ сентябрѣ. Въ октябрѣ

больная сильно испугалась (мужъ сломалъ ногу). Послѣ этого вскорѣ у нея появились боли въ ногахъ, явившіяся приступами. Онѣ бывали въ голеняхъ, въ пальцахъ, въ стопѣ, колѣняхъ. По характеру боли бывали рвущія, дергающія, стрѣляющія, жгучія и пр.

Въ началѣ октября были послѣдній разъ регулы; послѣ этого регулъ не было. Въ началѣ ноября явилась рвота, истерическіе припадки усилились. 24-го ноября больная простудилась, проѣхавши за нѣсколько верстъ на именины послѣ бани. На именинахъ случилось тоже и пить вино. Съ этого дня болѣзнь стала быстро подвигаться впередъ. Рвота участилась, явилась безсонница, безпокойство, ноги стали гораздо слабѣе. Капризы стали очень сильны, особенно по ночамъ.

До 10 декабря больная еще могла ходить, а съ съ 10 декабря слегла.

Докторъ Богдановъ, видѣвшій ее 6 декабря, описываетъ ея stat. praes. въ это время такъ: больная жаловалась на стрѣляющія боли въ голеняхъ и особенно въ подошвахъ, на ползаніе мурашекъ въ голеняхъ, ходила только съ постороннею помощью. При ходьбѣ ноги волочились. Безпричинная наклонность къ неудержимому смѣху или плачу. Жаловалась на шумъ въ ушахъ, ослабленіе зрѣнія (туманъ передъ глазами), на тошноту и рвоту, запоръ на 5—6 дней. Питаніе больной прекрасное и вообще она имѣла цвѣтущій видъ.

Были сильныя бѣли. Изслѣдованіе genitalium показало во влагалищной части uteri присутствіе неправильныхъ и многочисленныхъ рубцовъ, наклоненіе матки впередъ и зловонныя бѣли. Матка не увеличена, не болѣзненна. Наклонность къ задержанію мочи, частые позывы на мочу и выдѣленіе съ болью (уменьшилось при употребленіи amygdalin'a). Coitus болѣзненъ. Сердцебіеніе. Пульсъ 140, мягкій и слабый. Въ сердцѣ ничего ненормальнаго нѣтъ. Температура тѣла нормальна. Стягивающія боли въ груди. Безсонница, непріятныя сновидѣнія. Объективное изслѣдованіе конечностей показало только боль при давленіи на мышцы подошвы. Болей въ спинныхъ позвонкахъ не было обнаружено давленіемъ. Лѣченіе, которое было назначено, состояло изъ употребленія kalii bromat. и ½ gr opii puri на ночь и теплыхъ ваннъ.

Болѣзнь постепенно усиливалась. Съ 10 декабря больная слегла; боли все продолжали усиливаться, являлись сильными приступами, движенія ногами дѣлались все слабѣе, причемъ особенно сильно поражены были мышцы стопы и пальцевъ. При этомъ по временамъ являлись кратковременныя тоническія судороги въ мышцахъ, двигающихъ стопою и сгибающихъ колѣна, большею частью подъ вліяніемъ болей.

Въ концѣ декабря стало замѣтно ослабленіе разгибателей лѣвой ручной кисти. Болѣзненность при давленіи на мышцы была очень велика; явилась болѣзненность при давленіи на нѣкоторые изъ позвонковъ. Память и сообразительность падали. Безсонница продолжалась. Рвоты прекратились. Въ январѣ болѣзнь стала прогрессировать, вообще состояніе стало хуже. Больная вообще ослабѣла, жаловалась на шумъ и звонъ въ ушахъ, головокруженіе и т. п. Ноги были въ парализованномъ состояніи, стопы выпрямлены. Кожная и мышечная чувствительность ослаблены. Уколъ булавкой во многихъ мѣстахъ голеней, особенно съ наружной стороны, не чувствовался. Всѣ виды чувствительности были понижены. Руки тоже были разстроены. Былъ парезъ обѣихъ кистей, причемъ лѣвая была поражена больше, чѣмъ правая. Въ ногахъ и предплечьяхъ была боль при давленіи на мышцы. Давящая боль въ груди. Запоры. Затрудненное мочеиспусканіе, жженіе въ мочеиспускательномъ каналѣ. Сердцебіеніе; пульсъ 140—160. Ноги сильно похудали; электрическая реакція ослаблена.

Сонъ только съ помощью опіума. Во снѣ были подергиванія. Болѣзнь продолжала увеличиваться; въ 20-хъ числахъ января появилось разстройство глотанія и слегка затрудненная рѣчь (неповоротливость языка, монотонность голоса). Мышцы туловища тоже ослабѣли. Въ послѣдніе дни ослабѣли мышцы шеи, такъ что больная не могла удерживать головы. Въ такомъ состояніи она пріѣхала въ Москву, гдѣ я ее видѣлъ 2 февраля 1885 года.

Status praesens.

Женщина молодая, видимо хорошаго сложенія, но въ настоящее время чрезвычайно ослабѣвшая и похудѣвшая. Подкожный жиръ, впрочемъ, еще значительно сохранился, но мышцы вообще очень дряблы. Сознаніе больной не совсѣмъ ясно. Впрочемъ, она способна вести разговоръ, отвѣчаетъ на всѣ вопросы и часто совершенно правильно, но иногда путаетъ самыя простыя вещи. Такъ, наприм., говоритъ, что она 5 мѣсяцевъ здѣсь, тогда какъ только что пріѣхала; говоритъ, что теперь лѣто, говоритъ, что она въ домѣ Карманова, въ Тамбовской губерніи, тогда какъ хорошо знаетъ, что домъ Карманова—въ Москвѣ и тамъ живутъ ея родители. Говоритъ, что недавно ѣздила, и спрашиваетъ, можно ли ей теперь поѣхать, а черезъ нѣсколько времени, взглянувъ на свои ноги, плачетъ, что она навсегда такой останется, что она умретъ. При изслѣдованіи ея вдругъ обращается съ просьбою не отрѣзать ей ногъ. Говоритъ, что память ея очень плоха. Дѣйствительно, очень плохо помнитъ событія, а особенно плохо опредѣляетъ время ихъ. Настроеніе духа большею частью плаксивое, особенно когда заговорятъ о болѣзни; начинаетъ плакать о себѣ, или о томъ, что ребенокъ ея помретъ. Однако, если перевести разговоръ на что-нибудь веселое, она и разсмѣется. Больная вообще болтаетъ довольно много, спрашиваетъ то то, то другое, но большею частью дѣлаетъ вопросы поверхностные, часто повторяетъ одно и то же. Людей, которыхъ недавно знала, узнаетъ плохо. Часто жалуется, что ей холодно, и проситъ укутать; иногда боится, что она упадетъ съ постели, хотя безъ всякихъ основаній. Къ вечеру состояніе психическое ухудшается, разговорчивость дѣлается больше, болѣе тревожное настроеніе, чаще плачетъ, подъ вліяніемъ какой-нибудь тревожной идеи,—что ребенокъ умираетъ, или кто-нибудь взойдетъ. Ночью являются галлюцинаціи: ей кажется, что кто-то подходитъ, что по ея постели разбросаны вещи, она ихъ ищетъ, требуетъ, чтобы перебрали подушки, одѣяло, часто кричитъ и т. п. Большею частью не спитъ, засыпаетъ только къ утру; при засыпаніи вздрагиваетъ. Проснувшись, плохо помнитъ, какъ провела ночь. Говоритъ больная то сдавленнымъ, слабымъ голосомъ, то рѣзкимъ, съ особеннымъ timbre'омъ, съ нѣкоторыми крикливыми нотами. Рѣчь измѣнена. Вообще слова произноситъ довольно медленно, слоги довольно раздѣльны, но кромѣ того и произношеніе отдѣльныхъ слоговъ бываетъ часто неправильно: точно что-то мѣшаетъ языку правильно ворочаться; отъ этого нѣкоторые слоги выходятъ не ясно, особенно тѣ, въ которые входятъ язычные звуки. Иногда это произношеніе напоминаетъ шепелявеніе, иногда слоги протягиваются, иногда нѣкоторые слоги пропускаются совсѣмъ. Иногда больная произноситъ слово совершенно такъ, какъ при прогрессивномъ параличѣ, но вслѣдъ за этимъ цѣлую фразу совершенно правильно, такъ что въ общемъ рѣчь ея все-таки нельзя назвать рѣчью параличной больной. Нужно замѣтить, что до болѣзни она говорила совершенно правильно и отчетливо. Взглядъ больной неустойчивый. Движенія глазныхъ яблоковъ разстроены по временамъ. Когда больная спокойна и ни на что не смотритъ,

лѣвое глазное яблоко уходитъ вверхъ болѣе, чѣмъ правое. Однако, если заставить больную фиксировать предметъ, она не жалуется на двойное видѣніе. Замѣтенъ nystagmus въ небольшихъ размѣрахъ при движеніи глазъ во всѣ стороны. Больная говоритъ, что видитъ предметъ немного въ туманѣ. Зрачки нормальны, реагируютъ на свѣтъ хорошо, слухъ порядочный, но все-таки тупѣе прежняго; чуть замѣтная ассимметрія въ лицѣ, причемъ лѣвая сторона какъ будто слабѣе, чѣмъ правая. Языкъ слегка скашивается вправо. Больная почти не можетъ глотать твердой пищи; жидкость глотаетъ, но поперхается; послѣ этого дѣлается глухой кашель. На затрудненіе дыханія не жалуется. Мышцы шеи слабы, но двигать головой можетъ; мышцы туловища слабы: сидѣть и ворочаться больная не можетъ; однако животъ втягиваетъ. Діафрагма работаетъ. Верхнія конечности слабы. Въ плечевомъ суставѣ больная вообще еще можетъ двигать руками порядочно, но сила движеній очень не велика. Въ локтевомъ суставѣ движенія возможны, но очень слабы. Supinatio дѣлается слабо.

Мышцы двигающія кистью и пальцами парализованы вполнѣ—какъ сгибатели, такъ и разгибатели. Мышцы рѣзко похудѣли, хотя нельзя сказать, чтобы исчезли вполнѣ. При механическомъ раздраженіи сокращенія вызываются. Давленіе на мышцы кисти, предплечья и плеча очень болѣзненно. Контрактуръ нѣтъ совершенно. Электросократительность отъ индуктивнаго тока значительно понижена въ мышцахъ кисти и предплечья. Мышцы очень худы, дряблы.

Въ ногахъ очень большая слабость. Движенія въ тазобедренномъ суставѣ небольшія: adductio и abductio, очень небольшое сгибаніе и разгибаніе. Въ колѣнѣ тоже возможно крайне небольшое сгибаніе и разгибаніе.

Стопы и пальцы совершенно парализованы, лежатъ неподвижно, немножко подворочены внутрь; небольшая контрактура лѣваго Ахиллова сухожилія. Въ колѣнѣ признака контрактуры нѣтъ. Мышцы нижнихъ конечностей очень дряблы, рѣзко похудѣли.

Электросократительность очень понижена,—едва выносимый токъ вызываетъ очень небольшое сокращеніе въ изслѣдованныхъ мышцахъ. Давленіе на нихъ во всѣхъ пунктахъ вызываетъ очень рѣзкую боль.

Боли при давленіи, впрочемъ, замѣчаются не только въ ногахъ, но и въ туловищѣ. Большею частью эти боли являются при сдавленіи самаго существа мышцы. Но также боли бываютъ и при сдавленіи нервныхъ стволовъ на рукахъ и ногахъ. Поворачиваніе больной причиняетъ ей боль. Боль, впрочемъ, не долго держится, и больная не очень жалуется на нее. Самостоятельныя боли бываютъ изрѣдка: вдругъ заломитъ или стрѣльнетъ въ какомъ-нибудь мѣстѣ голени или въ предплечьи, потомъ боль исчезнетъ.

Изслѣдованіе чувствительности очень затруднено. Больная даетъ смутные отвѣты. Можно сказать только, что вообще чувствительность меньше поражена, чѣмъ движенія, потому что и на стопахъ, которыя совершенно парализованы, больная часто чувствуетъ прикосновеніе. На голеняхъ тоже, на бедрахъ значительно лучше. Въ рукахъ хуже всего чувствительность въ кистяхъ; въ предплечьи и плечахъ значительно лучше. Болевое раздраженіе вызываетъ вездѣ довольно рѣзкое ощущеніе боли. Щекотаніе подошвы вызываетъ отраженно движеніе въ тазобедренномъ суставѣ. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ.

Моча выводится съ небольшимъ затрудненіемъ; позывы ощущаются правильно. Моча теперь немного темнѣе обыкновеннаго, но прежде была очень красна. Запоры дней по 5—6. Пульсъ 144, крайне слабый и мягкій. Въ сердцѣ и легкихъ ничего особеннаго.

Языкъ покрытъ корою. Жажда порядочная. Ѣстъ очень мало. Рвоты нѣтъ. Запоръ. Болѣзненность во всемъ животѣ, главнымъ образомъ, отъ сдавленія брюшныхъ стѣнокъ. Больше болѣзненность въ правомъ подреберьѣ. Зловонныя бѣли. Т. 38.

5 марта 1885 года. Больная въ теченіе этого времени нѣсколько оправилась:

1) Исчезли галлюцинаціи, больная стала гораздо покойнѣе, по ночамъ спитъ порядочно. Память еще плоха, но все-таки лучше прежняго. Больная не позабываетъ сейчасъ же того, что восприняла, и впечатлѣніе остается довольно долго. Впрочемъ, все еще сознаніе очень смутно, особенно относительно времени.

2) Рѣчь больной хороша, произноситъ она хорошо, хотя особенный тембръ голоса еще остался.

3) Глотаніе хорошо.

4) Движенія глазъ правильны. Nystagmus исчезъ.

5) Мышцы шеи довольно сильны.

6) Лихорадочнаго состоянія нѣтъ; впрочемъ, 3 дня назадъ, неизвѣстно почему, повысилась температура.

7) Моча идетъ хорошо. Отправленія желудка правильны.

8) Чувствительность стала значительно лучше,—больная вездѣ чувствуетъ прикосновеніе. Всѣ виды чувствительности одинаково нѣсколько ослаблены, причемъ ослабленіе чувствительности всего сильнѣе на подошвѣ, тылѣ стопы и голени (одинаково съ внутренней и наружной стороны), лучше на бедрѣ. На рукахъ—хуже на пальцахъ, на кистяхъ уже хорошая чувствительность. Чувство температуры понижено не болѣе, чѣмъ другіе виды чувствительности. Такъ, на подошвѣ больная различаетъ разницы въ 3° R., на бедрѣ въ 2°, а на рукахъ еще менѣе. Нужно только отмѣтить, что къ холоду больная значительно чувствительнѣе, чѣмъ къ теплу, такъ что температура въ 36 градусовъ на подошвѣ и голени не вызываетъ у нея специфическаго тепловаго ощущенія, тогда какъ на бедрѣ и рукахъ, какъ она говоритъ, это очень горячо. Болѣе высокія температуры вызываютъ уже ощущеніе боли.

9) Боли стали значительно меньше. Боли при сдавленіи остаются поменьше, чѣмъ прежде.

10) Аппетитъ сталъ лучше.

11) Параличныя явленія въ рукахъ и ногахъ все такія же, какъ прежде; улучшенія и ухудшенія нѣтъ. Мышцы также худы.

Изслѣдованіе электросократительности дало слѣдующіе результаты:

1) Индуктивный токъ, едва выносимый больною, вызываетъ сокращенія порядочно въ мышцахъ кисти и предплечья, хотя болѣе слабыя, чѣмъ у здороваго человѣка; въ мышцахъ голени такой же токъ вызываетъ сокращенія едва замѣтныя.

2) Гальваническій токъ можетъ вызывать сокращенія во всѣхъ мышцахъ. Въ рукахъ сокращенія получаются при 3-хъ или 4-хъ милліамперахъ Эдельмановскаго гальванометра; при этомъ сокращенія разгибателей энергичнѣе, чѣмъ сгибателей, и сокращенія при дѣйствующемъ А. энергичнѣе, чѣмъ при дѣйствующемъ К. Въ ногахъ сокращенія получаются при 6 меліамперахъ и тоже энергичнѣе при замыканіи анода, чѣмъ при замыканіи катода. Какъ въ рукахъ, такъ и ногахъ точки приложенія электродовъ, при которыхъ получаются сокращенія, повидимому ближе къ сухожиліямъ, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. По крайней мѣрѣ, если вести электродъ по направленію мышцы отъ начала ея къ сухожилію, то сокращенія получаются только тогда, когда электродъ совсѣмъ приближается къ сухожилію.

Больную я болѣе не видалъ, но отъ доктора И. Д. Жданова, пользовавшаго эту больную, я узналъ, что улучшеніе постепенно продолжалось и въ концѣ лѣта 1885 года она уже могла ходить.

Въ этомъ случаѣ болѣзнь имѣла характерный ходъ восходящаго паралича. Дѣло дошло до пораженія головныхъ нервовъ и глотанія. Несмотря на это, болѣзнь кончилась благополучно и въ довольно короткое время; объясняется конечно тѣмъ, что, несмотря на значительную экстензивность, интензивность болѣзни была невелика. Весь комплексъ симптомовъ и анамнестическія данныя даютъ, мнѣ кажется, право считать этотъ случай тоже за алкогольный параличъ, хотя несомнѣнно, что индивидуальныя особенности больной,—вѣроятно, вслѣдствіе психопатической наслѣдственности,—имѣли существенное значеніе въ предрасположеніи къ заболѣванію нервной системы и, вѣроятно, здѣсь алкоголь скорѣе, чѣмъ въ другихъ случаяхъ, могъ вызвать измѣненія, которыя въ концѣ концовъ обнаружились въ формѣ паралича. Поводомъ для проявленія параличныхъ явленій могла быть простуда, а также страданіе органовъ малаго таза.

Наблюденіе XV.

Павелъ К., 34 лѣтъ, мѣщанинъ, холостъ, прикащикъ въ музыкальномъ магазинѣ.

Я видѣлъ больнаго въ первый разъ 1 марта 1885 года. Anamnesis такой: Больной имѣлъ lues. Пить сталъ довольно давно, но до 1882 г. пилъ понемногу, а съ 1882 года сталъ пить ежедневно помногу, въ послѣднее время не менѣе полуштофа водки ежедневно; иногда къ этому присоединялъ и пиво. Жаловался иногда на боль въ сторонѣ печени. Въ послѣдніе мѣсяцы сталъ жаловаться, что устаетъ въ ходьбѣ, и потому предпочиталъ ѣздить на извощикѣ. Въ теченіе послѣднихъ мѣсяцевъ рвота по утрамъ. Недѣли за 2 или за 3 перенесъ сильное огорченіе вслѣдствіе измѣны возлюбленной. Рвоты усилились; дней 10 назадъ сталъ заговариваться.

Status praesens.

Больной средняго сложенія. Лицо одутловатое. Аппетита нѣтъ. Рвота постоянная. Боль при давленіи на сторону печени. Запоръ. Тоны сердца чисты; пульсъ 140 въ минуту, мягкій. Жалуется на одышку. Объективное изслѣдованіе груди даетъ отрицательные результаты. Моча выдѣляется рѣдко, понемногу, вообще ея мало и она темна, какъ крѣпкій чай.

Больной представляетъ картину алкогольнаго бреда; тревожится, боится чего-то,—говоритъ, что его можетъ-быть арестуютъ, хотя за что—самъ не знаетъ. Осматривается, всматривается въ стѣны, въ потолокъ. Ночью безпокоятъ видѣнія: то разныя господа выходятъ изъ-за печки, кланяются ему, подъѣзжаютъ къ нему; изъ образа киваетъ головой монахъ, изъ щели выскакиваетъ собака; видитъ массу пауковъ, ловитъ ихъ. Ночь проходитъ въ тревогѣ, въ ожиданіи чего-то, подчиненіи галлюцинаціямъ; днемъ галлюцинацій меньше, страха тоже меньше. Больной можетъ отвѣчать на вопросы правильно, но долженъ слѣдить за собой, чтобы не спутаться. Едва только вниманіе, утомится онъ начнетъ путать, т.-е. говорить о несуществующемъ, о давно прошедшемъ, какъ о недавнемъ. Впрочемъ, если обратить его вниманіе, соглашается, что онъ не правъ. Робокъ, ищетъ общества другихъ людей. Иногда подшучиваетъ. Ясно своего состоянія не сознаетъ и относится къ нему довольно легкомысленно; въ рукахъ и ногахъ очень сильное трясеніе. Произношеніе не всегда ясное, иногда

затрудненіе въ выговорѣ язычныхъ звуковъ. Ходитъ плохо—пошатываясь. Параличей впрочемъ нѣтъ. Ноги немного похудѣли, мышцы не болѣзненны при давленіи; сухожильные рефлексы есть, но слабы. По временамъ больной жалуется на боль въ колѣняхъ. Температура не повышена; потѣетъ довольно сильно. Больному былъ назначенъ хлораль сначала ʒjβ на ночь. Сна не было, въ слѣдующую ночь однако заснулъ отъ такой же дозы хлораля. Бредъ все еще продолжался. Судя по тому, что̀ мнѣ передавали родственники больнаго, галлюцинаціи и бредъ продолжались до 10 марта, ослабѣвая постепенно. Трясеніе тоже уменьшилось, но походка становилась все болѣе и болѣе трудною. Однако до 20 марта еще больной могъ ходить; 21 марта онъ въ сосѣднюю церковь дошелъ съ поддержкою, а назадъ его принесли. Съ того дня онъ совсѣмъ слегъ.

29-го марта я видѣлъ больнаго и нашелъ его въ такомъ состояніи: Со стороны психической существуетъ нѣкоторая степень спутанности представленій. Онъ не сознаетъ ясно, что онъ уже въ теченіе нѣсколькихъ дней не выходитъ и не можетъ выходить; онъ говоритъ, что выѣзжалъ въ гости и что у него были гости (которыхъ вовсе не было). Впрочемъ, очень легко соглашается, что можетъ-быть онъ и перепуталъ. При этомъ однако хорошо помнитъ нѣкоторыя вещи, которыя съ нимъ дѣлались, порядочно разсуждаетъ; видно, что онъ все-таки можетъ сопоставлять и дѣлать выводы изъ тѣхъ данныхъ, которыя есть въ его головѣ, хотя эти данныя онъ часто перепутываетъ и ставитъ ихъ во взаимное отношеніе, котораго никогда не было. Вслѣдствіе этого нѣкоторыя заключенія его вѣрны, а другія ошибочны, такъ какъ ассоціація представленій, лежащая въ основѣ ихъ, невѣрна. Эту неправильность своихъ заключеній больной отчасти сознаетъ, а потому высказываетъ ихъ не совсѣмъ увѣренно и готовъ отъ нихъ отказаться. Добродушенъ и легкомысленъ. Сонъ плохой. Ноги слабы. Больной не можетъ ни стоять, ни ходить. Всѣ мышцы нижнихъ конечностей слабы,—какъ мышцы двигающія въ тазобедренномъ суставѣ, такъ мышцы двигающія въ колѣнномъ и голеностопномъ. При этомъ мышцы стопы и пальцевъ слабѣе всѣхъ, но рѣзко выраженной разницы въ силѣ экстензоровъ и флексоровъ нѣтъ. Мышцы болѣзненны при давленіи, особенно икроножныя. Рѣзкая боль замѣтна при сдавленіи n. ischiadici, peronei, tibialis, cruralis. Мышцы похудѣли, но немного. Отъ удара молоточкомъ вызываются энергичныя сокращенія. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ совсѣмъ. Наклонность къ контрактурѣ въ колѣняхъ: вполнѣ выпрямить ногу больной не можетъ; пассивно тоже нельзя ее выпрямить вслѣдствіе очень болѣзненнаго напряженія мышцъ, сгибающихъ ногу въ колѣнѣ.

Чувствительность почти не измѣнена. Небольшія боли въ ступняхъ. Ощущенія покалыванія, чувство опухлости ногъ и тому подобныя ложныя ощущенія. Въ рукахъ небольшое трясеніе и ослабленіе силы сжиманія въ кулакъ. Болей въ рукахъ нѣтъ. Мочится хорошо. Моча не такъ красна, какъ прежде. Запоровъ нѣтъ. Говоритъ хорошо. Зрѣніе нормально, хотя иногда бываетъ туманъ въ глазахъ. Зрачки нормальны. Глотаетъ хорошо.

1-го апрѣля поступилъ въ клинику нервныхъ болѣзней при Императорской Екатерининской больницѣ *). Изслѣдованіе, произведенное черезъ нѣсколько дней по поступленіи больнаго, констатировало почти то же состояніе, которое было описано, только ригидность въ колѣняхъ исчезла; ходить больной попрежнему не

*) Дальнѣйшее теченіе болѣзни изложено согласно свѣдѣніямъ, сообщеннымъ мнѣ благодаря любезности бывшаго ассистента клиники А. А. Корнилова и съ дозволенія профессора А. Я. Кожевникова.

могъ. Изслѣдованіе чувствительности дало слѣдующіе результаты: Чувство прикосновенія, чувство мѣстности, давленія и температуры вполнѣ сохранены. Чувствительность къ индуктивному току значительно понижена на подошвѣ, на тылѣ стопы и голени, особенно въ задненаружномъ ея отдѣлѣ. Болевое чувство въ этихъ мѣстахъ не вызывается при употребленіи очень сильныхъ токовъ.— Уколъ булавкой вызываетъ небольшую боль въ подошвахъ, тылѣ стопы и голени, на бедрахъ больше. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ голени уколъ булавкой вовсе не вызываетъ болеваго ощущенія. Изслѣдованіе электросократительности дало слѣдующіе результаты: сокращенія отъ индуктивнаго тока получаются при такихъ разстояніяхъ спиралей саннаго аппарата:

	Правая.	Лѣвая.
M. tibialis anticus	84 mm.	70 mm.
„ Extensor digitorum commun.	37 „	0 „
„ Peroneus longus	67 „	44 „
„ Soleus	64 „	59 „
„ Extensor digitorum commun. brev.	72 „	57 „
„ Interossei II	70 „	68 „
„ Abductor digiti minim.	73 „	73 „
„ Extensor hallucis	0 „	0 „
„ Peroneus brevis	38 „	33 „
„ Quadriceps femoris	60 „	16 „
„ Vastus exter.	40 „	32 „
„ „ internus	0 „	0 „
„ Adductor longus	0 „	0 „
„ „ magnus	16 „	4 „
„ Sartorius	49 „	40 „

Сокращеніе мускуловъ при приложеніи электродовъ прямо къ нервнымъ стволамъ является при такихъ разстояніяхъ:

	Правая.	Лѣвая.
Nervus cruralis	48 mm.	48 mm.
„ peroneus	56 „	48 „
„ facialis	70 «	70 „

Изслѣдованія гальваническимъ токомъ, Сокращенія получаются при такомъ количествѣ элементовъ:

	ЗК.	ЗЛ.	ОА.	ОК.	ЗК.	ЗА.	ОА.	ОК.
M. tibialis anticus	6	11	16	нѣтъ	14	14	18	нѣтъ.
„ Extensor digit. comm.	11	12	н ѣ	т ъ	14	12	н ѣ	т ъ.
„ Peroneus longus	20	н ѣ	т	ъ	н	ѣ	т	ъ.

Больному назначенъ было іодистый калій. Состояніе его стало довольно скоро улучшаться и мѣсяца черезъ два онъ вышелъ изъ больницы. Онъ могъ ходить много, хотя нѣсколько пошатываясь. По свѣдѣніямъ, которыя я имѣю, онъ совершенно выздоровѣлъ, и хотя пьетъ, но параличныя явленія не возвращаются до сихъ поръ.

Эпикризисъ. Алкогольное происхожденіе параплегіи здѣсь внѣ всякаго сомнѣнія: 1) другихъ причинъ для развитія болѣзни не было, 2) болѣзнь на нашихъ глазахъ развивалась изъ характерной бѣлой горячки, такъ что параплегія являлась непосредственнымъ ея продолженіемъ. Случай этотъ нужно считать однимъ изъ самыхъ частыхъ случаевъ алкогольнаго паралича, и тѣмъ болѣе интереснымъ, что параличныя явленія пришлось наблюдать въ самомъ началѣ ихъ появленія.

Наблюденіе XVI.

Больной 42 лѣтъ, офицеръ, холостъ. Я увидѣлъ больнаго 13-го сентября 1885 года и узналъ слѣдующее:

Больной происходитъ изъ очень нервной семьи. Самъ всегда былъ очень нервенъ, впечатлителенъ. Много лѣтъ пьетъ ежедневно большое количество водки, иногда и пиво. Куритъ много. Лѣтъ 15—16 назадъ имѣлъ какую-то язву на членѣ, и хотя лѣчился меркуріальными препаратами, но нѣкоторые изъ врачей отрицали всякое специфическое значеніе этой язвы. Впрочемъ, черезъ нѣсколько времени послѣ язвы развилась продолжительная angina. За послѣдніе годы больной сдѣлался очень впечатлителенъ, боялся оставаться одинъ, потому что иногда у него бывали галлюцинаціи зрѣнія, къ которымъ онъ могъ относиться какъ къ болѣзненному явленію, но не могъ отдѣлаться отъ неопредѣленнаго безпокойства. При волненіяхъ дѣлалась часто одышка. За послѣдніе же годы покашливалъ въ дурную погоду.

Лѣто 1885 года больной жилъ въ деревнѣ при хорошихъ условіяхъ. Пилъ гораздо меньше обыкновеннаго. Чувствовалъ себя хорошо до самаго пріѣзда въ Москву. Знакомые его говорятъ, что онъ, впрочемъ, ходилъ не совсѣмъ твердо. Около 20 августа онъ простудился, чувствовалъ знобъ, кашель усилился. 26-го августа былъ пораженъ извѣстіемъ о скоропостижной смерти товарища по службѣ. Онъ крайне взволновался и съ того времени сдѣлался очень ажитированнымъ, не могъ спать, постоянно звалъ къ себѣ, требовалъ, чтобы около него сидѣли. Въ то же время походка постепенно ухудшалась. Безпокойное настроеніе продолжалось въ очень сильной степени цѣлую недѣлю, а потомъ стало поменьше, но походка все ухудшалась. 6-го сентября больной совсѣмъ слегъ. 9-го сентября стали замѣтно слабѣть и руки.

Status praesens 13—IX.

Больной худощаваго сложенія, подкожнаго жира мало. Температура 37,3°.

Аппетитъ порядочный. Рвоты нѣтъ и не было. Печень нормальная, наклонность къ запорамъ. Тоны сердца часты. Пульсъ 120 въ 1′, наполненіе слабое. Легкая одышка; дыханій 25 въ минуту. Разсѣянные хрипы въ обоихъ легкихъ. Моча свѣтла, выдѣляется свободно. Со стороны нервной системы слѣдующія явленія: больной лежитъ, встать не можетъ; не можетъ самъ сѣсть, но, будучи посаженъ, сидитъ довольно твердо. Движенія ногами очень разстроены. Хотя всѣ движенія возможны, всѣ мускулы могутъ сокращаться произвольно, но всѣ мускулы слабѣе нормы, а въ нѣкоторыхъ сила уменьшена очень значительно: такъ, особенно слабы движенія пальцами ногъ и движенія стопою, причемъ не замѣчается особеннаго перевѣса пораженія сгибателей или разгибателей. За то въ бедрѣ рѣзко замѣтно, что разгибатели колѣна слабѣе сгибателей.

Въ рукахъ сжиманіе и разжиманіе кисти и пальцевъ слабо, хотя тоже нѣтъ разницы между силою сгибателей и разгибателей. Мышцы двигающія предплечьемъ порядочно сильны, но слабѣе мышцъ двигающихъ плечомъ. Мышцы туловища, шеи, лица и глазодвигательные не поражены.

Мышцы конечностей худы, дряблы; при ударахъ молоточкомъ сокращенія вызываются во всѣхъ мускулахъ конечностей, доступныхъ механическому раздраженію.

Мышцы очень болѣзненны при давленіи, особенно икроножныя. Давленіе на нервные стволы верхнихъ и особенно нижнихъ конечностей болѣзненно.

Больной жалуется на ломящія боли въ крестцовой области (по сторонамъ крестца), на ломящія боли въ рукахъ. По увѣренію больнаго, боли эти не такъ сильны, но вызываютъ крайне непріятное измѣненіе въ самочувствіи,—какое-то волненіе, ажитацію, особенно по ночамъ. Кромѣ болей въ кистяхъ рукъ, больной чувствуетъ ощущенія сильнаго холода, сжатія, связанности, перетянутости, мѣняющіяся въ своей степени и тоже вліяющія на настроеніе. Въ ногахъ бываютъ болѣзненныя судороги (crampi), въ мышцахъ икры и стопы. Ригидности нѣтъ. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ.

Давленіе на позвоночникъ не болѣзненно. Сознаніе больнаго ясно; онъ не галлюцинируетъ и не путаетъ, тѣмъ не менѣе психическое состояніе его нельзя назвать нормальнымъ. Онъ постоянно мучается ожиданіемъ чего-то; его положеніе кажется ему невыносимымъ; онъ стонетъ, умоляетъ, чтобы около него сидѣли. Утѣшеніе словами дѣйствуетъ на минуту. Потомъ опять онъ начинаетъ стонать; опять утѣшишь—опять на минуту успокоится и снова говоритъ о неизлѣчимости, и т. д. Ночью безпокойство очень большое; парестезіи и разныя болѣзненныя ощущенія сопровождаются особенно непріятнымъ настроеніемъ и каждое малѣйшее усиленіе ихъ заставляетъ его жаловаться, метаться, просить помощи. Ночи почти безъ сна. Иногда бываютъ ощущенія легкой дурноты. Назначено opii puri gr. jj на ночь, natrii jodati gr. XV въ день.

Мнѣ пришлось увидать больнаго еще 21 сентября. Я его нашелъ въ такомъ состояніи:

Со стороны психической остается прежняя нетерпѣливость, боязливость, отчаяніе: стонетъ, говоритъ, что готовъ кончить жизнь самоубійствомъ. Безпокойное состояніе къ ночи увеличивается такъ, что рѣшительно не можетъ оставаться одинъ.

Ноги почти въ томъ же положеніи.

Параличныя явленія не увеличились. Электросократительность отъ индуктивнаго тока сохранена хорошо въ мышцахъ бедра, голени (икроножныхъ, обоихъ peronei, tibialis anticus, extensor digitorum communis и extensor hallucis). Въ мышцахъ стопы электросократительность значительно уменьшена. Чувствительность къ индуктивному току очень понижена на подошвѣ и стопѣ, такъ что больной не чувствуетъ очень сильнаго тока въ этихъ мѣстахъ, а на бедрахъ чувствуетъ отлично. Болевая чувствительность вообще понижена въ стопѣ и нижней части голени. Прикосновенія чувствуются вездѣ и локализируются правильно. Мышцы дряблы; сухожильныхъ рефлексовъ нѣтъ. Въ рукахъ степень паралича та же, какъ прежде. Мышцы хорошо сокращаются отъ индуктивнаго тока. Чувствительность къ индуктивному току въ пальцахъ рукъ и кистяхъ понижена. Чувство прикосновенія сохранено. Въ рукахъ больной чувствуетъ постоянное ощущеніе, что ихъ тянетъ, что онѣ холодѣютъ, нѣмѣютъ. Эти ощущенія соединены съ крайне непріятнымъ измѣненіемъ самоощущенія, хотя больной сознаетъ, что всѣ эти ощущенія, объективно разсматриваемыя, не такъ уже сильны. Дышетъ часто. Чувствуетъ какое-то давленіе въ груди. Давленіе по бокамъ позвоночника болѣзненно. Сегодня температ. 38,1°. Моча красна. При выслушиваніи замѣтно бронхіальное дыханіе въ нижней долѣ праваго легкаго, хрипы, небольшое притупленіе звука въ этомъ мѣстѣ. Кашель съ слизисто-гнойною мокротой; назначено употребленіе inf. r. ipecacuan. gr. VI — ʒ VI—черезъ 2 часа по ложкѣ и t-rae nuc. vomic. по 10 кап. 3 раза въ день, на ночь—opii gr. jj. До первыхъ чиселъ октября состояніе больнаго все было очень безпокойное, а потомъ онъ сталъ значительно покойнѣе.

26-го октября я нашелъ у больнаго слѣдующія перемѣны: 1) Психическое состояніе несравненно лучше, — больной почти не тревожится, надѣется на выздоровленіе, смотритъ бодро. Только по ночамъ не можетъ еще быть покойнымъ, но быстро успокоивается, принявши опій. 2) Ноги сильнѣе: больной можетъ съ поддержкою переступать. Всѣ мышцы, впрочемъ, дѣйствуютъ довольно слабо, дряблы. Руки слабы; замѣтно, что разгибатели слабѣе сгибателей; рука отвисаетъ. Вѣроятно, въ теченіе послѣднихъ чиселъ сентября и въ началѣ октября параличъ нѣсколько усилился въ рукахъ, такъ какъ теперешнее положеніе рукъ хуже, чѣмъ было 21 сентября, хотя больной говоритъ, что за самое послѣднее время чувствуетъ улучшеніе въ рукахъ. Непріятныя ощущенія, такъ мучившія больнаго въ первое время, значительно меньше. Въ ступняхъ небольшой отекъ. Съ этого времени здоровье больнаго постепенно улучшалось. Съ апрѣля онъ сталъ выходить на воздухъ, а 9-го мая пришелъ ко мнѣ. Я нашелъ слѣдующее: ходитъ очень порядочно, хотя скоро устаетъ. Ноги и руки немного слабѣе нормы. Изъ субъективныхъ ощущеній остается чувство онѣмѣнія, безжизненности въ ногахъ, иногда ощущеніе, что ноги горятъ, отекаютъ. Сухожильные рефлексы есть, но слабы. Спитъ хорошо. Бываютъ поллюціи и эрекціи. Общій видъ значительно лучше. Психическая сфера нормальна. Больной поѣхалъ въ деревню и въ теченіе лѣта совершенно поправился.

Эпикризисъ. Въ этомъ случаѣ паретическія явленія развились у человѣка съ крайне неустойчивой нервною системой. Хотя и не было всѣхъ признаковъ алкоголизма, но я полагаю, что имѣю право назвать болѣзнь алкогольною параплегіей, потому что 1) abusus spirituosorum былъ очень великъ; 2) другихъ причинъ для болѣзни не было, потому что моральное потрясеніе само по себѣ не могло вызвать такой комплексъ симптомовъ; 3) болѣзнь по своему теченію восходящаго симметричнаго паралича совершенно подходила къ типу алкогольной параплегіи.

Наблюденіе XVII.

Больная Марья Л., 34-хъ лѣтъ, крестьянка, поступила въ Рязанскую земскую больницу 5-го іюля 1885 года. Я видѣлъ больную 19-го октября 1885 года и узналъ объ ея болѣзни слѣдующее:

Больная давно пила водку, и пила постоянно, хотя очень пьяна почти не бывала. Пользовалась порядочнымъ здоровьемъ. Имѣла трехъ дѣтей, послѣдняго ребенка лѣтъ 12 назадъ. Тогда послѣ родовъ хворала какою-то женскою болѣзнью; съ того времени не хворала. Временами была ломота въ ногахъ, по утрамъ часто тошнило. Теперешняя болѣзнь началась съ 21-го мая 1885 года. Больная думаетъ, что она простудилась, вслѣдствіе чего у нея сдѣлалось лихорадочное состояніе и вмѣстѣ съ этимъ очень упорная рвота. При этомъ сознаніе ея рѣзко спуталось: она сдѣлалась очень безпокойна, галлюцинировала, — ей представлялось, что она куда-то поѣхала, присутствуетъ при коронаціи и т. д. Рвота и бредъ продолжались недѣли двѣ, потомъ больной стало получше, сознаніе стало проясняться; но вмѣстѣ съ тѣмъ явилась ломота въ ногахъ и походка стала нетвердая. Это понемногу усиливалось, ноги отекли, совсѣмъ ослабѣли; ослабѣли и руки. Въ такомъ состояніи больная поступила въ больницу 5-го іюля 1885 года. Въ то время, кромѣ параличныхъ явленій въ ногахъ и нѣсколько слабѣе въ рукахъ, были очень сильныя боли ломящія, дергающія и стрѣляющія въ ступняхъ и въ суставахъ голеностопномъ и колѣнномъ, а также въ кисти и пальцахъ съ обѣихъ сторонъ. Сонъ былъ очень

плохой. Понемногу состояніе больной стало улучшаться, особенно въ теченіе сентября и октября, когда больная принимала опій и пила молоко въ довольно большомъ количествѣ, такъ что къ тому времени, какъ мнѣ пришлось видѣть больную, здоровье ея было уже много лучше, чѣмъ было въ самое худшее время.

Status praesens.

(19-го октября.) Больная средняго сложенія. Лицо одутловатое. Подкожный жиръ развитъ достаточно. Больная въ полномъ сознаніи. Память хороша. На вопросы отвѣчаетъ ясно. Больная находится въ постели, стоять и ходить не можетъ—частью вслѣдствіе болей, частью вслѣдствіе того, что ноги подгибаются въ колѣняхъ. Сидѣть можетъ очень хорошо. Движенія мышцами туловища, лица и шеи совершенно свободны. Въ ногахъ движенія разстроены. Движенія въ тазобедренномъ суставѣ хороши. Разгибаніе колѣна гораздо слабѣе, чѣмъ сгибаніе. Ступня въ нѣсколько вытянутомъ положеніи. Пассивныя движенія въ голеностопномъ суставѣ нѣсколько ограничены короткостью Ахиллова сухожилія. Активныя движенія въ голеностопномъ суставѣ всѣ возможны, но сила разгибанія и сгибанія очень невелика. При подниманіи ноги вверхъ всего болѣе работаетъ m. tibialis anticus. Сводъ стопы нѣсколько болѣе выпуклый, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Большіе пальцы вытянуты и немного отведены, подошвенною стороной чуть-чуть повернуты ко 2-му пальцу, четыре другихъ пальца согнуты въ 2 и 3 фалангахъ, 1-я разогнута. Пассивно можно придать пальцамъ прямое положеніе, но это болѣзненно. Неправильное положеніе пальцевъ увеличивается, когда ноги открыты и доступны вліянію холода. Движенія пальцами крайне слабы; при этомъ сгибаніе пальцевъ совершается значительно сильнѣе разгибанія, которое едва замѣтно. Всѣ мышцы стопы и голеней очень дряблы, тощи, также точно m. rectus femoris. Мышцы задней поверхности бедра тоже худы, но не въ такой степени. Электросократительность: отъ индуктивнаго тока сокращенія не получаются въ мышцахъ стопы; очень слабое сокращеніе въ m. extensor hallucis, exstensor digit. communis, посильнѣе въ mm. peronei и gastrocnem., еще сильнѣе въ m. tibialis anticus. Въ m. rectus femoris тотъ токъ, который больная можетъ переносить, не вызываетъ сокращенія. Изслѣдованіе гальваническимъ токомъ почти невозможно вслѣдствіе крайней болѣзненности. Можно констатировать, что въ m. extensor digit. communis существуетъ реакція перерожденія. Замыканіе анода вызываетъ сокращеніе ранѣе, чѣмъ замыканіе катода; въ m. tibialis anticus реакціи перерожденія нѣтъ.

Кожные рефлексы ослаблены. Пателлярныхъ нѣтъ. Обѣ ноги разстроены почти одинако. Въ рукахъ слабость замѣтна въ мышцахъ двигающихъ кистью. Движенія плеча и предплечья совершаются съ достаточною силой. Въ мышцахъ кисти всѣ движенія совершаются, но сила движеній очень незначительна. Замѣтной разницы въ силѣ сгибательной и разгибательной группы нѣтъ.

Нѣсколько недѣль назадъ параличъ разгибателей кисти былъ гораздо сильнѣе и значительно преобладалъ надъ параличомъ сгибателей. Мышцы кисти очень похудѣли, дряблы. Похуданіе равномѣрное, но не полное; по внѣшнему виду кисть очень напоминаетъ то состояніе кисти, которое бываетъ послѣ продолжительнаго ревматизма сочлененій пальцевъ. Въ дополненіе сходства, даже суставы фалангъ немного утолщены и болѣзнены при давленіи. Электросократительность какъ отъ индуктивнаго, такъ и отъ постояннаго тока вполнѣ сохранена. Реакціи перерожденія нѣтъ. Подъ вліяніемъ механическаго раздраженія всѣ мышцы сокращаются. Чувствительность въ ногахъ и рукахъ разстрое-

на. Больная жалуется на боли ломящія и дергающія; теперь эти боли бываютъ изрѣдка, при дурной погодѣ, но прежде бывали чаще и мучили больную. Потомъ она жалуется на очень большую чувствительность къ холоду: если ноги разлѣты, то это ей очень тягостно; прикосновеніе холоднаго очень непріятно. Прикосновеніе острымъ предметомъ къ подошвѣ и стопѣ вызываетъ рѣзкую боль. Давленіе на мышцы стопы, голеней, бедеръ и кисти рукъ вызываетъ также очень большую боль. Позвоночникъ при давленіи не болѣзненъ. Давленіе на нервы не сильную боль. Позвоночникъ при давленіи не болѣзненъ. Давленіе на нервы не такъ болѣзненно, какъ на мышцы. Прикосновеніе больная чувствуетъ вездѣ правильно. Цифры эстезіометра близки къ нормальнымъ вездѣ. При изслѣдованіи эстезіометромъ бросается въ глаза особенность гипералгезіи: прикосновеніе кончикомъ эстезіометра къ подошвѣ, тылу стопы и нижней части голени вызываетъ, кромѣ тактильнаго, еще болевое ощущеніе.—Болевое ощущеніе является не одновременно съ тактильнымъ, а на 4, на 5 секундъ позднѣе его. При

женіе ихъ напоминаетъ немного положеніе гриффа. Это положеніе впрочемъ мѣняется: подъ вліяніемъ охлажденія оно замѣтно усиливается. Ступни нѣсколько выпуклѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Стараніе пассивно выпрямить ступню или поднять ее вверхъ вызываетъ сильную боль и не достигаетъ цѣли вслѣдствіе контрактуры нѣкоторыхъ мышцъ стопы и Ахиллова сухожилія. Въ колѣнѣ движенія свободны. Активныя движенія довольно хороши и сильны въ тазобедренномъ суставѣ, въ колѣнномъ же слабы, причемъ разгибаніе въ колѣнѣ гораздо слабѣе сгибанія. Въ ступнѣ слабое движеніе вслѣдствіе сокращенія m. tibial. antic. Еще слабѣе дѣйствуютъ икроножные, еще послабѣе mm. peronei и едва замѣтно движеніе флексоровъ и экстензоровъ пальцевъ. Мышцы очень худы, дряблы; особенно мышцы стопы, голени и rectus femoris. Отъ индуктивнаго тока при выносимой силѣ могутъ быть вызваны сокращенія только въ m. tibial. anticus и въ mm. peronei съ обѣихъ сторонъ. На бедрѣ не удается вызвать сокращенія m. rectus femoris (впрочемъ чувствительность къ электричеству въ этой области очень велика). Гальваническимъ токомъ изслѣдовать почти невозможно, потому что больная кричитъ отъ болей. Удалось, впрочемъ, констатировать, что въ m. tibial. anticus замыканіе катода даетъ сокращеніе раньше, чѣмъ замыканіе анода, а въ m. extensor. digit. commun. sin. при замыканіи катода сокращеніе слабѣе, чѣмъ при замыканіи анода. Въ рукахъ движенія тоже разстроены. Кисти представляются тонкими, пальцы вытянуты; сводъ кисти нѣсколько выпуклѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Хотя всѣ мускулы кисти работаютъ подъ вліяніемъ воли, но сила сокращеній очень мала, ничтожна. Особенно рѣзкаго преобладанія пареза разгибателей надъ парезомъ сгибателей, которое было замѣчено прежде, теперь не замѣтно. Предплечьемъ и плечомъ больная двигаетъ свободно и съ достаточною силой. Мышцы кисти и предплечья рѣзко похудѣли, дряблы, хотя впадинъ, какъ при рѣзко выраженной атрофіи, нѣтъ. Состояніе мышцъ кистей напоминаетъ то, которое бываетъ при похуданіи вслѣдствіе болѣзней суставовъ. Индуктивный токъ вызываетъ во всѣхъ мышцахъ, не исключая межкостныхъ, хорошія сокращенія. Мышцы туловища—живота, груди и діафрагмы—работаютъ хорошо. Сидѣть больная можетъ.

Мышцы шеи и лица не разстроены. Глотаетъ хорошо. Говоритъ иногда—какъ будто трудно ворочая языкъ. Глазодвигательныя мышцы дѣйствуютъ хорошо. Мочевой пузырь правильно работаетъ. Чувствительность тоже рѣзко измѣнена: 1) Существуютъ порядочныя боли: боли эти—и ломящія, и ноющія, и рвущія, и дергающія — бываютъ не постоянно, а приступами, особенно по ночамъ. Онѣ впрочемъ теперь слабѣе, чѣмъ были прежде, хотя и теперь заставляютъ больную стонать. Боли эти больше всего сосредоточены въ ногахъ. Кромѣ того есть боли, которыя являются при движеніяхъ: это боли—въ мышцахъ рукъ, туловища и въ ногахъ. 2) Затѣмъ существуетъ рѣзко выраженная гипералгезія. Больная постоянно держитъ руки въ шелковыхъ перчаткахъ, потому что когда руки остынутъ, въ нихъ является боль. То же самое есть и въ ногахъ, и потому больная старательно кутаетъ ихъ. Прикосновеніе немного острыхъ инструментовъ къ кожѣ пальцевъ рукъ, ладони и кожѣ ступни вызываетъ очень рѣзкую боль. Кромѣ того глубокое давленіе въ конечностяхъ и туловищѣ очень болѣзненно. Нижній отдѣлъ грудной части позвоночника болѣзненъ при давленіи. Давленіе на нервные стволы на рукахъ и ногахъ вызываетъ боль, хотя меньшую, чѣмъ давленіе на мышцы.

Анестезія есть, но не равномѣрная для различныхъ видовъ чувствительности. Прикосновеніе чувствуется довольно ясно вездѣ. Двойное прикосновеніе тоже

узнается довольно хорошо и на подошвахъ, и на голени, и на пальцахъ рукъ и ногъ. Цифры эстезіометра почти не отличаются отъ нормальныхъ. При этомъ, однако, замѣтно, что прикосновеніе кончикомъ эстезіометра часто вызываетъ рѣзкую боль, чувство укола. При этомъ бываетъ такъ: сначала больная чувствуетъ прикосновеніе, потомъ начинаетъ жаловаться на боль и, если не отнимать циркуля, боль дѣлается невыносимою. Это явленіе замѣчается на ладони и пальцахъ рукъ, а также на стопахъ и пальцахъ ногъ. При этомъ время, которое проходитъ отъ простаго тактильнаго ощущенія до болеваго, не вездѣ одинаково: на пальцахъ рукъ и на ладони оба ощущенія почти одновременны, а на ногахъ разнятся секунды на двѣ.

Чувство температуры измѣнено рѣзко на подошвѣ, тылѣ стопы и голени. На подошвѣ больная не различаетъ температуры между 17° и 37°. Ощущеніе горячаго вообще воспринимается неясно. На тылѣ стопы разница въ 10° различается, на голеняхъ разница въ 5° и на бедрѣ въ 1°. На другой кисти различается разница въ 1° вездѣ, за исключеніемъ концовъ пальцевъ, на которыхъ замѣчается разница въ 3°. Къ индуктивному току чувствительность рѣзко измѣнена. На стопѣ, особенно на подошвѣ съ внутренней ея стороны, очень сильный индуктивный токъ почти не ощущается; наоборотъ, на голеняхъ и на бедрѣ индуктивный токъ средней силы вызываетъ невыносимую боль и раздраженіе. Въ предплечьяхъ индуктивный токъ ясно ощущается и вызываетъ боль, въ ладоняхъ меньше, а въ концахъ пальцевъ чувствуется слабо. Больная въ настоящее время ѣстъ порядочно. Рвоты нѣтъ. Запоры довольно упорные. Вчера было геморроидальное кровотеченіе.

Руки и ноги холодны. Пульсъ 100 въ 1′, очень слабъ. Тоны сердца слабы, хотя чисты. Регулы были въ сентябрѣ и октябрѣ. Лихорадочнаго состоянія нѣтъ.

Моча часто бываетъ съ большимъ осадкомъ уратовъ.

Въ теченіе зимы 1885—86 г. психическое состояніе больной значительно улучшилось. Память совершенно возстановилась. Остались только невростеническія явленія, раздражительность, слезливость и плохой сонъ. Движенія въ рукахъ стали гораздо лучше, и весной 1886 года больная уже могла писать. Мышцы возстановились. Въ ногахъ дѣло шло медленнѣе. Всю зиму и лѣто больную мучили боли въ нихъ, хотя эти боли стали вообще рѣже и не такъ продолжительны, какъ прежде. Тѣмъ не менѣе, больная часто прибѣгала къ наркотическимъ, чтобъ унять ихъ. Гипералгезіи кожи и мышцъ были рѣзко выражены еще въ сентябрѣ 1886 года. Въ это время руки уже были совершенно хороши, а до ногъ больная почти не позволяла дотрогиваться. Въ мышцахъ ногъ движенія, впрочемъ, всѣ были уже возможны, и хотя ноги обыкновенно принимали вытянутое (въ голеностопномъ суставѣ) положеніе, но больная могла активно имъ придавать и нормальное положеніе. Сухожильныхъ рефлексовъ все еще не было. Ноги еще худы, руки пополнѣли. Въ концѣ 1886 г. и самостоятельныя боли въ ногахъ почти исчезли, хотя гипералгезія осталась. За то явилась очень большая болѣзненность при испражненіи въ заднемъ проходѣ и гипералгезія входа въ vaginam. Въ рукахъ и языкѣ стало замѣтно значительное трясеніе.

Врядъ ли можно сомнѣваться въ томъ, что мы имѣли дѣло съ алкогольнымъ параличомъ. По развитію болѣзни и по симптомамъ болѣзнь была типичная. Бывшую въ началѣ болѣзни діаррею можно считать никакъ не за при-

чину болѣзни, а за одно изъ тѣхъ вліяній, которыя могутъ вызвать рѣзкое ухудшеніе болѣзни.

Наблюденіе XIX.

Больная 65 лѣтъ, вдова, имѣетъ взрослаго сына.

Anamnesis.

Больная въ продолженіе многихъ лѣтъ вела жизнь неправильную, былъ abusus in Bacho et in Venere. По разсказамъ окружающихъ, больная пила разныя вина, особенно шампанское, водку и коньякъ, и въ прежнее время часто бывала пьяна. За послѣдніе 3 года пила меньше, но все-таки продолжала употреблять шампанское въ порядочномъ количествѣ. Сынъ ея—potator, имѣлъ delirium tremens. Сама больная была всегда упрямаго характера, дѣлала много сумасбродствъ. Въ послѣднее время была особенно капризна. Жила въ маленькомъ городкѣ, ничѣмъ не занималась, заботъ никакихъ не было, средства имѣла большія.

Начало настоящей болѣзни относится къ послѣднимъ числамъ іюля 1885 г. Все, что можно было узнать о развитіи болѣзни, сводится къ слѣдующему: въ концѣ іюля у нея явилась рвота и былъ жаръ (?). Былъ призванъ врачъ, жаръ скоро прекратился, рвота также, но слабость не проходила. Вмѣстѣ съ тѣмъ душевное состояніе больной стало иное: капризы очень усилились; она стала необыкновенно подозрительна, стала отказываться принимать лѣкарства, полагая, что въ нихъ есть ядъ. Поэтому лѣченіе было оставлено. Больная пила шампанское по бутылкѣ въ день. Слабость все не проходила, а въ сентябрѣ окружающіе замѣтили, что больная путаетъ, говоритъ вздоръ. Путаница все усиливалась; вмѣстѣ съ тѣмъ усиливалась и слабость больной. Въ сентябрѣ присоединился кашель съ мокротой, иногда окрашенной кровью. Въ такомъ состояніи больная была привезена въ Москву. Я былъ приглашенъ къ ней пользующимъ ее врачомъ *5-го октября 1885 г.* и со стороны нервной системы нашелъ слѣдующее:

Психическое состояніе рѣзко измѣнено. Прежде всего бросается въ глаза, что больная рѣшительно не сознаетъ, гдѣ она находится, что съ ней дѣлается. Хотя она очень опредѣленно и точно отвѣчаетъ на вопросы, но отвѣты ея совершенно невѣрны. Такъ, она говоритъ, что она давно уже здѣсь—въ деревнѣ, что видѣла меня прежде, спрашиваетъ меня о такихъ лицахъ, о которыхъ я не имѣю никакого понятія, называетъ меня то однимъ именемъ, то другимъ, а иногда именами лицъ уже давно умершихъ,—спрашиваетъ, гдѣ ея мужъ (давно умершій), гдѣ ея мать. Одинъ разъ даже спросила: «что, мать моего сына жива, или умерла?», и когда она на это не получила отвѣта, сказала: «Бѣдняжка, она умерла,—значитъ онъ останется сиротой... Ахъ, какая она была хорошая женщина!» Всѣ подобные абсурды говоритъ такимъ тономъ, какъ будто въ этомъ нѣтъ ничего невозможнаго. Говоритъ она много, постоянно обращается съ вопросами ко всѣмъ, кто къ ней войдетъ, или если услышитъ шорохъ въ сосѣдней комнатѣ. Вопросы ея большею частью крайне однообразны: «Вы еще живы, не померли?—ну, славу Богу!—А ваша жена померла?—А тотъ-то?... Ахъ! всѣ померли... А меня скоро схоронятъ?—Не скоро?—ну, слава Богу!»—Послѣ небольшаго перерыва разговора опять начинаются совершенно тѣ же вопросы, на которые только-что даны были отвѣты.

Иногда, впрочемъ, въ разговоры вводятся и новые элементы: то она говоритъ о себѣ какъ о королевѣ, то спрашиваетъ, пришли ли придворные,—но все это мимолетно. Болѣе постоянный разговоръ—о морѣ, о смерти. Повидимому, страхъ смерти довольно глубоко коренится въ душѣ больной и вызываетъ и эту тревогу, а также и опасеніе, что ея отравятъ, вслѣдствіе чего она почти не можетъ ничего ѣсть или пить: если удается ей быстро поднести ко рту пищу и попросить выпить, прежде чѣмъ она подумаетъ, что это такое, то она выпьетъ; а какъ только она скажетъ: «это что такое?»—сейчасъ же вслѣдъ за этимъ является мысль объ отравѣ, о подмѣси, и больную уже нельзя заставить выпить. Кромѣ этой спутанности сознанія замѣтенъ глубокій упадокъ памяти. То, что дѣлается въ самое послѣднее время, больная совершенно не помнитъ; вслѣдствіе этого она повторяетъ постоянно одни и тѣ же вопросы, почти не переставая; если войти къ ней поздороваться, потомъ выйти и сейчасъ же опять войти, она здоровается, какъ будто въ первый разъ видитъ. Однако потеря памяти не ограничивается короткимъ недавнимъ періодомъ: больная не помнитъ ничего за послѣднія 20 или 30 лѣтъ. Она все спрашиваетъ мужа, говоритъ, что онъ уѣхалъ по дѣламъ,—говоритъ, что ей 35 лѣтъ, называетъ докторовъ именами докторовъ лѣчившихъ ее въ молодости,—словомъ, живетъ среди представленій очень давняго времени. Своего сына и воспитанницу однако узнаетъ и называетъ по имени. Повидимому, у больной существуютъ иллюзіи зрѣнія: она то и дѣло вскрикиваетъ, что по постели ползетъ паукъ, звѣрь, змѣя, ужъ и т. д. По ночамъ эти иллюзіи больше. Вообще ночью больная бываетъ болѣе безпокойна, чаще зоветъ къ себѣ, настойчиво требуетъ, чтобъ ей отвѣчали, умеръ ли NN или нѣтъ и т. п. Спитъ мало. Больная лежитъ вслѣдствіе общей слабости. При изслѣдованіи движеній замѣтно, что всѣ движенія ногами производятся съ порядочною силой, руками тоже. Въ мышцахъ лица и туловища параличей нѣтъ. Глотаніе правильно, голосъ довольно сильный, рѣчь внятная. Мочится больная хорошо; неправильнаго мочеиспусканія не было.

Ноги нѣсколько худѣе, чѣмъ слѣдовало бы ожидать по ея сложенію, довольно полному. Мышцы дряблы; болѣзненность при давленіи на мышцы не вызывается. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ совершенно. Пульсъ очень слабъ, крайне неправиленъ, такъ что нельзя считать,—приблизительно 150 ударовъ въ 1′. Шумовъ въ сердцѣ не замѣтно. Сзади въ области нижней доли праваго легкаго притупленіе звука, влажные хрипы; слѣва разсѣянные сухіе хрипы. Больная кашляетъ довольно много.

Моча очень красна, бѣлка не содержитъ, сахара тоже. Ѣстъ больная очень немного: чашку бульона въ день и кусокъ хлѣба. Запоры.—Больная находилась подъ наблюденіемъ врача гомеопата, и потому подробнаго наблюденія я привести не могу. Вотъ выдающіеся факты въ теченіи болѣзни:

До 15 октября въ состояніи больной существенныхъ перемѣнъ не происходило: она также бредила, ажитировалась, была слаба, мало ѣла. Около 15 октября явился въ ступняхъ отекъ, котораго до этого не было. Вмѣстѣ съ этимъ ноги, особенно икры и мышцы на передней поверхности бедра, очень рѣзко похудѣли. Съ этого времени стало замѣтно, что ноги дѣлаются слабѣе; хотя до полнаго паралича дѣло не дошло ни въ одной группѣ мышцъ, но всѣ движенія были слабы, а m. rectus femoris дѣйствовалъ такъ слабо, что при попыткѣ поставить больную на ноги колѣни ея быстро подгибались. Вмѣстѣ съ тѣмъ въ мышцахъ ногъ развилась значительная болѣзненность. Одновременно съ этимъ явились ложныя ощущенія въ области груди и живота: больная чувствовала, что ей что-то давитъ, перепоясываетъ животъ,—требовала, чтобы

постоянно ей его осматривали. По временамъ, подъ вліяніемъ чувства сдавленія въ груди, жаловалась на удушье, кричала, что помираетъ. Около 24-го октября замѣтно было ослабленіе рукъ; болѣзнь съ трудомъ удерживала вещи въ рукахъ и жаловалась, что пальцы холодны. Давленіе на мышцы вызывало рѣзкую болѣзненность. Давленіе на нервы и позвоночникъ болѣзненности не вызывало. Перестезическія явленія, развившіяся у больной, не пошли дальше. Уже въ концѣ ноября стало замѣтно, что руки стали послабѣе и болѣзненность при давленіи на мышцы стала меньше. Въ продолженіе 10 минутъ она разъ 20 спроситъ, скоро ли выйдетъ младенецъ или вышло ли мѣсто? Иногда, впрочемъ, бредъ варіируется: она говоритъ, что изъ нея только-что вышелъ плюстъ. Такого рода разговоры безпрерывно повторялись съ 20 октября до конца декабря.

Съ позволенія октября больная стала ѣсть получше, а въ декабрѣ ѣла очень порядочно, всѣдствіе чего пульсъ ея сталъ получше, хотя оставался еще неправильнымъ. Сама она стала крѣпче. Хрипы въ правомъ легкомъ все еще оставались. Что касается до памяти, то глубокій упадокъ ея оставался еще время, какъ мнѣ приходилось видѣть больную. Впрочемъ, въ половинѣ декабря 1885 г. мнѣ казалось, что память начинаетъ дѣлаться лучше: по крайней мѣрѣ нѣкоторыя впечатлѣнія забываютъ больною не тотчасъ же, а оставались въ памяти хотя нѣсколько минутъ. Путаница мѣста, времени и лицъ оставалась попрежнему. Въ теченіе 1886 года я больную не видѣлъ, но мнѣ сообщили, что психическое состояніе ея все продолжаетъ быть такое же; ноги же стали крѣпче, такъ что въ іюлѣ 1886 года она могла немного ходить.

Эпикризисъ. Въ этомъ случаѣ на первомъ планѣ стоило разстройство психической дѣятельности и паралличныя явленія прошли бы незамѣтными, еслибы форма, въ которой выражалось психическое разстройство, не заставляла обратить вниманіе на состояніе пателлярныхъ рефлексовъ и мышцъ конечностей. Параличныя явленія развились здѣсь много позднѣе, чѣмъ психическое разстройство, и не достигали очень большой степени. Несмотря на это, случай долженъ быть отнесенъ къ тяжелымъ, всѣдствіе глубины психическаго разстройства.

Несомнѣнно, явленія слабости въ конечностяхъ въ данномъ случаѣ не были выраженіемъ общей слабости, а были симптомомъ неполной параплегіи: на это указываетъ и особенно рѣзкое поражеиіе m. recti femoris, и исчезновеніе сухожильныхъ рефлексовъ колѣна, и парестезіи, и боли при давленіи на мышцы, и отеки въ конечностяхъ,—словомъ, всѣ симптомы, характерные для алкогольной параплегіи. Что въ данномъ случаѣ именно алкоголь игралъ существенную роль въ происхожденіи болѣзни, на это, кромѣ анамнеза, указываютъ и психическое разстройство, которое само по себѣ, помимо анамнеза (началъ совершенно неизвѣстно), наводило на мысль, что оно алкогольнаго происхожденія.

Очень вѣроятно впрочемъ, что въ развитіи болѣзни игралъ роль не одинъ алкоголь, а вмѣстѣ съ тѣмъ и старческій возрастъ больной, и тотъ толчокъ, который днемъ былъ какою-то острою болѣзнью, бывшею въ началѣ заболѣванія.

Наблюденіе XX.

Карлъ В. поступилъ въ клинику нервныхъ болѣзней при Екатерининской больницѣ 13 декабря 1885 года.—Благодаря любезности профессора А. Я. Кожевникова, дозволившаго мнѣ осмотрѣть больнаго, мнѣ пришлось видѣть его 19-го декабря. *Анамнезъ*, собранный въ клиникѣ, сводился къ слѣдующему:

Больной родился въ Рязанской губерніи, женатъ, имѣлъ здороваго сына. Былъ страстный охотникъ и часто простуживался. Давно пьетъ спиртные напитки. Нѣкоторые изъ знакомыхъ утверждаютъ, что онъ выпиваетъ въ день до 2-хъ бутылокъ водки, да кромѣ того пилъ и пиво. Сослуживцы говорятъ, что рѣдко видѣли его трезвымъ. Въ послѣднее время служилъ пріемщикомъ кладей на желѣзной дорогѣ, часто подвергался вліянію холоднаго воздуха. Lues не было. 12 лѣтъ назадъ delirium tremens. 5 лѣтъ назадъ началъ впервые жаловаться на ломящія боли въ ногахъ. Въ послѣдній годъ сталъ слабѣе на ноги, шатался при ходьбѣ. Въ ноябрѣ 1885 года простудился. Повидимому, начало болѣзни нужно отнести къ 20-мъ числамъ ноября. Въ это время стали очень хуже ходить, ноги очень ослабѣли, явились боли въ рукахъ и ногахъ при потрогиваніи до нихъ. Докторъ, видѣвшій его въ то время, замѣтилъ, что ноги сильно отекли. Въ декабрѣ онъ совсѣмъ слегъ, но могъ сидѣть и владѣть руками. Съ самаго начала болѣзни былъ бредъ.

Status presens 19-го декабря.

Больной—хорошо упитанный мужчина, съ значительно развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ. Кожа дряблая. Лицо съ замѣтно расширенными мелкими сосудами на щекахъ и носу.—Сознаніе больнаго очень спутано. Онъ не сознаетъ, гдѣ онъ находится, не отдастъ отчетъ, что съ нимъ дѣлается, не сознаетъ, что онъ не можетъ вставать и ходить. Большею частью онъ спокоенъ, лежитъ молча, не разговариваетъ, не возпуждъ, въ индифферентномъ состояніи, съ открытыми глазами, такъ что видно, что не спитъ. На обращенные къ нему вопросы онъ отвѣчаетъ охотно, всегда довольно коротко и всегда очень опредѣленно, о чемъ бы его ни спрашивали; при этомъ, конечно, говоритъ много вещей совершенно несообразныхъ съ обстоятельствами. Такъ, на вопросы, давно ли онъ пріѣхалъ, отвѣчаетъ: одинъ разъ, что онъ вчера пріѣхалъ,—другой разъ, что онъ только-что пріѣхалъ. На вопросъ, самъ ли онъ ѣхалъ, отвѣчаетъ: «самъ». Говоритъ, что можетъ свободно ходить; разсказываетъ, какъ онъ ѣздилъ на охоту, видѣлъ собачекъ, какъ ловилъ рыбу—карасиковъ; лицо дѣлается, больной очень опредѣленно говоритъ, сколько именно карасиковъ онъ поймалъ, что сварилъ ихъ и самъ съѣлъ или отдалъ кому-нибудь. Разговоры о карасикахъ повторяются больнымъ довольно часто и всегда почти въ стереотипной формѣ. Не было замѣчено, чтобъ онъ галлюцинировалъ, т.-е. видѣлъ бы этихъ карасиковъ, но всегда говоритъ, что онъ ихъ «сегодня ловилъ». По временамъ ему кажется, что гдѣ-то лаютъ собаки. Память чрезвычайно пострадала: все только-что случившееся больной позабываетъ. Изъ вещей давнихъ помнитъ довольно многое, хотя и въ этомъ отношеніи замѣтны прорѣхи: такъ, напримѣръ, больной увѣряетъ, что онъ пилъ въ день всего рюмки 3 водки. Мышленіе крайне инэнергичное; если больнаго оставить въ покоѣ, то онъ лежитъ индифферентно, повидимому не размышляя ни о чемъ. Если задавать вопросы, являются отвѣты быстрые, опредѣленные, но, видимо, этимъ отвѣтомъ и ограничивается весь

умственный процессъ. Дальнѣйшаго развитія мысли не происходитъ, и больной впадаетъ въ прежнее состояніе умственной бездѣятельности. Ночи спитъ спокойно, днемъ сонливости нѣтъ. Больной постоянно лежитъ на спинѣ, поворачиться не въ состояніи. Положеніе его обыкновенно такое: лежитъ на спинѣ, ноги раздвинуты, колѣни выпрямлены, ступни нѣсколько согнуты. Руки большею частью отведены по обѣ стороны туловища, такъ что въ плечевомъ суставѣ образуютъ почти прямой уголъ къ туловищу. Въ локтяхъ нѣсколько согнуты, приблизительно тоже подъ прямымъ угломъ. Кисти немного согнуты, мизинецъ и безымянный палецъ согнуты сильно, средній менѣе, указательный держится прямо. При такомъ положеніи, кисти приходятся на ладонныя по обѣ стороны головы и въ нѣкоторомъ разстояніи отъ нея. Больной, впрочемъ, можетъ измѣнить положеніе рукъ, большею же частью держитъ ихъ въ описанномъ положеніи; а такъ какъ это положеніе само по себѣ не представляетъ никакихъ удобствъ, то, вѣроятно, для того, чтобъ оно охотнѣе всего принималось руками больнаго, существуютъ какія-нибудь условія въ распредѣленіи мускульной силы.

Сила мышцъ верхней конечности ослаблена. Слабость замѣтна и въ мышцахъ плеча, причемъ трудно сказать, какая изъ группъ мышцъ сильнѣе. Въ мышцахъ двигающихъ въ локтѣ слабѣе triceps, чѣмъ biceps, хотя и въ biceps замѣтны парестическія явленія. Сгибаніе производится, но сила небольшая. Кисти опущены всѣдствіе того, что экстензоры почти не дѣйствуютъ; впрочемъ полнаго паралича экстензоровъ нѣтъ. Во всякомъ случаѣ они несравненно слабѣе флексоровъ. Экстензоры пальцевъ почти не дѣйствуютъ; при попыткѣ произвольно разогнуть пальцы происходитъ ихъ сгибаніе; особенно поражены мизинецъ и безымянный палецъ, средній менѣе. M. indicator болѣе другихъ поражень. Мышцы двигающія большимъ пальцемъ—дѣйствуютъ, но слабо. Развести пальцы не можетъ; большимъ часто они согнуты. Мизинецъ на правой рукѣ не отводится. Лѣвая верхняя конечность поражена немного болѣе, чѣмъ правая. Кромѣ парестическихъ явленій у больнаго замѣтны въ верхнихъ конечностяхъ и явленія атактическія, выражающіяся въ томъ, что при всякомъ произвольномъ движеніи, кромѣ нужныхъ движеній, являются и ненужныя, излишнія движенія. Такъ, если сказать больному, чтобъ онъ поднялъ руку, то онъ не дѣлаетъ это сразу, а сначала рука его сгибается въ локтѣ и, благодаря этому, уходитъ подъ столу, что какъ разъ противоположно тому, что ему слѣдуетъ сдѣлать; потомъ все-таки онъ поднимаетъ руку, но при этомъ движеніи крайне угловаты, рука движется то вправо, то влѣво. Если сказать, чтобъ онъ дотронулся до чего-нибудь указательнымъ пальцемъ, то рука долго дѣлаетъ движенія въ стороны, прежде чѣмъ коснется даннаго предмета. При этомъ кисть больше сгибается, чѣмъ слѣдовало бы, и уклоняется чаще всего въ ульнарную сторону.

Въ нижнихъ конечностяхъ слабость выражена гораздо больше. Больной совѣжъ не можетъ сдвинуть бедра, хотъ отвести ихъ можетъ. Сгибаніе бедеръ очень слабо. Сгибаніе колѣна возможно, но слабо. Разгибаніе очень слабо. Движенія стопою совершаются, но съ нитчатою силой. Пальцами производятъ небольшое сгибаніе.

Въ голеностопномъ суставѣ пассивная подвижность ограничена всѣдствіе препятствія, представляемаго Ахиллосвымъ сухожиліемъ. Больной не можетъ поворачиться. Мышцы живота работаютъ слабо. Животъ сильно раздутъ. Діафрагма работаетъ. Мышцы шеи, повидимому, слабѣе нормальнаго. Въ мышцахъ лица никакихъ паретическихъ явленій не замѣтно. Движенія глазъ правильны. Зрачки не представляютъ ничего особеннаго. Языкъ высовывается прямо. Рѣчь немного

неясна, голосъ слабый. Глотаніе правильно. Мышцы дряблы, худы, особенно въ ногахъ и рукахъ. Рѣзко выраженной атрофіи нѣтъ. Всѣ мышцы тѣла, кромѣ шеи и лица, болѣзненны при давленіи. Давленіе на нижнія и верхнія конечности, на животъ, межреберныя мышцы—вызываетъ боль. Давленіе на нервные стволы тоже вызываетъ боль. Больного нельзя перевернуть всѣдствіе сильной болѣзненности.

На самостоятельныя боли никакихъ указаній нѣтъ. Чувствительность рѣзко ослаблена. Насколько можно судить при психическомъ состояніи больнаго, можно сказать, что болевая чувствительность ослаблена на тузовицѣ, ногахъ и рукахъ. Уколы почти не вызываютъ боль; только въ отдѣльныхъ уколъ вызываетъ довольно живую боль. Кожныхъ рефлексовъ получить не удалось. Пателлярныхъ рефлексовъ, кремастеръ-рефлекса и рефлекса съ сухожилія m. tricipitis нѣтъ. Рефлексъ съ сухожилія m. biceps brachii получается. Механическая возбудительность въ мышцахъ верхней конечности усилена; въ мышцахъ нижней конечности—замѣтна въ мышцахъ лежащихъ на передней поверхности голени. Въ другихъ не изслѣдована. Электровозбудительность была хороша въ рукахъ; въ мышцахъ бедра и голени была уменьшена.

Аппетитъ плохъ; языкъ покрытъ корою. Запоры. Моча выпускается катетеромъ, около 600 куб. цент. въ сутки, очень красна и содержитъ много уратовъ; бѣлка и сахара нѣтъ. Животъ вздутъ, печень увеличена, тѣкая ея доля выступаетъ на 5 пальцевъ; край плотный, ровный, безболѣзненный. Селезенка, повидимому, увеличена. Тоны сердца слабы. Первый тонъ не совсѣмъ чистъ. Пульсъ 100 въ 1′. Дыханіе поверхностное, 24 въ минуту. Температура нормальная.

Со времени поступленія больнаго состояніе его постепенно ухудшалось. Особенно замѣтно было ухудшеніе въ рукахъ: сначала движенія, хотя неправильныя, были довольно обширны, потомъ неправильность, атаксія движеній—все больше и больше устунала мѣсто паретическимъ явленіямъ, такъ что къ 24 декабря развился полный параличъ экстензоровъ ручной кисти пальцевъ, да и другія мышцы были очень слабы. Мышцы нижнихъ конечностей почти совершенно парализовались. Вмѣстѣ съ этимъ увеличилось и ослабленіе конечностей и пропала электрократительность. Больной дѣлался все болѣе и болѣе апатичнымъ.

24-го утромъ кровавая рвота, дыханіе очень частое, 32 въ 1′; пульсъ 120, неравномѣрный. Больная апатія, хотя на вопросы отвѣчаетъ. Частыя тошнотныя движенія. Температура нормальна.

Вечеромъ 24-го скончался. Произведено было подробное вскрытіе, результаты котораго и будутъ описаны профессоромъ А. Я. Кожевниковымъ. (Множественный неврить былъ констатированъ.) По результатамъ вскрытія оставалось несомнѣннымъ, что параличъ обязанъ своимъ происхожденіемъ хроническому алкоголизму.

Благодаря любезному позволенію А. Я. Кожевникова, я могу повѣстить клиническую сторону этого случая въ мою работу, что для меня тѣмъ болѣе важно, что ни въ одномъ другомъ случаѣ я не видалъ такого разстройства координаціи движеній.

Въ заключеніе собственныхъ наблюденій я привожу таблицу, показывающую, во сколькихъ изъ 20 моихъ случаевъ были констатированы тѣ или другіе симптомы:

Изъ 20 случаевъ собственныхъ наблюденій констатировано:

		Число случаевъ, въ которыхъ данный симптомъ выраженъ.
Разстройство психической дѣятельности:	*въ формѣ* спутанности сознанія, галлюцинацій, иллюзій.	въ началѣ болѣзни	8
		во все время болѣзни	4
	способнаго разстройства памяти		7
	безпокойства, ажитаціи		1
Параличныя явленія:	въ однѣхъ нижнихъ конечностяхъ		4
	въ верхнихъ и нижнихъ		11
	въ верхнихъ и нижнихъ и мышцахъ туловища		5
	dyplopia		2
	пѣсное произношеніе словъ		3
	затрудненіе мочеиспусканія		4
	разстройство глотанія		1
Питаніе мышцъ:	похуданіе, дряблость		13
	атрофія		5
	не было констатировано		2
Электросократительность.	сохранена		4
	частію уменьшена, частію уничтожена		11
	реакція перерожденія		3
Механическая раздражительность мышцъ:	ослаблена		11
	усилена въ нѣкоторыхъ мышцахъ		1
Трясеніе			3
Судорожныя явленія:	спазмъ		1
	клоническія судороги пальцевъ		3
	клоническія судороги мышцъ шеи		2
	контрактура или ригидность въ мышцахъ сгибающихъ колѣно		10
	контрактура Ахиллова сухожилія		4
	контрактура мышцъ сгибающихъ локоть		1
	не было судорожныхъ явленій		5
Боли: самостоятельныя	чувство обожженія, укола		8
	ломящія, ноющія		7
	стрѣляющія, жгучія		2
	чувство сжатія въ груди		9
	не было самостоятельныхъ болей		6
несамостоятельныя.	гипералгезія кожи		20
	гипералгезія мышцъ		13
	болѣзненность при сдавленіи нервовъ		4
	болѣзненность при давленіи на позвоночникъ		

		Число случаевъ, въ которыхъ данный симптомъ выраженъ.
Парестезіи		2
Чувство постояннаго холода въ конечностяхъ		3
Анестезія:	анестезія въ ногахъ	7
	(довольно значительная	2)
	(незначительная	5)
	анестезія въ рукахъ и ногахъ	8
	анестезія въ периферическихъ нервахъ	1
	не было анестезіи	5
	значительное ослабленіе чувства температуры	5
	анестезія къ индуктивному току	5
	замедленіе въ проведеніи ощущеній	2
Рефлексы: Кожные:	сохранены	7
	не сохранены	—
	не отмѣчено	13
Пателлярные:	сохранены въ началѣ	2
	не сохранены	17
	не изслѣдованы	3
Отёки:	въ конечностяхъ	8
	общій отёкъ	1
Измѣненіе въ суставахъ		2
Холодъ конечностей, синеватость, влажность ихъ		6
Пролежень		1
Рвота		11
Икота		1
Пульсъ частъ, слабъ		17
Пульсъ неправиленъ		4
Моча очень красна		16
Моча содержитъ:	индиканъ	1
	бѣлокъ	1
	желчныя кислоты	1
Больныхъ мужчинъ		11
„ женщинъ		9
Возрастъ:	20 л. — 25 л.	1
	25 „ — 30 „	3
	30 „ — 35 „	5
	35 „ — 40 „	1
	40 „ — 45 „	3
	45 „ — 50 „	5
	50 „ — 55 „	1
	60 „ — 70 „	1

		Число случаевъ, въ которыхъ данный симптомъ выраженъ.
Причины, вызвавшія появленіе болѣзни:	простуда	5
	pneumonia tuberculosa	1
	pneumonia catarrh.	2
	страданіе сердца	3
	страданіе почекъ	1
	эхинококки	1
	моральныя потрясенія	2
	кровотеченіе	1
	ушибъ	1
	діаррея	1
	невѣдство	2
Исходъ:	выздоровленіе	4
	поправленіе	5
	хроническое состояніе	3
	смерть	8

III.

Симптоматологія.

ОБЩАЯ КАРТИНА БОЛѢЗНИ И ТЕЧЕНІЕ ЕЯ.

Обыкновенно алкогольный параличъ поражаетъ людей много лѣтъ злоупотреблявшихъ спиртными напитками и у которыхъ уже были въ анамнезѣ тѣ или другія явленія хроническаго алкоголизма: такъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ были приступы бѣлой горячки, въ большинствѣ случаевъ явленія хроническаго гастрита, рвоты по утрамъ, брюхиты. Кромѣ того, у большинства лицъ страдающихъ алкогольнымъ параличомъ можно отмѣтить значительное невропатическое предрасположеніе, пьянство или нервныя болѣзни родителей и т. п. У большинства больныхъ до появленія типичнаго алкогольнаго паралича можно отмѣтить нѣкій рядъ признаковъ, по которымъ можно заключить, что больной уже вполнѣ готовъ къ заболѣванію. Такъ, уже задолго, иногда года за два до паралича, появляются боли въ ногахъ, частью ломящія, частью ноющія, появляется чувство ползанія муравьевъ въ конечностяхъ, ощущеніи точно отъ укусовъ насѣкомыхъ; часто появляются судороги въ икрахъ (crampi), особенно по ночамъ. Походка дѣлается нѣсколько шаткая, особенно по утрамъ, когда еще больной не выпилъ: руки часто трясутся, что тоже исчезаетъ подъ вліяніемъ выпитаго вина. Являются головокруженія, потемнѣніе въ глазахъ, искры и т. п. Со стороны психической тоже становятся замѣтны нѣкоторыя уклоненія отъ прежняго строя. Больной становится какъ-то ниже прежняго уровня его психической жизни,—нѣтъ прежней живости интересовъ, или по крайней мѣрѣ нужны особенные стимулы, чтобы возбудить эту живость: такъ, нѣкоторые больные проявляютъ живость, прежнюю энергію въ разговорѣ, когда они окружены интересующимися ихъ рѣчью людьми, а останутся одни—и весь интересъ исчезаетъ. Они становятся боязливѣе, по вечерамъ на нихъ нападаетъ неопредѣленный страхъ и безпокойство (относительно воровъ, пожара и т. п.), часто является бессонница; ночью безпокоятъ кошмары.

Иногда этотъ продромальный періодъ непосредственно, безъ рѣзкаго повода, переходитъ въ алкогольный параличъ, но это рѣдко. Въ большинствѣ случаевъ нуженъ какой-нибудь поводъ, чтобы алкогольный параличъ выразился со всѣми его признаками. Поводомъ служитъ обыкновенно какое-нибудь нарушеніе экономіи организма: или рѣзкимъ моральнымъ потрясеніемъ, или какою-нибудь истощающею болѣзнью (tuberculosis, pneumonia chronica, воспаленіе въ печени), или простудой, или даже небольшою потерей крови. Повидимому, иногда достаточно небольшаго

толчка, нарушающаго равновѣсіе организма, чтобы вызвать реакцію яда, который такъ долго употреблялся, но до поры до времени компенсировался жизненными силами организма.

Первые симптомы, которые заставляютъ обратить на себя вниманіе, бываютъ обыкновенно со стороны психической дѣятельности: является безсонница, очень тревожное состояніе, тоскливость. Потомъ, въ большинствѣ случаевъ, сознаніе спутывается, присоединяются характерныя для алкогольнаго бреда галлюцинаціи, иногда развивается буйный бредъ, особенно тревожащій больнаго и его окружающихъ по ночамъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ психическое разстройство принимаетъ сразу картину своеобразнаго ослабленія умственныхъ способностей съ глубокимъ разстройствомъ памяти. Иногда рѣзко выраженнаго психическаго разстройства не бываетъ, но все-таки бываютъ признаки разстроенной функціи головнаго мозга въ формѣ безсонницы, нѣсколько ажитированнаго, тоскливаго или, наоборотъ, легкомысленнаго, всесилаго состоянія. Разъ начавшись, разстройство въ психической сферѣ или протекаетъ во все теченіе болѣзни, или черезъ нѣсколько времени стихаетъ. Это зависитъ главнымъ образомъ отъ общаго хода болѣзни и отъ условій, послужившихъ поводомъ въ проявленію болѣзни: если организмъ истощенъ, если болѣзнь ведетъ къ смерти, то большею частью психическое разстройство такъ и остается до конца; если же причина болѣзни устранена, то большею частью и психическое разстройство начинаетъ проходить, причемъ обыкновенно явленія галлюцинаторной спутанности исчезаютъ въ 2—3 недѣли, а разстройство памяти, наоборотъ, держится очень долгое время.

Къ числу начальныхъ же явленій нужно отнести и рвоту, которая бываетъ въ начальномъ періодѣ въ очень многихъ случаяхъ алкогольнаго паралича. Иногда ею открывается болѣзнь, и въ такомъ случаѣ она бываетъ очень упорна; наблюдающій больнаго врачъ часто рѣшительно не въ состояніи объяснить механизма ея происхожденія, и только послѣдующія явленія объясняютъ ему, въ чѣмъ дѣло.

Обыкновенно уже и въ начальный періодъ замѣтны нѣкоторые симптомы со стороны нижнихъ конечностей, но первоначально они большею частью маскируются болѣе бурными явленіями со стороны психической дѣятельности, да притомъ эти симптомы и развиваются довольно постепенно, такъ что не сразу обращаютъ на себя вниманіе врача. Обыкновенно сначала походка дѣлается шаткою, больной долженъ держаться за стѣну, за мебель, но это приписывается общей слабости; мышцы ногъ дѣлаются дряблы, худѣютъ, но это тоже сначала приписывается общему плохому питанію. Больной жалуется на боли частью самостоятельныя, частью при давленіи на мягкія части тѣла; но, вслѣдствіе спутанности сознанія больнаго, этому сначала не придается большаго

значенія. Только когда сознаніе начинаетъ проясняться, больной начинаетъ хорошо ѣсть, а ноги дѣлаются все слабѣе и слабѣе,—становится яснымъ, что не объ обычной слабости идетъ дѣло. Знакомый съ подобными случаями врачъ, впрочемъ, довольно рано узнаетъ, въ чемъ дѣло,—раннее исчезновеніе пателлярныхъ рефлексовъ укажетъ ему, чего нужно бояться. Часто впрочемъ болѣзнь и не доходитъ до значительной степени: разовьется небольшой парезъ нижнихъ конечностей, останется нѣкоторое время стаціонарнымъ, а потомъ въ относительно короткое время всѣ явленія исчезнутъ,—больной поправится подъ опасеніемъ заболѣть вновь при первомъ удобномъ случаѣ. При неблагопріятныхъ обстоятельствахъ,—т.-е. или когда съ самаго начала развитіе болѣзни пошло очень интенсивно, или когда въ организмѣ есть постоянное условіе, поддерживающее болѣзнь, напримѣръ болѣзнь легкихъ,—слабость ведетъ въ скоромъ времени къ тому, что больной ложится окончательно въ постель и затѣмъ развивается полная картина паралича. Большею частью сильнѣе всего и раньше всего поражаются ноги; параличъ почти всегда симметричный, причемъ чаще всего преобладаетъ параличъ разгибателей. При этомъ мышцы худѣютъ, иногда атрофируются, иногда развиваются контрактуры. Руки поражаются обыкновенно позднѣе ногъ и менѣе сильно. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ поражаются и мышцы туловища, и иногда даже мышцы иннервируемыя головными нервами, и разстроивается мочеиспусканіе. Вообще же мочеиспусканіе разстроивается рѣдко.

Обыкновенно, параллельно съ параличными явленіями идутъ и разстройства чувствительности. Въ первое время многихъ (хотя далеко не всѣхъ) больныхъ мучаютъ боли ломящія, ноющія и стрѣляющія; при этомъ являются характерныя боли отъ сдавленія вверхъ и ступней и гипералгезія кожи. Въ дальнѣйшемъ теченіи на ряду съ болями замѣтна и анестезія, но вообще анестезія большею частью бываетъ невелика и далеко не пропорціональна, по своей степени, параличу. Въ это время часто являются симптомы разстройства вазоматорной дѣятельности—отеки въ ногахъ, особенная потливость ихъ, краснота, ціанозъ и т. п. Пульсъ обыкновенно частъ, слабъ; моча очень красна.

Развитіе всѣхъ этихъ явленій не во всѣхъ случаяхъ бываетъ одинаковое. Въ однихъ случаяхъ болѣзнь развивается такъ-сказать съ одного удара: подѣйствовавшая на больнаго причина, наприм. сильное моральное потрясеніе, сразу вызываетъ болѣзнь въ интенсивной степени: у больнаго являются рвота и описанные симптомы психическаго разстройства, затѣмъ развиваются разстройства въ конечностяхъ (параличи, боли), которыя большею частью становятся рѣзко замѣтны дней черезъ 3—15 послѣ вліянія подѣйствовавшей причины, и затѣмъ эти явленія въ конечностяхъ, разъ начавшись, постепенно увеличива-

хотя, принимая видъ атрофическаго восходящаго паралича съ болѣе или менѣе сильнымъ пораженіемъ чувствительности. Обыкновенно въ теченіе мѣсяца или немного болѣе отъ начала болѣзни она достигаетъ своей наивысшей точки и дальше уже не идетъ, а затѣмъ всѣ явленія начинаютъ понемногу уменьшаться. Но, конечно, при этомъ существуетъ очень большая разница, смотря по тому, какая была интензивность болѣзни: въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ теченіе перваго мѣсяца поражаются только ноги, да и въ нихъ параличъ не бываетъ полный (это случаи слабой степени), въ другихъ—поражаются ноги и руки (случаи средней степени), въ третьихъ—поражаются и мышцы туловища, мочевой пузырь, и дѣло доходитъ до разстройства глотанія, дыханія и, наконецъ, до паралича діафрагмы. Это самые тяжелые случаи. Нѣкоторые изъ нихъ протекаютъ такъ быстро, что напоминаютъ острый восходящій параличъ Ландри и кончаются смертью (XI наблюден.). Само собою разумѣется, что въ тяжелыхъ случаяхъ всѣ измѣненія будутъ глубже, чѣмъ въ легкихъ случаяхъ; поэтому, хотя по истеченіи мѣсяца отъ начала болѣзни, если больной останется живъ, и не будетъ замѣтно прогресса болѣзни, а напротивъ замѣтно будетъ, что болѣзнь отступила съ нѣкоторыхъ захваченныхъ ею было пунктовъ (наприм. разстройство глотанія, парезы нервовъ двигающихъ глазныя яблоки, бывшіе въ періодъ асме болѣзни, исчезли), но послѣдовательныя измѣненія въ пораженныхъ очень сильно мышцахъ (атрофія, сведенія) могутъ быть такъ велики, что организму еще очень долго приходится бороться, чтобы достигнуть полнаго возстановленія. Этимъ и объясняется, почему при такого рода развитіи болѣзни нѣкоторые случаи могутъ затягиваться на нѣсколько лѣтъ, тогда какъ случаи легкіе кончаются полнымъ выздоровленіемъ въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ.

Такое теченіе, какъ мы сказали, большею частью бываетъ тогда, когда поводомъ къ развитію алкогольнаго паралича бываетъ какое-нибудь быстрое нарушеніе экономіи организма и когда причина, нарушившая экономію, удалена, наприм. моральное потрясеніе, простуда, кровотеченіе.

Если же для развитія болѣзни нѣтъ такого рѣзкаго повода и болѣзнь является прямо какъ выраженіе невозможности со стороны даннаго организма жить при чрезвычайномъ злоупотребленіи спиртными напитками, или когда организмъ оказывается отживающимъ вслѣдствіе того, что существуетъ другая какая-нибудь непоправимая болѣзнь, наприм. легочная чахотка, глубокая анемія,—тогда теченіе болѣзни нѣсколько иное; хотя и тутъ болѣзнь открывается часто вдругъ, но затѣмъ теченіе болѣзни не такое правильное, какъ было описано выше.

Иногда болѣзнь долго держится на одной какой-нибудь степени, а потомъ дѣлаетъ скачокъ и захватываетъ новыя области. Наприм. часто

бываетъ такъ: начнутся явленія со стороны разстройства психической дѣятельности, нѣкоторое время болѣзнь держится на этомъ, потомъ черезъ мѣсяцъ и болѣе къ этому присоединяются параличныя явленія. При этомъ эти параличныя явленія (и сопровождающія ихъ разстройства чувствительности) выражены далеко не всегда одинаково. Бываетъ, наприм., такъ: сначала они выражены очень немного: замѣтный нарезъ въ ногахъ и только ничтожная слабость въ рукахъ. Затѣмъ какой-нибудь новый толчокъ, новое вліяніе, уменьшающее силы организма, и всѣ явленія обрисовываются въ большей степени: ноги совсѣмъ парализуются, а въ рукахъ нарезъ дѣлается очень значительный; еще новое ослабленіе организма—и руки уже вполнѣ парализуются, а вмѣстѣ съ этимъ является и параличъ мышцъ туловища, разстройство мочеиспусканія, затѣмъ разстройство глотанія и дыханія. Въ тѣхъ случаяхъ, когда истощеніе организма (вслѣдствіе существующей болѣзни какого-нибудь органа грудной или брюшной полости) идетъ постепенно, мы можемъ ясно видѣть, какъ алкогольнымъ параличомъ шагъ за шагомъ захватываются все большія и большія области нервной системы,—сначала тѣ, которыя менѣе всего противостоятъ данной болѣзни: нервную систему ногъ, потомъ нервную систему рукъ, наконецъ туловища и нервную систему важныхъ для жизни отправленій.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ параличъ въ рѣзко выраженной формѣ развивается послѣ цѣлаго ряда слабо выраженныхъ параличей, кончившихся выздоровленіемъ. Это бываетъ большею частью у лицъ, которыя, очень сильно злоупотребляя спиртными напитками, подвергаются время отъ времени какимъ-нибудь вредныхъ вліяніямъ, вслѣдствіе которыхъ и проявляется временная несостоятельность организма. Большею частью эти больные, кромѣ того, частью вслѣдствіе наслѣдственности, частью вслѣдствіе какихъ-нибудь другихъ причинъ (истерія), обладаютъ вообще неустойчивою нервною системой. У такихъ больныхъ бываетъ такъ, что послѣ цѣлаго ряда предвѣстниковъ, подъ вліяніемъ какой-нибудь случайной причины — простуды, утомленія—разовьется слабость въ ногахъ, грозящая перейти въ параличъ, но она въ параличъ не переходитъ, а проходитъ совсѣмъ. То же самое повторяется черезъ нѣсколько времени, но въ болѣе выраженной степени, пока наконецъ параличъ не выразится вполнѣ со всѣми своими свойствами. У нѣкоторыхъ больныхъ эти слабо-выраженные парезы, въ видѣ предостереженій, повторяются въ теченіе двухъ-трехъ лѣтъ разъ пять, прежде чѣмъ обнаружится полная картина алкогольнаго паралича, которая, опять-таки, можетъ относительно скоро сгладиться, потомъ при новыхъ вредныхъ вліяніяхъ явиться вновь, пока наконецъ не разовьется въ формѣ очень грозной, выражающей полную несостоятельность организма, полную невозможность жизненныхъ отправ-

леній вслѣдствіе тѣхъ измѣненій, которыя произошли въ организмѣ отъ постояннаго злоупотребленія спиртными напитками.

Такимъ образомъ, говоря о теченіи болѣзни, мы должны свести все вышеизложенное къ слѣдующему: если поводъ, вызвавшій болѣзнь, исчезъ, то болѣзнь, протекающая въ формѣ полуостраго восходящаго паралича съ тѣми или другими психическими симптомами, дойдя до извѣстной высшей своей точки, начнетъ понемногу уменьшаться, хотя въ тяжелыхъ случаяхъ опасность для жизни въ дни высшаго развитія болѣзни очень велика; уменьшеніе болѣзненныхъ явленій идетъ при этомъ иногда довольно быстро, иногда же медленно, и затягивается на нѣсколько лѣтъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда поводомъ алкогольнаго паралича служитъ какая-нибудь истощающая болѣзнь въ организмѣ или крайняя степень хронической интоксикаціи алкоголемъ, то развитіе не имѣетъ такой правильности, и хотя можетъ развиться и крайне быстро, но можетъ усиливаться постепенно въ теченіе многихъ мѣсяцевъ и, наконецъ, окончиться смертью. Если же истощающая болѣзнь, давшая поводъ къ развитію алкогольнаго паралича, будетъ сама уменьшаться, то и явленія алкогольнаго паралича могутъ уменьшаться. Это, наприм., бываетъ у больныхъ, у которыхъ поводомъ къ алкогольному параличу было голоданіе или малокровіе; при возстановленіи силъ и явленія алкогольнаго паралича уменьшатся.

Обыкновенно теченіе алкогольнаго паралича само по себѣ не сопровождается лихорадкою даже въ наиболѣе острыхъ случаяхъ. Впрочемъ лихорадочное состояніе часто наблюдается у больныхъ страдающихъ этою болѣзнью, но всегда въ такомъ случаѣ повышеніе температуры находитъ себѣ объясненіе въ какомъ-нибудь иномъ пораженіи организма.

Сдѣлавъ общій обзоръ картины болѣзни, перейдемъ къ болѣе подробному описанію

отдѣльныхъ симптомовъ.

Параличныя явленія.

Такъ какъ существеннымъ отличіемъ „алкогольнаго паралича" отъ другихъ заболѣваній нервной системы, обязанныхъ своимъ происхожденіемъ злоупотребленію спиртными напитками, мы считаемъ присутствіе параличныхъ явленій въ большей или меньшей степени, то, само собою разумѣется, эти явленія наблюдаются въ каждомъ изъ описываемыхъ нами случаевъ. Въ двадцати нашихъ случаяхъ параличи были:

въ однѣхъ нижнихъ конечностяхъ	въ 4	случаяхъ
въ верхнихъ и нижнихъ	„ 11	„
въ верхнихъ и нижнихъ и мышцахъ туловища	„ 5	„

Въ одномъ случаѣ была dyplopia въ анамнезѣ, а въ одномъ мы сами могли наблюдать разстройство движенія глазъ. Затрудненіе мочеиспусканія отмѣчено въ 4-хъ случахъ, разстройство глотанія—въ одномъ. Изъ числа 124 случаевъ, которые мы собрали въ литературѣ, не во всѣхъ точно отмѣчено, въ чемъ выражается параличъ; но тамъ, гдѣ можно было сдѣлать это обозначеніе, параличныя явленія распредѣлялись такъ:

Простая слабость	въ 4	случаяхъ
Параличъ въ однѣхъ нижнихъ конечностяхъ. .	„ 25	„
Въ верхнихъ и нижнихъ	„ 72	„
Въ конечностяхъ и туловищѣ	„ 5	„

Кромѣ того шесть разъ было отмѣчено пораженіе nn. abducentis и одинъ разъ ptosis paralytica, разстройство глотанія въ одномъ случаѣ, разстройство произношенія—въ шести, затрудненіе дыханія—въ двухъ, разстройство мочеиспусканія—въ шести случаяхъ. Большею частью параличъ бываетъ симметричный, хотя часто бываетъ, что та или другая сторона нѣсколько болѣе поражена, чѣмъ другая; въ очень рѣдкихъ случаяхъ, какъ въ одномъ изъ случаевъ Oppenheim'a, параличъ на одной сторонѣ преобладаетъ очень значительно.

Какъ видно изъ собранныхъ нами данныхъ, чаще всего поражаются нижнія конечности, и потому съ нихъ мы и начнемъ описаніе параличныхъ явленій. Иногда, какъ мы говорили, параличъ нижнихъ конечностей бываетъ въ очень небольшой степени: больные могутъ производить при этомъ движенія всѣми мышцами ногъ, только сила этихъ движеній невелика и экскурсія ихъ уменьшена. При этомъ большею частью все-таки замѣтно, что движенія болѣе ослаблены въ периферическихъ частяхъ конечностей, чѣмъ въ ближайшихъ къ туловищу: стопа движется хуже чѣмъ голень, голень—хуже чѣмъ бедро. Обыкновенно при этой степени паралича не бываетъ рѣзко выраженной разницы въ силѣ между сгибателями или разгибателями, — и тѣ и другіе ослаблены какъ будто бы одинаково. Впрочемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ эта разница, незамѣтная при пробѣ силы, становится замѣтною, когда больной ходитъ: во время ходьбы, повидимому, экстензоры пальцевъ и стопы недостаточно сильно работаютъ, вслѣдствіе чего больной долженъ нѣсколько больше обыкновеннаго приподнимать бедра и нѣсколько отводить ихъ кнаружи, чѣмъ обыкновенно. Впрочемъ, это замѣтно не у всѣхъ больныхъ, которые страдаютъ такою формой паралича; у нѣкоторыхъ изъ нихъ этого незамѣтно: они просто ходятъ какъ люди съ слабыми ногами, т.-е. мелкими шагами, опираясь на палку и слегка шатаясь. Эта шаткость усиливается иногда при закрываніи глазъ.

Какъ мы уже говорили, это—слабая форма паралича. При ней элек-

тросократительность не падаетъ, хотя мышцы все-таки очень худы и дряблы.—И при такой степени паралича можетъ все-таки быть наклонность къ контрактурѣ сгибателей, какъ это видно изъ наблюденія I-го.

Въ этихъ случаяхъ паралича въ рукахъ не бываетъ. Очень вѣроятно, что бываетъ нѣкоторое уменьшеніе силы и въ рукахъ, но собственно параличныхъ явленій констатировать нельзя. Обыкновенно параличныя явленія въ рукахъ рѣзко замѣтны уже тогда, когда въ ногахъ параличъ доходитъ до такой степени, что больные не могутъ не только ходить, но большею частью не могутъ и стоять. Параличъ и въ этомъ случаѣ, большею частью, почти симметричный, такъ что обѣ ноги поражаются равномѣрно и большею частью пораженіе на периферіи конечностей выражено сильнѣе, чѣмъ въ частяхъ лежащихъ ближе къ туловищу. Нужно, впрочемъ, замѣтить, что и при этой формѣ рѣдко бываетъ полный параличъ мышцъ, — большею частью хотя слабыя, но движенія бываютъ замѣтны. Степень пораженія отдѣльныхъ группъ мышцъ при этой степени уже различна; можно замѣтить, что экстензоры вообще болѣе поражены, чѣмъ флексоры, и изъ экстензоровъ нѣкоторыя мышцы особенно сильно поражаются: такъ, сильнѣе всего extensor halluc. et extensor digitorum communis, interossei. Вслѣдствіе этого стопа имѣетъ своеобразное положеніе: большею частью она вытянута, какъ при pes equinus; при этомъ подошва нѣсколько повернута кнутри и внутренній край стопы поднятъ, а наружный опущенъ; пальцы согнуты. Обыкновенно при этомъ движенія въ пальцахъ почти совсѣмъ нѣтъ,—едва замѣтны маленькія сгибательныя движенія. Подобныя же сгибательныя движенія замѣтны и въ голеностопномъ суставѣ, но при этомъ часто бываетъ замѣтно и небольшое преобладаніе внутренняго края стопы вверхъ—вслѣдствіе того, что m. tibialis anticus обыкновенно не такъ сильно поражается (хотя и онъ значительно слабѣетъ), какъ всѣ вообще мышцы голени—peroneі и пронаторныя.

Изъ мышцъ бедра наиболѣе рѣзкое пораженіе замѣтно въ m. extensor cruris. Эта мышца въ нѣкоторыхъ случаяхъ поражается почти такъ же сильно, какъ и мышцы разгибающія пальцы, а въ случаѣ Moeli пораженіе этой мышцы было сильнѣе всего; въ такихъ случаяхъ больной совсѣмъ не можетъ удержаться въ стоячемъ положеніи,—ноги его сейчасъ же сгибаются въ колѣнахъ,—и при испытаніи силы въ лежачемъ положеніи пассивное сгибаніе ноги не представляетъ рѣшительно никакого препятствія.

Впрочемъ, очень сильное пораженіе m. extensor cruris бываетъ не во всѣхъ случаяхъ. Въ большинствѣ онъ поражается все-таки менѣе, чѣмъ мышцы двигающія пальцами, хотя во всякомъ случаѣ разгибатель голени поражается гораздо сильнѣе, чѣмъ сгибатели, вслѣдствіе чего часто сгибатели стягиваютъ ногу въ колѣнѣ и развивается контрактура сгибателей. Движенія въ тазобедренномъ суставѣ довольно сильны, за исключеніемъ самыхъ тяжелыхъ случаевъ. Изъ мышцъ этого района болѣе поражаются ягодичныя, потомъ lleopsoas, тогда какъ аддукторы и абдукторы только въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, да и то абдукція бедра довольно долго совершается сильными напряженіемъ m. tensoris fasciae latae.

Въ верхнихъ конечностяхъ тоже замѣтно преобладаніе паралича въ периферическихъ частяхъ, т.-е. въ кистяхъ, причемъ тоже экстензоры поражаются болѣе флексоровъ. И тутъ параличъ обыкновенно не бываетъ полный. Больше всего поражаются extensor digitorum communis, extensor pollicis, затѣмъ extensor carpi radialis и mm. interossei. Однако и сгибатели тоже очень страдаютъ, такъ что движенія кистью дѣлаются неловки, больные не могутъ занязать узелъ, взять вещь со стола, держать перо. Рука имѣетъ особенный видъ: кисть отвисаетъ къ флексорной сторонѣ и немного отклонена къ локтевой кости; пальцы флексированы въ первой фалангѣ и экстензированы во второй и третьей, и при этомъ пальцы нѣсколько болѣе раздвинуты, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Обыкновенно еще экстензія первой фаланги 2 и 5 пальцевъ немного болѣе, чѣмъ 3 и 4, и потому первые два немного выстоятъ надъ другими.

Въ локтѣ движенія большею частью довольно хороши; но если и они разстроены, то замѣтно также, что разгибатели болѣе поражаются, чѣмъ сгибатели. Обыкновенно супинація совершается хуже, чѣмъ пронація. Въ плечевомъ суставѣ движенія при средней степени болѣзни обыкновенно сильны. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ бываетъ особенно рѣзкое пораженіе плечевыхъ мышцъ. Изъ 124 случаевъ, собранныхъ нами, только въ одномъ случаѣ Strümpell'a было особенно сильное пораженіе m. deltoides.

При этой степени паралича разстройства мочеиспусканія обыкновенно не бываетъ, мышцы туловища не поражаются. Атрофія мышцъ развивается, хотя не въ очень большой степени, электросократительность падаетъ, но только въ немногихъ мышцахъ она совершенно пропадаетъ.

Пателлярные рефлексы рано исчезаютъ, кожные же большею частью остаются.

Въ еще болѣе тяжелыхъ случаяхъ поражаются и мышцы туловища: обыкновенно при этомъ параличъ мышцъ нижнихъ конечностей бываетъ полный, въ верхнихъ также почти полный; мышцы спины и брюшныя мышцы представляютъ признаки яснаго пареза, также какъ и мышцы шеи. Больные большею частью лежатъ неподвижно, съ раздвинутыми ногами, иногда согнутыми въ колѣнѣхъ, съ откинутыми руками,

вздутымъ животомъ. Въ такихъ случаяхъ бываетъ часто затрудненіе мочеиспусканія,—вѣроятно, вслѣдствіе ослабленія detrusor'a.

При этомъ замѣтно бываетъ иногда разстройство глотанія, затрудненіе рѣчи, иногда пораженіе глазныхъ нервовъ, чаще всего отводящихъ. Большею частью больные помираютъ вслѣдствіе паралича діафрагмы (случай Broadbent'a и наше XI набл.). Однако бываютъ случаи, гдѣ и при такой сильной степени болѣзни начинается поправленіе. Ходъ параличныхъ явленій въ такихъ случаяхъ очень интересенъ. Мы имѣли возможность констатировать его въ нашемъ X наблюденіи, гдѣ дѣло шло объ одномъ молодомъ человѣкѣ, у котораго параличъ развился очень быстро вслѣдъ за сильнымъ аффектомъ. Болѣзнь въ теченіе мѣсяца достигла до высшей степени: ноги совершенно парализовались, руки въ значительной степени, мышцы туловища тоже, было небольшое разстройство движенія глазъ, разстройство глотанія, дѣятельности сердца. Больной, казалось, совсѣмъ умиралъ, но болѣзнь стала уменьшаться и черезъ 3 года параличныя явленія почти совсѣмъ исчезли. Параличъ у этого больнаго сопровождался чрезвычайно сильною атрофіей, полною потерей электросократительности, колѣни была согнуты подъ острымъ угломъ вслѣдствіе контрактуры сгибателей. Повидимому, эта контрактура развилась очень скоро,—вѣроятно, какъ только болѣзнь достигла своего acme развитія и, достигнувъ его, начала уменьшаться; черезъ $1^1/_2$ мѣсяца отъ начала заболѣванія контрактура была уже рѣзко выражена. Въ то время мышцы стопы были вполнѣ парализованы, контрактуры въ нихъ еще не было.

Ранѣе всего исчезли разстройства глазодвигательныя, затѣмъ стало замѣтно поправленіе мышцъ верхнихъ конечностей. Движенія постепенно становились свободнѣе, мышцы полнѣли. Въ ногахъ параличныя явленія шли очень медленно. Только черезъ 6—9 мѣсяцевъ стало замѣтно возстановленіе дѣятельности пораженныхъ мышцъ, и контрактура въ колѣнѣ стала уменьшаться. Вичетъ съ этимъ стала возвращаться дѣятельность мышцъ стопы, и въ это время стали развиваться контрактуры и въ мышцахъ стопы. Въ теченіе года эта контрактура приняла чрезвычайно характерный видъ: стопа была въ состояніи pes equino varus; Ахиллово сухожиліе было такъ напряжено, что отогнуть ногу было нельзя; при этомъ нога была поворочена кнутри, пальцы согнуты въ положеніи гриффа, а большой палецъ отведенъ и повернутъ своею подошвенною поверхностью ко второму. При этомъ сводъ стопы представлялся очень сильно согнутымъ,—словомъ, стопа имѣла видъ griffe pied creux equino-varus Duchenne'a. Повторяю, что это развилось уже въ теченіе улучшенія параличныхъ явленій. Въ это время уже движенія бедра были совсѣмъ хороши, колѣно постепенно разгибалось, мышцы бедра и голени полнѣли и, повидимому, даже болѣе, чѣмъ онѣ были въ

нормальномъ состояніи. Только стопы оставались худы. Черезъ 2 года послѣ начала болѣзни больной могъ уже ходить, но походка его была своеобразная: такъ какъ ступни его не поднимались, какъ слѣдуетъ для ходьбы, вслѣдствіе преобладанія паралича экстензоровъ,—онъ долженъ былъ рѣзкимъ движеніемъ поднимать бедра выше, чѣмъ слѣдуетъ, чтобы этимъ приподнять голень и конецъ стопы. Когда стопа такимъ образомъ поднята, онъ рѣзко двигалъ ее впередъ и опускалъ носкомъ на полъ. При этомъ туловище качается взадъ и впередъ, для поддержанія равновѣсія.

Въ дальнѣйшемъ теченіи эта походка постепенно улучшалась, больной ходилъ свободнѣе, но до сихъ поръ все еще ступни его не пришли въ нормальное состояніе. Повидимому, въ большинствѣ случаевъ ходъ параличныхъ явленій такой, какой въ данномъ случаѣ: если параличныя явленія были не очень интензивны, они исчезаютъ сравнительно быстро, какъ исчезли разстройства глазодвигательныхъ нервовъ и параличъ рукъ. Если же параличныя явленія довольно сильно развиты,—пораженіе глубоко,—то они исчезаютъ медленно и часто развиваются послѣдовательныя контрактуры въ колѣняхъ, въ ступняхъ. При этомъ часто бываетъ замѣтно своеобразное положеніе пальцевъ стопы, зависящее отъ преобладанія сокращенія въ нѣкоторыхъ мышцахъ, менѣе пораженныхъ. Интересно въ этомъ отношеніи наблюденіе XIII, гдѣ у больной, перенесшей алкогольный параличъ, ступни въ спокойномъ состояніи представляли ненормальный видъ, очень сходный съ тѣмъ, который мы описали сейчасъ, описывая контрактуру стопы въ случаѣ X; но въ XIII случаѣ это положеніе не обусловливалось контрактурой и не было стойко, потому что больная могла, дѣлая нѣкоторое усиліе, держать ихъ въ нормальномъ положеніи. Сколько мнѣ кажется, это несомнѣнно указываетъ на то, что, несмотря на возстановленіе силы мышцъ, тонусъ ихъ бываетъ долгое время не равномѣрный.

Намъ нужно еще сказать нѣсколько словъ относительно болѣе исключительныхъ параличныхъ явленій. Такъ, мы видѣли, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ разстройство мочеиспусканія, большею частью въ видѣ задержанія мочи. Обыкновенно это бываетъ въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ и вообще составляетъ явленіе довольно рѣдкое. Вѣроятно всего, что это зависитъ отъ неполнаго паралича detrusor'a, хотя я долженъ прибавить, что въ большинствѣ случаевъ, гдѣ это явленіе наблюдалось, нельзя было отрицать, что можетъ-быть задержанію мочи, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, способствовало и самостоятельное пораженіе мочеваго пузыря, такъ какъ во многихъ случаяхъ при этомъ наблюдался катаръ мочеваго пузыря и другія органическія разстройства его.

Что касается до паралича въ глазныхъ нервахъ, то это явленіе тоже очень рѣдкое. Въ нашихъ случаяхъ мы только въ одномъ могли наблюдать эти паретическія явленія. Въ другихъ случаяхъ разстройства глазодвигательныхъ нервовъ обозначались въ анамнезѣ. Пораженіе обоихъ nn. abducenti было констатировано въ случаяхъ R. Schultz'a, Lilienfeld'a, Oppenheim'a, Myrtl'я и Kast'a. Большею частью параличъ глазныхъ мышцъ, какъ и въ нашемъ X случаѣ, былъ однимъ изъ самыхъ первыхъ симптомовъ, которыми начинался параличъ, и симптомъ этотъ вскорѣ исчезалъ. Повидимому, дѣйствительно чаще всего глазные нервы поражаются въ самомъ началѣ болѣзни и пораженіе ихъ бываетъ весьма нелубокое, первоначное, такъ что скоро проходитъ. Въ другихъ случаяхъ это пораженіе бываетъ не въ самомъ началѣ болѣзни, а сознаётся съ асме болѣзни: параличъ, постепенно захватывая все болѣе и болѣе мускуловъ, чаще всего восходя снизу вверхъ, достигаетъ головныхъ нервовъ и, между прочимъ, глазныхъ (чаще всего abducens). Дѣятельность ихъ разстраивается,—большею частью, впрочемъ, на очень короткое время, такъ какъ обыкновенно въ это же время болѣзнь уже начинаетъ терять свою интенсивность. Такого рода явленіе намъ пришлось наблюдать въ случаѣ XIV. Въ этомъ случаѣ разстройство движенія глазъ описано такъ: „Разстройство движеній глазъ замѣчается по временамъ: когда больная спокойна и ни на что не смотритъ, лѣвое глазное яблоко уходитъ вверхъ болѣе, чѣмъ правое; если же больную заставить фиксировать предметъ, то она не жалуется на двойное видѣніе". Эти разстройства держались только нѣсколько дней,—въ періодъ наибольшаго развитія болѣзни,—и исчезновеніе ихъ было первымъ признакомъ начавшагося улучшенія. У этой больной былъ и nystagmus, державшійся впрочемъ тоже только нѣсколько дней. Въ трехъ случаяхъ Oppenheim'a наблюдался тоже nystagmus и, по его описанію, этотъ симптомъ оставался долго. Зрачки обыкновенно мало поражаются при алкогольномъ параличѣ: большею частью они равномѣрны, реагируютъ нѣсколько вяло на свѣтъ и на аккомодацію. Въ очень немногихъ случаяхъ бываютъ неравномѣрность зрачковъ и потери реакціи на свѣтъ.

Разстройство глотанія наблюдается тоже въ очень рѣдкихъ случаяхъ и тоже на высотѣ болѣзни: оно достигаетъ не очень большихъ размѣровъ. Мы его наблюдали тоже въ XIV случаѣ: больная не могла совсѣмъ глотать твердой пищи; жидкость глотала, причемъ, впрочемъ, постоянно поперхивалась. Это явленіе тоже держалось нѣсколько дней.

Большею частью одновременно съ этимъ бываетъ и разстройство рѣчи. Голосъ большею частью подавленный, слабый, причемъ иногда проскальзываютъ фразы, сказанныя какимъ-то особеннымъ рѣзкимъ тономъ, съ крикливымъ оттѣнкомъ. Говорить при этомъ больные мед-

ленно, слоги довольно раздѣлены, и кромѣ того самое произношеніе отдѣльныхъ слоговъ часто бываетъ неправильно, точно что то мѣшаетъ языку правильно ворочаться; отъ этого нѣкоторые слоги выходятъ неясно, особенно тѣ, въ которые входятъ язычные звуки. Иногда это произношеніе напоминаетъ шепелявеніе, иногда разстройство рѣчи при прогрессивномъ параличѣ, потому что нѣкоторые слоги пропускаются совсѣмъ, другіе произносятся слишкомъ коротко, третьи повторяются нѣсколько разъ. Впрочемъ, такого характернаго протягиванія нѣкоторыхъ слоговъ, которое бываетъ при прогрессивномъ параличѣ, мнѣ не случалось слышать при алкогольномъ параличѣ. При такомъ разстройствѣ рѣчи большею частью языкъ дрожитъ, иногда отклоняется въ сторону. И это разстройство рѣчи бываетъ тоже по большей части на высотѣ развитія болѣзни, и если начинается повороть къ лучшему, то оно быстро проходитъ.

Пораженіе n. facialis въ моихъ наблюденіяхъ не наблюдалось. Въ XIV случаѣ замѣтна впрочемъ была нѣкоторая ассимметрія въ лицѣ: лѣвая сторона лица иннервировалась слабѣе, чѣмъ правая, но констатировать параличъ лицеваго нерва нельзя было. Въ случаѣ Henry Hun *) отмѣченъ легкій параличъ лѣваго лицеваго нерва, но по описанію трудно судить, принадлежалъ ли этотъ параличъ къ симптомамъ алкогольнаго паралича,—не было ли это явленіе побочнымъ.

Разстройство дыханія является самымъ тяжелымъ явленіемъ. Когда наступаетъ параличъ діафрагмы, то дѣло почти всегда кончается смертью.

Бросая послѣдній взглядъ на всю совокупность явленій, представляемыхъ параличными симптомами при алкогольномъ параличѣ, мы можемъ сказать, что по внѣшнему своему проявленію они подходятъ къ параличнымъ явленіямъ, описываемымъ при токсическихъ параличахъ вообще, при параличахъ послѣ острыхъ болѣзней и при самостоятельныхъ нервныхъ болѣзняхъ, которыя однимъ описываются какъ множественные невриты, другими—какъ диффузные міэлиты,—словомъ, при такъ-называемыхъ атрофическихъ спинныхъ параличахъ. Что же касается до того, какимъ анатомическимъ измѣненіемъ могутъ они быть вызваны, то мы отложимъ разборъ этого до одной изъ слѣдующихъ главъ.

Разстройство координаціи движеній.

Кромѣ паралитическихъ явленій при алкогольномъ параличѣ, бываютъ и разстройства координаціи движеній. Эти разстройства въ на-

*) „American Journal of med. sciences". April 1883, p. 372.

шихъ наблюденіяхъ были, впрочемъ, рѣдки и въ рѣзко-выраженной формѣ они были только въ случаѣ XX. Въ большинствѣ случаевъ разстройство координаціи замѣчается въ походкѣ: оно выражается въ шаткости, въ негармоничности движеній нижнихъ конечностей; шаткость эта часто усиливается при закрываніи глазъ. Разбирая паретическія явленія въ нижнихъ конечностяхъ, мы видѣли, что неправильность походки въ значительной степени обусловливается неодинаковымъ распредѣленіемъ пареза въ различныхъ группахъ мышцъ; слѣдовательно въ большинствѣ случаевъ это разстройство не есть атаксія въ собственномъ смыслѣ, сколько разстройство паретическаго характера. Существуютъ ли при этомъ еще самостоятельныя атактическія разстройства или нѣтъ, очень трудно рѣшить, такъ какъ трудно опредѣлить, насколько уменьшеніе грубой силы одно могло бы вызвать подобныя явленія. Тѣмъ не менѣе такого рода разстройства движеній наблюдались у алкоголиковъ и безъ уменьшенія грубой силы, что заставляло признать существованіе атаксіи алкогольной въ собственномъ смыслѣ слова. Изъ этихъ наблюденій составилась цѣлая группа случаевъ, которымъ дали названіе pseudotabes alcoholica и о которыхъ мы скажемъ впослѣдствіи. Теперь же мы можемъ сказать, что, по всей вѣроятности, помимо разстройства движеній, которое можно бы объяснить прямо уменьшеніемъ механической силы той или другой группы мышцъ, существуютъ у алкоголиковъ иногда такія разстройства, которыя обусловливаются непропорціональною иннервацією. Такіе случаи описаны и Лансеро, и Löwenfeld'омъ, и другими. Въ этомъ отношеніи интересно наше наблюденіе XX. У этого больнаго, представлявшаго симптомы тяжелаго алкогольнаго паралича, ноги были почти совершенно парализованы; руки же вначалѣ представляли рѣзко-выраженныя атактическія разстройства и только постепенно (въ теченіе нѣсколькихъ дней) эти атактическія разстройства переходили въ паретическія. Въ самомъ началѣ не было даже замѣтно рѣзкаго пареза въ рукахъ, а между тѣмъ больной совсѣмъ не могъ дѣлать правильныхъ движеній руками: при попыткѣ произвольныхъ движеній, руки его разбрасывались совершенно неправильно; если больнаго заставить взять что-нибудь рукою, то ему это представляло массу трудностей и рука, вмѣсто того чтобы взять нужную вещь, иногда колотила самого больнаго по лицу. Когда намъ пришлось видѣть этого больнаго, атактическія движенія уже были менѣе выражены, а съ другой стороны были уже замѣтно выражены и паретическія явленія, распредѣлявшіяся неравномѣрно въ разныхъ группахъ мышцъ; тѣмъ не менѣе разстройство правильности движеній было замѣтно: при всякомъ произвольномъ движеніи рукою, кромѣ нужныхъ движеній являлись и ненужныя, излишнія движенія. Такъ, если сказать больному, чтобъ онъ поднялъ руку,

то онъ не дѣлаетъ этого сразу, а сначала рука его сгибается въ локтѣ (такъ какъ онъ лежитъ съ распростертыми по подушкѣ, но объ стороны головы, руками, нѣсколько согнутыми въ локтѣ, такъ что уголъ направленъ книзу), вслѣдствіе чего кисть уходитъ подъ голову, т.-е. дѣлаетъ движеніе какъ разъ противуположное тому, какое требуется. Потомъ онъ все-таки поднимаетъ кисть съ предплечіемъ, но при этомъ предплечіе совершаетъ много зигзагообразныхъ движеній вправо и влѣво. Если сказать ему, чтобъ онъ дотронулся до чего-нибудь указательнымъ пальцемъ, то рука его долго дѣлаетъ движенія въ стороны, прежде чѣмъ коснется даннаго предмета. При этомъ кисть сгибается больше, чѣмъ слѣдовало бы, и уклоняется чаще всего въ ульнарную сторону. Изъ этого видно, что неправильность движеній у больнаго рѣзко выражена; кромѣ нужныхъ движеній существуютъ и ненужныя,—слѣдовательно, разстройства движеній можно назвать атактическими. Но, всматриваясь ближе въ характеръ этихъ движеній, мы можемъ видѣть, что излишнія движенія чаще всего совершаются въ смыслѣ излишняго сгибанія, т.-е. излишней дѣятельности той группы мышцъ, которая при алкогольномъ параличѣ менѣе парализуется, и что можетъ-быть эта инкоординація движеній обусловливается тѣмъ, что импульсъ воли распредѣляется по различнымъ группамъ мускуловъ, участвующимъ въ данномъ движеніи въ той пропорціи, въ какой онъ распредѣлялся и въ нормальномъ состояніи, но, вслѣдствіе того, что одна группа болѣе теряетъ способность подчиняться вліянію импульса, а другая—менѣе (вслѣдствіе тѣхъ или другихъ препятствій въ проводникахъ и самихъ мышцахъ),—и выходитъ, что данное движеніе является совершенно неправильнымъ. Интересно въ этомъ отношеніи у того же больнаго то, что если его заставить разогнуть пальцы, то, дѣлая усиліе воли, онъ производитъ только сгибаніе пальцевъ, такъ какъ экстензоры у него совершенно парализованы.

Какъ мы уже упоминали, у этого больнаго атактическія явленія, чрезвычайно рѣзкія въ началѣ болѣзни, потомъ стали уменьшаться и сгладились параличами. Это же замѣчается и въ другихъ случаяхъ: разстройство координаціи, особенно въ рукахъ, бываетъ рѣзко выражено въ періодѣ развитія болѣзни, когда параличныя явленія еще не достигли полной степени; когда же параличныя явленія развиваются вполнѣ, разстройство координаціи движеній прекращается. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, впрочемъ, все разстройство движеній и ограничивается разстройствомъ координаціи, а до параличей дѣло не доходитъ. Эти случаи, впрочемъ, не относятся къ случаямъ собственно алкогольныхъ параличей, а причисляются къ случаямъ алкогольной атаксіи, о которой мы будемъ говорить впослѣдствіи. Нѣкоторые авторы (какъ Leval-Picquechef) причисляютъ къ ней же и тѣ разстройства въ ра-

вильности движеній, которыя бываютъ послѣ того, какъ въ интензивныхъ случаяхъ паралича наступитъ улучшеніе, позволяющее больному ходить. Мы уже говорили, что походка въ такихъ случаяхъ бываетъ обыкновенно нѣсколько неправильная, что объясняется съ одной стороны парезомъ мышцъ разгибающихъ стопу, съ другой—существованіемъ сведеній въ ступнѣ и Ахилловомъ сухожиліи и, наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ (какъ наше первое наблюденіе) тѣмъ, что больной боится наступать на всю ногу, вслѣдствіе большой гипералгезіи. Мнѣ кажется, впрочемъ, что неправильность походки, обусловленную всѣми этими причинами, врядъ ли можно относить къ разстройствамъ координаціи въ тѣсномъ смыслѣ слова: если при этомъ и являются излишнія движенія, какъ, наприм., чрезмѣрное сгибаніе бедеръ, то это является какъ движеніе компензирующее отвисаніе стопы, и т. п.

Атрофія мышцъ.

Какъ мы говорили, во многихъ случаяхъ алкогольный параличъ сопровождается атрофическими явленіями. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти атрофическія явленія достигаютъ очень большихъ размѣровъ, въ другихъ они не такъ сильно выражены,—нѣтъ полной атрофіи мышцъ, а есть только дряблость мышцъ, уменьшеніе ихъ объема. Изъ нашихъ 20-ти случаевъ въ 5-ти была очень большая атрофія мышцъ, въ 13-ти—дряблость и похуданіе; въ 2-хъ случаяхъ рѣзко выраженнаго похуданія не было. Похуданіе, дряблость мышцъ—составляетъ одинъ изъ самыхъ характерныхъ признаковъ алкогольнаго паралича. Въ большинствѣ случаевъ оно предшествуетъ параличнымъ явленіямъ. Прежде, чѣмъ можно констатировать, что та или другая группа мышцъ находится въ состояніи пареза, можно видѣть, что мышцы очень худы, уменьшаются въ объемѣ, дѣлаются очень дряблы; въ ногахъ, особенно въ икрахъ, это болѣе выражено, чѣмъ въ рукахъ, хотя и въ рукахъ бываетъ замѣтно, хотя бы до рукъ парезъ и не дошелъ; это какое-то общее похуданіе мышцъ, напоминающее ихъ похуданіе при страданіяхъ суставовъ. При этомъ обыкновенно электросократительность мышцъ остается нормальною; точно также мышцы живо сокращаются при ударѣ по нимъ молоточкомъ. Во многихъ случаяхъ дѣло этимъ и ограничивается, т.-е. хотя и наступаютъ парезы, но далѣе такой дряблости разстройство питанія мышцъ не идетъ; въ этихъ случаяхъ, въ то же время, когда начинается общее поправленіе, и мышцы начинаютъ полнѣть и возстанавливаются вполнѣ. Въ другихъ же случаяхъ, въ которыхъ дѣло доходитъ до полныхъ параличей, дѣло не ограничивается одною дряблостью, а доходитъ до высокой степени дегенеративной атрофіи, — мышцы почти совершенно исчезаютъ; конечности

(главнымъ образомъ ноги) представляются очень похудѣвшими, такъ что остаются почти одинъ кости и кожа. Иногда можно всю голень обхватить указательнымъ и большимъ пальцемъ,—такъ велико уменьшеніе объема. При этомъ бываютъ всѣ признаки дегенеративной атрофіи: потеря индуктивной сократительности мышцъ, реакція перерожденія. Нужно сказать, впрочемъ, что атрофія рѣдко бываетъ выражена въ очень большой степени и обыкновенно болѣе выражена на периферіи-конечностей, чѣмъ въ частяхъ ближайшихъ къ туловищу: мускулы стопы и голени атрофируются болѣе всего, мышцы бедра менѣе, а изъ нихъ болѣе всего extensor cruris quadriceps.

Въ рукахъ атрофія почти никогда не достигаетъ очень большой степени, да и то ограничивается мышцами thenar и hypothenar, extensor carpi radialis, extensor digit. communis.

Такъ какъ при этомъ остальныя мышцы все-таки дряблы, очень тонки, то при алкогольномъ параличѣ почти никогда незамѣтно такихъ бороздъ и углубленій, которыя бываютъ, наприм., при свинцовомъ параличѣ, гдѣ часто группа разгибателей кисти атрофируется одна. При алкогольномъ параличѣ всегда замѣчается общее уменьшеніе обхвата данной части конечности, причемъ только внимательнымъ изслѣдованіемъ можно доказать, что данная мышца проходитъ всѣ степени дегенеративной атрофіи, другая же рядомъ лежащая мышца хотя и атрофирована, но атрофія не сопровождается реакціей перерожденія.

Какъ мы сказали, дряблость и похуданіе обыкновенно предшествуютъ параличнымъ явленіямъ. Когда же въ нѣкоторыхъ мышцахъ являются параличи, то въ парализованныхъ мышцахъ начинаетъ теряться электросократительность, и они быстро уменьшаются въ объемѣ; большею частію это бываетъ въ теченіе 2—3 недѣль послѣ того, какъ параличи обнаружатся; разъ развилась рѣзко выраженная атрофія, то обыкновенно она держится довольно долго и питаніе мышцъ возстановляется параллельно улучшенію функціи. При этомъ мышцы менѣе пораженныя возстановляются скорѣе, болѣе пораженныя—дольше, такъ что часто приходится видѣть, что бедро уже приняло нормальный объемъ, а голень еще худа,—затѣмъ голень нормальна, а ступни еще очень худы. Это дѣлается тѣмъ болѣе замѣтно, что обыкновенно возстановленіе объема даннаго члена переходитъ границы нормы, т.-е. бедро или голень дѣлаются гораздо толще, чѣмъ они были до болѣзни; частію это увеличеніе объема слѣдуетъ отнести на счетъ отложенія жира въ подкожной клѣтчаткѣ, частію на отложеніе жира въ самой мышцѣ. Въ случаяхъ, гдѣ пораженіе было очень сильно, ступни долго не возвращаются къ нормѣ: похуданіе въ нихъ остается замѣтно иногда черезъ 3—4 года послѣ начала паралича, и маленькія худыя ступни (большею частію еще съ различными неправильностями въ положеніи

пальцевъ) представляютъ рѣзкій контрастъ съ толстыми икрами и бедрами. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло не доходитъ до полной атрофіи, а ограничивается только дряблостью мышцъ безъ реакціи перерожденія, тамъ возстановленіе идетъ гораздо быстрѣе и притомъ равномѣрнѣе.

Состояніе электросократительности.

Какъ мы упоминали, отношеніе мышцъ къ электричеству часто мѣняется при разбираемой нами формѣ болѣзни. Приступая къ описанію измѣненій съ этой стороны, я долженъ оговориться, что тутъ въ изслѣдованіи могутъ встрѣтиться значительныя неточности. Дѣло въ томъ, что изслѣдованіе электросократительности при алкогольномъ параличѣ часто до такой степени болѣзненно (вслѣдствіе гипералгезіи кожи и мышцъ), что рѣдко можно производить его не спѣша, не стараясь поскорѣе освободить больнаго, а отсюда, конечно, рядъ ошибокъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Эти ошибки, конечно, нѣсколько исправляются выводами изъ многихъ наблюденій; къ этимъ выводамъ мы теперь и обратимся.

Изъ нашихъ наблюденій въ 9 электросократительность была сохранена, въ 11 — частію понижена, частію въ нѣкоторыхъ мышцахъ уничтожена. Въ литературныхъ случаяхъ далеко не во всѣхъ отмѣчено состояніе электросократительности. Изъ тѣхъ, въ которыхъ отмѣчено состояніе ея, въ 21 она уменьшена, въ 16 уничтожена; реакція перерожденія констатирована въ 19 случаяхъ.

Электросократительность бываетъ сохранена въ случаяхъ не тяжелыхъ, гдѣ дѣло ограничивается однимъ нарезомъ. Иногда при этомъ нарезъ поражаетъ довольно большую группу мышцъ, такъ что функція конечностей очень разстраивается,—напримѣръ, больной не можетъ держаться на ногахъ, не можетъ брать предметовъ руками,— но тѣмъ не менѣе пораженіе не такъ глубоко, чтобы разстроить электросократительность: мышцы живо отвѣчаютъ на фарадическій и гальваническій токи безъ измѣненія реакціи; похуданіе мышцъ при этомъ бываетъ, какъ мы уже говорили, но похуданіе — общее, равномѣрное. Это бываетъ или въ началѣ болѣзни, и въ такомъ случаѣ въ дальнѣйшемъ теченіи можетъ измѣниться къ худшему,—или это остается въ продолженіе нѣсколькихъ недѣль въ одномъ положеніи, и въ такомъ случаѣ служитъ указаніемъ на то, что пораженіе, вызвавшее параличныя явленія, не очень глубоко. Когда пораженіе глубже, тогда въ парализованныхъ мышцахъ является потеря электросократительности. Большею частію ее можно отмѣтить въ теченіе первыхъ 3-хъ недѣль развитія паралича и въ большинствѣ случаевъ почти одновременно во всѣхъ мышцахъ, въ которыхъ она развивается, т.-е. если нарезъ и въ рукахъ и

ногахъ достигаетъ такой степени, что электросократительность разстраивается, то измѣненіе электросократительности констатируется одновременно и въ рукахъ и въ ногахъ, а не такъ, что сначала она развивается въ ногахъ, а потомъ въ рукахъ. Въ рѣдкихъ только случаяхъ можно замѣтить нѣкоторую послѣдовательность во времени развитія, т.-е. сначала электросократительность теряется въ одной группѣ, потомъ черезъ нѣсколько времени въ другой, потомъ въ третьей и такъ далѣе,—и я даже сомнѣваюсь, не происходитъ ли это вслѣдствіе неполноты изслѣдованія. На меня изслѣдованіе этихъ явленій производило почти всегда то впечатлѣніе, что измѣненія электросократительности являются почти одновременно во всѣхъ тѣхъ мышцахъ, въ которыхъ они будутъ во все теченіе болѣзни, причемъ, конечно, смотря по глубинѣ болѣзни въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, въ однихъ случаяхъ мышцахъ они рѣзче выражены, въ другихъ—слабѣе. Въ нихъ случаяхъ число пораженныхъ мышцъ больше, въ другихъ—меньше. Въ этомъ отношеніи между тѣми случаями, въ которыхъ совсѣмъ выражена въ крайней степени, существуютъ очень постепенные переходы со всевозможными степенями реакціи перерожденія *).

Нужно впрочемъ отмѣтить, что самые тяжелые случаи не даютъ указаній относительно состоянія при нихъ электросократительности. Большею частію такіе случаи кончаются смертію тогда, когда признаки измѣненія электросократительности не вполнѣ выражены (такъ какъ больные умираютъ чаще всего въ теченіе первыхъ 5—6 недѣль отъ начала болѣзни), поэтому тѣ случаи, въ которыхъ измѣненіе электросократительности наблюдалось довольно обстоятельно, хотя и принадлежали къ случаямъ довольно сильнаго пораженія, но не были самые тяжелые. Судя по нимъ, можно сказать, что электросократительность при алкогольномъ параличѣ падаетъ далеко не во всѣхъ мышцахъ, функція которыхъ разстроена, а сравнительно въ небольшомъ числѣ ихъ; при этомъ иногда мышца, функція которой нарушена сильнѣе, оказывается лучше сохраненною въ отношеніи электросократительности, и наоборотъ: функція мышцы можетъ быть очень потеря электросократительности глубоко разстроена. Иногда по-рядочна, а электросократительность глубоко разстроена. Иногда по-одной рукѣ, напримѣръ, потерпѣла электросократительность, а та же мышцѣ другой руки она сохранена. При этомъ иногда рядомъ лежащія мышцы, иннервируемыя вѣточками одного и того же нерва, хотя представляютъ ослабленіе электросократительности, но въ одной замѣт-

*) Чрезвычайно обстоятельный протоколъ изслѣдованія электросократительности въ одномъ случаѣ Löwenfeld'a смотр. въ „Archiv für Psychiatrie“. XV, p. 438.

на реакція перерожденія, въ другой—нѣтъ. Вообще характерная формула реакціи перерожденія замѣтна сравнительно рѣдко, т.-е. ASZ является только рѣдко ранѣе KSZ. Чаще бываетъ, что KSZ = ASZ, или еще чаще KSZ> ASZ, но только отсутствуетъ AOZ. Иногда и этого нѣтъ, а формула остается нормальною. Иногда ASZ является ранѣе KSZ только при сравнительно слабыхъ токахъ, а при сильныхъ токахъ сокращеніе отъ KSZ сильнѣе, чѣмъ отъ ASZ. Очень часто встрѣчается частичная реакція перерожденія Erb'a, т.-е. сохраненіе нормальной формулы при вліяніи тока на первные стволы и измѣненіе ея при непосредственномъ вліяніи на мышцы. Въ тѣхъ случаяхъ, когда есть тѣ или другіе признаки реакціи перерожденія, большею частію измѣняется самое качество сокращенія мышцы: оно медленное, протяжное. Часто для того, чтобы вызвать сокращеніе мышцы, нужно ставить электродъ близко къ сухожилію; а если поставить далеко, сокращеніе совсѣмъ не вызывается. Это явленіе наблюдается и при простомъ количественномъ уменьшеніи электрической реакціи безъ измѣненія ея качества. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ отмѣчено, что сокращеніе мышцы длится довольно долго послѣ прекращенія раздраженія, въ нѣкоторыхъ же, что мышцы очень быстро утомляются подъ вліяніемъ повторныхъ раздраженій, такъ что мышца, отвѣчавшая сначала болѣе сильнымъ сокращеніемъ, затѣмъ начинаетъ реагировать все болѣе и болѣе слабо.

Что касается до того, въ какихъ мышцахъ электросократительность измѣняется наиболѣе, то, въ большинствѣ случаевъ, это тѣ мышцы, которыя болѣе всего поражаются и параличомъ. Въ нижнихъ конечностяхъ, во всѣхъ почти случаяхъ, гдѣ теряется электросократительность, она уничтожена въ мышцахъ стопы, въ extensor digitor. communis, extensor hallucis longus. Изъ другихъ мышцъ голени mm. peronei longus et brevis поражаются не такъ сильно, точно также какъ mm. gastrocnem. и solei. M. tibialis anticus большею частію при среднихъ пораженіяхъ реагируетъ лучше другихъ. Изъ мышцъ бедра extens. cruris quadriceps теряетъ первый электросократительность и при раздраженіи n. cruralis сокращается только одинъ m. sartor.; затѣмъ довольно часто теряютъ сократительность adductores et abductores femoris, затѣмъ сгибатели голени, ягодичныя мышцы. Въ среднихъ случаяхъ въ послѣднихъ мышцахъ замѣтно только ослабленіе электросократительности, а не потери ея. Въ верхнихъ конечностяхъ въ среднихъ случаяхъ поражается меньшее число мышцъ. Чаще всего поражаются interossei, lumbricales, mm. thenar и abductor digit. minimi, затѣмъ extensor carpi radialis. Обыкновенно въ другихъ мышцахъ въ это время электросократительность только уменьшается.

Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ всѣ мышцы нижнихъ конечностей

теряютъ электросократительность, въ мышцахъ же верхнихъ конечностей поражаются вполнѣ, кромѣ названныхъ мышцъ, extensor digit. communis, extensor pollicis и иногда flexor digit. communis и supinator longus. Въ такомъ случаѣ въ очень многихъ мышцахъ выражена бываетъ реакція перерожденія по крайней мѣрѣ въ началѣ болѣзни. Въ болѣе слабыхъ случаяхъ электросократительность не исчезаетъ совсѣмъ, но реакція не такъ жива и сила тока должна значительно увеличиться, чтобы вызвать реакцію, хотя реакція перерожденія и не замѣчается. Въ такихъ слабыхъ случаяхъ обыкновенно электросократительность скоро и совершенно возстановляется и самыя паралличныя явленія исчезаютъ въ 3 — 4 мѣсяца. Въ среднихъ случаяхъ, гдѣ бываетъ полная потеря электросократительности въ пзлюбленныхъ мышцахъ, а въ другихъ мышцахъ, даже нижнихъ конечностей, электросократительность остается, хотя все-таки при довольно сильныхъ токахъ, тамъ возстановленіе реакціи обыкновенно тоже происходитъ, но черезъ болѣе долгій срокъ, именно мѣсяцевъ черезъ 6—9; большею частію къ этому сроку мышцы начинаютъ сокращаться подъ вліяніемъ электричества и начинаетъ возстановляться нормальная формула. Однако въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ, а еще чаще въ тѣхъ, въ которыхъ была сплошная потеря электросократительности въ мышцахъ конечностей, возстановленія электросократительности очень долго не происходитъ. Въ такомъ случаѣ послѣ того, какъ пройдетъ мѣсяцевъ 6—9, въ продолженіе которыхъ нельзя замѣтить никакихъ слѣдовъ электросократительности и во время которыхъ пораженныя мышцы большею частію подвергаются глубокой атрофіи, въ нѣкоторыхъ изъ этихъ мышцъ являются едва замѣтные слѣды электросократительности. Обыкновенно въ это время мышцы уже начинаютъ работать подъ вліяніемъ воли, начинаютъ полнѣть, но электросократительность выражается крайне туго: въ двухъ-трехъ мышцахъ (обыкновенно m. tibial. antic., Biceps femoris, semitendin. и semimembranos) можно какъ индуктивнымъ, такъ и гальваническимъ токомъ вызвать небольшія, едва замѣтныя, сокращенія, но и только; въ другихъ мышцахъ совсѣмъ ея нѣтъ. Въ такомъ положеніи дѣло стоитъ многіе мѣсяцы, иногда даже больше двухъ лѣтъ; въ это время функція мышцы можетъ возстановиться почти вполнѣ, объемъ ея сдѣлается даже болѣе нормальнаго, а электросократительность все не появляется.

Это явленіе впрочемъ нельзя считать исключительно свойственнымъ алкогольному параличу; оно бываетъ и при другихъ токсическихъ параличахъ и при паралличахъ послѣ невритовъ.

Въ заключеніе нужно прибавить нѣсколько словъ *о механической сократительности мышцъ*. Большею частью сократительность мышцъ при ударѣ ихъ молоточкомъ сохраняется и исчезаетъ параллельно съ элек-

тросократительностью; но иногда попадаются случаи, гдѣ индуктивная сократительность исчезла, а механическая сократительность еще остается. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ замѣтно, что мышцы очень живо сокращаются при ударахъ молоточкомъ, такъ что можно даже сказать, что механическая раздражительность повышена (наблюденіе XX). Это бываетъ, сколько я могъ замѣтить, въ тотъ періодъ, когда развивается реакція перерожденія.

Судорожныя явленія.

Судорожныя явленія, которыя наблюдаются при разбираемой нами формѣ болѣзни, бываютъ разнообразны: то это спазмы, то клоническія судороги, то контрактуры. *Спазмы* бываютъ преимущественно въ продромальномъ періодѣ; они выражены рѣзче всего въ икрахъ, частью въ ступняхъ, и иногда заставляютъ больныхъ проводить мучительныя ночи. Въ первый періодъ болѣзни они иногда еще держатся, но потомъ обыкновенно исчезаютъ.

Что касается до *клоническихъ судорогъ*, то онѣ бываютъ довольно часто, хотя не во всѣхъ случаяхъ. Намъ пришлось видѣть ихъ всего въ трехъ случаяхъ изъ 20-ти. Онѣ состояли главнымъ образомъ въ клоническихъ подергиваніяхъ въ мышцахъ сгибающихъ пальцы ногъ,—подергиваніяхъ, продолжавшихся по временамъ цѣлыми часами непрерывно и усиливавшихся отъ вліянія такого внѣшняго раздраженія какъ холодъ. Эти подергиванія были не обширны, быстрыя, то въ томъ, то въ другомъ пальцѣ, иногда во многихъ заразъ. Въ разные дни они являлись то въ большей, то въ меньшей степени. Вліянію воли они почти не подчинялись. Больныхъ они нисколько не безпокоили.

Очень вѣроятно, что иногда такого рода клоническія судороги могутъ принимать такой видъ, что напоминаютъ движенія при атетозѣ. Фишеръ *) говоритъ, что въ его случаѣ были движенія въ пальцахъ рукъ похожія на атетозъ, но не описываетъ подробно, какія это движенія. Съ другой стороны Löwenfeld **) и Remak ***) описали явленія частью аналогичныя съ нашими (случай Remak'a), частью сходныя съ атетозомъ (случай Löwenfeld'a при множественномъ невритѣ не алкогольнаго происхожденія), которыя даютъ возможность предположить, что и при алкогольномъ невритѣ могутъ быть такіе переходы отъ простыхъ клоническихъ подергиваній къ такимъ, гдѣ движенія имѣютъ какъ будто болѣе правильный характеръ (хватательныя движенія и *т. д.*).

*) l. c.

**) „Ein Fall von multiples Neuritis mit Athetosis.—Neurol. Centralbl.“ 1885, № 5.

***) „Ein Fall von generalisirt. Neuritis etc.—Neurol. Centralbl.“ 1885, № 14.

Клоническія подергиванія въ нашихъ случаяхъ были, какъ мы сказали, главнымъ образомъ въ пальцахъ ногъ, но при развитіи болѣзни они наблюдались и въ пальцахъ рукъ. Въ двухъ же случаяхъ клоническія судороги въ видѣ отрывочныхъ, толчкообразныхъ сокращеній замѣчались и въ мускулахъ шеи, но это было уже въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ и было предвѣстникомъ близкой смерти. Такія же судороги передъ смертью въ мышцахъ лица описываетъ M. Huss. Подобнаго рода клоническія судороги бывали больше всего въ то время, когда болѣзнь еще развивалась. Въ тѣхъ случаяхъ, когда начинается поправленіе или болѣзнь переходитъ въ длительное теченіе, онѣ болѣе частью прекращаются.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ клоническія судороги могутъ выражаться совсѣмъ въ иной формѣ, именно въ видѣ *общихъ конвульсій*. Мы видѣли, что изъ такихъ случаевъ Magnus Huss составилъ особую конвульсивную форму хроническаго алкоголизма. Leudet *) тоже видѣлъ такого рода конвульсивные припадки у одного изъ своихъ больныхъ и сравниваетъ ихъ съ общими судорогами, которыя бываютъ при отравленіи стрихниномъ. Онъ, повидимому, склоненъ объяснять ихъ необыкновенно повышенною рефлекторною возбудимостью. Ни въ одномъ изъ нашихъ случаевъ не было такихъ общихъ конвульсій, но мнѣ пришлось наблюдать одну больную, у которой были всѣ симптомы продромальнаго періода алкогольнаго паралича: характерныя боли (причемъ особенно сильно были выражены энтералгіи), шаткость походки, повременамъ алкогольный бредъ. Какъ только больная прекращала употребленіе вина, она почти вполнѣ поправлялась. У этой больной бывали припадки общихъ судорогъ, которыя по описанію подходили въ тому, что описываетъ M. Huss, и не похожи были на настоящіе эпилептическіе припадки, а имѣли болѣе сходства съ истерическими. Они обыкновенно бывали одновременно съ развитіемъ всѣхъ другихъ явленій, особенно болей; начинались припадки подергиваніями въ одной рукѣ, потомъ судороги распространялись и на другую руку, потомъ на ноги. Сознанія больная вначалѣ не теряла, но потомъ оно затемнялось на нѣсколько секундъ. Иногда во время припадка больная хватала себя за грудь, за волосы, за горло, какъ при истерическихъ припадкахъ. При этомъ были частью клоническія, частью тоническія судороги; иногда бывалъ и opisthotonus. Иногда припадки продолжались минутъ пять, иногда съ перерывами нѣсколько часовъ. Нужно замѣтить, что у этой больной рефлексы какъ кожные, такъ и нателярные существовали, и не было той дряблости мышцъ, которая характеризуетъ начало паралличныхъ явленій. Эти припадки общихъ

*) l. c.

конвульсій, мнѣ кажется, заслуживаютъ еще того, чтобъ ихъ правильно описать и изучить условія ихъ происхожденія. Какъ можно заключить изъ лекціи Charcot въ іюлѣ 1886 г., онъ смотритъ на нихъ какъ на истерическіе *). Lancereaux тоже смотритъ на нихъ какъ на истероидные **). Во всякомъ случаѣ я, слѣдуя примѣру M. Huss'a, не могу смѣшивать ихъ съ настоящими эпилептическими припадками, бывающими у алкоголиковъ довольно часто. *Эпилептическіе* припадки бываютъ и у тѣхъ алкоголиковъ, у которыхъ развиваются параличи (изъ нашихъ 20 случаевъ у 3-хъ была эпилепсія), но мнѣ кажется, что кромѣ этіологической связи между этими эпилептическими припадками и параличами другой связи никакой нѣтъ,—это совершенно особенная болѣзнь.

Кромѣ клоническихъ судорогъ у больныхъ алкогольнымъ параличомъ иногда наблюдаются и тоническія. Чаще всего эти тоническія судороги имѣютъ характеръ *контрактуръ*; но иногда онѣ носятъ и другой характеръ; въ одномъ случаѣ (XIV), въ періодѣ развитія болѣзни, часто бывали длительныя тоническія судороги въ мышцахъ икры и стопы, которыя потомъ исчезали. Что касается контрактуръ, то онѣ наблюдались въ нашихъ случаяхъ довольно часто, а именно въ 13 случаяхъ изъ 20. Это обстоятельство должно, конечно, удивить всякаго, кто знакомъ съ французскою литературой по этому предмету. Французскіе авторы утверждаютъ, что алкогольный параличъ обыкновенно протекаетъ безъ контрактуръ. Шарко говоритъ, что алкогольный параличъ есть paralysie flasque. За нимъ повторяетъ это Бриссо ***), который утверждаетъ, что les paralysies toxiques sont toujours flasques (p. 33). Это же утверждаетъ и Oettinger (p. 27), который говоритъ такъ: „даже въ случаяхъ далеко зашедшихъ мускулы не представляютъ контрактуръ". Его удивляетъ, что Wilks считаетъ контрактуры однимъ изъ частыхъ симптомовъ алкогольнаго паралича. Конечно, говоритъ онъ, возможное дѣло, что въ тотъ или другой періодъ болѣзни контрактуры и бываютъ, но онѣ всегда мало выражены и не должны играть никакой значительной роли въ симптоматологіи алкогольнаго паралича, который есть всегда по существу «параличъ вялый» (flasque). Съ другой стороны, многіе англійскіе и нѣмецкіе писатели считаютъ контрактуры однимъ изъ частыхъ симптомовъ алкогольнаго паралича, а Seeligmüller говоритъ, что въ тяжелыхъ случаяхъ это одинъ изъ самыхъ характерныхъ симптомовъ. Эта разница во взглядахъ зависитъ отчасти отъ того, что, что многими авторами описы-

*) „Irrenfreund 1886, № 4.—Aus Charcot's Klinik."
**) *Casanova*: „Intoxication chron. par l'alcool. etc.", p. 35.
***) *Brissaud*: „Des paralysies toxiques". 1886.

вается какъ контрактура, французскими авторами не считается за контрактуру. Тѣ ненормальности въ формѣ стопы (pes equin. и pes equino varus), которыя могутъ быть объяснены контрактурою, французскіе авторы объясняютъ фиброзными сращеніями въ окружности сухожилій парализованныхъ мышцъ, которыя, будто бы, могутъ при хорошемъ теченіи болѣзни даже исчезнуть, и тогда форма стопы возстановляется. При этомъ сращеніи сухожилій самыя мышцы, говоритъ Oettinger, вялы, разслаблены. Бриссо, для объясненія того, почему контрактуры бываютъ главнымъ образомъ въ сторону сгибателей, добавляетъ, что сращенія развиваются, по всей вѣроятности, въ сгибателяхъ больше, чѣмъ въ разгибателяхъ.

Если припомнить, что Brissaud — авторъ прекраснаго сочиненія „Recherches sur la contracture permanente des hemiplegiques" и что въ дѣлѣ изученія контрактуръ онъ компетентный изслѣдователь, станетъ весьма понятнымъ, что и я былъ очень смущенъ, прочтя его мнѣніе о контрактурахъ при алкогольномъ параличѣ, какъ разъ противное тому, что я считалъ себя вправѣ высказать. Но какъ я ни старался стать на точку зрѣнія Brissaud, я долженъ былъ остаться при своемъ мнѣніи. Прежде всего, уже не касаясь алкогольныхъ контрактуръ, а говоря о контрактурахъ вообще, очень трудно при постели больнаго сказать, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ: съ контрактурой ли въ тѣсномъ смыслѣ слова, т. е. зависящею отъ чрезмѣрной функціи мышцы, или отъ механическаго сокращенія (retraction) мягкихъ частей. Это дѣленіе предложено во Франціи Follin: по его мнѣнію, настоящая контрактура, зависящая отъ чрезмѣрной функціи, можетъ поэтому быть только непродолжительная; а когда она длится долго, то это уже не контрактура, а стягиваніе тканей. Но самъ Brissaud, въ своей работѣ о длительныхъ контрактурахъ у гемиплегиковъ, доказалъ, что это невѣрно: тѣ контрактуры, которыя, по Follin, должны были считаться уже не контрактурами, исчезали послѣ того, какъ наложеніемъ Эсмархова бинта на конечность измѣнились условія функціональной способности мышцъ; слѣдовательно, въ данномъ случаѣ неправильное положеніе конечности исключительно зависѣло отъ функціи мышцы. Если такимъ образомъ теоретическое дѣленіе контрактуръ не выдержало критики въ однихъ отдѣлахъ контрактуръ, то почему же, не провѣривши, считать его обязательнымъ для другаго рода контрактуръ? Мнѣ кажется, что придерживаться его по крайней мѣрѣ было бы рискованно безъ точнаго изученія явленій какъ со стороны клинической, такъ и со стороны патолого-анатомической. Что касается до патолого-анатомической стороны, то она неизвѣстна; а какъ представляются явленія со стороны клинической, я постараюсь сейчасъ описать.

Одна изъ частныхъ формъ того, что я называю контрактурами при алкогольномъ параличѣ, это сведеніе мышцъ сгибающихъ голень—biceps femoris, semitendinos, semimembranosus. Сведеніе ногъ въ колѣнѣ—частью въ видѣ ригидности мышцъ, частью рѣзко выраженное—было въ половинѣ нашихъ случаевъ. Въ началѣ болѣзни замѣчалась обыкновенно только rigiditas: при попыткѣ совершенно выпрямить ногу въ колѣнѣ чувствовалось, что этому препятствуютъ мышцы сгибающія голень, и хотя разогнуть удавалось, но это вызывало у больнаго значительную боль. При этомъ мышцы сгибающія голень напрягались, хотя и не сильно. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни вполнѣ разогнуть ногу уже не удавалось, потому что разгибаніе далѣе извѣстнаго угла заставляло больнаго кричать отъ боли. При этомъ сухожилія мышцъ были очень сильно натянуты, самыя же мышцы не представлялись всѣ сплошь сокращенными,—напротивъ, часть ихъ дрябло висѣла. Въ случаяхъ очень интенсивной болѣзни уголъ сведенія дѣлался все меньше и меньше—и въ нѣкоторыхъ случаяхъ былъ значительно меньше 90°. При этомъ большею частью мышцы разгибающія голень были очень слабы, атрофированы; мышцы сгибающія—посильнѣе, хотя тоже представляли атрофію; активное разгибаніе было большею частью невозможно, или очень ослаблено, а активное сгибаніе болѣе возможно. Въ обыкновенномъ положеніи самое брюшко мышцъ semitendinos и semimembranos. и biceps femoris не представляло напряженія, но при усиленной попыткѣ разогнуть ноги далѣе извѣстнаго угла мышцы сильно натягивались и сухожилія ихъ рѣзко обрисовывались, были очень тверды на ощупь, такъ что разогнуть ногу безъ нарушенія цѣлости тканей не представлялось возможнымъ. При этомъ, впрочемъ, всегда больной готовъ кричать отъ боли, такъ что вліяніе болеваго чувства на сокращеніе мышцъ несомнѣнно было, а изслѣдованія ногъ хлороформомъ мною не было произведено. Точно также и не имѣлъ возможности повторить опытъ Брессо съ обезкровливаніемъ конечности, потому что не считалъ себя вправѣ производить такое рѣзкое измѣненіе въ кровеобращеніи у больныхъ, которые всѣ представляли тѣ или другіе симптомы нарушенія дѣятельности сердца.

Въ дальнѣйшемъ теченіи ходъ контрактуры въ колѣнѣ былъ таковъ: въ нѣкоторыхъ мало интенсивныхъ случаяхъ (наприм., наблюденіе XV) rigiditas мышцъ быстро исчезала, когда больной быстро поправлялся; въ другихъ она оставалась очень долго и, перейдя въ контрактуру, оставалась до самой смерти. Но въ другихъ случаяхъ, не кончавшихся смертью, эта контрактура, достигнувъ своего maximum'а,—большею частью послѣ того, какъ болѣзнь достигла асте развитія, т.-е. въ теченіе первыхъ 4—8 недѣль послѣ начала болѣзни,—оставалась довольно долго стаціонарною, а потомъ, при возстановленіи функціи и питаніи мышцъ, понемногу уменьшалась. При этомъ уменьшеніе контрактуры, т.-е. увеличеніе угла разгибанія, шло иногда чрезвычайно медленно, въ продолженіе 2—3 лѣтъ, но, тѣмъ не менѣе, колѣно все болѣе и болѣе разгибалось безъ всякихъ механическихъ воздѣйствій и, наконецъ (наблюд. X), оно совсѣмъ разогнулось и больной могъ ходить. Долженъ прибавить къ этому, что очень компетентные врачи, видя такую длительную и очень сильную контрактуру, въ первые 6 мѣсяцевъ болѣзни нисколько не уменьшавшуюся, очень сомнѣвались, чтобъ она могла пройти безъ оперативнаго пособія, потому что считали, что здѣсь необходимо должно быть сращеніе сухожилій съ сосѣдними тканями. Несмотря на это, она все-таки, какъ мы сказали, проходила совершенно.

Кромѣ контрактуры въ колѣнѣ, въ очень большомъ числѣ случаевъ наблюдается своеобразное положеніе стопы, которое тоже считается однимъ авторами за слѣдствіе контрактуръ, другими (французскими)—за сращеніе сухожилій. Особенная форма стопы при алкогольномъ параличѣ обратила вниманіе многихъ наблюдателей. По формѣ стопы Dejerine называетъ алкогольный параличъ paralysie digitigrade. Наиболѣе характерное положеніе стопы мнѣ пришлось наблюдать въ случаѣ X. у этого больнаго стопа на той и другой сторонѣ была сильно вытянута. Ахиллово сухожиліе было сильно натянуто и пригнуть стопу вверхъ не было никакой возможности. При этомъ стопа была нѣсколько вывернута подошвою внутрь, хотя не въ большой степени. Тылъ стопы представлялъ очень крутой сводъ,—сводъ былъ гораздо болѣе нормальнаго,—соотвѣтственно этому подошва была очень вогнута, такъ что стопа была гораздо болѣе скручена, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. При этомъ пальцы ногъ, начиная со 2-го и кончая мизинцемъ, были въ положеніи гриффа,—1-ыя фаланги экстензированы, 2-ыя и 3-ьи флексированы. Большой палецъ былъ, наоборотъ, вытянутъ, отведенъ и поставленъ такъ, что подошвенною стороной своей мякоти былъ обращенъ ко 2-му пальцу. Вслѣдствіе такого насильственнаго положенія большаго пальца между его основаніемъ и остальною частью подошвы была глубокая борозда. Это положеніе стопы было стаціонарнымъ. Попытка перемѣнить положеніе стопы была невозможна,—препятствіе мышцъ и сухожилій было очень сильно. Только пальцы—и то съ трудомъ—можно было выпрямлять изъ ихъ крючковатаго положенія.

Рисунокъ 1-й представляетъ стопу этого больнаго; на этомъ рисункѣ (нѣсколько схематичномъ и сдѣланномъ тогда, когда напряженіе Ахиллова сухожилія уже значительно уменьшилось) можно видѣть и особенное состояніе свода стопы, и положеніе пальцевъ.—Состояніе подошвы рельефно представляютъ рисунки 2-й и 3-й. Эти рисунки изображаютъ слѣдъ

больнаго, сдѣланный по способу Gille de la Tourette *): больному намазывались подошвы порошкомъ краски rouge anglais и заставляли его ходить по полосѣ бумаги (по обоямъ). Краска оставляла отпечатокъ подошвы, который и изображенъ на рис. 2 и 3 (масштабъ $^1/_2$). Если сравнить эти рисунки съ рисункомъ 4-мъ (слѣдъ нормальнаго человѣка), то легко видѣть: 1) что сводъ подошвы больнаго выше отстоитъ отъ почвы, такъ какъ на отпечаткѣ слѣда лѣвой ноги совсѣмъ нѣтъ отписка средины подошвы, а на отпечаткѣ слѣда правой ноги только небольшой край ея; 2) что мякоть большаго пальца сильно вприлвинута къ мякоти наружнаго края стопы, такъ что между ними остается глубокая борозда, которая и отпечатывается въ слѣдѣ, чего нѣтъ въ слѣдѣ нормальномъ.

Въ нѣсколько меньшей степени, но совершенно такое же положеніе замѣчалось и въ случаяхъ XVII и XVIII. Въ случаѣ XVII особенно рѣзко была выражена одна особенность, которая была и въ другихъ случаяхъ, но не въ такой степени,—именно то, что неправильность положенія стопы очень рѣзко увеличивалась подъ вліяніемъ внѣшняго раздраженія, наприм. холода: достаточно было снять одѣло съ ногъ, чтобъ увидѣть, какъ черезъ нѣсколько времени всѣ сокращенія рѣзко увеличиваются,—нога больше скрючивается, пальцы болѣе сгибаются и въ такомъ положеніи нога застываетъ, пока снова, подъ вліяніемъ тепла, контрактура не уменьшится. Во всѣхъ такихъ случаяхъ это положеніе стопы было въ періодѣ еще рѣзко выраженной болѣзни, хотя уже уменьшавшейся. Въ случаѣ XIII мнѣ пришлось наблюдать такое положеніе стопы, но уже тогда, когда прошло много мѣсяцевъ послѣ того, какъ паралличные симптомы исчезли. Въ этомъ случаѣ было очень интересное явленіе: ноги въ наиболѣе покойномъ для нихъ положеніи находились именно въ описанномъ; но если больная хотѣла, она могла сдѣлать усилія и привести ноги въ обычное положеніе; обычный же тонусъ мышцъ ставилъ ихъ въ положеніе неправильное, и оно особенно усиливалось при волненіяхъ и при охлажденіи ногъ. Это состояніе ногъ, подходящее подъ описаніе Duchenne (de Boulogne): griffe pied creux equin varus,—встрѣчается, впрочемъ, не у всѣхъ больныхъ, хотя составляетъ одну изъ наиболѣе частыхъ формъ стопы при алкогольномъ параличѣ. Вѣроятно, впрочемъ, что могутъ быть другія разновидности неправильности стопы. Такъ, напримъ., въ случаѣ XII мнѣ казалось, что подошва, напротивъ, значительно площе, чѣмъ слѣдовало бы въ нормальномъ состояніи.

Описанное нами положеніе стопы наблюдается болѣе частью въ довольно тяжелыхъ случаяхъ болѣзни, въ которыхъ атрофія мышцъ

*) „Etude sur la marche“ etc. Thèse de Paris 1885.

рѣзко выражена и электрическая реакція глубоко измѣняется. Судя по наблюденію X, это состояніе стопы развивается не въ первое время болѣзни. Если въ этомъ же случаѣ есть контрактуры въ колѣнѣ, то обыкновенно контрактуры въ колѣнѣ развиваются гораздо раньше. Въ началѣ болѣзни, когда мышцы всѣ рѣзко парализованы и атрофированы, ступня не представляетъ неправильностей. Только тогда, когда начинается возстановленіе функціи и возстановленіе питанія мышцъ, начинаетъ дѣлаться замѣтно измѣненіе положенія, и нѣкоторыя мышцы, именно сгибающія, дѣлаются крайне напряженными. Въ дальнѣйшемъ теченіи, при дальнѣйшемъ улучшеніи—неправильность въ стопѣ дѣлается все рѣзче и рѣзче и такъ можетъ идти не только мѣсяцы, но и годы. Наконецъ, наступаетъ періодъ, когда неправильность начинаетъ уменьшаться, и въ то время мышцы ступни начинаютъ полнѣть. Въ концѣ концовъ ступня можетъ выправиться, хотя на это идетъ иногда много лѣтъ.

Кромѣ этихъ сведеній въ колѣнѣ и въ ступнѣ, при алкогольномъ параличѣ бываютъ сведенія и въ другихъ частяхъ. Такъ, иногда нога бываетъ согнута въ тазобедренномъ суставѣ и не можетъ быть въ теченіе нѣкотораго времени совершенно выпрямлена (contractura m. iliopsoatis); затѣмъ въ одномъ изъ нашихъ случаевъ была контрактура мышцъ сгибающихъ руку въ локтѣ; въ случаѣ Фишера контрактура была въ пальцахъ рукъ. Это, впрочемъ, явленія рѣдкія; самыя же частыя суть контрактуры мышцъ сгибающихъ голень и мышцъ стопы.

Но теперь мы должны спросить себя, имѣемъ ли мы право называть описанныя явленія контрактурами, т.-е. есть ли въ нихъ хоть какія-нибудь указанія на то, что сведенія зависятъ отъ болѣзненно усиленной функціи мышцъ? Мнѣ кажется, что на этотъ вопросъ мы можемъ отвѣтить положительно. Не говоря уже о контрактурѣ въ мышцахъ сгибающихъ голень въ колѣнѣ, которая иногда бываетъ даже вовсе непродолжительна и которая во всякомъ случаѣ проходитъ, что очень трудно было бы объяснить присутствіемъ сращеній въ мышцахъ и сухожиліяхъ,—я думаю, что и въ описанномъ сведеніи стопы мы можемъ видѣть многіе признаки ненормально повышенной функціи мышцъ. Какъ рѣзкое доказательство въ этомъ отношеніи, можетъ служить увеличеніе этого сведенія подъ вліяніемъ раздраженія кожи ногъ холодомъ. Точно также стремленіе стопы приходить въ это ненормальное положеніе при покоѣ, несмотря на то, что стопа *можетъ быть* и въ нормальномъ положеніи, при извѣстномъ усиліи воли (XIII), указываетъ на то, что здѣсь дѣйствуетъ ненормальное распредѣленіе тонуса мышцъ, а вѣдь именно ненормальнымъ тонусомъ, необыкновеннымъ повышеніемъ этого тонуса для какой-нибудь одной группы мышцъ Brissaud и объясняетъ происхожденіе всякихъ контрактуръ.

Одно ли это измѣненіе тонуса мышцъ обусловливаетъ особенное состояніе стопы, или въ какихъ-нибудь случаяхъ существуютъ и чисто-механическія условія, этого, конечно, безъ вскрытія сказать нельзя; но что измѣненіе тонуса есть, въ томъ нѣтъ сомнѣнія, а это и есть контрактура въ смыслѣ Brissaud.

Другое дѣло—какъ объяснить себѣ механизмъ происхожденія такого рода контрактуръ. Вообще механизмъ происхожденія контрактуръ трудно объяснимъ. Brissaud объясняетъ контрактуры гемиплегиковъ тѣмъ, что путемъ вторичнаго перерожденія пирамиднаго пучка вызывается особенное измѣненіе въ клѣткахъ переднихъ роговъ спиннаго мозга, отъ которыхъ зависитъ тонусъ мышцъ. Подъ вліяніемъ этого распредѣленіе тонуса дѣлается ненормально, для нѣкоторыхъ мышцъ онъ усиливается—и такимъ образомъ происходитъ контрактура.

По его же мнѣнію, аналогичное измѣненіе клѣтокъ переднихъ роговъ можетъ развиться и другимъ путемъ, какъ, напримѣръ, при истеріи, при которой тоже бываютъ контрактуры. Контрактуры при сочленовномъ ревматизмѣ онъ наклоненъ объяснить тоже раздраженіемъ этихъ клѣтокъ путемъ центростремительныхъ. Очень можетъ быть, что аналогичное объясненіе можетъ быть сдѣлано и для контрактуръ при алкогольномъ параличѣ. Здѣсь кстати будетъ замѣтить, что контрактуры при алкогольномъ параличѣ развиваются преимущественно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ тотъ или другой періодъ болѣзни были сильно выражены боли. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болей нѣтъ, контрактуры большею частью бываютъ мало выражены или ихъ совсѣмъ нѣтъ, даже въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, какъ, напримѣръ, XX-мъ. Впрочемъ, можетъ-быть это заключеніе преждевременное, основанное на случайномъ подборѣ случаевъ.

Трясеніе.

Трясеніе въ различныхъ частяхъ тѣла составляетъ, какъ извѣстно, одинъ изъ выдающихся признаковъ алкоголизма. Этотъ признакъ дѣйствительно довольно часто наблюдается и у лицъ, у которыхъ развивается алкогольный параличъ, но въ громадномъ большинствѣ случаевъ трясеніе наблюдается только въ продромальномъ періодѣ болѣзни, или когда болѣзнь еще развивается и еще не вполнѣ сформировалась. Въ развитой же формѣ алкогольнаго паралича трясеніе наблюдается сравнительно не часто, именно въ нашихъ случаяхъ оно было всего въ 3-хъ изъ 20-ти. Ничего особеннаго въ характерѣ этого трясенія нѣтъ; поэтому мы останавливаться на немъ не будемъ; скажемъ только, что фактъ существованія трясенія въ анамнезѣ больнаго, особенно если оно бывало по утрамъ, а проходило послѣ употребленія вина, есть очень драгоцѣнный признакъ для діагностики

этіологическаго момента болѣзни. Трясеніе въ языкѣ наблюдается довольно часто какъ въ тяжелыхъ случаяхъ алкогольнаго паралича, такъ и въ случаяхъ средней степени. Иногда трясеніе развивается въ конечностяхъ (въ рукахъ) и при окончаніи болѣзни, заступая мѣсто исчезнувшаго пареза.

Разстройства чувствительности.

Разстройства чувствительности при алкогольномъ параличѣ бываютъ трехъ родовъ: боли, парестезіи и ослабленіе чувствительности. Изъ нихъ на первомъ планѣ стоятъ:

Б о л и.

Боли у лицъ страдающихъ алкогольнымъ параличомъ наблюдались во всѣхъ нашихъ случаяхъ и почти во всѣхъ случаяхъ литературныхъ. Боли, впрочемъ, въ различныхъ случаяхъ бываютъ очень различны по своей степени и характеру: иногда онѣ *бываютъ очень сильны*, въ другихъ случаяхъ *слабы*; иногда они бываютъ самостоятельныя, иногда являются только подъ вліяніемъ какого-нибудь раздраженія, напримѣръ, сдавленія конечности и т. д. Изъ нашихъ двадцати случаевъ въ девяти были и самостоятельныя боли, въ остальныхъ были только боли отъ вліянія внѣшняго раздраженія.

Изъ послѣдняго рода болей на первомъ планѣ стоятъ боли отъ сдавленія мягкихъ частей пораженныхъ конечностей, главнымъ образомъ мускуловъ. Эта боль замѣчалась во всѣхъ нашихъ случаяхъ и въ большомъ числѣ литературныхъ. По словамъ Brissaud, профессоръ Шарко считаетъ эту живую болѣзненность мускуловъ почти патогномоничною для алкогольнаго паралича (она впрочемъ бываетъ при многочисленныхъ невритахъ и не алкогольнаго происхожденія). Рѣзче всего она замѣтна въ голеняхъ и ступняхъ: при сдавленіи икръ и мягкихъ частей стопы (въ межкостныхъ промежуткахъ) больной почти всегда вскрикиваетъ отъ боли; иногда уже самое небольшое давленіе вызываетъ острую боль съ характеромъ новшей. Боль эта происходитъ по прекращеніи давленія, но не тотчасъ. При подробномъ изслѣдованіи оказывается, что сдавленіе одной только кожи и подкожной клѣтчатки не вызываетъ этой боли, а она является тогда только, когда въ сдавливаемую часть попадаетъ кусокъ мышцы. Эта боль въ большей или меньшей степени существуетъ во всѣхъ захваченныхъ болѣзнью мышцахъ, но вообще тѣмъ болѣе поражена данная часть, тѣмъ замѣтнѣе и этотъ признакъ; вслѣдствіе этого на периферіи конечностей онъ болѣе выраженъ, чѣмъ въ болѣе центральныхъ частяхъ,—

въ ногахъ болѣе, чѣмъ въ рукахъ. Признакъ этотъ держится во все время болѣзни, но все-таки онъ сильнѣе всего выраженъ въ начальный періодъ болѣзни и въ періодъ наибольшаго развитія ея. Въ тотъ періодъ, когда болѣзнь идетъ къ поправленію, и болѣзненность мышцъ уменьшается, какъ это мы видѣли въ наблюденіяхъ X и XVI, хотя, конечно, чѣмъ глубже пораженіе, тѣмъ дольше держится и этотъ признакъ: такъ въ наблюденіи X мы видѣли, что еще черезъ $1^1/_2$ года послѣ начала болѣзни сдавленіе икръ вызывало порядочную боль, хотя несравненно меньшую, чѣмъ въ первые мѣсяцы болѣзни.

Болѣзненность мышцъ выражается не только въ болихъ при ихъ сдавленіи, но также иногда въ болихъ при активныхъ движеніяхъ конечностями. Это впрочемъ далеко не такъ часто бываетъ, какъ болѣзненность отъ сдавленія. Гораздо чаще эта болѣзненность мышцъ даетъ себя чувствовать въ тѣхъ случаяхъ, когда есть контрактуры: въ такихъ случаяхъ небольшая попытка расправить сведеніе вызываетъ часто очень сильную боль. Эта болѣзненность мышцъ часто дѣлаетъ невозможнымъ примѣненіе нѣкоторыхъ способовъ лѣченія, наприм. массажемъ и индуктивнымъ токомъ: боль вызываемая этими методами лѣченія такъ велика и остается такъ долго,—и кромѣ того такъ вліяетъ на общее состояніе больнаго, вызывая раздражительность и безсонницу,—что приходится скоро отказываться отъ нихъ.

Кромѣ болей при сдавленіи мышцъ при разбираемой нами формѣ болѣзни бываютъ еще боли при сдавленіи нервныхъ стволовъ. Въ дѣйствительности это было отмѣчено, въ другихъ нашихъ случаяхъ надзати случаяхъ это было отмѣчено, въ другихъ нашихъ случаяхъ не отмѣчено. Изъ нихъ во всѣхъ случаяхъ наиболѣе замѣтна была болѣзненность при сдавленіи nn. peronei и cruralis — и n. radialis. Кромѣ обозначенныхъ нервовъ, въ одномъ случаѣ была особенная болѣзненность при давленіи нѣсколькихъ межреберныхъ нервовъ, но это былъ совершенно исключительный случай; при этомъ была рѣзко замѣтная анестезія въ области этихъ нервовъ. Обыкновенно же давленіе на межреберные промежутки хотя и болѣзненно, но не болѣе чѣмъ на другія мягкія части тѣла. Нужно впрочемъ замѣтить, что въ очень многихъ случаяхъ сдавленіе самихъ нервныхъ стволовъ вызывало сравнительно меньшую боль, чѣмъ сдавленіе мышцъ: это наблюдали и другіе авторы. Болѣзненность отъ сдавленія нервовъ болѣе всего была выражена въ періодъ прогрессиннаго хода болѣзни, потомъ она исчезала. Ни разу не удавалось констатировать особенное утолщеніе болящихъ нервныхъ стволовъ, припухлость и т. п.

Къ несамостоятельнымъ болямъ нужно причислить еще тѣ, которыя бываютъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ при прикосновеніи и раздраженіи кожи. Эта гипералгезія кожи замѣчалась въ шести изъ нашихъ случаевъ. На нее обратилъ вниманіе еще М. Гуссъ, создавшій особенную гиперестетическую форму хроническаго алкоголизма, которую потомъ описывалъ и Leudet. Гипералгезія кожи выражается въ томъ, что даже небольшое прикосновеніе къ кожѣ вызываетъ очень болѣзненное чувство—чувство жженія, точно кожа была содрана съ больнаго мѣста. Больше всего это было выражено на стопѣ, подошвѣ, и нижней части голени. Иногда гипералгезированная часть соотвѣтствуетъ какъ бы ботинкѣ, иногда соотвѣтствуетъ сапогу, т.-е. распространяется на значительную часть голени. Иной разъ гипералгезіи кожи бываетъ и въ кистяхъ рукъ. Иногда эта гипералгезіи кожи бываетъ настолько сильна, что не даетъ возможности прикрывать ноги одѣломъ: необходимо бываетъ устраивать обручи надъ ногами и ими поддерживать одѣло, иначе прикосновеніе ткани къ ногамъ вызываетъ сильнѣйшую боль. Иногда, когда гипералгезіи кожи является у тѣхъ больныхъ, которые, по состоянію мышечной силы, могли бы ходить, она очень мѣшаетъ ходить; одна больная (наблюд. I) жаловалась, что когда она ступитъ на полъ, то въ подошву точно вонзится тысяча иголокъ, изъ которыхъ нѣкоторыя проникаютъ и въ голеностопный суставъ. Очень можетъ быть, что въ этомъ случаѣ кромѣ гипералгезіи кожи существовала и гипералгезія голеностопнаго сустава.

Въ одномъ случаѣ (VI) вмѣстѣ съ гипералгезіей кожи голени была вѣроятно и гипералгезія надкостницы tibiae, такъ какъ давленіе на переднюю поверхность tibiae вызывало рѣзкую ломящую боль, которая соединилась съ чувствомъ жженія, зависѣвшаго отъ гипералгезіи кожи.

Большею частью гипералгезіи кожи при алкогольномъ параличѣ характеризуется еще чрезвычайною невыносимостью къ холоду. Иногда это доходитъ до того, что больной не можетъ взять въ руки стекляннаго стакана (набл. XIII и Leudet), потому что холодъ стекла вызываетъ невыносимое ощущеніе. Нѣкоторые больные вслѣдствіе этого держатъ руки въ мягкихъ подушкахъ изъ пуху и стараются увутывать ноги всевозможными способами; если подвергнутъ ноги вліянію комнатной температуры, больные начинаютъ кричать отъ боли. Интересно, что эта гипералгезія къ холоду бываетъ часто въ тѣхъ самыхъ частяхъ кожи, которыя совершенно не чувствуютъ раздраженія высокою температурой,—другими словами, гипералгезія къ холоду часто соединяется съ анестезіей къ теплу.

Судя по нашимъ наблюденіямъ и по тѣмъ, которыя мы собрали въ литературѣ, гипералгезіи кожи бываетъ главнымъ образомъ въ начальномъ, а еще чаще въ среднемъ періодахъ болѣзни, хотя нужно сказать, что есть случаи, гдѣ она особенно рѣзко выражена и придаетъ всей болѣзни особенно мучительный характеръ. Большею частью въ такихъ случаяхъ хотя съ улучшеніемъ всѣхъ явленій и она уменьшается, но уменьшеніе ея идетъ довольно медленно, хотя во всякомъ

случаѣ гипералгезія кожи исчезаетъ въ большинствѣ случаевъ раньше, чѣмъ параличныя явленія.

Болѣзненность при давленіи на позвоночникъ была замѣчена нами всего въ четырехъ случаяхъ. Она вообще не велика и не имѣетъ опредѣленныхъ излюбленныхъ мѣстъ; больше всего впрочемъ она выражена въ нижнихъ грудныхъ позвонкахъ, хотя бываетъ и въ верхнихъ.

Къ самостоятельнымъ болямъ, бывающимъ при описываемой формѣ, нужно отнести: 1) моментальныя (ланцинирующія) боли, 2) ломящія и ноющія, 3) чувство обожженія и колотья въ кожѣ, 4) чувство сжатія въ туловищѣ и 5) энтералгіи.

1) *Ланцинирующія боли* замѣчались нами въ семи случаяхъ. Онѣ ощущались главнымъ образомъ въ ступняхъ и нижнихъ частяхъ голеней. Онѣ похожи были, по описанію больныхъ, на стрѣлящія боли табетиковъ: боль быстро достигала высшей степени и потомъ исчезала, чтобы черезъ нѣсколько времени снова явиться въ томъ же мѣстѣ или по сосѣдству. По характеру боль эта сравнивалась больными или съ уколомъ шиломъ, или съ сильнымъ укусомъ, или съ прострѣливаніемъ вдоль ступни, или съ электрическимъ разряженіемъ. Отъ настоящихъ табетическихъ болей эти боли отличаются тѣмъ, что онѣ здѣсь почти всегда сосредоточиваются въ ступняхъ и нижнихъ частяхъ голеней, тогда какъ при tabes dorsalis боли бываютъ во всѣхъ частяхъ конечностей. Затѣмъ боли при алкогольномъ парличѣ особенно донимаютъ больнаго по ночамъ: днемъ онѣ слабы или даже ихъ совсѣмъ нѣтъ, но съ вечера онѣ начинаются и мучатъ больнаго во всю ночь. При настоящей tabes этого не бываетъ обыкновенно. Затѣмъ большею частью боли при алкогольномъ параличѣ бываютъ не приступами, съ отдѣльными, болѣе или менѣе длинными, промежутками, а каждый день, хотя въ одинъ день онѣ сильнѣе выражены, въ другой—меньше. Повидимому атмосферическія условія, колебанія барометра, сильные вѣтры имѣютъ вліяніе на силу этихъ болей.

2) *Ломящія и ноющія боли* чувствуются главнымъ образомъ въ колѣняхъ, икрахъ и ступняхъ. Когда онѣ локализируются въ суставахъ, то очень часто смѣшиваются съ ревматизмомъ. Онѣ держатся обыкновенно по нѣскольку часовъ подрядъ, потомъ стихаютъ, чтобы черезъ нѣсколько времени явиться снова. Онѣ также *ожесточаются по ночамъ*. Атмосферическія условія тоже имѣютъ на нихъ вліяніе. Эти боли замѣчены въ восьми случаяхъ изъ двадцати (нашихъ).

3) *Самостоятельное чувство обожженія* въ стопѣ и нижней части голени наблюдалось только въ четырехъ нашихъ случаяхъ и тоже бывало не постоянно.

4) *Чувство сжатія* въ бокахъ и груди замѣчалось въ трехъ нашихъ случаяхъ. При этомъ была и болѣзненность позвоночника при давленіи.

5) *Энтералгіи* въ нашихъ двадцати случаяхъ не наблюдались. Въ литературѣ мы нашли три случая, гдѣ при алкогольномъ параличѣ были энтералгіи (въ одномъ случаѣ овараліагія). Намъ пришлось видѣть энтералгіи алкогольнаго происхожденія у одной больной, которая была въ продромальномъ періодѣ алкогольнаго паралича: у нея были характерныя болевыя явленія, шаткость походки и по временамъ характерный алкогольный бредъ. Одновременно съ ухудшеніемъ всѣхъ этихъ явленій, что обыкновенно бывало послѣ abusus spirituosorum въ продолженіе нѣсколькихъ дней, у этой больной являлись сильнѣйшія боли въ животѣ, немножко ниже чѣмъ въ срединѣ его. Боли эти были чрезвычайно сильны, имѣли характеръ ноющій и больная должна была сидѣть согнувшись насколько возможно. Боли эти, по временамъ ожесточаясь, были постоянны въ теченіе нѣсколькихъ дней, пока, благодаря поддержанію и большимъ дозамъ опія, какъ лѣкарства, всѣ явленія не исчезали. У этой больной были при этомъ и невралгическія боли въ заднемъ проходѣ, напоминающія такія же боли при tabes dorsalis. Больная чувствовала при этомъ, что какъ будто ножъ или раскаленный колъ вводили ей въ задній проходъ и тамъ вертѣли его въ продолженіе нѣсколькихъ секундъ. Сухожильные рефлексы у этой больной были сохранены, анестезій не было,—словомъ, не было никакихъ данныхъ, чтобы признать, что у нея настоящая tabes dorsalis.

Всѣ описанныя нами самостоятельныя боли замѣчались какъ въ случаяхъ значительно развитой болѣзни, такъ и въ случаяхъ не тяжелыхъ. Съ другой стороны, во многихъ очень тяжелыхъ случаяхъ ихъ совсѣмъ не было. Очень вѣроятно, что или нужно особенное расположеніе даннаго организма, чтобы болевыя явленія были рѣзко выражены, или въ патолого-анатомическомъ субстратѣ этихъ особенно болѣзненныхъ случаевъ должны быть какія-нибудь особенности. Во всякомъ случаѣ фактъ тотъ, что во многихъ случаяхъ самостоятельныхъ болей совсѣмъ нѣтъ.—Въ тѣхъ случаяхъ, когда онѣ есть, онѣ съ теченіемъ времени уменьшаются. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это отчасти объясняется тѣмъ, что съ ухудшеніемъ болѣзни сознаніе больнаго притупляется; въ другихъ же случаяхъ боли уменьшаются при исходѣ въ поправленіе наряду съ другими симптомами. — Въ послѣднемъ случаѣ онѣ сначала начинаютъ уменьшаться въ своей силѣ и даютъ больнымъ возможность спать; при этомъ приступы ночные становятся короче, а днемъ совсѣмъ не бываетъ болей; затѣмъ и по ночамъ боли являются не каждую ночь, а только при дурной погодѣ, но вообще, впрочемъ, исчезновеніе болей идетъ довольно медленно и иногда проходитъ годъ отъ начала болѣзни, а онѣ еще держатся въ сильной степени. Сколько

намъ случалось замѣчать, онѣ очень уменьшаются въ продолженіе лѣтнихъ мѣсяцевъ: случалось видѣть, что больной встрѣчаетъ лѣто съ сильнѣйшими болями, а къ осени боли исчезаютъ совсѣмъ, особенно если больной въ продолженіе лѣта много бывалъ на чистомъ воздухѣ.

Парестезіи.

Парестезіи составляютъ одинъ изъ частыхъ симптомовъ алкогольнаго паралича. Въ продромальномъ періодѣ онѣ почти всегда очень рѣзко выражены: больной жалуется на постоянное ощущеніе чего-то посторонняго въ концахъ конечностей, на чувство ползанія муравьевъ, онѣмѣніе. Иной разъ эти ощущенія принимаютъ своеобразную форму: такъ, нѣкоторые больные жалуются на то, что по ногамъ ихъ постоянно ползаютъ насѣкомыя; иногда эти ощущенія гораздо интенсивнѣе и сравниваются больными съ тѣмъ, будто по ногамъ ползаютъ мыши и крысы. При извѣстной степени спутанности сознанія, на этихъ парестезіяхъ создается бредъ, что больной окруженъ животными и т. д. Нѣкоторые больные жалуются, что ихъ пальцы рукъ и ступни точно перетянуты бинтами, свинчены; другіе чувствуютъ, точно на конечности капаетъ что-то чрезвычайно холодное.

Большею частью эти ощущенія бываютъ, какъ мы сказали, въ продромальномъ періодѣ и могутъ въ такомъ случаѣ держаться много мѣсяцевъ. Когда уже наступили параличныя явленія, то большею частью эти явленія скоро уступаютъ мѣсто рѣзко выраженнымъ болямъ: ощущеніе ползанія животныхъ переходитъ въ кусаніе, чувство капанія холодной жидкости—въ постоянное ощущеніе холода конечностей, чувство забинтованности—въ рѣзкую давящую боль. Рядомъ съ этимъ является и выраженная анестезія. Когда, по истеченіи болѣе или менѣе долгаго времени, боли уменьшаются и анестезіи исчезаютъ, то парестезіи опять являются и остаются иногда очень долго; чаще всего въ этомъ случаѣ бываетъ ощущеніе, что ступни и пальцы рукъ слегка забинтованы.—По временамъ къ концу болѣзни развивается очень сильный зудъ въ ступняхъ и икрахъ.

Рядомъ съ парестезіями нужно отмѣтить и *диэстезіи*, т.-е. извращенное восприятіе внѣшнихъ раздраженій. Сюда относятся то, что иногда прикосновеніе къ стопѣ или кисти руки предметомъ вовсе не холоднымъ вызываетъ у больнаго рѣзкое ощущеніе холода; сюда же относится и ощущеніе подушки подъ ногами, бывающее при ходьбѣ у нѣкоторыхъ больныхъ.

Анестезіи.

Анестезіи при алкогольномъ параличѣ хотя и бываютъ въ большинствѣ случаевъ, но далеко не соотвѣтствуютъ по степени паралич-

нымъ явленіямъ. Изъ двадцати нашихъ случаевъ не было замѣтно анестезіи только въ четырехъ случаяхъ, но и изъ нихъ въ трехъ были рѣзко выраженныя парестезіи, выражавшіяся въ ощущеніи онѣмѣнія въ конечностяхъ и т. п. Въ другихъ шестнадцати случаяхъ была анестезія въ большей или меньшей степени: въ нѣкоторыхъ случаяхъ (въ шести) въ незначительной степени, въ другихъ въ порядочной. Чтобы судить о степени анестезіи, мы приведемъ результаты изслѣдованія чувствительности одного случая, гдѣ анестезія была рѣзче выражена, чѣмъ во многихъ другихъ случаяхъ (хотя поражены были одинъ только ноги, набл. I). Я останавливаюсь именно на этомъ случаѣ, потому что тутъ можно было довѣрить результатамъ изслѣдованія, такъ какъ психическаго разстройства въ то время, когда производилось изслѣдованіе, не было. Вотъ результаты изслѣдованія: „Прикосновеніе къ большимъ пальцамъ ногъ больная почти совсѣмъ не чувствуетъ, какъ съ тыльной стороны, такъ и со стороны подошвы. Затѣмъ очень слабая чувствительность во всѣхъ пальцахъ ноги; немного получше она на тылѣ ступни и нижней части голени. Поднимаясь кверху, чувствительность улучшается и переходитъ въ норму. На бедрѣ, а также на подошвахъ обѣихъ ногъ чувствительность сравнительно лучше.

Двойное прикосновеніе чувствуется какъ два при такихъ разстояніяхъ ножекъ циркуля:

	Правая сторона.	Лѣвая сторона.
На подошвѣ	33 mm	32
„ большомъ пальцѣ	двойное прикосновеніе не ощущается.	
„ тылѣ стопы.	61	60
„ нижней части голени.	74	72
„ бедрахъ.	70	65

Чувство давленія въ такомъ состояніи: на пальцахъ больная чувствуетъ давленіе только въ $^1/_2$ фунта, на тылѣ стопы въ $^1/_4$ фунта, но довольно часто узнаетъ и $^1/_8$ ф., на голени и бедрѣ $^1/_{16}$ фунта. На тылѣ стопы отличаетъ разницы въ вѣсѣ, относящіяся какъ 4 : 5, ближе къ пальцамъ—только какъ 2 : 3, на голени—какъ 4 : 5, а въ верхнихъ частяхъ—какъ 8 : 9.

Чувство температуры значительно разстроено: на пальцахъ ногъ больная смѣшиваетъ холодную воду съ горячею; то же на тылѣ стопы и подошвѣ. Такъ, прикосновеніе сосуда нагрѣтаго до 40° вызываетъ ощущеніе холода; если поднимать этотъ сосудъ выше, все держась голени, то только на серединѣ голени больная, къ своему удивленію, замѣчаетъ, что то, что она чувствовала холоднымъ, дѣлается горячимъ. Опуская сосудъ къ низу ноги, вызываемъ снова неопредѣленное тем-

ловое ощущеніе, хотя теперь уже больная не рѣшается такъ рѣшительно назвать это ощущеніе холодомъ. На подошвѣ около пальцевъ больная не чувствуетъ разницы между такими температурами, какъ 40° и 12° R. На срединѣ подошвы чувствительность также плоха, но больная можетъ отличить, что изъ двухъ сосудовъ, изъ которыхъ одинъ нагрѣтъ до 40°, а другой до 12°, послѣдній холоднѣе. На тылѣ стопы больная чаще угадываетъ, чѣмъ къ ней прикасаются—холоднымъ или теплымъ, хотя и тутъ дѣлаетъ ошибки. Самая маленькая разница, которую она иногда могла отличить здѣсь, была между 21° и 30° R.; то же самое въ нижней части голени. Въ срединѣ голени различала разницы въ 6° R., а въ верхней части голени температуры въ 25°—28° давали уже различныя ощущенія; поднимаясь кверху, чувствительность быстро улучшалась, такъ что на бедрахъ уже различаются температуры въ 27°—28°.

Въ этомъ случаѣ анестезія была очень рѣзко выражена; въ другихъ она была меньше. Въ слѣдующемъ по степени анестезіи случаѣ, гдѣ было пораженіе верхнихъ и нижнихъ конечностей, прикосновеніе вездѣ чувствовалось какъ въ верхнихъ, такъ и въ нижнихъ конечностяхъ; локализація была довольно вѣрная. Цифры эстезіометра были только вдвое больше нормальныхъ. Минимумъ ощущаемой тяжести на стопахъ былъ 1/8, и разницы ощущались въ отношеніи 8 : 9, а на бедрахъ 16 : 17. Чувство температуры, впрочемъ, и въ этомъ случаѣ было рѣзко измѣнено: сосудъ нагрѣтый до 45° давалъ ощущеніе холода и больная не могла отличить пальцами ногъ разницы температуръ въ 20° R., а на подошвѣ и пальцахъ рукъ—въ 10° R., тогда какъ на голени, бедрѣ и предплечьи различались разницы отъ 2 до 3°.

Въ другихъ случаяхъ чувства прикосновенія давленія очень мало разстроены, такъ что даже изслѣдованіемъ нельзя подмѣтить разстройства чувствительности; но за́ то чувство температуры бываетъ часто рѣзко разстроено, совершенно аналогично тому, какъ сейчасъ было описано. Такого рода измѣненіе чувства температуры составляетъ одинъ изъ частыхъ признаковъ алкогольнаго паралича. Оно отчасти отмѣчено еще Лёде и другими авторами, и потому меня очень удивляетъ замѣчаніе Oettinger'а, что „чувство температуры намъ казалось всегда не разстроеннымъ". Изъ нашихъ двадцати случаевъ оно было рѣзко разстроено въ пяти случаяхъ, въ которыхъ другіе виды чувствительности (за исключеніемъ еще чувствительности къ индуктивному току) не были рѣзко уменьшены. Въ литературныхъ случаяхъ особенное разстройство чувства температуры было отмѣчено въ девяти. Почти всегда въ такихъ случаяхъ на подошвѣ и тылѣ стопы, а частью и на пальцахъ рукъ были замѣтны слѣдующіе общіе признаки: 1) ощущеніе холода чувствовалось при прикосновеніи не только холоднымъ, но

даже горячимъ предметомъ, а прикосновеніе сосуда въ 25° вызывало рѣзкую жалобу на холодъ; 2) напротивъ, ощущеніе горячаго почти не вызывается: высокія температуры, доходившія даже до 55°, не вызывали ощущенія горячаго, а ощущеніе индифферентное; и 3) разницы между различными температурами должны были быть очень велики, чтобъ онѣ были замѣтны для больныхъ.

Подобно разстройству чувства температуры, и ослабленіе чувствительности къ индуктивному току составляетъ одно изъ наиболѣе частыхъ явленій при алкогольномъ параличѣ. Часто оно замѣтно и въ тѣхъ случаяхъ, когда анестезіи къ тактильнымъ ощущеніямъ совсѣмъ не существуетъ. Выражается это разстройство тѣмъ, что на периферическихъ частяхъ конечностей индуктивный токъ совсѣмъ не вызываетъ специфическаго и болеваго ощущенія, или только при большой силѣ тока; большею частью это бываетъ на подошвѣ, тылѣ стопы, ладони и пальцахъ рукъ. Но если переставить электродъ немножко выше, наприм. на голень или бедро, то больной вскрикиваетъ отъ боли, потому что здѣсь индуктивный токъ чувствуется очень рѣзко. Такое отношеніе къ индуктивному току замѣчено во всѣхъ случаяхъ, гдѣ анестезія хоть сколько-нибудь выражена. У насъ отмѣчена она въ 5 случаяхъ, но эта цифра потому мала, что въ первыхъ случаяхъ на это не было обращено вниманія. Въ литературныхъ случаяхъ ослабленіе чувствительности къ индуктивному току тоже отмѣчено, какъ характерное для алкогольнаго паралича.

Одно изъ характерныхъ явленій при анестезіяхъ въ алкогольномъ параличѣ бываетъ замедленіе проведенія ощущенія. Въ литературѣ оно отмѣчено еще Лёде и встрѣчается въ его наблюденіяхъ и въ наблюденіяхъ другихъ авторовъ, всего въ 12 случаяхъ. У насъ оно замѣчено было въ рѣзкой степени въ 2 случаяхъ (XVII и XVIII). Какъ мнѣ кажется, большею частью это замедленіе касается болевыхъ ощущеній. Нужно замѣтить, что со стороны болевой чувствительности большею частью существуютъ рѣзкія разстройства: часто она повышена, рѣдко понижена (если есть пониженіе чувствительности, то большею частью оно разсѣяно бляшками на стопѣ, голени и кистяхъ рукъ). Но иногда разстройство болевой чувствительности выражается совершенно своеобразно: является особенная гипералгезія на подошвѣ и концахъ пальцевъ рукъ къ тактительнымъ раздраженіямъ, и притомъ такъ, что кратковременное раздраженіе не вызываетъ боли, а долго продолжающееся вызываетъ боль: такъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, если прикоснуться ножкой эстезіометра къ подошвѣ, сначала чувствуется только одно прикосновеніе; но если не отнимать инструмента отъ кожи, является сначала небольшая боль, а потомъ она дѣлается все больше и больше и наконецъ достигаетъ невыносимой степени, которая прохо-

дить только нѣсколько времени спустя послѣ того, какъ отнять инструментъ. Обыкновенно существуетъ извѣстная продолжительность времени, которая проходитъ между первымъ тактильнымъ ощущеніемъ и первымъ болевымъ: большею частью при прикосновеніи ножкою циркуля тактильное ощущеніе является сейчасъ же, а болевое черезъ 1—2, 3, 4—6 секундъ. Продолжительность времени при этомъ различна, смотря по мѣсту раздраженія: для ногъ она больше, чѣмъ для рукъ. Нужно замѣтить при этомъ (набл. Фишера), что иногда такого рода раздраженія сопровождаются отдергиваніемъ конечности, но это отдергиваніе по времени соотвѣтствуетъ не прикосновенію, а болевому ощущенію. Болевое ощущеніе, вызываемое прямо болевымъ раздраженіемъ, напри. уколомъ булавки, тоже часто замедлено на 1 — 2 секунды и часто ощущается также чрезвычно сильно. Интересно то, что очень часто такого рода разстройство болевой чувствительности является въ томъ же самомъ мѣстѣ, гдѣ индуктивный токъ не вызываетъ болевого ощущенія, именно на ступняхъ, нижней части голени, на ладоняхъ и концахъ пальцевъ рукъ.

Что касается до мышечнаго чувства, то изслѣдованіе его при алкогольномъ параличѣ представляетъ порядочныя трудности, — трудно придти къ очень точному выводу: большею частью оно сохранено, но въ 2 литературныхъ случаяхъ отмѣчено, что оно было рѣзко разстроено и больные съ закрытыми глазами не могли опредѣлять положеніе своихъ конечностей.

Какъ мы уже сказали, ослабленіе чувствительности хотя и наблюдалось въ 16 нашихъ случаяхъ, но только въ 10 оно было рѣзко выражено; въ 6 оно было выражено слабо, и то только въ ногахъ, да и въ нихъ въ однихъ большихъ пальцахъ; изъ 10 случаевъ, въ которыхъ оно было выражено порядочно, въ 2-хъ оно было только въ ногахъ, а въ 8—и въ рукахъ, и въ ногахъ.

Какъ мы видѣли изъ приведенныхъ примѣровъ, анестезія очень рѣзко уменьшалась отъ периферіи конечностей къ туловищу, такъ что начиная съ колѣнъ на ногахъ и съ предплечья - запястнаго сочленения на рукахъ анестезія почти никогда не наблюдалась. Въ пораженныхъ анестезіей областяхъ она, обыкновенно, всего болѣе была выражена въ самыхъ конечныхъ пунктахъ, т.-е. на пальцахъ. Иногда при этомъ наблюдалось еще, что та или другая сторона стопы—наружная или внутренняя—болѣе анестезирована, чѣмъ другая. Хотя это и указываетъ отчасти на то, что распредѣленіе анестезіи можетъ быть связано съ большимъ или меньшимъ пораженіемъ одной группы нервовъ (нерв. крестцов. сплетенія съ наружной стороны стопы и поясничнаго съ внутренней), но вообще анестезія при алкогольномъ параличѣ, по занимаемому ею мѣсту, не совпадаетъ съ областью развѣтвленіи того или

другаго крупнаго нервнаго ствола. Только въ одномъ случаѣ (набл. III) анестезія соотвѣтствовала распространенію переднихъ вѣтвей межреберныхъ нервовъ.

Какъ мы уже мели замѣтить, степень анестезіи не всегда соотвѣтствуетъ степени параличныхъ явленій: въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень тяжелыхъ алкогольныхъ параличей анестезіи совсѣмъ не было, а съ другой стороны очень рѣзкая анестезія была въ случаѣ, гдѣ параличи были сравнительно малы. Вѣроятно, появленіе анестезіи въ большей или меньшей степени зависитъ не столько отъ глубины разстройства, сколько отъ неизвѣстныхъ намъ особенностей каждаго отдѣльнаго случая. Появляется анестезія большею частью уже тогда, какъ параличныя явленія рѣзко выражены, и большею частью ей предшествуютъ явленія раздраженія, т.-е. боли и парестезіи. Боли часто остаются и тогда, когда анестезія рѣзко выражена; затѣмъ боли уменьшаются и проходятъ, а анестезія остается. Большею частью, впрочемъ, и она проходитъ скорѣе, чѣмъ параличныя явленія; развѣ только на большомъ пальцѣ остается небольшая анестезія, да и то, главнымъ образомъ, по отношенію къ индуктивному току.

Рефлексы.

Исчезновеніе пателлярныхъ рефлексовъ составляетъ почти постоянный признакъ алкогольной параплегіи. Первое наблюденіе, въ которомъ у насъ отмѣчено отсутствіе пателлярныхъ рефлексовъ (IV), принадлежитъ началу 1881 года. Въ наблюденіяхъ бывшихъ до этого, какъ нашихъ, такъ и литературныхъ, о состояніи рефлексовъ не было упомянуто, но во всѣхъ случаяхъ, гдѣ о нихъ упомянуто, за исключеніемъ только 4-хъ, сказано, что они отсутствуютъ. Только въ одномъ случаѣ Oettinger'a пателлярные рефлексы были усилены. Интересны въ этомъ отношеніи тѣ наблюденія, въ которыхъ, при самыхъ небольшихъ признакахъ параплегіи, рефлексы уже отсутствовали.—Что потеря рефлексовъ есть принадлежность именно алкогольнаго паралича, а не алкоголизма, это доказываютъ тѣ наблюденія, въ которыхъ сохраненіе рефлексовъ было констатировано въ первое время болѣзни, когда не было параплегическихъ явленій. Въ XI наблюденіи, когда были разстройства памяти, и въ XV, когда былъ delirium tremens, пателлярные рефлексы были выражены, и исчезли они тогда, когда явились парезы. Можно, пожалуй, отмѣтить, что въ томъ періодѣ, когда параличъ готовится, но еще не выразился, пателлярные рефлексы носятъ нѣсколько особенный характеръ: они живы, и когда нога поднимается, при ударѣ по сухожилію, довольно высоко, но не такъ прямо и быстро, какъ при нормальныхъ пателлярныхъ рефлексахъ. Затѣмъ рефлексы

становятся все вялѣе и слабѣе и наконецъ, черезъ нѣсколько дней, совсѣмъ исчезаютъ.

Во все время, пока параличныя явленія держатся, отсутствіе пателлярныхъ рефлексовъ остается; но, затѣмъ, послѣ выздоровленія и пателлярные рефлексы возвращаются. Впрочемъ, возстановленіе рефлексовъ является такъ долго спустя послѣ того, какъ другія болѣзненныя явленія прошли, что справедливо можетъ считаться признакомъ окончательнаго выздоровленія отъ физическихъ разстройствъ алкогольнаго паралича.

Кожные рефлексы при алкогольномъ параличѣ бываютъ долгое время сохранены, — по крайней мѣрѣ въ 7 нашихъ случаяхъ отмѣчено, что они сохранены. Въ 4-хъ литературныхъ случаяхъ отмѣчено ихъ исчезновеніе, а въ 5—ихъ повышеніе. Кожные рефлексы были сохранены и въ тѣхъ изъ нашихъ случаевъ, гдѣ разстройство было очень тяжелое. Конечно, сохраненіе не полное: именно при щекотаніи, напримѣръ, подошвы не получается отраженнаго движенія въ мышцахъ стопы, которыя большею частью парализованы *), а получается отраженное движеніе или въ колѣнномъ суставѣ, или въ тазобедренномъ. Конечно, можно сказать, что дѣло здѣсь идетъ не о простомъ рефлексѣ, а о реакціи на ощущеніе щекотанія, но практически это не имѣетъ существеннаго значенія, потому что при изслѣдованіи кожныхъ рефлексовъ вообще нельзя устранить вліяніе ощущенія щекотанія, если только нѣтъ полнаго перерыва волоконъ чувствующихъ на пути ихъ по спинному мозгу. Но во всякомъ случаѣ и такой типъ сохраненія рефлексовъ, который мы описали, можетъ имѣть нѣкоторое значеніе для уясненія свойства болѣзни: онъ указываетъ, что центростремительные рефлекторные пути большею частью не очень глубоко разстроены, также какъ и самые рефлекторные центры. Однако разстройство какъ тѣхъ, такъ и другихъ все-таки бываетъ: именно въ нѣкоторыхъ случаяхъ литературныхъ отмѣчено уничтоженіе кожныхъ рефлексовъ, въ другихъ—повышеніе кожныхъ рефлексовъ. Въ одномъ случаѣ, гдѣ кожные рефлексы были повышены (Leudet), раздраженіе кожи вызывало общія судороги; въ одномъ случаѣ Фишера при раздраженіи кожи пальцевъ рукъ въ нихъ являлись движенія похожія на атетозъ; мы сами отмѣтили вліяніе раздраженія кожи на увеличеніе тонуса напряженныхъ мышцъ при сведеніяхъ въ стопѣ.—Затѣмъ Фишеръ описываетъ въ одномъ случаѣ переходъ рефлекса съ одной стороны на другую: во 2-мъ его случаѣ, при сильномъ сжиманіи m. quadricipitis на правой сторонѣ,

*) Oettinger впрочемъ упоминаетъ, что въ одномъ его случаѣ рефлекторно производились тѣ движенія, которыя не могли быть произведены произвольно (35).

рефлекторно сокращался m. iliopsoas на лѣвой *). Всѣ эти факты указываютъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ рефлекторный аппаратъ разстроивается и, по всей вѣроятности, не только въ проводникахъ, а также и въ центрахъ.

Что касается до другихъ рефлексовъ, то изъ нихъ отмѣчалось состояніе cremaster-рефлекса и рефлекса зрачка. Cremaster-reflex большею частью былъ сохраненъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ мы изслѣдовали его; въ нѣкоторыхъ изъ литературныхъ случаевъ тоже отмѣчено его сохраненіе; въ одномъ обозначено, что онъ отсутствуетъ. Реакція зрачка большею частью совершается правильно; въ немногихъ случаяхъ бываетъ вялость реакціи, особенно на свѣтовыя раздраженія.

Разстройства сосудодвигательныя и трофическія.

Кромѣ разстройствъ со стороны движенія и чувствительности, при алкогольныхъ параличахъ бываютъ рѣзко выражены сосудодвигательныя разстройства и разстройства трофическія. О трофическихъ разстройствахъ мышцъ мы уже сказали; здѣсь же отмѣтимъ еще разъ, что похуданіе мышцъ, дряблость ихъ — при алкогольномъ параличѣ большею частью предшествуетъ параличу, слѣдовательно можетъ быть истолкована всегда какъ послѣдовательная атрофія. Въ этой главѣ мы должны разсмотрѣть другія трофическія и сосудодвигательныя разстройства; изъ нихъ на первомъ планѣ стоятъ:

Отеки.

Отеки при алкогольномъ параличѣ наблюдаются очень часто.—Въ нашихъ случаяхъ они были въ большей или меньшей степени въ 9 изъ 20. Въ литературѣ они также описаны во многихъ случаяхъ (въ 20). Обыкновенно отеки являются въ нижнихъ конечностяхъ, рѣже въ верхнихъ. Большею частью они бываютъ не въ самое первое время болѣзни, а начинаютъ являться спустя 2—3, иногда больше недѣль послѣ начала паралича. Въ этомъ отношеніи, впрочемъ, дѣло идетъ не совсѣмъ одинаково: такъ, въ одномъ случаѣ Лансеро съ отековъ почти началось все дѣло, въ другихъ, наоборотъ, отеки являются только передъ смертью больнаго. Наиболѣе же частое теченіе отековъ такое: недѣли черезъ 2—3 послѣ появленія параличей появляется небольшая отечная опухоль на тылѣ стопы и лодыжкахъ. Изслѣдованіе мочи и

*) При алкогольномъ параличѣ мнѣ не приходилось видѣть такой передачи рефлекса съ одной стороны на другую; но въ одномъ случаѣ мышьяковаго паралича въ клиникѣ проф. А. Я. Кожевникова мы видѣли аналогичное явленіе. При раздраженіи индуктивнымъ токомъ правой руки является сокращеніе въ мышцахъ лѣвой руки, и наоборотъ.

сердца чаще всего не объясняетъ происхожденія этихъ отековъ; черезъ нѣсколько времени отекъ поднимается выше и захватываетъ нижнюю часть голени. Въ дальнѣйшемъ теченіи появляется отекъ на тылѣ кисти и пальцевъ руки. Большею частью дѣло этимъ и ограничивается, и съ улучшеніемъ общаго питанія и началомъ поправленія паралитическихъ явленій отекъ исчезаетъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, отекъ очень сильно развивается и захватываетъ не только конечности, но и туловище. Намъ пришлось видѣть такого рода обширный отекъ въ случаѣ XII. Въ этомъ крайне интересномъ случаѣ дѣло началось своеобразнымъ ущадкомъ памяти и паретическими явленіями въ ногахъ. Къ нимъ скоро присоединился отекъ въ ступняхъ и голеняхъ, сначала небольшой. Отекъ этотъ сталъ было проходить, но потомъ, когда состояніе больнаго, вслѣдствіе осложненія пневмоніей, ухудшилось, и паралитическія явленія увеличились, отекъ тоже увеличивался и достигъ очень значительной степени. Сначала онъ былъ только въ ногахъ, но вскорѣ явился и въ одной рукѣ—и, нужно отмѣтить, въ той рукѣ, которая хотя и была парализована болѣе, но была болѣе свободна отъ давленія, чѣмъ другая рука.—Итакъ, отекъ появился сначала на той рукѣ, въ которой паралитическія явленія были рѣзче замѣтны, и сначала рѣзко ограничивался однимъ предплечіемъ; затѣмъ, впрочемъ, скоро отекла и другая рука. Наконецъ отекъ развился въ подкожной клѣтчаткѣ туловища и лица; scrotum въ высшей степени отекла. Отекъ въ этомъ случаѣ достигъ такой сильной степени, какъ бываетъ при самыхъ тяжелыхъ водянкахъ: ноги крайне раздуты, туловище едва умѣщалось въ широкомъ креслѣ.—Но замѣчательно, что отекъ былъ исключительно въ подкожной клѣтчаткѣ; асцита рѣшительно не было. Больной былъ почти приговоренъ къ смерти, когда внезапно совершился поворотъ къ лучшему: пошла моча въ очень большомъ количествѣ и въ 5 дней прошла большая часть отека,—остался отекъ только въ голеняхъ и ступняхъ, да въ кистяхъ рукъ. Потомъ и этотъ отекъ исчезъ, но черезъ нѣсколько времени опять вернулся.

Такой случай необыкновенно-сильнаго отека былъ хотя и единственный, но онъ невольно напрашивается на сравненіе съ совершенно такого же рода явленіемъ, наблюдаемымъ при томъ множественномъ невритѣ, который носитъ названіе beriberi. Въ этомъ случаѣ было ясно, что отекъ былъ въ прямой связи съ заболѣваніемъ нервной системы, потому что какъ сердце, такъ и почки не представляли никакихъ данныхъ для объясненія отека. Очень можетъ быть, что въ механизмѣ происхожденія этого отека не малую роль играютъ и какіе-нибудь разстройства лимфатическаго аппарата. Замѣтимъ кстати, что у этого же больнаго развилось, безъ всякой видимой причины, экссудативное воспаленіе плевры.

Кромѣ отековъ при алкогольномъ параличѣ наблюдаются и другаго рода сосудодвигательныя разстройства.

Одно изъ наиболѣе частыхъ явленій—это *цianотическая окраска конечностей*: ступни и кисти руки синевато-красны, притомъ такъ, что эта окраска быстро исчезаетъ при давленіи пальцемъ и иногда рѣзко усиливается отъ всякаго внѣшняго раздраженія. Очень часто при этомъ конечности рукъ и ногъ холодны, постоянно покрыты обильнымъ потомъ. Иногда ноту такъ много, что онъ стекаетъ каплями съ подошвы. Иногда при этомъ *чрезмѣрное выдѣленіе пота* бываетъ не только въ конечностяхъ, но и во всемъ тѣлѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ конечностяхъ яркая краснота наблюдается только въ то время, когда больной жалуется на чувство жженія въ томъ или другомъ мѣстѣ. Вѣроятно, подъ вліяніемъ этихъ сосудодвигательныхъ измѣненій, бываютъ и разныя *измѣненія въ питаніи кожи*. Чаще всего бываетъ простое отслоеніе эпидермиса: иногда кожа дѣлается блестящая, принимаетъ характеръ glossy skin. Иногда развиваются разныя сыпи, urticaria, bullae; при этомъ питаніе ногтей часто тоже нарушается. Часто бываетъ purpura. Въ одномъ случаѣ (Moëli) наблюдался обширный кровоподтекъ въ голени, проникавшій даже въ periosteum. Лансеро описываетъ прободеющія язвы на ногѣ и одинъ случай, гдѣ была *симметричная гангрена конечностей*. На сухожиліяхъ иногда развиваются *утолщенія*, аналогичныя утолщеніямъ сухожилій при свинцовыхъ параличахъ (tumeur dorsal de la main). Подобное утолщеніе сухожилій мышцъ, разгибающихъ пальцы рукъ, отмѣчено въ одномъ случаѣ Dreschfeld'а.

Что касается до *подкожной клѣтчатки*, то въ большинствѣ случаевъ въ ней довольно долго сохраняется значительное количество жира, такъ характернаго для алкоголиковъ; даже когда больные страшно похудѣли, можно замѣтить, что въ подкожной клѣтчаткѣ жиръ еще есть. Когда же начинается поправленіе и похудѣвшія мышцы начинаютъ возстановляться, обыкновенно и въ подкожной клѣтчаткѣ жиру отлагается много, такъ что больной дѣлается полнѣе, чѣмъ былъ до болѣзни. Вообще, подъ конецъ болѣзни, при поправленіи больныхъ развивается очень сильно подкожная клѣтчатка, вслѣдствіе чего они на видъ какъ бы разбухаютъ.

Пролежни при алкогольномъ параличѣ являются рѣдко. Изъ нашихъ случаевъ они были только въ одномъ; да и въ литературныхъ случаяхъ тоже ихъ немного. Обыкновенно они развиваются въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ и могутъ быть объяснены нечистотою содержанія. Въ тѣхъ же случаяхъ, которые кончаются поправленіемъ, обыкновенно пролежни поверхностны и вообще всегда наклонны къ заживленію.

Какъ особенность, зависящую отъ разстройства питанія, мы должны

еще отмѣтить нѣкоторыя *измѣненія суставовъ*: въ случаяхъ XVII и XVIII суставы пальцевъ рукъ были утолщены и представлялись измѣненными въ своей формѣ, такъ что руки напоминали руки больныхъ съ хроническимъ суставнымъ ревматизмомъ. Въ случаѣ XII было замѣтно рѣзкое хрустеніе въ колѣнномъ суставѣ; въ одномъ случаѣ Dreschfeld'а была значительная припухлость въ сочлененіяхъ. Къ этому нужно еще прибавить, что тѣ измѣненія въ положеніи стопы, которыя, какъ мы сказали, французскіе авторы склонны объяснить не контрактурами, а измѣненіями въ связкахъ (сращеніями) и сухожиліяхъ, Brissaud тоже сводитъ на разстройства трофическія въ тканяхъ близъ суставовъ (p. 33).

Изъ другихъ разстройствъ, наблюдающихся при алкогольномъ параличѣ, мы прежде всего остановимся на *измѣненіи пульса*. Во всѣхъ нашихъ случаяхъ пульсъ былъ измѣненъ; съ этимъ согласны и большинство другихъ авторовъ. Почти всегда онъ очень частъ, малъ, мягокъ. Очень часто въ періодъ самаго сильнаго развитія болѣзни онъ бываетъ такъ частъ, что его нельзя считать. Затѣмъ хотя частота его нѣсколько уменьшается, но все-таки число ударовъ въ секунду остается отъ 100 до 150. Иногда при этомъ онъ бываетъ неправильный: такого рода неправильный пульсъ мы видѣли въ наблюденіи X (кривая снята, рис. 5) и въ наблюденіи XIX. Въ этихъ случаяхъ пульсъ былъ настолько слабъ и неправиленъ, что еслибы не знать, что это можетъ зависѣть именно отъ алкогольнаго паралича,—есть одинъ изъ его симптомовъ,—то можно было бы думать, что этотъ пульсъ указываетъ на агонію. Нужно замѣтить, что въ случаѣ X хотя больной и поправился, но неправильность пульса, хотя она уменьшилась, все-таки оставалась въ значительной степени. Сила пульса, впрочемъ, стала несравненно лучше.

Одно изъ постоянныхъ явленій при алкогольномъ параличѣ есть *измѣненіе свойства мочи*. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ въ первый періодъ болѣзни, когда болѣзнь еще не начала уменьшаться, мочи очень мало; она очень красна, какъ самый густой чай, содержитъ много мочекислыхъ солей. Бѣлка и сахара обыкновенно не содержитъ. Содержаніе сахара отлѣчено въ одномъ случаѣ (Келера), содержаніе бѣлка тоже въ одномъ. Иногда въ ней замѣчаются желчныя кислоты; въ одномъ изъ нашихъ случаевъ въ ней былъ индиканъ.

Я долженъ, впрочемъ, прибавить, что въ отношеніи свойства мочи при алкогольномъ параличѣ должны быть сдѣланы болѣе обстоятельныя наблюденія. Существуютъ факты, по которымъ можно предполагать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ алкоголизма и алкогольнаго паралича составъ мочи сильно измѣняется. Къ такимъ фактамъ принадлежитъ со-

общеніе Surmay *), который описываетъ случаи алкоголизма, въ коихъ были симптомы, которые авторъ считаетъ за уремическія. Теченіе большинства этихъ случаевъ очень напоминаетъ, по описанію, алкогольный параличъ. У лицъ злоупотреблявшихъ спиртными напитками развивалась, по словамъ автора, рѣзко выраженная алкогольная кахексія: аппетитъ пропадалъ, являлась рвота, силы падали, кожа и слизистыя оболочки блѣднѣли; все тѣло истощалось; особенно худѣли ноги. При этомъ были сильныя и глубокія боли въ конечностяхъ, особенно по ночамъ; у многихъ были паретическія явленія, въ одномъ случаѣ быстро исчезнувшія. Подъ конецъ развивался бредъ, сопорозное состояніе. Часто бывали конвульсіи, иногда быстро наступало коматозное состояніе и смерть какъ при уреміи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ искали бѣлокъ и не находили; въ двухъ случаяхъ, кончившихся смертью въ коматозномъ состояніи со рвотою, найдено очень малое количество мочевины въ мочѣ, именно всего было 0,2%, тогда какъ нормальное количество отъ 1,6% до 3,3%. Моча была очень малаго удѣльнаго вѣса, прозрачна, выводилась въ нормальномъ количествѣ. Въ виду этого сообщенія и другихъ соображеній, желательно было бы производить тщательное опредѣленіе составныхъ частей мочи при алкогольномъ параличѣ.

Повышеніе температуры, какъ мы говорили, наблюдается довольно часто у лицъ страдающихъ алкогольнымъ параличомъ, но почти во всѣхъ случаяхъ оно зависитъ не отъ разсматриваемой нами болѣзни, а отъ другихъ одновременно существующихъ болѣзней. Самъ по себѣ алкогольный параличъ течетъ безъ повышенія температуры,—по крайней мѣрѣ есть много случаевъ, даже очень тяжелыхъ, въ которыхъ во все время температура не повышалась. Правда, бываютъ иногда случаи, гдѣ при этой болѣзни вдругъ ни съ того, ни съ сего повысится температура до 38° съ десятыми, но всегда можно бываетъ остановиться хотя бы на самой легкой простудѣ. Однако такого рода эпизоды заставляютъ меня сдѣлать предположеніе, что хотя самъ по себѣ алкогольный параличъ не сопровождается лихорадкой, но при немъ какое-нибудь осложненіе нѣсколько легче можетъ вызвать повышеніе температуры, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ.

Одно изъ частыхъ явленій при алкогольномъ параличѣ есть *рвота*. Эта рвота наблюдается и въ продромальномъ періодѣ и составляетъ такъ называемую утреннюю рвоту пьяницъ. Но иногда она принимаетъ другой характеръ: именно въ самомъ началѣ болѣзни является упорная рвота, иногда продолжающаяся нѣсколько дней и необъяснимая никакимъ разстройствомъ въ желудкѣ. Затѣмъ она проходитъ и иногда вновь является только передъ самою смертью. Изъ нашихъ наблюденій

---

*) „L'Union Medic." 1868. XIX, 21.

рвота была въ одиннадцати случаяхъ. Въ одномъ случаѣ (XX) передъ смертью была рвота кровью, причемъ при вскрытіи ни въ желудкѣ, ни пищеводѣ не было найдено никакихъ изъязвленій. Очень вѣроятно, что выступленіе крови было здѣсь per diapedesin.

Въ одномъ случаѣ были приступы упорной *икоты*. Что касается до *отрыженія желудочно-кишечнаго канала*, то обыкновенно аппетитъ бываетъ плохъ, преобладаетъ наклонность къ запору. Недержаніе испражненій бываетъ только въ случаѣ глубокаго разстройства сознанія. Иногда наблюдаются упорныя діарреи.

Регулы у женщинъ, въ большинствѣ случаевъ, пріостанавливаются и не являются до тѣхъ поръ, пока улучшеніе станетъ на твердую почву. Такъ какъ исчезновеніе ихъ бываетъ въ самомъ началѣ болѣзни, и такъ какъ, съ другой стороны, болѣзнь начинается часто упорною рвотой, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ врачъ можетъ принять начало болѣзни за нервозъ при началѣ беременности. Такія ошибки намъ случалось видѣть.

Половая дѣятельность у мужчинъ большею частью нарушена. Большинство испытываетъ полную анафродизію; поллюціи большею частью не бываетъ въ продолженіе всей болѣзни; даже когда больной поправится почти вполнѣ—и тогда половыя желанія часто долго не возвращаются. Впрочемъ, очень вѣроятно, что уменьшеніе половой способности—и именно уменьшеніе половыхъ желаній—зависитъ не столько отъ алкогольнаго паралича, сколько отъ мѣстныхъ измѣненій въ самыхъ половыхъ органахъ. Lancereaux *) указалъ на существованіе атрофіи и другихъ измѣненій, аналогичныхъ со старческими, въ яичкахъ и предполагаетъ, что то же существуетъ и въ яичникахъ у женщинъ.

Общій видъ больныхъ обыкновенно рѣзко мѣняется: лицо обрюзгшее, иногда одутловатое, большею частью выраженіе лица измѣнено, сами больные сильно худѣютъ, слабѣютъ. Цвѣтъ лица дѣлается грязно-желтоватымъ, кожа—дряблою. Языкъ въ тяжелыхъ случаяхъ покрытъ запекшеюся слизью; иногда на немъ является молочница. Въ болѣе легкихъ случаяхъ больные не представляютъ такого рѣзкаго упадка питанія, и все-таки, въ большинствѣ случаевъ, теряютъ аппетитъ, худѣютъ и измѣняются въ лицѣ. Съ поправленіемъ отъ болѣзни большею частью начинаютъ развиваться налишныя полноты.

Разстройство зрѣнія.

Разстройство зрѣнія можетъ явиться какъ спутникъ алкогольнаго паралича. Мнѣ ни разу не приходилось видѣть рѣзко выраженнаго

*) *Lancereaux*: „Dictionn. des sciences medic.“ 1865, article—„Alcoolisme“.

разстройства зрѣнія при этой болѣзни, и потому я буду говорить со словъ другихъ авторовъ. Я не имѣю здѣсь въ виду дѣлать подробный очеркъ разстройства зрѣнія у алкоголиковъ,—этому предмету посвящена спеціальная литература,—здѣсь же отмѣчу только тѣ явленія, которыя наблюдались при алкогольномъ параличѣ:

Уже мы говорили, что иногда бываютъ парезы въ мышцахъ двигающихъ глазомъ: это бываетъ, какъ мы сказали, рѣдко и большею частью поражаются мышцы отводящія глазъ наружи, такъ что является strabismus convergens. Въ одномъ случаѣ Myrtl'я былъ ptosis paralytica. Обыкновенно страбизмъ держится только нѣсколько дней и бываетъ или въ самомъ началѣ болѣзни, или въ періодѣ наибольшаго развитія ея. Въ это время случалось видѣть и nystagmus. Иногда, какъ видно изъ случаевъ Oppenheim'a, nystagmus держится и во все время болѣзни. Что касается до состоянія зрачковъ, то обыкновенно они равномѣрны; очень рѣдко бываетъ разница въ величинѣ зрачка.—Реакція зрачка обыкновенно нѣсколько вяла. Повидимому, аккомодація совершается вялѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи.

2-ое измѣненіе въ органахъ зрѣнія есть измѣненіе самой зрительной способности. Съ этой стороны бываютъ и дихроматопсіи (случай Standisch'a), и ослабленіе силы зрѣнія съ ограниченіемъ поля зрѣнія. Ограниченіе поля зрѣнія имѣетъ чаще всего характеръ центральной скотомы. Въ этомъ нѣкоторые авторы видятъ существенную разницу ограниченія поля зрѣнія при алкогольной параличіи и tabes dorsalis: при послѣдней большею частью ограниченіе поля зрѣнія идетъ съ периферіи (Parinaud). Другую разницу между табетическою амблиопіей и амблиопіей при алкогольныхъ параличахъ нѣкоторые авторы, какъ Bernhardt, tis optica, а при tabes dorsalis этого будто бы никогда не бываетъ. Офтальмоскопическое изслѣдованіе указываетъ на блѣдность сосочка зрительнаго нерва, но обыкновенно она мало выражена. Когда атрофія рѣзко выражена (что бываетъ очень рѣдко), она имѣетъ характеръ бѣлой атрофіи. Въ одномъ изъ своихъ случаевъ Моёли, на основаніи наблюденій сосочка зрительнаго нерва съ обѣихъ сторонъ. Это же было и въ случаѣ Strümpell'я.

Разстройства зрѣнія, соединенныя съ ослабленіемъ зрѣнія, бываютъ рѣдко при алкогольныхъ параличахъ. Впрочемъ, въ началѣ болѣзни, когда психическое состояніе больнаго рѣзко измѣнено и у него есть иллюзіи и галлюцинаціи, довольно часто приходится спрашивать себя, ясно ли видитъ больной; но большею частью оказывается, что, собственно говоря, зрѣніе не разстроено. Разстройство же соединенное съ офтальмоскопическими измѣненіями принадлежитъ къ рѣдкимъ

случаямъ. Оно бываетъ и въ тяжелыхъ случаяхъ, кончающихся смертью, и въ легкихъ,—въ такихъ даже, въ которыхъ разстройство движеній не доходитъ до степени рѣзко выраженныхъ параличей, въ формахъ такъ-называемыхъ pseudo-tabes alcoholica *). Обыкновенно ослабленіе зрѣнія алкогольнаго происхожденія не имѣетъ дурной прогностики, — зрѣніе большею частью поправляется почти до нормы.

Разстройство психической дѣятельности.

Разстройство психической дѣятельности въ той или другой формѣ было во всѣхъ 20 случаяхъ алкогольнаго паралича, которые я наблюдалъ. Въ 7 случаяхъ оно было только въ началѣ болѣзни, въ остальныхъ 13 оставалось до конца ея. Оно было въ разной степени и не одинаково по своему проявленію: въ нѣкоторыхъ случаяхъ ограничивалось только рѣзко выраженною раздражительною слабостью психической сферы, въ другихъ—принимало характеръ спутанности сознанія, иногда съ галлюцинаціями и иллюзіями, въ третьихъ, наконецъ, принимало характеръ своеобразнаго ослабленія умственныхъ способностей безъ рѣзко выраженной спутанности, но съ особенно замѣтнымъ ущлабкомъ памяти. Нужно, впрочемъ, сказать, что дѣленіе на эти три формы довольно произвольное; оно дѣлается только для удобства изложенія, потому что очень часто бываетъ, что психическое разстройство представляетъ смѣшанныя черты изъ различныхъ формъ.

Простая раздражительная слабость бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда психическое разстройство выражено слабо. Обыкновенно она проявляется въ томъ, что на больнаго нападаетъ неопредѣленное безпокойство, какой-то страхъ, являются навязчивыми мысли, которыя такъ неотступно преслѣдуютъ больнаго и ассоціированы съ такимъ сильнымъ аффективнымъ состояніемъ, что онъ теряется, постоянно умоляетъ о помощи, ждетъ, что вотъ сейчасъ съ нимъ что-нибудь случится. Большею частью при этомъ являются ипохондрическія идеи: кажется, что сердце разорвется, или случится еще что-нибудь такое же страшное. При этомъ каждое, даже небольшое, болѣзненное ощущеніе вызываетъ въ больномъ тяжелое настроеніе, аффектацію; а если при этомъ существуютъ боли, то больной рѣшительно не можетъ съ собой справиться,—онъ стонетъ, плачетъ, зоветъ къ себѣ на помощь. Въ такомъ случаѣ часто приближеніе къ больному вызываетъ въ немъ безпокойство, боязнь, чтобы не усилили его боль. Перекладывать такихъ больныхъ для перемѣны бѣлья составляетъ цѣлую исторію; они кричатъ, что ихъ сейчасъ уронятъ, хотя рѣшительно для этого нѣтъ никакой возможности. Въ то же время они боятся и оставаться одни,

*) См. *Leval-Picquechef*: „Des Pseudotabes“ 1885.

требуютъ, чтобы кто-нибудь сидѣлъ съ ними, утѣшалъ ихъ. Обыкновенно есть какая-нибудь личность, на которую обрушивается вся тяжесть ихъ требовательности; эти личности—мужъ или жена, сестра— не могутъ ни на шагъ отойти; едва ихъ нѣтъ, больной или больная посылаетъ позвать за нимъ, раздражается, плачетъ, и при этомъ уговоры не дѣйствуютъ; часто больные понимаютъ, что нельзя же безотлучно при нихъ находиться, но, какъ сами говорятъ, справиться съ собою не могутъ. „Я радъ бы не звать, да не могу,—силъ не хватаетъ“,—говорилъ одинъ больной. Отъ близкихъ лицъ такіе больные постоянно требуютъ вниманія, утѣшенія, разговора съ ними,—словомъ, чтобы чѣмъ-нибудь занимали ихъ мысли; если этого нѣтъ, они волнуются, хнычутъ, жалуются на свою судьбу. Всего хуже состояніе такихъ больныхъ бываетъ ночью. Обыкновенно въ началѣ болѣзни они не спятъ, особенно если при этомъ существуютъ боли, тоже усиливающіяся по ночамъ. И, вотъ, тогда начинается мученье: каждое болевое ощущеніе вызываетъ стоны, рыданія, слова отчаянія, богохульство, брань окружающихъ, брань врачей за то, что они не могутъ вылѣчить, и т. д. Подъ утро это обыкновенно проходитъ, больной засыпаетъ часа на 2—на 3 и просыпается болѣе спокойный, но уже со средины дня безпокойство усиливается, а съ вечера опять доходитъ до очень большой степени. Всякое утомленіе усиливаетъ это состояніе, нѣкоторые способы лѣченія тоже: особенно дурно чувствуютъ себя такіе больные послѣ сеансовъ электричества. Обыкновенно подобное состояніе въ рѣзко выраженной формѣ существуетъ довольно долго, не менѣе мѣсяца, иногда болѣе, и только постепенно начинаетъ проходить. Сначала больной становится сдержаннѣе, не такъ бранится, терпѣливѣе, лучше спитъ, не такъ подчиняется каждой навязавшейся идеѣ, начинаетъ болѣе объективно относиться къ своему состоянію, не испытываетъ такого страха и, наконецъ, совсѣмъ успокоивается.

Это—ажитированная форма раздражительной слабости.

Кромѣ этого, бываетъ и другая—гораздо болѣе спокойная: больной на видъ представляется почти здоровымъ психически; онъ обо всемъ разсуждаетъ, охотно высказывается, нѣтъ никакого бреда. Однако, если присмотрѣться внимательнѣе, окажется, что это совсѣмъ не тотъ человѣкъ, что былъ прежде: онъ какъ-то легкомысленъ, ко всему относится съ юмористической точки зрѣнія, хотя его положеніе вовсе не наводитъ на веселое настроеніе, безпеченъ; умственный горизонтъ съузился и глубины ума почти не проявляется; вся дѣятельность ума заключается въ повтореніи стараго, и притомъ въ довольно однообразномъ повтореніи,—разсказываетъ старые пикантные анекдоты, интересныя по внѣшности происшествія,—но какого-нибудь серьезнаго обоб-

щенія больной сдѣлать не можетъ, вдумывается во все съ большимъ трудомъ, интересы удовлетворяются очень немногимъ. При этомъ очень небольшаго внѣшняго стимула достаточно, чтобы больной разсохотался чуть не до истерики или пришелъ вообще въ очень веселое настроеніе, такъ что готовъ запѣть, хотя это и не совсѣмъ удобно въ его обстановкѣ. Безсонница бываетъ и при этой формѣ раздражительной слабости, но она не такъ мучительна. Обыкновенно въ такомъ состояніи больной и остается до тѣхъ поръ, пока ухудшеніе болѣзни не ухудшитъ и психическаго состоянія, или до поправленія. Въ послѣднемъ случаѣ понемножку умъ его дѣлается крѣпче, активнѣе, больной дѣлается не такъ смѣшливъ, какъ прежде, лучше управляетъ своимъ вниманіемъ, начинаетъ интересоваться чтеніемъ и т. п. и мало-помалу поправляется.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ раздражительная слабость нервной системы принимаетъ, вѣроятно, и другія формы, и на этой почвѣ легко могутъ развиваться разные неврозы. Между этими неврозами заслуживаетъ вниманія самобытный гипнозъ; хотя я его не видалъ ни при одномъ случаѣ вполнѣ выраженнаго алкогольнаго паралича, но мнѣ пришлось видѣть его у одной больной, которая сильно злоупотребляла спиртными напитками и у которой въ значительной степени были выражены продромальные симптомы алкогольнаго паралича: были въ конечностяхъ, шаткость походки и отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ. У этой больной по временамъ были судорожные припадки, характерные для алкоголизма, а затѣмъ, вмѣсто этихъ припадковъ, стали являться приступы самопроизвольнаго гипноза: достаточно было чтобы больная просидѣла нѣсколько минутъ въ тишинѣ, въ полутемной комнатѣ, какъ вѣки ея смыкались, она впадала въ сонное состояніе съ возможностью появленія каталепсіи и съ возможностью подчиняться внушеніямъ.

Конечно, прежде всего является вопросъ: не есть ли это случайное совпаденіе алкогольнаго разстройства съ истеріей? Я самъ не берусь рѣшить этого вопроса, но считаю все-таки нужнымъ отмѣтить этотъ случай, потому что состояніе транса и сомнамбулизма описаны у хроническихъ алкоголиковъ *), и самобытный гипнозъ нашего случая можетъ быть поставленъ въ нѣкоторую связь съ этими состояніями. Къ этому я могу прибавить еще, что въ одномъ случаѣ *послѣдовательно* множественная неврита мнѣ тоже пришлось наблюдать явленія, относящіяся къ той же области: больная, передъ тѣмъ какъ заснуть, впадала въ особенное состояніе сна, въ которомъ она, будучи съ закрытыми глазами, отвѣчала на вопросы, разговаривала какъ бы наяву, а потомъ ничего объ этомъ не помнила.

Я долженъ во всякомъ случаѣ прибавить, что не смотря на эти симптомы какъ на непосредственное слѣдствіе того заболѣванія нервной системы, о которомъ мы теперь говоримъ, а только какъ на случайное осложненіе, для котораго почвой служитъ раздражительная слабость нервной системы, такъ часто бывающая при алкогольномъ параличѣ.

Вторую форму психическаго разстройства при алкогольномъ параличѣ составляетъ *спутанность*. Форма эта довольно хорошо извѣстна *), потому что она бываетъ и безъ параличныхъ явленій—у лицъ, злоупотреблявшихъ спиртными напитками. Поэтому подробно описывать картину этой формы нѣтъ надобности, а можно только ограничиться указаніями, спеціально относящимися къ проявленію этой формы при алкогольномъ параличѣ.

Обыкновенно симптомы этой спутанности довольно опредѣленно выражены уже въ началѣ болѣзни, вскорѣ послѣ вліянія на больнаго вызывающей болѣзнь причины. Первыми признаками является плохой сонъ, безпокойное настроеніе, навязчивыя идеи съ тревожными аффектами, часто неопредѣленный, но рѣзко выраженный страхъ. На ряду съ этимъ замѣтно еще, что больной дѣлается какъ-то несмѣнъ въ выраженіи мотивовъ своихъ безпокойствъ, неопредѣленъ въ своихъ требованіяхъ и желаніяхъ. Рѣчь его дѣлается непослѣдовательна: начавъ говорить одно, онъ конецъ приводитъ совершенно неотносящійся къ дѣлу и самъ часто не замѣчаетъ этого. Способность управлять своимъ вниманіемъ, способность ассоціировать представленія—рѣзко разстраивается; поступки отличаются какою-то разсѣянностью, несообразительностью, нецѣлесообразностью: больной, напримѣръ, закуриваетъ папиросу не съ того конца; беретъ вмѣсто одной вещи другую; говоря о чемъ-нибудь, высказывается часто такъ неопредѣленно, что трудно рѣшить, что онъ хочетъ сказать, потому что, начавши говорить про Петра, онъ потомъ упоминаетъ что-нибудь, что свойственно не Петру, а Павлу; иногда, начавши что-нибудь говорить, больной останавливается и не знаетъ какъ докончить свою фразу; если ему подсказать что бы то ни было, онъ подхватитъ это, какъ будто онъ именно это и хотѣлъ сказать; при этомъ путаетъ мѣсто, время, примѣняетъ къ дѣйствительности небылицы. Часто вмѣстѣ съ этимъ является болтливость, желаніе постоянно быть съ людьми, чувство тревоги, когда съ нимъ никого нѣтъ. По временамъ бываетъ раздражительность,

*) *Мержеевскій*: „Къ вопросу объ алкоголизмѣ.—Вѣстникъ Психіатріи". I. 2. 14. *Гольмгренъ*: „Къ вопросу о такъ-называемомъ автоматизмѣ и сомнамбулизмѣ вліяній.—Архивъ Психіатріи". V. стр. 99.

*) См. описаніе острато алкогольнаго бреда у *Мержеевскаго*: „Къ вопросу объ алкоголизмѣ.—Вѣстникъ Психіат." I. 2.

тупое упрямство. Къ вечеру, обыкновенно, больному дѣлается хуже. Онъ больше ажитируется, дѣлается требователенъ, постоянно зоветъ къ себѣ, заставляетъ подавать себѣ то ту, то другую вещь, требуетъ пунктуальнаго исполненія каждой мелочи, расспрашиваетъ настойчиво о разныхъ пустякахъ, хочетъ вставать, выходить на улицу, не слушая при этомъ никакихъ уговоровъ. У нѣкоторыхъ больныхъ при этомъ является особенный страхъ, подозрительность: они боятся воровъ, требуютъ постоянно, чтобы смотрѣли, заперты ли окна, двери, нѣтъ ли кого подъ крователью. Такъ проходитъ вся ночь, потому что, обыкновенно, сна у такихъ больныхъ нѣтъ. Обыкновенно очень скоро спутанность увеличивается: иногда уже въ самые первые дни болѣзни больной приплетаетъ въ свои разговоры много фантастическаго, представляетъ себя гдѣ-нибудь въ другомъ мѣстѣ, разсказываетъ, какъ онъ ѣздилъ въ разныя мѣста, какіе съ нимъ были въ дорогѣ происшествія—и при этомъ съ такими подробностями, точно это на самомъ дѣлѣ было. Иногда оказывается, что эти разсказываемыя событія суть отголоски воспоминаній дальнихъ лѣтъ, иногда просто фантазія больнаго, но при этомъ высказывается это съ такою положительною увѣренностью, что, очевидно, для больнаго нѣтъ никакого сомнѣнія, что все это было на самомъ дѣлѣ. При этомъ въ началѣ болѣзни всѣ его разсказы имѣютъ обыкновенно опредѣленный оттѣнокъ: это—разсказы, какъ на него хотѣли напасть разбойники, или какъ его терзали собаки; соединены они съ аффективнымъ состояніемъ, со страхомъ. Къ вечеру и страхъ, и фантазіи увеличиваются. При этомъ являются характерныя зрительныя галлюцинаціи—въ видѣ собакъ, кошекъ, мышей, страшныхъ физіономій и т. д. Больной пугается, ловитъ ихъ, сгоняетъ съ постели. Иногда спутанность такъ быстро растетъ, что больной рѣшительно перестаетъ сколько-нибудь управлять своими мыслями и весь подчиняется бредовымъ идеямъ тревожнаго характера и галлюцинаціямъ устрашающаго свойства. Онъ дѣлается крайне безпокоенъ, настойчивъ, говоритъ отрывочныя фразы, изъ которыхъ и можно понять, что ему кажется, что его сейчасъ убьютъ, отдадутъ звѣрямъ и т. д. Иногда спутанность еще болѣе увеличивается: больной начинаетъ повторять одни и тѣ же слова для выраженія самыхъ разнообразныхъ ощущеній и потребностей, ищетъ чего-то, разбрасываетъ вещи, не узнаетъ окружающихъ, пугается, кричитъ отъ малѣйшаго прикосновенія, дѣлается крайне упрямъ.

Какъ мы сказали, иногда такая сильная спутанность развивается очень быстро, но большею частью она не долго продолжается: черезъ нѣсколько дней, особенно если употребляется соотвѣтствующее лѣченіе (главнымъ образомъ спиторное), больной засыпаетъ, сознаніе дѣлается яснѣе, тревога пропадаетъ и во многихъ случаяхъ больной совсѣмъ

приходитъ въ себя, такъ что психическое разстройство исчезаетъ, а остаются только одни параличныя явленія. Обыкновенно въ этихъ случаяхъ продолжительность психическаго разстройства не болѣе нѣсколькихъ недѣль и настолько носитъ характеръ бѣлой горячки, что обыкновенно въ анамнезѣ такихъ больныхъ и говорится, что послѣ того или другого повода у больнаго развилась бѣлая горячка, а вслѣдъ за нею параличныя явленія; но, какъ мы уже говорили, обыкновенно внимательный наблюдатель можетъ уже въ первое время болѣзни, когда только еще развивается психическое разстройство, замѣтить начало паретическихъ явленій—слабость ногъ, боли при сдавленіи мышцъ, похудѣніе мышцъ, измѣненіе сухожильныхъ рефлексовъ, а потомъ и отсутствіе ихъ. Во всякомъ случаѣ, хотя очень можетъ быть, что параличные и психическіе симптомы начинаютъ развиваться одновременно, но психическіе раньше достигаютъ степени рѣзко бросающейся въ глаза, хотя часто въ такихъ случаяхъ и скорѣе исчезаютъ.

Не во всѣхъ случаяхъ, однако, эта спутанность протекаетъ такъ счастливо; бываютъ случаи, въ которыхъ спутанность принимаетъ хроническое, вялое теченіе. Нѣкоторые изъ этихъ случаевъ начинаются такъ же быстро и бурно, какъ мы только-что описали; но у нихъ не бываетъ такого рѣзкаго окончанія, а мало-помалу ажитація, безпокойство уменьшается, страхъ почти прекращается; больной тогда дѣлается вялѣе, апатичнѣе; галлюцинаціи исчезаютъ, но спутанность дѣлается все больше и больше.

Въ другихъ случаяхъ вялая форма спутанности носитъ такой характеръ вялости съ самаго начала: въ самомъ началѣ является безсонница, неопредѣленное безпокойство по поводу какихъ-нибудь явленій, наприм. по поводу упорной рвоты, которою, какъ мы говорили, часто начинается болѣзнь, затѣмъ больной начинаетъ смѣшивать сны съ дѣйствительностью: разсказываетъ, наприм., про какое-нибудь происшествіе и говоритъ, что онъ это читалъ въ газетахъ, а на самомъ дѣлѣ этого не было. Сначала онъ самъ можетъ вспомнить, что дѣйствительно этого не было, а потомъ съ каждымъ днемъ все больше и больше смѣшиваетъ дѣйствительность съ фантазіями; наконецъ теряетъ ясное представленіе о мѣстѣ, гдѣ онъ находится, о времени, о лицахъ, среди которыхъ живетъ,—словомъ, развивается полная спутанность.

Иногда въ такомъ состояніи больные находятся долгое время, и психическое разстройство долго не подвигается ни въ ту, ни въ другую сторону. Такіе больные производятъ очень своеобразное впечатлѣніе. Когда увидишь больнаго въ первый разъ, то по пріему, который онъ окажетъ врачу, трудно даже представить ту глубокую спутанность сознанія, которая у него существуетъ: онъ встрѣтитъ привѣтливо, от-

нѣчаетъ сначала на всѣ вопросы правильно, нѣсколько времени разсказываетъ довольно дѣльно, но потомъ замѣтно, что вниманіе больнаго быстро утомляется, истощается, и онъ начинаетъ путать: сначала впутаетъ въ разсказъ какую-нибудь небылицу, что вотъ онъ сегодня ѣздилъ туда-то, а потомъ или самъ по себѣ, или на вопросъ разсказываетъ цѣлый рядъ фантастическихъ происшествій съ рельефными подробностями, со всѣми внѣшними признаками правдивости, причемъ примѣшиваетъ лицъ давно умершихъ, представленія давнихъ лѣтъ, приводитъ разныя несообразности, наприм. говоритъ о пальмѣ въ умѣренномъ климатѣ; или, наприм., одинъ больной говорилъ мнѣ, какъ его привезли изъ одной Москвы въ другую Москву, совершенно такую же, взяли да черезъ заборъ и перебросили,—и теперь онъ выхода не найдетъ. Иногда, начавши одно, переходитъ совсѣмъ на другое; но мѣрѣ продолжительности разговора сознаніе все болѣе и болѣе спутывается: больной сначала узнаетъ гостя, потомъ уже называетъ его другимъ именемъ—по какой-нибудь случайной ассоціаціи. При этомъ разсказываетъ, гдѣ онъ съ нимъ видѣлся, и выдумываетъ небылицы. Рѣзко замѣтно, что ходъ ассоціацій крайне неправильный, и больной пассивно подчиняется всякой набѣгающейся мысли,—и мысль, явившись въ сознаніи, сейчасъ же пріобрѣтаетъ значеніе достовѣрнаго факта, какъ бы она ни была противорѣчива со всѣмъ, что только-что было сказано больнымъ, и со всѣми его прежними познаніями; чѣмъ больше утомляется больной, тѣмъ это дѣлается все болѣе и болѣе. Разговоръ обыкновенно ведется тихимъ голосомъ, довольно медленно, безъ всякой неусѣрченности. Больной совершенно спокойно говоритъ всевозможныя небылицы; при этомъ часто бываетъ довольно веселая улыбка, больной охотно посмѣвается надъ окружающими, надѣлая ихъ, по какой-нибудь случайной ассоціаціи, тѣми или другими комическими свойствами. При этомъ часто употребляетъ поговорки, которыя онъ любилъ въ здоровомъ состояніи, но обыкновенно ни къ селу, ни къ городу. — Если очень долго говорить съ больнымъ, то онъ начинаетъ наконецъ путать слова, вмѣсто одного слова говорить другое, и не замѣчаетъ этого. Разговоръ дѣлается все вялѣе и бессмысленнѣе.

Обыкновенно изъ разговора съ такими больными можно заключить, что память ихъ глубоко страдаетъ; большею частью они сейчасъ же позабываютъ то, что съ ними сдѣлалось,—забываютъ, кто у нихъ только-что былъ,—то, что они больны, и т. д. Но это не у всѣхъ. У другихъ хотя память и слабѣетъ, но далеко не въ такой степени. Они и удерживаютъ впечатлѣнія лучше и способны иногда припомнить довольно подробно разные факты изъ ихъ болѣзни, какъ изъ давняго, такъ и изъ недавняго: иногда такъ бываетъ, что какой-нибудь одинъ фактъ больной хорошо помнитъ, а другой, почти одновременный, который,

казалось бы, онъ еще лучше долженъ бы былъ помнить, онъ не вспоминаетъ.

Такого рода больные обыкновенно лежатъ тихо, спокойно, апатично; когда съ ними не говорятъ, и они не говорятъ; лицо ихъ спокойное, мало подвижное, глаза смотрятъ въ одну точку, лицо носитъ какой-то мертвенный отпечатокъ. Повидимому, мышленіе ихъ совершенно ничѣмъ не занято, и непремѣнно нуженъ какой-нибудь стимулъ, чтобы заставить мысль работать. Этимъ стимуломъ обыкновенно служитъ разговоръ; но если существуетъ нѣсколько повышенная возбудимость больнаго, то такое же вліяніе имѣетъ всякое движеніе, приходъ новаго лица: сейчасъ является какая-нибудь мысль, лицо немного оживляется, но большею частью не надолго. Иногда, впрочемъ, больные бываютъ поживѣе, и въ это время ассоціаціи представленій совершаются правильнѣе; большею частью это бываетъ послѣ сна, или послѣ пищи, или послѣ пріема возбуждающаго. Иногда такое же дѣйствіе производитъ приходъ того или другаго новаго лица, особенно если больной и въ здоровомъ состояніи оживлялся въ присутствіи этого лица: первое время онъ начинаетъ такъ говорить, что поражаетъ своею ясностью,—все говоритъ впопадъ, такъ что можетъ ввести гостя въ заблужденіе относительно степени разстройства умственныхъ способностей,—за то потомъ упадокъ дѣлается еще рѣзче.

Не всѣ такіе больные бываютъ, впрочемъ, совершенно покойны. Нѣкоторые больные бываютъ довольноажитированы: по вечерамъ и ночью является требовательность, постоянные приказы принести то или другое; особенно безпокойны бываютъ тѣ больные, у которыхъ существуютъ иллюзіи зрѣнія (собственно галлюцинаціи не бываютъ при этой вялой формѣ спутанности) или какія-нибудь параестезіи, такъ часто бывающія при алкогольномъ параличѣ. Такъ какъ для этихъ больныхъ въ ихъ ощущеніяхъ всегда есть стимулъ для того, чтобы мысль возникала, то они очень часто зовутъ къ себѣ, чтобъ отогнать живо или мышь, или паука, которыхъ они видятъ на постели. Одна больная, у которой было чувство сжатія въ животѣ, которое въ ея сознаніи ассоціировалось съ беременностью, ежеминутно звала къ себѣ, увѣряя, что она сейчасъ должна родить (набл. XIX). Когда есть такія иллюзіи и параестезіи, то обыкновенно спутанность пріобрѣтаетъ нѣсколько своеобразный характеръ: кромѣ рѣзко выраженной спутанности, замѣтны и довольно стойкія бредовыя идеи, т.-е. одна группа идей является почти постоянно, именно та, которая связана съ параестезіями; къ такимъ бредовымъ идеямъ относится, наприм., представленіе о беременности и родахъ, вслѣдствіе чего та больная, о которой мы сейчасъ упоминали, во всѣхъ приходящихъ къ ней видѣла акушеровъ и акушерокъ. При

этомъ можетъ произойти и измѣненное представленіе о своей личности, о своемъ общественномъ положеніи и т. п.

Теченіе этой вялой формы спутанности бываетъ различное. Если физическое состояніе организма становится все хуже и хуже, то и умственная жизнь дѣлается все слабѣе и слабѣе. Является глубокая апатія, больной едва говоритъ, мѣшаетъ слова, впадаетъ въ сонливость, прерываемую по временамъ вздохами или отрывочными криками, и, наконецъ, умираетъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда физическое здоровье поправляется, организмъ укрѣпляется—и психическое состояніе становится нѣсколько лучше: больные перестаютъ возбуждаться по ночамъ, становятся ровнѣе, спокойнѣе. Понемногу больные начинаютъ ориентироваться относительно мѣста и времени, начинаютъ запоминать окружающихъ, хотя все еще часто называютъ ихъ непринадлежащими имъ именами.

Быстрота проясненія сознанія и возстановленія памяти, впрочемъ, бываетъ очень различная. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда дѣло идетъ о людяхъ молодыхъ, крѣпкихъ, когда болѣзнь *не очень глубока*, возстановленіе умственныхъ силъ совершается довольно скоро: уже черезъ мѣсяцъ или два послѣ начала болѣзни психическое разстройство, достигнувъ высшей своей точки, болѣе не прогрессируетъ, а остановившись на нѣсколько дней или недѣль безъ перемѣны, потомъ начинаетъ во всѣхъ отношеніяхъ улучшаться и въ нѣсколько недѣль оканчивается полнымъ прояснѣніемъ сознанія, возстановленіемъ памяти и способности сосредоточивать вниманіе. Въ большинствѣ случаевъ, впрочемъ, не наступаетъ полнаго психическаго здоровья, а обнаруживаются симптомы раздражительной слабости психической дѣятельности, выражающіеся въ капризахъ, плаксивости, навязчивыхъ идеяхъ, вызывающихъ легко аффективное состояніе, въ нетерпѣливости и т. п., которые уступаютъ мало-помалу, но мѣрѣ общаго поправленія больнаго.

Въ другихъ случаяхъ дѣло идетъ чрезвычайно медленно. Развившись до глубокой степени, спутанность сознанія съ глубокими разстройствами восприятія представленій и памяти очень долго остается на одномъ уровнѣ. Больной цѣлыми мѣсяцами представляетъ признаки глубокаго монотоннаго слабоумія, иногда съ временными возбужденіями, иногда съ однообразными стойкими, часто абсурдными бредовыми идеями; только спустя 6—9—12 мѣсяцевъ отъ начала болѣзни можно замѣтить, что умственный горизонтъ начинаетъ расширяться: начинается болѣе правильное восприятіе представленій, нѣкоторыя обстоятельства изъ окружающей жизни запоминаются; больной начинаетъ понимать, гдѣ онъ, кто именно его окружаетъ, начинаютъ пробуждаться нормальные интересы, мысль работаетъ болѣе активно; начинаетъ работать, читать; постепенно отходитъ на задній планъ бредовыя представленія, а все болѣе и болѣе пріобрѣтаютъ значеніе дѣйствительные факты; въ концѣ концовъ развивается критическая оцѣнка и способность устранять изъ сознанія ложныя идеи, и такимъ образомъ нормальная умственная жизнь возрождается. При благопріятныхъ даже обстоятельствахъ, у людей довольно крѣпкихъ, жизнеспособныхъ, возрожденіе это растягивается на нѣсколько лѣтъ, да и то и сомнѣваюсь, чтобъ оно достигло полнаго возстановленія умственныхъ силъ. При неблагопріятныхъ же условіяхъ, когда организмъ самъ по себѣ уже представляетъ признаки дряхлости, улучшеніе происходитъ такъ медленно, что и совсѣмъ не достигаетъ хотя бы сколько-нибудь сносной даже для обыденной жизни степени.

Третью форму психическаго разстройства при алкогольномъ параличѣ составляетъ своеобразное ослабленіе умственныхъ способностей, выражающееся главнымъ образомъ чрезвычайно *рѣзкимъ разстройствомъ памяти, амнезіей*, при относительномъ сохраненіи разсудочной дѣятельности и ясности сознанія. *Амнезія* при алкогольномъ параличѣ встрѣчается очень часто. Въ нашихъ случаяхъ она встрѣчалась въ чистой формѣ семь разъ, а вмѣстѣ съ спутанностью пять разъ. Въ литературныхъ случаяхъ она тоже отмѣчена 18 разъ изъ 124 собранныхъ мною случаевъ алкогольнаго паралича. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ амнезія маскируется одновременно существующею глубокою спутанностью сознанія (какъ мы это видѣли въ предыдущей формѣ), но въ другихъ она выступаетъ на первый планъ, и этими-то формами мы теперь займемся. Когда эта форма наиболѣе характерно выражена, то можно замѣтить, что почти исключительно разстроена память недавняго; впечатлѣнія недавняго времени какъ будто исчезаютъ черезъ самое короткое время, тогда какъ впечатлѣнія давнишнія вспоминаются довольно порядочно; при этомъ соображательность, остроуміе, находчивость больнаго остаются въ значительной степени. Такъ, напримѣръ, больной не можетъ вспомнить—пообѣдалъ онъ или нѣтъ, хотя только-что убрали со стола, а между тѣмъ играетъ хорошо въ преферансъ, въ шашки. При этомъ онъ дѣйствуетъ предусмотрительно, напередъ видитъ дурные послѣдствія плохаго хода своего противника и можетъ вести игру, руководствуясь во все время однимъ планомъ. Если всѣ партнеры сидятъ на своихъ мѣстахъ, онъ хорошо представляетъ себѣ ходъ игры; но когда они случайно пересядутъ, онъ не въ состояніи продолжать игру. Только-что убрали шашки или карты, всѣ слѣды игры скрыли, онъ позабываетъ объ игрѣ и говоритъ, что давно не игралъ. То же самое относительно лицъ: больной узнаетъ ихъ, если видѣлъ до заболѣванія, разсуждаетъ, дѣлаетъ свои замѣчанія, часто остроумныя и довольно находчивыя по поводу того, что онъ слышитъ отъ этихъ лицъ; можетъ поддержать разговоръ довольно

интересный, а чуть только ушли отъ него, онъ готовъ увѣрять, что у него никого не было. Если лицо, съ которымъ онъ говорилъ минуты за двѣ до данной минуты, снова взойдетъ и спроситъ, видѣлъ ли онъ его, больной отвѣчаетъ: „нѣтъ, кажется, не видѣлъ“. Именъ лицъ, которыхъ онъ не зналъ до начала болѣзни, онъ не въ состояніи запомнить, а каждый разъ эти лица являются для больнаго какъ бы совершенно незнакомыми.

Вообще память ограничивается только тѣмъ, что было до начала болѣзни; то же, что было послѣ начала болѣзни, больной совершенно не помнитъ. Контрастъ полнѣйшей амнезіи относительно недавняго и сравнительной стойкости памяти давняго поразителенъ. Такъ, одинъ больной прекрасно описывалъ свои путешествія, — настолько рельефно и картинно, что каждаго увлекалъ своимъ разсказомъ,—и все это были не фантазіи, а дѣйствительные факты; но въ то же время онъ совершенно позабывалъ, что этотъ разсказъ онъ повторяетъ 10 разъ къ ряду въ теченіе одного часа. Другой больной отлично пересказывалъ свои литературныя работы, которыя были до болѣзни, а о той повѣсти, которую онъ писалъ передъ самымъ заболѣваніемъ, имѣлъ очень смутное понятіе: начало ея помнилъ, а какой конецъ повѣсти долженъ былъ быть—рѣшительно не могъ представить. Третій больной, превосходный знатокъ хирургической анатоміи, съ педантическою точностію описывалъ расположеніе сосудовъ той или другой части тѣла—и въ то же время рѣшительно ничего не помнилъ изъ того, что дѣлается во время его болѣзни. Больные обыкновенно увѣряютъ, что относительно прежняго они рѣшительно все помнятъ, и дѣйствительно, заставить ихъ вспомнить можно почти все, что доступно памяти средняго человѣка. Иногда, впрочемъ, замѣтно, что и съ этой стороны намять ихъ нѣсколько лѣнива: вспомнить они дѣйствительно все могутъ, но большею частью нужно ихъ о подробностяхъ распрашивать, руководить ихъ вниманіемъ, иначе они и о давно прошедшемъ будутъ говорить не ясно, избѣгая подробностей. За то тѣ вещи, которыя въ здоровомъ состояніи больнымъ очень часто повторялись, напримѣръ нѣкоторыя поговорки, заученныя фразы,—теперь повторяются постоянно въ одной и той же стереотипной формѣ: тотъ больной, который хорошо изучилъ хирургическую анатомію, каждый разъ даваль отвѣты изъ этой области въ совершенно одинаковой, стереотипной формѣ; описанія путешествій, которыя дѣлалъ другой больной, были совершенно въ однихъ и тѣхъ же выраженіяхъ (нужно замѣтить, что больной и въ здоровомъ состояніи любилъ разсказывать о своихъ путешествіяхъ, и разсказы его во время болѣзни были повтореніемъ прежнихъ разсказовъ).

На ряду съ этимъ видимымъ сохраненіемъ памяти давно прошедшаго

чрезвычайно рѣзко бросается въ глаза, какъ мы говорили, отсутствіе памяти недавняго: часто больной не только не помнитъ, сколько времени онъ боленъ, но даже иногда не помнитъ, что онъ настолько боленъ, что и встать не можетъ; почти отъ всѣхъ больныхъ такого рода можно услыхать, что они сегодня куда-нибудь ѣздили, хотя можетъ-быть нѣсколько недѣль уже не поднимались съ постели; отъ одного больнаго приходилось слышать почти постоянно слѣдующее: „я залежался сегодня, сейчасъ встану,—только вотъ сію минуту ноги какъ-то свело,—какъ только онѣ разойдутся, и я встану“. У него была длительная контрактура въ колѣняхъ, но онъ, не помня объ ея существованіи, считалъ, что это только дѣло данной минуты. Этотъ же больной категорически утверждалъ, что у него никакихъ болей въ ногахъ нѣтъ, а между тѣмъ у него были очень сильныя стрѣлящія боли: когда стрѣльнетъ, онъ закричитъ, а потомъ сейчасъ же на вопросъ отвѣтитъ, что у него рѣшительно никакихъ болей нѣтъ. Краткость времени, въ продолженіе котораго впечатлѣнія уже сглаживаются, поразительна: этотъ же больной, читая газету, могъ десять разъ подрядъ прочесть одну и ту же строчку какъ нѣчто совершенно новое; бывало такъ, что случайно глаза его остановятся на чемъ-нибудь интересномъ, никантномъ, и онъ эту строчку прочтетъ вслухъ своей матери и разсмѣется; но въ это время онъ, конечно, на нѣсколько секундъ отворотъ глаза отъ того мѣста, которое онъ читалъ, а потомъ, когда глаза его опять нападутъ на это мѣсто, хотя бы сейчасъ же, онъ опять съ тѣми же словами: „послушай, мама“;—читаетъ это мѣсто, и такимъ образомъ можетъ повторяться много разъ. Одинъ больной въ продолженіе 10-минутнаго сеанса электричества разъ пять повторялъ мнѣ, какъ онъ всегда боялся электричества и, когда былъ гимназистомъ, бѣгалъ изъ физическаго кабинета. Каждый разъ онъ говорилъ это мнѣ, какъ будто говорилъ что-нибудь новое, и все въ одной и той же стереотипной фразѣ. Я такъ уже и зналъ, какъ только я прикасался электродомъ къ его кожѣ, сейчасъ начнется: „охъ, ужъ это электричество, я его всегда боялся!“ и т. д. Вообще такого рода больные постоянно повторяютъ одни и тѣ же вопросы, одни и тѣ же фразы; большею частью бываетъ такъ, что какая-нибудь вещь, вызвавши извѣстное замѣчаніе больнаго, уже долго будетъ вызывать все это же замѣчаніе, какъ только попадется на глаза больному; живущіе съ такими больными знаютъ, что совершенно одни и тѣ же замѣчанія при каждомъ событіи они могутъ повторить безъ конца, совершенно не помня, что они когда-нибудь это говорили.

Вслѣдствіе этого, конечно, если долго говорить съ больнымъ, то поражавшая съ перваго раза его находчивость, остроуміе, окажутся очень небольшими: 1) окажется, что для своихъ разсужденій больной

пользуется исключительно старымъ, давно накопленнымъ, матеріаломъ; впечатлѣнія же новаго времени почти не входятъ въ составъ его мышленія; 2) и изъ стараго-то у больнаго возникаютъ, по преимуществу, рутинныя комбинаціи, давно заученныя фразы; 3) кругъ идей, среди которыхъ вращается мышленіе больнаго, дѣлается крайне узокъ, и въ этихъ узкихъ рамкахъ, большею частью, совершаются все однообразныя комбинаціи.

Такіе больные очень монотонны; мышленіе ихъ, большею частью, вызываются не внутреннею потребностью, а внѣшними впечатлѣніями: начнутъ съ нимъ говорить,—онъ начинаетъ говорить; увидитъ вещь,—сдѣлаетъ свое замѣчаніе, но самъ ничѣмъ не интересуется; изъ данной посылки, впрочемъ, больные могутъ дѣлать вѣрныя умозаключенія, чѣмъ и объясняется довольно искусная игра въ шашки и карты, когда на столѣ положеніе шашекъ и записи даютъ возможность больному сразу опредѣлить свое положеніе въ данную минуту, не прибѣгая къ воспоминаніямъ. Но для этихъ правильныхъ умозаключеній всегда нужны впечатлѣнія, дѣйствующія именно въ настоящую минуту, которыя и даютъ базисъ мыслямъ. Безъ этого—мыслей почти нѣтъ, или если онѣ и есть, то крайне смутны и неясны и больной о нихъ и не говоритъ. Поэтому пока съ больнымъ не разговариваютъ, онъ или молчитъ, или напѣваетъ какой-нибудь одинъ стихъ или молитву, время отъ времени призывая къ себѣ окружающихъ, чтобы дать закурить или дать поѣсть. Эта слабость продуктивности мысли замѣтна и тогда, когда подъ вліяніемъ внѣшняго стимула заставишь мышленіе работать: больные, какъ мы сказали, охотно разсказываютъ, но при этомъ никогда не замѣтно, чтобы больной увлекся, чтобъ одна мысль влекла у него цѣлый рядъ мыслей, представленіе новыхъ плановъ, или онъ сталъ бы дѣлать выводы изъ того, что̀ онъ сказалъ, какъ это бываетъ у здоровыхъ людей. У этихъ больныхъ все однѣ и тѣ же, какъ бы заученныя, комбинаціи, но жизненности, вдохновенія нѣтъ и слѣда. Интересовъ рѣшительно никакихъ нѣтъ, кромѣ интересовъ физическихъ—поѣсть, попить, поспать, покурить. Да и въ этомъ отношеніи интензивность желаній, повидимому, рѣзко уменьшена: больные хотя часто повторяютъ: вотъ теперь бы закусить что-нибудь,—но это такъ вяло, такъ ненастойчиво, что производитъ впечатлѣніе, что этимъ словамъ не соотвѣтствуетъ очень сильное желаніе.

Къ своему положенію больные относятся, большею частью, поверхностно, хладнокровно. Многіе изъ нихъ понимаютъ, что у нихъ памяти нѣтъ, но не придаютъ этому серьезнаго значенія. Удивившись, наприм., что онъ забылъ, что только-что со мной видѣлся, больной говоритъ, что, впрочемъ, всегда у него память была не особенно хороша, и больше объ этомъ не думаетъ. Мучительнаго процесса неудающагося

воспоминанія, которое бываетъ у здоровыхъ людей, у нихъ обыкновенно не существуетъ. У двухъ больныхъ я, впрочемъ, видѣлъ опредѣленное сознаніе, что память ихъ очень шатка; поэтому одинъ изъ нихъ, когда ему скажутъ, что у него былъ тотъ или другой изъ гостей, спрашивалъ тревожно: не сказалъ ли я гостю чего-нибудь непріятнаго, не обидѣлъ ли кого, не сказалъ ли глупости? Такого рода больные во время разговора довольно старательно наблюдаютъ, чтобы, по возможности, не впасть въ ошибку, не выказать своего безпамятства; поэтому они стараются говорить о вещахъ неопредѣленно, въ общихъ чертахъ, избѣгая случаевъ высказываться опредѣленно относительно подробностей. Нужно еще замѣтить, что иногда у такихъ больныхъ, подъ вліяніемъ волненія отъ присутствія какого-нибудь лица, предъ которымъ больному не хочется выказать своего недостатка, дѣйствительно память какъ будто изощряется: больные какъ будто больше помнятъ и не впадаютъ въ такія ошибки, въ какія они впадаютъ, оставшись съ людьми, къ которымъ привыкли. Впрочемъ, это удается больнымъ сравнительно не на долгое время,—скоро напряженіе ихъ утомляетъ и они приходятъ въ обычное свое состояніе.

Стараясь, по возможности, точнѣе опредѣлить, что̀ именно утрачивается изъ памяти этихъ больныхъ, мы могли, какъ уже сказали, замѣтить, что позабывается все недавнее: то, что́ было до болѣзни, помнится, а тѣ впечатлѣнія, которыя дѣйствовали на больнаго со времени начала болѣзни или немного ранѣе начала, исчезаютъ изъ сознанія. У большинства больныхъ воспоминанія оканчиваются за мѣсяцъ или за двѣ недѣли до начала заболѣванія. Такъ, въ наблюденіи XI больной не могъ вспомнить, что та повѣсть, которую онъ началъ писать, уже частью напечатана, хотя онъ ее видѣлъ напечатанною за 3 недѣли до своего заболѣванія; другой больной (набл. X) не помнилъ того сильнаго аффекта, который вызвала его болѣзнь, хотя помнилъ хорошо все то, что̀ было ранѣе 2-хъ недѣль отъ начала болѣзни. Такъ бываетъ въ большинствѣ случаевъ.

Итакъ, въ типичныхъ случаяхъ утрачиваются изъ памяти впечатлѣнія, получаемыя въ теченіе болѣзни и полученныя недѣли за 2, за 3 до начала болѣзни. Въ большинствѣ случаевъ, въ извѣстный періодъ болѣзни такая утрата памяти касается всѣхъ родовъ воспріятій, какъ изъ органовъ чувствъ, такъ и внутреннихъ процессовъ мышленія. Но, разбирая подробнѣе нѣкоторые случаи, можно вывести интересныя заключенія. Прежде всего поражаетъ то, что хотя больной нисколько не сознаетъ, что у него остались слѣды тѣхъ впечатлѣній, которыя онъ получаетъ, но все-таки слѣды эти, по всей вѣроятности, остаются и такъ или иначе вліяютъ на ходъ представленій, хотя и въ безсознательной умственной дѣятельности. Только этимъ иногда можно объ-

ясить быструю догадливость нѣкоторыхъ больныхъ: такъ, наприм., двое больныхъ хотя до болѣзни совсѣмъ не знали меня; всегда догадывались, что я—врачъ, хотя сами рѣшительно увѣряли, что видятъ меня (каждый разъ) въ первый разъ. Другой случай такой: одного больнаго я электризовалъ гальваническимъ токомъ аппарата Шпамера. Какъ-то я спросилъ больнаго: „что теперь я съ вами буду дѣлать? Что я каждый разъ дѣлаю, когда бываю у васъ?“ Онъ рѣшительно сталъ въ тупикъ,—говоритъ: „не помню, не знаю“. Я попросилъ его посмотрѣть на столъ, гдѣ стоялъ ящикъ съ машинкой. Тогда онъ сказалъ: „должно-быть электризовать“. Между тѣмъ мнѣ извѣстно, что онъ съ этою машинкой познакомился только во время болѣзни; слѣдовательно, еслибъ у него не осталось слѣда, что этотъ ящикъ заключаетъ въ себѣ электрическую машинку, онъ бы и не могъ такъ быстро догадаться. Затѣмъ иногда бываетъ такъ, что взойдешь къ больному въ первый разъ,—онъ подаетъ руку, здоровается. Затѣмъ уйдешь и черезъ 2—3 минуты опять придешь, больной уже не протягиваетъ руки, не здоровается, хотя на вопросъ, прямо поставленный:—„видѣлъ ли онъ меня сейчасъ?“—отвѣчаетъ, что не видалъ. Однако, изъ его отношенія можно видѣть, что какъ будто слѣдъ того, что онъ меня уже видѣлъ, остался въ его психикѣ и такъ или иначе подѣйствовалъ на проявленія его душевной жизни. Наконецъ, въ пользу того, что слѣды впечатлѣній, дѣйствующихъ во время болѣзни, при существованіи рѣзкой амнезіи, все-таки остаются, говоритъ и тотъ положительный фактъ, что когда больные начинаютъ поправляться, они разсказываютъ нѣкоторыя событія, которыя были во время ихъ болѣзни и которыя они, какъ въ то время казалось, позабыли; при улучшеніи здоровья слѣды этихъ впечатлѣній всплываютъ и дѣлаются доступными сознанію. Такъ, больной въ наблюденіи Х-мъ, у котораго и въ тотъ періодъ болѣзни, когда онъ въ продолженіе цѣлой зимы позабывалъ рѣшительно все черезъ 2—3 минуты, снималъ кривую пульса аппаратомъ Dudjeon'a,—черезъ 1½ года отъ начала болѣзни какъ-то вдругъ припомнилъ, что я приносилъ маленькую машинку, и описалъ мнѣ ея внѣшній видъ. Такого рода фактовъ у этого больнаго было много, такъ что можно было съ положительностью сказать, что очень многое изъ того, что совершалось и говорилось около него въ то время, когда, казалось, онъ все позабывалъ безслѣдно, оставляло слѣдъ, который и обнаруживался много мѣсяцевъ спустя.

Далѣе интересно то, что, повидимому, часто при утратѣ слѣдовъ отъ внѣшнихъ воспріятій и отъ тѣхъ умственныхъ процессовъ, которые совершаются въ головѣ больнаго, у нѣкоторыхъ больныхъ сохраняется память того чувства, которое было произведено на больнаго. По отношенію больнаго къ тому или другому предмету бываетъ иногда

замѣтно, что хотя видъ предмета исчезъ изъ памяти больнаго и появленіе этого предмета не вызываетъ въ больномъ ощущенія, что онъ уже видѣлъ его, но оно сопровождается отголоскомъ того чувства, которое вызвалъ этотъ предметъ въ первый разъ; это замѣтно на отношеніяхъ къ людямъ, которыхъ больные узнали уже въ періодѣ болѣзни: лицъ ихъ они не узнаютъ, а все считаютъ, что видятъ ихъ въ первый разъ,—тѣмъ не менѣе, къ нѣкоторымъ изъ нихъ они относятся постоянно симпатично, къ другимъ—несимпатично. Точно также и относительно предметовъ: одному больному сеансъ электризаціи былъ очень непріятенъ, и вотъ, когда онъ видитъ электрическую машинку, у него дѣлается непріятное настроеніе, хотя онъ готовъ увѣрять, что я его теперь только въ первый разъ хочу электризовать. Мнѣ кажется, этого нельзя объяснить иначе, какъ предположеніемъ, что памяти чувства сохраняется нѣсколько болѣе, чѣмъ память образовъ.

Затѣмъ, при поправленіи больныхъ, можно замѣтить, что вообще болѣзнь поражаетъ не совсѣмъ равномѣрно память различныхъ представленій, и ходъ поправленія въ этомъ отношеніи представляетъ интересъ. Обыкновенно сначала разстройствомъ поражена память почти вся сплошь, а потомъ при поправленіи начинаетъ обнаруживаться, что одно возстановляется скорѣе другаго. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣтно, что особенно сильно поражается и долго не возстановляется способность запоминать время, т.-е. локализировать представленія во времени. Иногда при этомъ факты сами по себѣ помнятся порядочно; больной говоритъ, что онъ видѣлъ тотъ или другой предметъ, у него было то или другое лицо; лицъ, съ которыми онъ знакомится, онъ узнаетъ при встрѣчѣ, но онъ рѣшительно не можетъ опредѣлить, что было раньше и что было позднѣе,—было ли данное событіе 2 недѣли назадъ или 2 года назадъ; всѣ переживаемыя событія не представляются въ сознаніи въ опредѣленной временной перспективѣ; иногда эта перспектива времени существуетъ, но она очень неглубока, т.-е. всѣ давнишнія представленія кажутся гораздо ближе къ настоящему, чѣмъ они на самомъ дѣлѣ.

Такъ же глубоко поражается и потому долго не возстановляется память умственныхъ процессовъ, совершающихся въ головѣ самого больнаго: уже будучи въ состояніи запоминать новыя лица, новыя мѣста, онъ не въ состояніи помнитъ, что онъ говорилъ и чего не говорилъ, и потому такіе больные долго продолжаютъ повторять одно и то же.

Вообще наблюденіе надъ поправленіемъ тяжелыхъ случаевъ амнезіи можетъ дать много интереснаго для опредѣленія качественныхъ отличій разбираемой нами формы. Намъ пришлось наблюдать ходъ этого поправленія въ десяткомъ случаѣ. У этого больнаго первоначаль-

но была полная потеря памяти недавняго въ той формѣ, какъ мы ее описали. Затѣмъ черезъ годъ отъ начала болѣзни онъ начинаетъ понемногу запоминать; онъ уже узнаетъ меня въ лицо, можетъ узнавать вещи, предметы, запоминаетъ то, что съ нимъ было недавно, но не имѣетъ возможности опредѣлить время, когда что было, и попрежнему часто повторяетъ одно и то же. Читать онъ почти не можетъ, такъ какъ прочтенное сейчасъ забываетъ, хотя теперь при видѣ того, что имъ уже было прочитано, можетъ сказать, что это уже онъ читалъ, но что именно тамъ написано,—опредѣлить не можетъ. Въ то же время ему иногда приходящееся и кое-что изъ того, что было въ самый тяжелый періодъ его амнезіи: вдругъ какое-нибудь событіе, совершившееся за это время, явится въ его сознаніи, и онъ его описываетъ совершенно согласно съ дѣйствительностью. Однако, эти воспоминанія являются еще какъ-то безъ всякаго вліянія его собственной воли и безъ послѣдовательности между собою. Стимуломъ для того, чтобы что-нибудь изъ этого прошедшаго явилось въ сознаніи, служитъ обыкновенно какое-нибудь внѣшнее сходство впечатлѣнія данной минуты съ забытымъ впечатлѣніемъ. Произвольно возстановить въ сознаніи цѣлый рядъ послѣдовательныхъ событій за настоящее въ этотъ періодъ болѣзни время больной не въ состояніи; у него есть изъ этой жизни отдѣльные эпизоды, но который изъ нихъ былъ раньше, который позднѣе, больной не помнитъ. Однако, если уже разъ больной вспомнилъ какое-нибудь событіе изъ этого темнаго для его сознанія періода болѣзни, то это событіе онъ уже потомъ будетъ въ состояніи и активно вспомнить,—оно дѣлается достоинѣемъ его сознательной жизни. Такимъ образомъ, мало-помалу, этотъ темный періодъ начинаетъ наполняться воспоминаніями о событіяхъ. Эти воспоминанія все еще далеко не тверды и не совсѣмъ ясны: дѣло въ томъ, что воспоминаются не только событія, но и слова, которыя говорились при больномъ, и можетъ-быть даже его собственныя фантазіи, и все это теперь сдѣлалось достоинѣемъ сознательной жизни; но все это составляетъ мало связный хаосъ, тѣмъ болѣе, что когда какое-нибудь событіе и вспомнится больному, онъ не въ состояніи рѣшить, дѣйствительно ли это было, или это только ему думалось: слѣдъ отъ реальнаго факта, дѣйствительно существовавшаго, мало развитія, по своей интенсивности, отъ слѣда, оставленнаго сновидѣніемъ или просто мысльо самого больнаго. Въ виду этого онъ считаетъ часто за дѣйствительность то, что только существовало въ его воображеніи. Когда такого рода воспоминаніями наполнилась до нѣкоторой степени темная область перваго года болѣзни, замѣтно стало, что больной началъ приводить эти воспоминанія въ извѣстную связь. Однако, связь эта выходила совершенно несогласною съ дѣйствительностью. Это сдѣлалось особенно рѣзко на третьемъ году болѣзни, когда больной сталъ высказывать ложныя бредовыя идеи. Такъ онъ говорилъ, что знаетъ, что его отравили,—отравили его свищомъ, и онъ помнитъ, какъ именно и сказалъ это въ самомъ началѣ его болѣзни. Онъ помнитъ даже, какъ его отравили: налили уксусу на свищовую доску. Это ему сказала уже во время его болѣзни та самая особа, которая его отравила,—она была у него, больнаго, и говорила ему это (эту особу больной рѣшительно не видалъ во время болѣзни). Эта особа будто бы потомъ умерла отъ злобы, что не удалось отравить до смерти, и т. п. Больной говоритъ, что такъ ему кажется, что онъ думаетъ, что это такъ и было, но соглашается, что, пожалуй, онъ смѣшиваетъ то, что дѣйствительно было, съ тѣмъ, что ему тогда слышалось и что онъ самъ думаетъ въ настоящее время. Затѣмъ у больнаго во время его болѣзни пропали двѣ монеты изъ собранной имъ коллекціи. Когда онъ сталъ поправляться, онъ очень огорчился, узнавъ, что этихъ монетъ нѣтъ. Дня черезъ два послѣ этого онъ уже утверждалъ, что эти монеты взялъ его зять, и съ большими подробностями разсказывалъ, какъ зять приходилъ къ нему, показалъ ему монеты и сказалъ: „не видать тебѣ ихъ больше“. Повторяя этотъ разсказъ, больной совершенно убѣдился въ вѣрности его и рѣшительно не слушалъ никакихъ увѣреній, что этого никогда не было. Такимъ образомъ, больной населилъ фантастическими фактами темную область прошедшаго,—другими словами, у него развился бредъ. Въ то же время собственно память у него возстановилась. Такъ, на третьемъ году онъ уже хорошо помнилъ все, что дѣлалъ въ теченіе дня, хотя читать все еще не любилъ, такъ какъ мало запоминалъ прочитанное.

Очень можетъ быть, что такое теченіе поправленія амнезіи въ этомъ случаѣ было не совсѣмъ правильное, и именно потому, что больной, поправляясь отъ своей болѣзни, мало-помалу сталъ опять пить вино въ порядочномъ количествѣ,—въ третій годъ болѣзни онъ выпивалъ уже до 2-хъ бутылокъ краснаго вина въ день. Можетъ-быть нѣкоторую долю въ развитіи бреда у больнаго можно приписать и этому продолжающемуся злоупотребленію спиртными напитками.

Въ другомъ случаѣ поправленія отъ тяжелой алкогольной амнезіи, который мнѣ пришлось наблюдать, развитія бреда, новидимому, не было. Въ этомъ случаѣ мнѣ пришлось видѣть больнаго только на 5-мъ году послѣ его заболѣванія. Это былъ присяжный повѣренный, который чрезвычайно сильно пилъ до 1881 г. Въ 1881 году онъ заболѣлъ какою-то лихорадочною болѣзнью, послѣ которой развилось глубокое разстройство психической дѣятельности и параличъ нижнихъ конечностей. Больной былъ помѣщенъ въ больницу, и, по его словамъ, черезъ нѣсколько мѣсяцевъ параличи прошли, но съ тѣхъ поръ онъ

страдаетъ глубокимъ разстройствомъ памяти, которое, впрочемъ, постепенно проходитъ. Первое время по выходѣ изъ больницы онъ рѣшительно ничего не помнилъ изъ того, что дѣлалось вокругъ него; все сейчасъ же позабывалось имъ. Однако, умственныя способности его были настолько хороши, что онъ могъ хорошо исполнять должность корректора одной газеты; въ каждой данной строчкѣ онъ могъ опредѣлить всѣ ошибки, которыя въ ней есть, а чтобы не терять строки, онъ дѣлалъ послѣдовательныя отмѣтки карандашомъ; не будь этихъ отмѣтокъ, онъ могъ бы все время читать одну и ту же строчку; мѣсто, гдѣ онъ жилъ, и новыхъ знакомыхъ онъ рѣшительно не узналъ. Когда газета, въ которой онъ принималъ участіе, прекратилась, то онъ остался безъ занятія, и тогда наступили для него тяжелыя времена, о которыхъ онъ сохранилъ смутныя воспоминанія. Мало-помалу, однако, память понемногу возстановлялась, и онъ черезъ четыре года послѣ начала болѣзни началъ опять вести нѣкоторыя дѣла въ качествѣ присяжнаго повѣреннаго. Въ это время мнѣ и пришлось его видѣть въ первый разъ. Это былъ 40-лѣтній мужчина, хорошо сложенный; признаковъ бывшаго паралича у него не было никакихъ: ноги были крѣпки, пателлярные рефлексы хотя слабы, но все-таки были; только на подошвенной поверхности больнаго пальца ноги была нечувствительность къ индуктивному току. Что же касается до памяти, то она была очень сильно разстроена. Больной съ большимъ трудомъ вспоминалъ то, что недавно случилось. Разговоръ, который онъ велъ вчера, забылъ имъ сегодня. Вчера онъ занимался, разбиралъ бумаги даннаго дѣла, а сегодня онъ рѣшительно не помнитъ, что это за дѣло, на счетъ чего оно, и т. д. Если ему нужно что-нибудь сдѣлать завтра, то онъ, ложась спать, долженъ написать это и поставить на видное мѣсто, иначе онъ и не вспомнитъ, что ему слѣдовало дѣлать. Само собою разумѣется, что такое постоянное забвеніе всего, что съ нимъ случается, ставитъ больнаго въ положеніе очень тяжелое. Однако, онъ самъ замѣтилъ, что это не есть полное забвеніе, а только неспособность воспоминанія по собственному произволу—и вотъ вся его хитрость идетъ на то, чтобы ставить себя въ условія благопріятныя для воспоминанія. Такъ,напим., идетъ онъ защищать дѣло (впрочемъ, кліенты его, большею частью, нетребовательные люди) и когда становится на свое мѣсто, то рѣшительно не можетъ припомнить, о чемъ будетъ рѣчь, хотя прочелъ дѣло наканунѣ. Но, чтобы не быть въ неловкомъ положеніи, онъ: 1) пишетъ себѣ конспектикъ и, когда его читаетъ, подробности дѣла возстановляются передъ нимъ, и 2) старается говорить такъ, чтобъ избѣгать фактическихъ подробностей, а говорить общія мѣста, удобныя во всѣхъ случаяхъ. Онъ говоритъ, что ему удается такимъ образомъ порядочно проводить дѣла, тѣмъ болѣе, что разъ

у него есть исходная точка, онъ можетъ разсуждать правильно и приводить разумные доводы.

Другое тяжелое положеніе его бываетъ тогда, когда, наприм., при встрѣчѣ съ кѣмъ-нибудь ему напоминаютъ о вчерашнемъ горячемъ спорѣ, который онъ самъ же велъ,—онъ рѣшительно не помнитъ, о что такое, зачѣмъ этотъ вопросъ. Но знай слабость своей памяти, онъ старается какъ-нибудь устроить, чтобы тотъ, кто говоритъ ему, самъ высказалъ ему, въ чемъ дѣло. Онъ отвѣчаетъ общимъ мѣстомъ и ставитъ самъ вопросъ, и мало-помалу ему вспоминается вчерашній споръ, хотя не рельефно, не образно, но такъ, что онъ можетъ продолжать разговоръ на ту же тему, не высказывая противорѣчія съ тѣмъ, что вчера говорилъ. Однако въ его собственной головѣ постоянно копошится вопросъ: „Да то ли это, что я вчера говорилъ? Можетъ-быть я вчера говорилъ совершенно противоположное"... Но, какъ говоритъ больной, всѣ его знакомые увѣряютъ его, что онъ не ошибается, что онъ послѣдователенъ, что онъ говоритъ, всегда держась однихъ и тѣхъ же принциповъ, и противорѣчія въ его словахъ нѣтъ. Это соотвѣтствіе его словъ и догадливость удивляютъ самого больнаго; онъ говоритъ, что почти ежеминутно бываетъ въ такомъ положеніи, что думаетъ: „ну, чортъ возьми, теперь совсѣмъ попался,—рѣшительно не помню, о чемъ тутъ разговоръ",—и все-таки, какъ-нибудь, дѣло ему выясняется и онъ скажетъ то, что слѣдуетъ. Это даетъ ему нѣкоторую увѣренность, и потому за послѣднее время хотя мало помнитъ, но все-таки сталъ общительнѣе и не сталъ бояться встрѣчаться съ людьми. Впрочемъ, онъ замѣтилъ, что теперь онъ все-таки больше помнитъ, чѣмъ прежде: большую часть событій онъ помнитъ, хотя воспоминаніе это какое-то общее, неопредѣленное,—подробностей, какъ онъ ни старается, все-таки не въ состояніи припомнить; если же благопріятный случай встрѣтится, то часть этихъ подробностей возстановится въ его сознаніи, хотя съ такой нерельефною окраской, что онъ никогда не можетъ утверждать, что такъ это и дѣйствительно было.

Эта слабость памяти касается главнымъ образомъ событій, т.-е. измѣненій во времени; что же касается до пространственныхъ восприятій и зрительныхъ впечатлѣній, то они вообще гораздо лучше помнятся. Больной одинъ ходитъ по улицамъ и узнаетъ сразу домъ, гдѣ уже былъ, можетъ на память нарисовать домъ, гдѣ живетъ, дачу, гдѣ прожилъ лѣто, узнаетъ всѣхъ новыхъ знакомыхъ; но разговора, который онъ велъ съ этими знакомыми, онъ рѣшительно не помнитъ и даже не помнитъ, что онъ велъ когда-нибудь разговоръ.

По временамъ больному припоминаются событія, бывшія въ періодѣ его тяжелаго состоянія: большею частью какое-нибудь случайное впечатлѣніе по сходству вызываетъ вдругъ цѣлый рядъ ассоціацій изъ

прежней жизни, и часто это суть воспоминанія обидъ, перенесенныхъ въ то время. Больной чувствуетъ эти обиды, но, по его увѣренію, какъ-то вяло, не энергично. Затѣмъ эти тяжелыя представленія исчезнутъ. Вообще, по словамъ больнаго, онъ „съ большимъ трудомъ устанавливаетъ непрерывность представленій въ себѣ"; представленія какъ будто случайны и отрывочны, но тѣмъ не менѣе—что замѣчательно—больной все-таки не противорѣчитъ себѣ, и съ внѣшней стороны кажется, что онъ говоритъ придерживаясь опредѣленнаго плана, а онъ самъ только слѣдитъ за тѣмъ, чтобы говорить одно за другимъ, и если его спросить, о чемъ начался разговоръ, то онъ рѣшительно не будетъ въ состояніи отвѣтить. Въ виду этого и чтеніе для больнаго невозможно; онъ прочтетъ 2—3 страницы, а потомъ уже ему нужно возвращаться къ началу, чтобы вспомнить, о чемъ была рѣчь.

Сознавая свое состояніе, больной старается анализировать его, но этотъ анализъ его носитъ черты разстройства памяти: онъ все вертится около одного и того же, повторяя по нѣскольку разъ высказанное. Эта наклонность къ повтореніямъ замѣтна и въ его рѣчи, такъ что въ общемъ рѣчь его представляется рѣчью сильно поглупѣвшаго человѣка.

Онъ самъ сознаетъ, что живости, жизненности въ немъ нѣтъ. Вспоминая, чѣмъ онъ былъ прежде, онъ чувствуетъ глубокую разницу: прежде онъ былъ горячій, энергичный человѣкъ, возмущавшійся горячо несправедливостями, теперь онъ почти не возмущается,—въ немъ какое-то особенное хладнокровіе, но не вслѣдствіе силы, не вслѣдствіе особенной высоты міросозерцанія, а вслѣдствіе слабости жизненныхъ порывовъ.

Для болѣе рельефнаго представленія его душевной жизни я привожу письмо его. Нужно замѣтить, что я много разъ просилъ его описать свое состояніе, какъ онъ его понимаетъ, но болѣе того, что слѣдуетъ ниже, онъ не могъ написать.

16-го мая 1886 г.

„Передъ тѣмъ, какъ идти къ вамъ, я долженъ что-то написать о себѣ. Мнѣ лучше во всѣхъ отношеніяхъ, но не скажу, что я вполнѣ жизненъ. Текущимъ я заинтересованъ всегда меньше, прошлое (больное) привлекаетъ къ себѣ больше и потому часто бываетъ такъ, что какой-нибудь разсказъ посторонній вызываетъ въ памяти цѣлый годъ жизни, такой притомъ годъ, когда безпамятство мое было для всѣхъ какъ фактъ, да и самъ я едва ли смотрѣлъ на себя какъ на годное. Бывало такъ, что событія крупнаго ничтожества волновали меня,—ненадолго, конечно,—а бывало и такъ, что очень важный фактъ, какъ, наприм., выгонъ съ квартиры въ полночь, я переживаю съ образцовымъ равнодушіемъ, безъ всякаго болѣзненнаго сознанія собираюсь

идти въ частный домъ съ мыслью заявить тамъ, чтобы позволили переночевать, и только... Дальнѣйшихъ же соображеній ровно никакихъ не было во мнѣ. Меня, конечно, воротятъ, уложатъ спать, и на другой день все забыто,—искренно забыто. Теперь, когда это и многіе подобные факты проходятъ въ моемъ сознаніи, я на всю обстановку ихъ смотрю такъ, какъ будто они, по значенію своему, такъ же дешевы, какъ и пыль на улицѣ: сколько угодно глотай, никто не скажетъ: подожди усердствовать! Но не скажу, чтобъ съ этимъ прошлымъ я разстался рѣшительно и навсегда. Довольно часто бываетъ такъ: окружающіе ведутъ разговоры, не имѣющіе никакого отношенія ко мнѣ, и вдругъ фраза какая-нибудь выгоняетъ изъ забытья длинный рядъ послѣдовательныхъ фактовъ за мѣсяцъ и болѣе. Понятно, что на другой день я опять безсвязною съ прошлымъ жизнью живу... Теперь это очень страннымъ представляется, что, очевидно, зависитъ отъ правильнаго отношенія къ пережитому (извините за это храброе соображеніе!). Вообще я съ большимъ трудомъ устанавливаю въ себѣ непрерывность представленій: выходитъ все, будто голова моя и я не всегда дружны въ мысляхъ, хотя не могу указать на какое-нибудь рѣзкое противорѣчіе (на нѣсколько минутъ вышелъ перерывъ и я не могъ, садясь вновь за письмо, опредѣлить, на чемъ я остановился). Итакъ, я выгляжу чѣмъ-то заинтересованнымъ, но, право же, жизненно-тревожащаго или, вѣрнѣе, встряхивающаго ничего нѣтъ для меня, хотя въ мысляхъ быстро проходятъ событія когда-то острыхъ безпокойствъ. Я не объясняю это равнодушіемъ къ жизни и себѣ,—на такую стоическую высоту взобраться безъ сознательнаго мужества невозможно,—я объясняю это болѣе просто: я не въ силахъ охватить текущую жизнь потому, что отъ прошлой ничего интереснаго не имѣю. Очевидно, стало-быть, что я на какомъ-то перепутьѣ или, вѣрнѣе, въ столбнякѣ съ стихомъ: сердце пусто, празденъ умъ (продолженіе же не подходитъ потому, что „жизни шумъ" понимаю немножко,—онъ не томитъ меня тоской), притомъ же рѣшительно затрудняюсь, что выбрать для (начники?) заселенія этихъ необходимыхъ для жизни территорій (разумѣя умъ и сердце безъ сказуемыхъ). Искренно желаю, чтобы трагедія и водевиль отсутствовали, а былъ бы лишь простой, но величавый эпосъ. Это я постараюсь положить въ основу новой жизни, не опредѣляя заранѣе ни того, что̀ она (жизнь) сама въ себѣ, ни того, что именно пригоднѣе для нея. Страшусь лишь злоупотребленій жизнію и въ жизни, хотя бы и ясно изъ прошлаго, до какихъ очаровательныхъ (можно и слово „чумовыхъ" пустить въ оборотъ) прелестей доводятъ они нашего брата гражданина, щедро увеличивающаго государственный сборъ съ питей, продаваемыхъ и явно, и тайно. Такимъ образомъ, для меня вовсе не представится

страшнымъ, если въ данное время жизни я признаю себя лишь формою для личности, но не совсѣмъ личностью съ опредѣленнымъ „я“ и „мое“.

„Все это, прочитанное мною еще разъ, не уясняло, однако, моего положенія внутренняго. Для житейскаго обихода я ни недостаточенъ, ни достаточенъ. Просто-на-просто жалкая посредственность сказывается. Въ то же время я представляю, что былъ еще въ горшемъ положеніи, когда безнадежность была вовсе не праздною мыслью. Стало-быть, теперь мнѣ лучше, и я самъ лучше. А разъ начало хорошо, мнѣ, уже достаточно искусившемуся, продолженіе рисуется болѣе лучшимъ“.

Изъ этого письма мы видимъ, что резонерство у больнаго порядочно развито, что стремленіе замѣнить формой дѣйствительную сущность очень замѣтно, замѣтна склонность къ выспреннему тону,—словомъ, есть признаки ослабленія умственной дѣятельности.

Дѣйствительно, на ряду съ амнезіей, какъ мы видѣли, существуютъ у такого рода больныхъ и другіе признаки ослабленія умственной дѣятельности, именно—прежде всего отсутствіе живости интересовъ, полное отсутствіе умственной энергіи, доходящее въ иныхъ случаяхъ до очень большой степени. На ряду съ этимъ, несмотря на то, что сохраняется способность дѣлать поверхностныя сужденія, какъ будто правильныя,—глубина мысли исчезаетъ, дѣлать глубокіе выводы больные не могутъ: умственный горизонтъ ихъ рѣзко падаетъ, такъ что присутствіе слабоумія въ большей или меньшей степени можно констатировать во всѣхъ такихъ случаяхъ.

Что касается до настроенія такихъ больныхъ, то оно бываетъ разнообразное. Чаще оно индифферентное, но бываетъ и грустное, и веселое. У одного больнаго (XII набл.) настроеніе нѣсколько мѣсяцевъ подрядъ было апатичное, грустное, плаксивое, затѣмъ веселое, но съ такимъ же вялымъ весельемъ, какъ вяла была грусть. Чаще всего замѣтно, что настроеніе мѣняется, смотря по тѣмъ впечатлѣніямъ, которымъ подвергается больной въ данную минуту: такъ, если заговорить съ нимъ о печальныхъ предметахъ, онъ можетъ сдѣлаться грустнымъ, расплакаться; затѣмъ завести разговоръ о веселомъ—и онъ сдѣлается веселъ, разхохочется, начнетъ и самъ разсказывать анекдоты.

У большинства больныхъ замѣтны рѣзкіе признаки неврастеніи въ видѣ большой утомляемости нервной системы; она выражается или тѣмъ, что больной дѣлается раздражительнѣе послѣ долгаго вліянія на него впечатлѣній, или въ томъ, что является какое-то безпокойство, тоскливость. Нужно прибавить, что и эти больные обыкновенно ночью раздражительнѣе, акитированнѣе, чѣмъ днемъ. Они большею

частью до утра не засыпаютъ и въ это время безпокоятъ окружающихъ однообразными вопросами, требованіями и т. п.

Къ неврастеническимъ явленіямъ относится и особенность, встрѣчающаяся часто у такихъ больныхъ: это особенная боязнь къ передвиженію,—боязнь, что ихъ уронятъ, что они упадутъ. Иногда это ощущеніе долго мучитъ больнаго,—послѣ того какъ его положили на мѣсто, онъ все повторяетъ окружающимъ: „а что—я не упалъ?“ Нѣкоторые больные, кромѣ того, бываютъ довольно упрямы, не хотятъ принимать лѣкарство и т. п., большею частью мотивируя это тѣмъ, что еще не время, что примутъ черезъ 5 минутъ, а проходитъ 5 минутъ, и они опять повторяютъ то же.

Описанная форма ослабленія умственной дѣятельности съ наиболѣе выраженною амнезіей бываетъ, какъ мы сказали, часто при алкогольномъ параличѣ. Степень ея, впрочемъ, далеко не всегда одинакова. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ амнезія бываетъ чрезвычайно глубокая, въ другихъ, напротивъ, амнезія неглубока: хотя больной и позабываетъ все очень скоро, но, тѣмъ не менѣе, не такъ быстро, какъ мы только-что описали; иногда забывается не все, а самыя крупныя впечатлѣнія остаются въ памяти. Бываетъ и такъ, что собственно факты помнятся, но теряется способность локализировать ихъ во времени. Словомъ, степени разстройства варіируются; съ одной стороны это происходитъ отъ глубины болѣзни, съ другой—отъ того, въ какомъ періодѣ мы встрѣчаемъ больного, потому что, какъ мы видѣли, возстановленіе здоровья сопровождается увеличеніемъ памяти.

Развитіе этой формы психическаго разстройства большею частью тѣсно связано съ развитіемъ паралитическихъ явленій. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно, впрочемъ, является раньше паралитическихъ явленій, хотя вообще незадолго, и есть такимъ образомъ первый признакъ болѣзни. Въ рѣдкихъ случаяхъ оно является вслѣдъ за состояніемъ острой спутанности сознанія, т.-е. первоначально психическое разстройство выражается въ спутанности, бредѣ, галлюцинаціяхъ, а потомъ бредъ, галлюцинаціи исчезаютъ и остается разстройство памяти. Дальнѣйшее теченіе зависитъ отъ интенсивности болѣзни. Въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣло начинается остро и причина, вызвавшая болѣзнь, исчезла, организмъ жизнеспособенъ и понемногу укрѣпляется,—происходитъ и возстановленіе памяти. Дошедши до высшей степени упадка въ періодѣ наибольшаго развитія всѣхъ другихъ явленій алкогольнаго паралича, память начинаетъ возстановляться; иногда это совершается довольно быстро, въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, послѣ которыхъ нельзя замѣтить признаковъ амнезіи, а остаются только симптомы раздражительной слабости психическихъ центровъ. Однако, это бываетъ только въ случаяхъ не очень тяжелыхъ. Въ случаяхъ тяжелыхъ возстановле-

ніе хотя и идетъ, но совершается крайне медленно, такъ что даже черезъ нѣсколько лѣтъ можно замѣтить глубокія разстройства памяти. Примѣры этого мы приводили. Въ такихъ случаяхъ всегда почти можно замѣтить и порядочно выраженное слабоуміе, т.-е. слабость соображенія, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ развиваются и бредовыя идеи. Мы уже привели такой примѣръ (см. наблюденіе X); въ другомъ случаѣ (XII) черезъ годъ послѣ существованія глубокаго разстройства памяти также стали замѣтны признаки пониженія уровня міросозерцанія больнаго: онъ сталъ внадать то въ особенно легкомысленное состояніе, не стѣсняясь говорить о своихъ половыхъ потребностяхъ, а потомъ, когда этотъ періодъ прошелъ, сталъ тосковать о грѣхахъ своихъ, причемъ самый большой грѣхъ видѣлъ въ томъ, что онъ вскрываль трупы въ воскресенье и на святой недѣлѣ, по цѣлымъ днямъ читалъ молитвы и т. п.

Въ другихъ случаяхъ, когда болѣзнь сама по себѣ ведетъ къ истощенію организма, разстройство памяти дѣлается все глубже и глубже. Потеря памяти не ограничивается уже только недавними впечатлѣніями, и захватываетъ и отдаленныя; присоединяется рѣзко выраженная спутанность, сознаніе дѣлается очень неяснымъ, соображеніе все вялѣе и вялѣе; иногда изъ всего психическаго запаса остаются только самыя примитивныя идеи, давно заученныя привычки; наконецъ, позабываются слова и значеніе вещей, развивается сначка и почти полное отсутствіе проявленія душевной жизни; въ концѣ концовъ и физическая смерть не заставляетъ себя долго ждать.

Только - что описанная форма амнезіи была замѣчена и другими изслѣдователями, наблюдавшими алкогольный параличъ. Еще *M. Huss* въ нѣкоторыхъ своихъ случаяхъ отмѣчалъ, что память больныхъ крайне слабѣла. Затѣмъ другіе авторы тоже объ этомъ упоминаютъ, хотя большею частью неопредѣленно. *Charcot* въ своей лекціи объ алкогольномъ параличѣ говоритъ тоже, что больные позабываютъ все только-что случившееся. *Oettinger* *) упоминаетъ объ этомъ разстройствѣ коротко, именно только то, что у нѣкоторыхъ больныхъ очень слабѣетъ память. Болѣе подробно высказывается *Brissaud* **). Вотъ его слова: „Почти всегда, особенно у женщинъ, можно замѣтить разстройство интеллекта, настолько характерное, что по нему можно сдѣлать діагностику въ сомнительныхъ случаяхъ. Главнымъ образомъ характерна потеря памяти: исполная— по отношенію къ давнишнимъ вещамъ и полная—къ недавнимъ. Больные вслѣдствіе этого дѣлаются равнодушны ко всему, что ихъ окружаетъ; понимаютъ они, однако, все,

*) „Paralysies alcooliques“. Paris, 1885, p. 38.

**) *Brissaud*: „Les paralysies toxiques“. 1886, p. 30.

что имъ говорятъ, и отвѣчаютъ осмысленно, но они тотчасъ же забываютъ разговоръ, и если къ нимъ обратиться снова съ тѣмъ же вопросомъ, на который они сейчасъ отвѣтили, они отвѣчаютъ совершенно то же самое, не сознавая, что уже дали отвѣтъ на этотъ вопросъ. Эта амнезія напоминаетъ старческую амнезію“.

Въ диссертаціи *Rouillard* *), въ которой, между прочимъ, разсматриваются и алкогольныя амнезіи, и въ диссертаціи *Babilée* **), спеціально посвященной алкогольнымъ амнезіямъ, мы не находимъ свѣдѣній по интересующей насъ формѣ. У *Babilée*, впрочемъ, въ двухъ случаяхъ (набл. X и XI, стр. 104—107) описаны аналогичныя разстройства памяти, но такъ коротко, что можно только заключить, что у этихъ больныхъ это разстройство памяти было, но объ его характерныхъ свойствахъ нельзя составить никакого представленія. Болѣе характерно описано разстройство памяти *Dreschfeld*'омъ въ его послѣдней замѣткѣ по алкогольному паралічу ***), но все-таки очень коротко.

Краткость свѣдѣній, которыя мы имѣемъ относительно этого рода амнезіи, и заставила меня подробнѣе остановиться на описаніи этого разстройства. Я, впрочемъ, долженъ сказать, что и мои описанія тоже далеко не полны, и я надѣюсь, что дальнѣйшее наблюденіе подобныхъ случаевъ дастъ много новыхъ особенностей этой амнезіи, на основаніи которыхъ и можно будетъ построить теорію этого разстройства. Теперь же можно сдѣлать только слабую попытку хоть сколько-нибудь уяснить себѣ тѣ особенности этой амнезіи, которыя интересны не только для врача, но и для психолога.

Прежде всего мы должны отмѣтить, что ходъ ослабленія памяти совершается довольно согласно съ закономъ, выведеннымъ Рибо ****), т.-е. что потеря способности воспроизводить воспринятыя впечатлѣнія совершается неравномѣрно для различныхъ родовъ впечатлѣній: во всѣхъ почти случаяхъ память привычекъ оставалась долѣе всего, память событій давнихъ держалась очень долго, но меньше, чѣмъ память привычекъ. Недавнія впечатлѣнія почти всѣ терялись изъ памяти, но изъ нихъ, какъ мы видѣли, запоминались, все-таки, воспріятія „душевнаго чувства“ (память чувства была большею частью сохранена), что согласно съ мнѣніями Рибо. Точно также согласно съ его выводами и то, что очень долго и сильно была разстроена способность локализаціи во времени. Воспоминанія образовъ внѣшнихъ предметовъ болѣе сохраня-

*) *Rouillard*: „Essai sur les amnesies au point de vue étiologique“. 1885.

**) *Babilée*: „Troubles de la memoire dans l'alcoolisme“. Paris, 1886.

***) „Brain“. 1886. January.

****) *Рибо*: „Болѣзни памяти“. 1883.

лись, чѣмъ воспоминанія о процессахъ мыслительныхъ, совершавшихся въ головѣ больнаго.

Эта градація въ степени устойчивости различныхъ группъ представленій объяснена, насколько возможно, Рибо, и наши наблюденія могутъ только подтвердить его выводы.

Второй фактъ, на который интересно обратить вниманіе, это—вопросъ о томъ, какого рода память наиболѣе разстраивается. Какъ извѣстно, то, что мы называемъ памятью, т.-е. способность воспроизводить прежде воспринятыя впечатлѣнія, обусловливается: 1) способностью первыхъ элементовъ сохранять слѣды воспринятыхъ впечатлѣній (mémoire de fixation) *) и 2) способностью воспроизводить эти слѣды (mémoire d'évocation) **). Спрашивается, какой изъ этихъ видовъ памяти разстраивается? Richet, Rouillard, Ball и другіе авторы утверждаютъ, что нервная система человѣка такъ устроена, что она сохраняетъ все, даже самыя ничтожныя впечатлѣнія, подѣйствовавшія на нее. Rouillard выражается такъ: „память сохраняетъ вѣчно полученныя впечатлѣнія, и если кажется, что нѣкоторыя впечатлѣнія исчезли изъ памяти, то это невѣрно: пока клѣтки нервныя не разрушены, онѣ удерживаютъ способность сохранять слѣды впечатлѣній. Все, что можетъ исчезать—это способность воспроизведенія". Отсюда уже слѣдуетъ, что чаще всего амнезіи обусловливаются не потерей способности фиксаціи, а потерей способности къ воспроизведенію фиксированнаго. Но дѣло въ томъ, что обыкновенно намъ очень трудно судить о сохраніи или несохраненіи слѣдовъ; дѣйствительно, если разстроена способность воспроизведенія, то намъ нѣтъ никакой возможности судить о томъ, сохранены ли эти слѣды, или нѣтъ. Поэтому для психолога всегда довольно интересны тѣ случаи, гдѣ можно доказать, что при потери памяти способность фиксаціи въ большей или меньшей степени сохранялась. Въ этомъ отношеніи наши наблюденія очень поучительны; мы видѣли въ X наблюденіи, что въ то время, когда больной повидимому рѣшительно все позабывалъ, все-таки и въ это время впечатлѣнія, дѣйствовавшія на него, и которыя сейчасъ же повидимому исчезли изъ его памяти, оставили въ его нервной системѣ слѣдъ, а потомъ, когда способность воспроизведенія слѣдовъ стала возстановляться, и эти слѣды вдругъ неожиданно появились.

Итакъ, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ нашихъ случаевъ, при потери памяти способность фиксаціи, все-таки, оставалась. Изъ этого, впрочемъ, не слѣдуетъ, что потеря фиксаціи не разстраивалась со-

*) *Ch. Richet:* „Les origines et les modalitées de la mémoire". — „Revue Philosophique" 1886, № 6).

**) Рибо присоединяетъ къ этому еще 3-ю способность локализаціи воспроизведеннаго во времени, но другіе не признаютъ для этого необходимою особую способность.

всѣмъ. По всей вѣроятности, количественно она измѣнилась, т.-е. дѣлалась гораздо слабѣе, слѣды впечатлѣній были блѣдиѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, но во всякомъ случаѣ, все-таки, слѣды сохранялись и, слѣдовательно, способность фиксаціи оставалась.

Впрочемъ, объ этомъ намъ придется говорить еще подробнѣе, такъ какъ намъ необходимо будетъ касаться этого предмета для разрѣшенія вопросовъ, самыхъ интересныхъ въ разсматриваемой нами амнезіи: 1) почему амнезіи почти исключительно ограничивается забвеніемъ того, что случилось во время болѣзни (или немного ранѣе ея начала), и 2) какимъ образомъ впечатлѣнія, которыя, казалось, были забыты, потомъ вновь появляются въ сознаніи.

Чтобъ отвѣтить на эти вопросы, мы должны подробнѣе вникнуть въ условія существованія памяти. Какъ мы сказали, память слагается 1) изъ способности фиксаціи полученныхъ впечатлѣній и 2) изъ способности ихъ воспроизведенія. Способность фиксаціи обусловливается особеннымъ свойствомъ нервныхъ элементовъ. Это свойство есть органическое свойство нервной клѣтки. Charles Richet, обратившій вниманіе на эту область въ своей статьѣ: „Les origines et les modalitées de la mémoire" *),—объясняетъ, что эта способность оставлять слѣды, принадлежа къ основнымъ свойствамъ субстанціи нервныхъ элементовъ, сводится къ тому, что 1) благодаря особенности строенія, всякое возбужденіе, дѣйствующее на первый элементъ, продолжается, т.-е. хотя раздраженіе длилось и небольшую часть секунды, возбужденіе, вибраціи перваго элемента, продолжается гораздо долѣе, и 2) слѣды этой вибраціи остаются въ первомъ элементѣ навсегда, причемъ сохраняются въ латентномъ состояніи, но по временамъ, при извѣстныхъ условіяхъ, могутъ воспроизводиться. Сила способности фиксаціи нервнаго элемента зависитъ въ значительной степени отъ его способности *продолжевать* возбужденіе, потому что чѣмъ длиннѣе возбужденіе, тѣмъ интенсивнѣе и яснѣе слѣдъ. Этою силой въ высшей степени обладаютъ нервные элементы тѣхъ частей нервной системы, которыя служатъ для психической дѣятельности, такъ что можно предположить съ большою степенью вѣроятности, подтверждаемой фактами, что рѣшительно всякое впечатлѣніе, хотя бы самое ничтожное, оставляетъ свой слѣдъ въ этой области нервной системы человѣка. Конечно, отчетливость слѣдовъ будетъ различна, и различіе это обусловливается съ одной стороны тѣмъ состояніемъ нервной системы, которое было во время воспріятія того или другаго впечатлѣнія, съ другой стороны и свойствомъ самого впечатлѣнія. Зависимость степени способности фиксаціи отъ состоянія нервной системы сводится къ тому, что при

*) „Revue Philosophique" 1886, № 6.

различнаго рода болѣзняхъ, особенно подъ вліяніемъ ядовъ, дѣйствующихъ на интеллектъ (вино, опій, хлорофоръ и др.), способность фиксаціи рѣзко уменьшается, хотя и не пропадаетъ совершенно. Съ другой стороны, наша сила фиксаціи даннаго впечатлѣнія зависитъ и отъ свойства самого впечатлѣнія, главнымъ образомъ отъ того, насколько сильную душевную реакцію оно вызвало: чѣмъ сильнѣе эта реакція, тѣмъ долѣе продолжается вибраціи клѣтки, тѣмъ, слѣдовательно, и глубже слѣдъ. Благодари этому, мы можемъ до извѣстной степени произвольно увеличивать фиксацію нѣкоторыхъ впечатлѣній: это дѣлается такъ, что мы помощью направленія вниманія продалживаемъ существованіе даннаго впечатлѣнія въ нашемъ сознаніи, чѣмъ и обусловливаемъ большую прочность его слѣда.

Въ чемъ заключается сущность этого слѣда?—Конечно, отвѣтить на этотъ вопросъ возможно только гипотетически. По всей вѣроятности, это есть какое-нибудь перемѣщеніе молекулъ въ нервныхъ элементахъ, остающееся надолго и обусловливающее въ нихъ большую степень „расположенія“ (disposition) къ функціи (Вундтъ, Рибо),—другими словами, эти нервные элементы несравненно легче придутъ въ дѣятельное состояніе.

Другой вопросъ—какіе элементы нервной системы сохраняютъ эти слѣды: одни ли клѣтки, или также нервныя волокна? Теоретически трудно допустить, чтобы въ нервномъ волокнѣ тоже не происходили такія же молекулярныя измѣненія, а съ другой стороны—много есть фактовъ, которые нельзя почти и объяснить, не представивши, что въ нервныхъ волокнахъ, какъ въ проводникахъ, путемъ повторныхъ возбужденій происходятъ такія измѣненія, которыя дѣлаютъ ихъ болѣе способными къ проводимости. Къ такимъ фактамъ принадлежитъ развитіе различныхъ ассоціацій представленій. Въ виду этого нужно представить, что фиксація впечатлѣній происходитъ не въ однѣхъ только клѣткахъ, но и въ волокнахъ. Это тѣмъ болѣе вѣроятно, что нельзя предположить, чтобы каждое впечатлѣніе фиксировалось въ одной какой-нибудь клѣткѣ; болѣе вѣроятно, что каждое впечатлѣніе фиксируется во многихъ клѣткахъ, а для того, чтобы впечатлѣніе это потомъ воспроизводилось вполнѣ, нужно, чтобы всѣ эти клѣтки, сохранившія элементы одного впечатлѣнія, могли возбуждаться вполнѣ гармонично (одновременно или въ извѣстной послѣдовательности). Это можетъ быть только тогда, когда въ проводникахъ, ихъ соединяющихъ, тоже сохранились слѣды возбужденія, бывшаго при полученіи даннаго впечатлѣнія. Итакъ, всего вѣроятнѣе, что сохраніе впечатлѣній совершается путемъ измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ и нервныхъ волокнахъ, ассоціирующихъ клѣтки.

Есть много данныхъ предполагать, что чѣмъ больше ассоціированныхъ группъ будетъ входить въ составъ даннаго впечатлѣнія, тѣмъ и слѣдъ будетъ тверже. Этимъ объясняется то, что говорить Рише: слѣдъ впечатлѣнія тѣмъ сильнѣе, чѣмъ большую душевную реакцію оно вызываетъ. Этимъ обусловливается и то, что если мы хотимъ что-нибудь запомнить, то стараемся установить связь запоминаемаго съ цѣлымъ рядомъ другихъ впечатлѣній. Такимъ образомъ, самые крѣпкіе слѣды должны быть тѣ, которые захватываютъ наибольшее число ассоціированныхъ группъ клѣтокъ.

Но какъ бы то ни было, какъ бы ни были сильны слѣды пережитыхъ впечатлѣній, они, оставаясь въ латентномъ состояніи, были бы ничтожны для психической жизни, еслибы не было *способности воспроизведенія*. Благодаря этой способности, латентные слѣды призываются къ дѣятельности и вліяютъ на ходъ психическихъ процессовъ. Это свойство и есть способность воспроизведенія (mémoire d'évocation—Richet). Благодаря этой способности слѣды бывшихъ впечатлѣній возстановляются и дѣлаются сознательными. Это и называется воспоминаніемъ. Итакъ, воспоминаніе обусловливается воспроизведеніемъ слѣдовъ прежнихъ впечатлѣній,—притомъ настолько сильнымъ, что оно сопровождается сознаніемъ.

Значитъ ли это, что всегда воспроизведеніе слѣдовъ бываетъ сознательное, или нѣтъ? Рише думаетъ, что нѣтъ,—что необходимо допустить существованіе такого воспроизведенія слѣдовъ, которое не сопровождается сознательностью. Много фактовъ дѣйствительно указываютъ, что на наши поступки, направленіе нашего вниманія и т. д. вліяютъ слѣды прежнихъ впечатлѣній, которыя вовсе не доходятъ до сознанія; это можно объяснить себѣ только тѣмъ, что слѣды эти воспроизводятся, но степень ихъ воспроизведенія не такова, чтобы сопровождаться сознаніемъ. Въ самомъ дѣлѣ, для того, чтобы данный психическій процессъ сдѣлался сознательнымъ, нужно, чтобъ онъ обладалъ извѣстною степенью интензивности и продолжительности. Если онъ будетъ не такъ интензивенъ и не такъ продолжителенъ, какъ это требуется, то онъ и не будетъ сознателенъ. Отсюда слѣдуетъ, что всѣ воспроизведенія слѣдовъ прежнихъ впечатлѣній, которыя не будутъ достигать этой степени интензивности и продолжительности, не будутъ сопровождаться сознательностью; но этимъ нисколько не устраняется ихъ вліяніе на ходъ мышленія, вліяніе на настроеніе: память этихъ впечатлѣній можетъ-быть будетъ производить важныя послѣдствія, хотя и будетъ безсознательная.

Теперь спрашивается: чѣмъ обусловливается то, что фиксированные слѣды могутъ воспроизводиться,—какой механизмъ долженъ быть для этого? Наблюденія показываютъ, что это совершается или *пассивно*: 1) когда слѣдъ впечатлѣнія воспроизводится тогда, когда на насъ

дѣйствуетъ совершенно такое же впечатлѣніе, 2) тогда, когда на насъ дѣйствуетъ какое-нибудь впечатлѣніе, имѣющее ту или другую аналогію съ первымъ,—или *активно*, когда мы, желая что-нибудь припомнить, направляемъ свое вниманіе на то, что имѣетъ ту или другую связь съ тѣмъ, что мы желаемъ припомнить, будучи увѣрены по опыту, что вслѣдствіе этой связи возникнетъ въ сознаніи и то, что мы хотимъ припомнить: наприм., желая вспомнить, куда положилъ Петръ ту или другую вещь, я воображаю фигуру Петра, его положеніе въ комнатѣ, и, благодаря этому, въ моемъ сознаніи возникаетъ слѣдъ его поступка. Все это совершается по законамъ ассоціаціи идей; но для того, чтобы такимъ образомъ слѣды прежнихъ впечатлѣній могли воспроизводиться, необходимо, чтобъ они были ассоціированы между собою. Мы знаемъ, что въ строеніи головного мозга даны всѣ условія для громаднаго развитія этихъ ассоціацій—благодаря присутствію цѣлой системы волоконъ, которой нельзя приписать другой роли, какъ роль ассоціаціонныхъ путей. Наблюденія надъ особенностями психической жизни человѣка заставляютъ предположить, что ассоціація у него развита до очень высокой степени; нужно думать, что каждое полученное впечатлѣніе, заставляя вибрировать наиболѣе сильно данную группу клѣтокъ, воспринимающихъ это впечатлѣніе, въ то же время вызываетъ вибрацію и въ другихъ нервныхъ клѣткахъ, благодаря ассоціаціонной связи. Эта сопутствующая вибрація иногда бываетъ настолько сильна, что сопровождается и сознаніемъ; иногда же она не достигаетъ степени сознательности, но, тѣмъ не менѣе, слѣдъ этой вибраціи остается и этимъ еще болѣе усиливается ассоціаціонная связь между одною группой нервныхъ клѣтокъ и другою, такъ что при возбужденіи одной уже роковымъ образомъ будетъ происходить и возбужденіе другой. Такимъ образомъ, среди густой сѣти связанныхъ между собою группъ нервныхъ элементовъ, устанавливаются очень тѣсныя ассоціаціи между отдѣльными группами элементовъ, менѣе тѣсныя между другими и очень слабыя между третьими. Способность воспроизведенія слѣдовъ и заключается въ томъ, что иннерваціонный процессъ распространяется, по закону ассоціаціи, отъ одной группы клѣтокъ къ другой и, наконецъ, достигаетъ той группы клѣтокъ, которая хранитъ воспоминаемое. Иногда для того, чтобы вызвать въ сознаніи нужное воспоминаніе, иннерваціонный процессъ долженъ проходить цѣлый рядъ ассоціированныхъ группъ нервныхъ элементовъ, изъ которыхъ возбужденіе вовсе и не будетъ восприниматься сознаніемъ, потому что возбужденіе этой группы элементовъ не настолько интенсивно, чтобы вызвать сознательную реакцію, но оно все-таки достаточно, чтобы отъ этой группы клѣтокъ возбужденіе распространилось на слѣдующую группу, съ которою она ассоціирована, и если

возбудимость этой слѣдующей группы будетъ сильнѣе, чѣмъ второй (отчасти благодаря интенсивности слѣдовъ, въ ней сохранившихся), то возбужденіе ея будетъ сознательное, такъ что въ сознаніи мысль прямо можетъ перескакивать со первой группы на третью, минуя возбужденіе второй группы, какъ не достигнувшее уровня сознанія. Отсюда слѣдуетъ:

1) Что чѣмъ болѣе ассоціацій установлено между даннымъ впечатлѣніемъ и другими, тѣмъ легче этому впечатлѣнію припомниться, потому что тѣмъ болѣе шансовъ, что возбужденіе на своемъ пути захватитъ группу клѣтокъ, воспринявшихъ это впечатлѣніе. Поэтому есть впечатлѣнія, которыя вспоминаются очень часто, а есть и такія, которыя очень трудно вспомнить, такъ какъ трудно найти тотъ путь ассоціаціи, по которому бы возбужденіе дошло до элементовъ, сохранившихъ это впечатлѣніе.

2) Что способность впечатлѣнія быть возстановленнымъ въ сознаніи зависитъ отъ физіологической возбудимости нервныхъ элементовъ, сохранившихъ слѣды этихъ впечатлѣній; а это съ одной стороны зависитъ отъ цѣлости самихъ нервныхъ элементовъ, съ другой—отъ глубины того слѣда, который въ нихъ былъ оставленъ: чѣмъ глубже этотъ слѣдъ, тѣмъ возбудимость больше.

Изъ этого уже a priori можно опредѣлить, какія впечатлѣнія будутъ чаще вспоминаться, какія рѣже,—и какія легче будутъ ускользать изъ памяти, какія труднѣе. Конечно, тѣ впечатлѣнія, которыя оставили послѣ себя глубокій слѣдъ и которыхъ ассоціаціонныя связи обширны,—тѣ будутъ крѣпче и будутъ исчезать изъ памяти труднѣе. Поэтому обыкновенно старыя впечатлѣнія крѣпче сидятъ въ нашей памяти: ихъ ассоціаціонныя связи путемъ многолѣтнихъ повтореній расширились и укрѣпились до такой степени, что только въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ могутъ быть разрушены. Наоборотъ, новыя впечатлѣнія, которыя не успѣли еще войти въ прочную ассоціаціонную связь со всѣмъ содержимымъ душевной жизни, разрушаются скорѣе. Затѣмъ, всѣ тѣ впечатлѣнія, которыя сопровождались сильною душевною реакціей, остаются, въ большинствѣ случаевъ, долѣе, чѣмъ тѣ, которыя сопровождаются слабою; отъ этого сильныя впечатлѣнія долѣе сохраняются, чѣмъ слабыя, и память чувства у нормальнаго человѣка дольше, чѣмъ память умственныхъ процессовъ. Наконецъ впечатлѣнія, воспринятыя въ то время, когда фиксаціонная способность нервныхъ элементовъ была ослаблена болѣзнію или вліяніемъ яда, часто недоступны для памяти. Этимъ объясняются амнезіи при острыхъ отравленіяхъ или эпилептическомъ припадкѣ.

Эта различная устойчивость памяти различныхъ категорій впечатлѣній установлена Рибо въ его „Maladies de la mémoire", и мы уже

видѣли, что наши наблюденія въ значительной степени подтверждаютъ сдѣланные имъ выводы.

Воспользуемся теперь этими данными ученія о памяти для объясненія себѣ особенностей амнезіи нашихъ случаевъ.

Начнемъ съ объясненія наиболѣе простой особенности. Мы видѣли, что въ періодѣ поправленія въ нашихъ случаяхъ разстройство памяти проявляется не какъ амнезія, т.-е. отсутствіе памяти, а какъ ослабленіе памяти: впечатлѣнія запоминаются, но для ихъ воспроизведенія нужно употреблять особенныя старанія; больному иногда кажется, что онъ рѣшительно ничего не помнитъ изъ пережитаго недавно, а между тѣмъ, прибѣгая къ извѣстнымъ пріемамъ, выжидая, пока какое-нибудь случайное впечатлѣніе не вызоветъ къ дѣятельности ту группу первыхъ элементовъ, которая хранитъ слѣдъ того, что онъ считаетъ забытымъ, — онъ вдругъ вспоминаетъ забытое съ большими или меньшими подробностями. Въ головѣ больнаго хранятся слѣды пережитыхъ впечатлѣній, но они такъ запрятаны, что обычными путями до нихъ возбужденіе не доходитъ. На что это указываетъ?—Конечно, на то, что здѣсь существенно страдаетъ разстройство воспроизведенія, и не потому, чтобы слѣды не были способны возбуждаться настолько интенсивно, чтобы давать сознательныя представленія, но потому, что путь иниерваціи къ этимъ слѣдамъ затрудненъ. Повидимому, неповрежденные пути, ассоціирующіе между собою различныя группы представленій, немногочисленны и отъ того трудно напасть на оставшіяся цѣлымъ путь. Итакъ, эта особенность объясняется существованіемъ разстройства въ ассоціаціонныхъ путяхъ.

Въ этомъ состояніи самые слѣды фиксированы уже достаточно хорошо, что видно изъ того, что какъ только дойдетъ до нихъ возбужденіе, то они возстановляются и являются даже въ сознаніи. Но въ тяжелые періоды, какъ мы видѣли, эти слѣды совсѣмъ не возстановляются въ сознаніи: сколько человѣкъ самъ ни старается, онъ ничего не можетъ припомнить; даже при буквальномъ повтореніи того же впечатлѣнія (а это самый легкій путь для воспоминанія)—и то не является воспоминаніе. Въ этомъ состояніи способность воспроизведенія не только ослаблена,—она совсѣмъ уничтожена. Но, какъ мы видѣли, при этомъ существуетъ поразительный фактъ: все то, что воспринималось этомъ существуетъ поразительный фактъ: все то, что воспринималось до извѣстнаго срока—помнится, воспроизводится; все, что послѣ этого срока—не воспроизводится. Почему такая разница? Вѣдь, еслибы было разстройство только одного воспроизведенія впечатлѣній, то, казалось бы, оно должно распространяться и на тѣ впечатлѣнія, которыя были до этого срока. Почему же тѣ слѣды воспроизводятся, и воспроизводятся хорошо, а эти—нѣтъ? Можно бы было подумать, что слѣдовъ новыхъ впечатлѣній и совсѣмъ нѣтъ. Но мы видѣли, что они

есть, потому что черезъ годъ или два больной будетъ въ состояніи вспоминать, что онъ воспринималъ въ это время. Итакъ, слѣды есть, но, очевидно, въ условіяхъ ихъ сохраненія есть какая-нибудь существенная разница отъ условій сохраненія слѣдовъ впечатлѣній, бывшихъ ранѣе этого срока, и далѣе очевидно, что эти условія должны съ теченіемъ болѣзни измѣняться, потому что то самое, что не могло быть вспоминаемо, черезъ годъ или два дѣлается доступнымъ воспоминанію. Въ чемъ могутъ заключаться эти условія?

Мы уже говорили, что крѣпость слѣдовъ въ чрезвычайно большой степени зависитъ отъ количества и крѣпости тѣхъ ассоціацій, которыя входятъ въ ихъ составъ: старыя впечатлѣнія, привычки, ассоціированныя съ громаднымъ количествомъ первыхъ элементовъ, противостоятъ долѣе всего разрушенію; новыя же, мало ассоціированныя, не такъ долго. Вѣроятно, въ количественной и качественной разницѣ ассоціацій и заключается объясненіе интересующаго насъ явленія. Представимъ, что въ одинъ день нарушится способность проводниковъ исполнять свою ассоціаціонную дѣятельность; допустимъ, что она не исчезнетъ совсѣмъ, а только рѣзко ослабѣетъ: что тогда должно произойти? Новое впечатлѣніе будетъ доходить до сознанія, воспримется, оставитъ слѣдъ въ воспринимающихъ первыхъ элементахъ, но эти воспріятія не вступятъ въ прочную ассоціацію со всѣмъ содержимымъ душевной жизни. Даже тѣ впечатлѣнія, которыя воспримутся непосредственно вслѣдъ за этимъ, и тѣ не вступятъ въ ассоціаціонную связь съ первымъ, такъ что не установится та цѣпь послѣдовательныхъ впечатлѣній, которая устанавливается въ нормальномъ сознаніи, и поэтому впечатлѣніе, хотя и оставивъ слѣдъ въ нервныхъ элементахъ, затеряется въ глубинѣ психической жизни. Такимъ образомъ можно объяснить то, что впечатлѣніе позабывается сейчасъ же вслѣдъ за тѣмъ, какъ его смѣнитъ новое впечатлѣніе, и потомъ уже не припоминается до того времени, какъ условія его ассоціаціонной связи улучшатся. Между тѣмъ старыя впечатлѣнія, ассоціаціонныя связи которыхъ прочно установились вслѣдствіе многократнаго повторенія и многолѣтняго существованія, будутъ возстановляться въ сознаніи и при новыхъ условіяхъ. Что именно прочность ассоціаціонной связи этихъ старыхъ впечатлѣній играетъ здѣсь существенную роль, видно изъ того, что тѣ изъ впечатлѣній, воспринятыхъ еще до начала болѣзни, которыя восприняты за короткое время до заболѣванія, тоже не воспроизводятся; что они фиксированы, что слѣды ихъ есть, въ этомъ нѣтъ сомнѣнія; но, благодаря ихъ недавнему происхожденію, ихъ ассоціаціи невелики, некрѣпки, и потому разстройство, поразившее ассоціаціонные пути, нарушило и ихъ ассоціаціи. Таковъ эффектъ нарушенія функціональной способности ассоціаціоннаго аппарата.

Теперь посмотримъ, что будетъ далѣе, при началѣ возстановленія этой функціональной способности: путь иннерваціи будетъ облегченъ, хотя все еще довольно труденъ; вслѣдствіе этого иннерваціонный процессъ будетъ доводить возбужденіе до элементовъ, хранящихъ слѣды прежнихъ впечатлѣній, но это возбужденіе будетъ слабо настолько, что не будетъ вызывать функцію такой интенсивности и продолжительности, которая нужна для возникновенія сознательнаго представленія. Тогда воспоминанія будутъ, но они не будутъ достигать уровня сознанія, а будутъ держаться и производить свои эффекты въ безсознательной сферѣ. Этимъ объясняется та догадливость больныхъ, на которую я указалъ и которая невозможна была бы при полномъ отсутствіи памяти.

Возрожденіе ассоціаціонныхъ путей идетъ далѣе, и тогда, наконецъ, процессъ иннерваціи распространяется съ такою интенсивностью, что можетъ вызывать и сознательныя представленія, тѣмъ болѣе, что и элементы хранящіе слѣды впечатлѣній, благодаря продолжающемуся возрожденію, все болѣе и болѣе укрѣпляютъ свои ассоціаціи съ другими, все болѣе и болѣе распускаютъ свои корни въ душевной жизни. Въ этомъ состояніи больные уже способны къ сознательнымъ воспоминаніямъ, хотя большею частью не могутъ ихъ вызвать активно, не могутъ локализировать ихъ во времени и даже правильно квалифицировать ихъ, наприм. не могутъ отличать того, что было въ дѣйствительности, отъ того, что было можетъ-быть только въ ихъ мысляхъ.

Мало-помалу возрожденіе ассоціаціонныхъ путей идетъ дальше, впечатлѣнія являются въ сознаніи все съ большимъ и большимъ количествомъ ассоціацій, и тогда становится возможнымъ и квалифицировать слѣды впечатлѣній, сопоставлять ихъ между собою, распредѣлять ихъ во времени, и т. п. Мало-помалу пріобрѣтается знакомство съ путями, по которымъ возникаютъ забытыя впечатлѣнія, и больной произвольно направляетъ свое вниманіе такъ, чтобы возбужденіе попало на этотъ путь и такимъ образомъ возникло бы забытое впечатлѣніе. Этимъ путемъ возстановляется активная память и дальнѣйшее исправленіе проявляется уже въ ея совершенствованіи.

Такъ идетъ дѣло при благопріятныхъ обстоятельствахъ, при исправленіи. При неблагопріятныхъ, наоборотъ, разстройство ассоціаціоннаго аппарата пойдетъ глубже; вслѣдствіе этого какъ количество разстроенныхъ ассоціаціонныхъ путей будетъ больше, такъ и степень разстройства ихъ будетъ больше. Вслѣдствіе этого функціональная способность и старыхъ ассоціацій дѣлается меньше; тогда и давнишнія воспоминанія не воспроизводятся въ сознаніи. Амнезія идетъ все глубже и глубже и можетъ дойти до самой большой степени развитія.

Такимъ образомъ разстройствомъ ассоціаціоннаго аппарата можно

объяснить какъ проявленіе тѣхъ особенностей амнезіи, на которыя мы обратили вниманіе, такъ и различныя степени проявленія этой амнезіи въ различныхъ случаяхъ. Ассоціаціонный аппаратъ составляютъ нервныя волокна, соединенныя съ нѣкоторыми изъ нервныхъ клѣтокъ коры; мнѣ кажется, что разстройствомъ нервныхъ волоконъ, входящихъ въ составъ ассоціаціоннаго аппарата, можно объяснить развитіе наблюдаемой нами амнезіи. Очень можетъ быть, что одновременно съ этимъ страдаетъ и самая нервная клѣтка, но ея пораженіе во всякомъ случаѣ не можетъ играть главную роль при данной формѣ болѣзни, потому что при значительныхъ нарушеніяхъ въ строеніи нервной клѣтки, вѣроятно, не могло бы быть возстановленіе памяти, которое мы наблюдаемъ, а небольшимъ разстройствомъ нельзя объяснить продолжительность разстройствъ. Напротивъ, въ нервныхъ волокнахъ даже довольно глубокія измѣненія могутъ возстановляться: пока существуетъ осевой цилиндръ, нервное волокно легко способно возродиться. Между тѣмъ и безъ исчезновенія осеваго цилиндра нервныя волокна могутъ претерпѣвать существенныя измѣненія, которыя вполнѣ достаточны для нарушенія ихъ функцій въ продолженіе долгаго времени. Такъ, наприм., мы знаемъ, что даже небольшія нарушенія свойства миэлина, облекающей осевые цилиндры, должны обусловливать разстройства въ функціональной способности нервнаго волокна; но миэлинъ Мейнерта, на основаніи изслѣдованій Кюне и Гоппе Зейлера, можно думать, что миэлитое вещество, благодаря свойствамъ протагона, которое оно содержитъ, способствуетъ питанію осеваго цилиндра и, благодаря этому, способствуетъ проводимости по немъ возбужденія. Между тѣмъ, какъ мы знаемъ, даже полное уничтоженіе миэлта не ведетъ къ разрушенію волокна, если только не разрушенъ осевой цилиндръ: спустя нѣкоторое время миэлтъ можетъ возстановиться и нервное волокно возрождается; даже если разрушенъ и осевой цилиндръ, то нервное волокно можетъ возродиться, хотя съ гораздо большимъ трудомъ и далеко не всегда, и, конечно, разстройство функціи, вызванное этимъ путемъ, хотя способно къ возстановленію, но черезъ болѣе долгій промежутокъ времени и, вѣроятно, не вполнѣ. Если же существуетъ разрушеніе нервной клѣтки, связанной съ даннымъ волокномъ, то возрожденіе почти немыслимо.

Такимъ образомъ въ различныхъ степеняхъ нарушенія цѣлости нервныхъ элементовъ ассоціаціоннаго аппарата мы можемъ найти достаточное объясненіе для различныхъ степеней разстройствъ, встрѣчаемыхъ при амнезіи, которую мы разсмотрѣли. Представимъ еще, что это разстройство будетъ неравномѣрно въ различныхъ частяхъ аппарата, т. е. въ однѣхъ оно будетъ очень сильно, въ другихъ—слабо, въ третьихъ его совсѣмъ не будетъ, и тогда можно будетъ объяснить всѣ наблюдаемыя явленія.

Конечно, приводя это объясненіе, я знаю, что оно не имѣетъ большой цѣны, такъ какъ нѣтъ анатомическихъ фактовъ, его подтверждающихъ, и какъ только встрѣтится фактъ, противорѣчащій этому,— сейчасъ и рушится. Тѣмъ не менѣе я все-таки останавливаюсь на немъ, чтобъ имѣть въ анатомическихъ изслѣдованіяхъ хоть какую-нибудь путеводную нить: ассоціаціонный аппаратъ долженъ быть подробно изслѣдованъ. Небольшую опору этому объясненію можно найти въ томъ, что для паралитическихъ явленій алкогольнаго паралича анатомическимъ субстратомъ чаще всего является измѣненіе въ первомъ волокнѣ (множественный неритъ) и прежде всего измѣненіе въ немъ міэлина, т. е. той составной части, о которой мы говорили, какъ о части, пораженіе которой даетъ возможность объяснить случаи быстраго возстановленія памяти.

Предполагая, что разстройство ассоціаціоннаго аппарата играетъ наиболѣе существенную роль въ развитіи амнезіи при алкогольномъ параличѣ, мы можемъ идти далѣе и обратить вниманіе и на другую форму (2-ю) психическаго разстройства при алкогольномъ параличѣ, увидать и въ ней выраженіе того же разстройства ассоціаціоннаго аппарата. Въ самомъ дѣлѣ, что мы видимъ въ той формѣ?—то же глубокое разстройство памяти и кромѣ того спутанность сознанія, проявляющуюся въ неправильномъ сопоставленіи представленій, въ разстройствѣ гармоніи идей и въ глубокомъ разстройствѣ вниманія. Все это, особенно рѣзко выраженное, разстройство въ сопоставленіи представленій, и есть не что иное какъ разстройство ассоціацій. Присматриваясь подробно къ этимъ больнымъ, мы можемъ замѣтить, что именно эта функція у нихъ глубоко разстраивается. Поэтому и для этихъ случаевъ нужно допустить, какъ физіологическое основаніе психическаго разстройства, глубокое разстройство ассоціаціоннаго аппарата. Почему въ однихъ случаяхъ психическое разстройство проявляется въ своеобразной амнезіи, въ другихъ—въ спутанности, конечно, нельзя сказать; вѣроятно, разница зависитъ отъ количества пораженныхъ ассоціаціонныхъ путей, частью отъ способа развитія болѣзни. Но, во всякомъ случаѣ, этимъ вполнѣ объясняется возможность перехода одной формы въ другую и то, что рѣзкихъ существенныхъ границъ *между двумя* этими формами нѣтъ.

Этимъ мы заканчиваемъ описаніе симптомовъ алкогольнаго паралича. Намъ остается только сказать еще нѣсколько словъ объ

исходѣ болѣзни.

Мы уже упоминали много разъ, что болѣзнь можетъ кончаться и выздоровленіемъ, и переходомъ въ очень длительное хроническое теченіе, и смертью.

Выздоровленіемъ большею частью кончаются легкіе случаи, въ которыхъ поражается одинъ только нога, да и то не очень сильно. Затѣмъ выздоровленіемъ кончаются и тѣ случаи, гдѣ хотя поражены и верхнія конечности, но это пораженіе развивается не на очень истощенной почвѣ и въ организмѣ нѣтъ никакой другой болѣзни (т.-е. болѣзни легкихъ или сердца и т. п., которая могла бы повести къ смерти). У молодыхъ, крѣпкихъ субъектовъ даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ теченіе первыхъ недѣль болѣзни дѣло доходитъ до пораженія первоголовнаго мозга,—и то можно разсчитывать на выздоровленіе, если мы убѣдились, что въ теченіе нѣкотораго времени болѣзнь, дошедши до высшей точки своего развитія, начала отступать изъ захваченныхъ ею областей. Выздоровленіе въ такихъ случаяхъ можетъ наступать въ различные сроки; но большею частью, если дѣло кончается полнымъ выздоровленіемъ, болѣзнь не затягивается далѣе 9—10 мѣсяцевъ, а иногда заканчивается и въ 3—6 мѣсяцевъ. Больные обыкновенно пріобрѣтаютъ послѣ выздоровленія свой прежній видъ, прежнія привычки, сильно полнѣютъ. Однако у нихъ остается чрезвычайная наклонность къ новому заболѣванію тою же болѣзнью. Во-первыхъ, большею частью они не выдерживаютъ характера въ продолженіе долгаго времени и опять начинаютъ пить, а теперь вино уже дѣйствуетъ на нихъ гораздо сильнѣе прежняго, такъ что отъ небольшаго эксцесса уже могутъ появиться признаки разстройства нервной системы; а во-вторыхъ, и при всякихъ другихъ болѣзняхъ у больнаго, какъ осложненіе, могутъ явиться характерные симптомы со стороны нервной системы, а потомъ развиться и вполнѣ-выраженная картина алкогольнаго паралича. Поэтому возвраты болѣзни у такихъ больныхъ могутъ быть часты.

Изъ нашихъ случаевъ полное выздоровленіе наблюдалось только въ 3-хъ случаяхъ изъ 20-ти, и то мы не знаемъ еще, какая судьба постигла этихъ больныхъ впослѣдствіи. Изъ 124-хъ литературныхъ случаевъ выздоровленіе отмѣчено въ 28.

Въ другихъ случаяхъ выздоровленіе бываетъ не полное. Большею частью сюда относятся случаи, гдѣ хотя организмъ и не отягченъ какою-нибудь другою разрушительною болѣзнью, но интенсивность самого алкогольнаго паралича такъ велика, что развиваются глубокія разстройства: полные параличи въ нижнихъ конечностяхъ, глубокая атрофія мышцъ, тяжелыя психическія разстройства. Въ такихъ случаяхъ наступаетъ обыкновенно поправленіе, но оно идетъ годами: года черезъ $1^1/_2$—3 возстановляется мышечная сила, больной начинаетъ ходить, но, обыкновенно, какъ походка, такъ и психическая жизнь не возвращаются до прежней степени,—нѣкоторый дефектъ остается, хотя степень этого дефекта бываетъ очень различна и съ теченіемъ времени,

при благопріятныхъ условіяхъ, все уменьшается. Такихъ случаевъ мы считаемъ изъ нашихъ 20-ти—5, а изъ 124 литературныхъ—40.

Третью категорію случаевъ составляютъ такіе, въ которыхъ болѣзнь, развившись до высшей своей точки и начавъ немного уменьшаться, затѣмъ переходитъ въ состояніе болѣе или менѣе стаціонарное, т.-е. параличи и контрактуры, уменьшившись до извѣстной степени, далѣе уже не уменьшатся, а по временамъ то увеличатся, то уменьшатся; при этомъ психическая дѣятельность обыкновенно представляетъ глубокія разстройства, развивается рѣзко-выраженная dementia и въ такомъ состояніи дѣло можетъ стоять много лѣтъ, пока какая-нибудь случайная болѣзнь не прекратитъ жизни. Такихъ случаевъ изъ нашихъ было 3.

Большею частью такое теченіе болѣзни бываетъ у людей пожилыхъ, худосочныхъ, представляющихъ еще кромѣ того симптомы какой-нибудь другой затяжной болѣзни—не настолько сильной, чтобы прекратить жизнь больнаго, но достаточной, чтобъ уменьшать его силы.

Четвертый исходъ есть смерть. Смерть при алкогольномъ параличѣ бываетъ или отъ одной только этой болѣзни, или отъ совокупнаго вліянія какой-нибудь другой болѣзни. Если смерть происходитъ исключительно отъ алкогольнаго паралича, то обыкновенно это бываетъ у такихъ субъектовъ, у которыхъ злоупотребленіе алкогольными напитками было чрезвычайно велико. Въ такихъ случаяхъ, разъ начавшись, болѣзнь постепенно развивается, поражаетъ центры глотанія, дыханія, разстраивается дѣятельность сердца и больной помираетъ. Такой исходъ бываетъ въ теченіе 1—2½ мѣсяцевъ отъ начала болѣзни. Изъ нашихъ случаевъ такъ померли 2 больныхъ.

Въ другихъ случаяхъ смерть больнаго зависитъ какъ отъ алкогольнаго паралича, такъ и отъ другой болѣзни, одновременно существующей въ организмѣ. Въ такихъ случаяхъ обыкновенно алкогольный параличъ является уже на очень ослабленной почвѣ, и такъ какъ организмъ при появленіи его еще болѣе слабѣетъ, то обыкновенно и паралличныя явленія все прогрессируютъ и основная болѣзнь принимаетъ очень дурное теченіе, такъ что въ концѣ концовъ наступаетъ смерть, причемъ убивающіе больнаго симптомы иногда бываютъ—симптомы алкогольнаго паралича (параличъ дыханія), иногда—симптомы основной болѣзни (наприм. упорные поносы, общее истощеніе). Продолжительность такихъ случаевъ бываетъ различна, смотря по формѣ основной болѣзни; но тоже, обыкновенно, отъ начала паралича дѣло затягивается не далѣе какъ на 2—3 мѣсяца, а иногда кончается и въ нѣсколько недѣль. Изъ нашихъ случаевъ такихъ было 6. Изъ нихъ у одной больной была pneumonia tuberculosa, у другаго—pneumonia catarrhalis, у третьяго—эхинококки въ печени и послѣдовательное разстройство пищеварительныхъ органовъ, у четвертаго и пятаго—разстройство компенсаціи при органическомъ порокѣ сердца, у шестаго—органическій порокъ сердца и Брайтова болѣзнь. У нѣкоторыхъ изъ нихъ были, кромѣ того, признаки болѣе или менѣе рѣзко-выраженнаго цирроза печени.

Изъ 124 литературныхъ случаевъ окончились смертью 44. Болѣзни печени, часто съ желтухой, и туберкулезъ были самыми частыми осложненіями въ этихъ случаяхъ.

IV.

Нѣкоторыя другія заболѣванія нервной системы при хроническомъ алкоголизмѣ.

(Ataxia alcoholica, paralysis acuta ascendens alcoholica etc.)

Описанная нами клиническая картина принадлежитъ той формѣ болѣзни, которую можно назвать алкогольною параплегіей, или алкогольнымъ параличомъ въ тѣсномъ смыслѣ слова. Но, какъ мы говорили въ историческомъ очеркѣ, очень близко къ алкогольной параплегіи стоитъ другая форма разстройства движеній алкогольнаго происхожденія, именно — *алкогольная атаксія*. Какъ мы видѣли, сначала, большею частью, эти двѣ формы смѣшивались: одни авторы, говоря объ алкогольной параплегіи, упоминали, что бываетъ кромѣ того и алкогольная атаксія; другіе, какъ Вестфаль, прямо описывали алкогольную атаксію, безъ отношенія ея къ алкогольной параплегіи, и, наконецъ, Dreschfeld высказалъ ту мысль, что нужно раздѣлить случаи собственнаго алкогольнаго паралича и алкогольной атаксіи. Въ сущности, какъ мы увидимъ, различіе между этими двумя формами основывается только на томъ, что въ случаяхъ собственно алкогольнаго паралича, рядомъ съ другими симптомами, всегда существуютъ рѣзко выраженные параличи; тогда какъ въ случаяхъ алкогольной атаксіи параличей нѣтъ, а есть разстройство координаціи движеній рядомъ съ другими симптомами. Что существенной разницы между двумя этими формами нѣтъ, доказываетъ и то, что существуютъ переходныя формы, которыя въ одинъ періодъ могутъ быть причислены къ параличамъ, въ другой—къ атаксіи. Тѣмъ не менѣе практически, мнѣ кажется, все-таки это дѣленіе имѣетъ значеніе въ виду того, что и діагностика и прогностика атактической формы находятся нѣсколько въ иныхъ условіяхъ, чѣмъ діагностика и прогностика параличной формы. Дѣло въ томъ, что, благодаря присутствію разстройства координаціи и лацинирующихъ болей, многіе врачи смѣшивали формы алкогольной атаксіи съ настоящей tabes dorsalis. Конечно, такое смѣшеніе составляетъ ошибку; но такъ какъ ее дѣлали даже очень опытные врачи, то естественно, что явилась потребность выдѣлить случаи, подходящіе къ tabes, но не составляющіе все-таки настоящую tabes, въ особую группу случаевъ, которой и было присвоено названіе pseudotabes. Описаніе принадлежащихъ сюда случаевъ сдѣлано довольно удачно, и такъ какъ, по нѣкоторымъ признакамъ, эти случаи отличаются отъ описанія настоящихъ алкогольныхъ параличей, то и тоже буду придерживаться раздѣленія алкогольной параплегіи отъ алкогольной атаксіи, не забывая однако,

что это дѣленіе довольно условное. Исторія алкогольной атаксіи началась еще съ 1862 года, когда Bourdon *) описалъ случай, въ которомъ вслѣдъ за delirium tremens развились очень быстро симптомы, напоминающіе локомоторную атаксію. Больной померъ, но вскрытія не было. Затѣмъ въ томъ же году Marcé **) сообщилъ о двухъ больныхъ, страдавшихъ алкоголизмомъ, которые въ продолженіе 3 или 4 дней представляли симптомы атаксіи: стрѣляющія боли, шаткость съ закрытыми глазами, причемъ одинъ изъ нихъ падалъ моментально, какъ только закрывалъ глаза. Topinard ***) сообщаетъ одно наблюденіе (XXXIV), которое озаглавлено такъ: „Хронической алкоголизмъ. Разстройство движеній, похожее на локомоторную атаксію“.

Въ Англіи Wilks указываетъ на атаксію какъ явленіе, бывающее при алкогольныхъ разстройствахъ движеній.

Въ Германіи въ 1879 г. явилось описаніе случаевъ алкогольной атаксіи, сдѣланное крайне тщательно Вестфалемъ; объ этой статьѣ Вестфаля мы уже подробно говорили (стр. 22). Затѣмъ, какъ мы сказали, Dreschfeld указалъ принципы раздѣленія алкогольной атаксіи отъ алкогольныхъ параличей, которые онъ и поддерживаетъ въ своей статьѣ, явившейся въ 1886 году. Однако, большинство авторовъ, писавшихъ послѣ Dreschfeld'а объ этой же болѣзни, руководились не этимъ принципомъ, то-есть не принципомъ раздѣленія алкогольной атаксіи отъ алкогольной параплегіи, а противопоставленіемъ симптомовъ алкогольной атаксіи—симптомамъ настоящей tabes dorsalis, иногда забывая совсѣмъ о существованіи алкогольныхъ параличей. Къ такимъ работамъ принадлежитъ работа Déjérine ****) „Du nervotabes d'origine périphérique“ *****), въ которой онъ, подробно описывая симптомы болѣзни, сходные до нѣкоторой степени съ tabes, указываетъ, что при вскрытіи оказалось, что спинной мозгъ цѣлъ, а существуетъ пораженіе периферическихъ нервовъ, главнымъ образомъ—кожныхъ. Оба больные Дежерина были пьяницы; слѣдовательно, случаи его принадлежали, поэтому, къ случаямъ алкогольной атаксіи, что и призналъ потомъ самъ Déjérine. Въ томъ же году въ Германіи Dr. Krüche описалъ подъ именемъ „pseudotabes alcoholica“ свои наблюденія надъ 17 больными, страдавшими алкоголизмомъ. Объ этой статьѣ мы уже говорили выше (стр. 31). Наконецъ, въ 1885 году явилась диссертація Leval - Picquechef: „Des pseudotabes“, въ которой онъ разбираетъ различные виды ложной атаксіи (токсическіе, послѣ острыхъ болѣзней и при такихъ хроническихъ болѣз-

*) „Archives générales de Medic.“ 1862.

**) *Marcé*: „Société med. des hôpiteaux“. Mai 1862.

***) *Topinard*: „De l'Ataxie locomotrice“. Paris, 1864.

****) „Brain“ 1886, January.

*****) „Arch. de physiologie norm. et pathologique“ 1884, p. 231.

няхъ, какъ diabetes mellitus и т. п.) и на первомъ планѣ приводитъ нѣсколько случаевъ алкогольной атаксіи; однако не всѣ случаи, которые онъ приводитъ, подходятъ къ чистой алкогольной атаксіи; нѣкоторые изъ нихъ принадлежатъ къ смѣшаннымъ формамъ паралича и атаксіи, а нѣкоторые, какъ случай описанный Келеромъ, даже къ случаямъ рѣзко выраженнаго алкогольнаго паралича. Естественно поэтому, что симптоматологія pseudotabes alcoholica, какъ описываетъ ее Leval-Picquecheff, очень подходитъ къ симптоматологіи алкогольнаго паралича.

Мнѣ пришлось видѣть около 10 случаевъ алкогольной атаксіи въ чистомъ ея видѣ, то-есть когда симптомы разстройства координаціи были на-лицо, а параличныхъ явленій совсѣмъ не было. Долженъ, впрочемъ, прибавить, что въ большинствѣ этихъ случаевъ мнѣ пришлось видѣть больныхъ всего по одному разу; въ виду чего я и не рѣшаюсь сдѣлать самъ описаніе этой болѣзни, а буду пользоваться литературными данными съ небольшими поправками, основанными на собственныхъ наблюденіяхъ.

Болѣзнь, обыкновенно, начинается исподволь у людей злоупотреблявшихъ давно спиртными напитками. Долгое время больной страдаетъ ланцинирующими болями, жалуется на парестезіи, головокруженія. Затѣмъ, иногда само по себѣ, иногда вслѣдъ за приступомъ delirii trementis, развивается разстройство координаціи движеній. Въ тѣхъ случаяхъ, когда разстройство координаціи движеній развивается остро вслѣдъ за delirium tremens или безъ него, но послѣ слишкомъ большаго опьяненія, тогда обыкновенно симптомы разстройства координаціи достигаютъ быстро очень большой степени, но, обыкновенно, на этомъ уровнѣ болѣзнь долго не стоитъ,—она или переходитъ въ рѣзко выраженную параличную форму, или кончается поправленіемъ. Поправленіе въ такихъ случаяхъ наступаетъ иногда очень быстро, особенно если больной бросаетъ пить; я видѣлъ одного больнаго, который едва могъ стоять отъ разстройства координаціи движеній въ ногахъ, а черезъ двѣ недѣли онъ уже хорошо ходилъ; болей почти не было. То же самое видѣлъ и Dreschfeld. Въ другихъ случаяхъ однако теченіе бываетъ болѣе хроническое: болѣзнь не достигаетъ слишкомъ большой степени, но тянется мѣсяцы и годы, причемъ по временамъ явленія бываютъ сильнѣе выражены, по временамъ—слабѣе. Больные при этомъ обыкновенно не бросаютъ своихъ занятій, такъ какъ болѣзнь не ставитъ ихъ обыкновенно въ необходимость оставаться дома, и лѣчатся у врачей почти всегда амбулантно; а такъ какъ жалуются они преимущественно на боли, иногда ломящія, иногда стрѣляющія, на шаткость походки, особенно въ темнотѣ, и врачъ находитъ у нихъ отсутствіе пателлярныхъ рефлексовъ, то большею частью и считаются они за настоящихъ табетиковъ.

Такъ дѣло иногда идетъ цѣлые годы.

Симптомы, представляемые больными этой категоріи, почти во всемъ (конечно, помимо паралича) такіе же, какъ симптомы алкогольнаго паралича, только вообще они слабѣе, менѣе выражены.

Почти всегда при этой формѣ болѣзни бываютъ и *боли*, характерныя для алкогольнаго паралича: ланцинирующія, похожія на кусанья звѣрей и насѣкомыхъ, чувство обожженія, ломящія и ноющія. Въ то же время бываютъ и боли при сдавленіи мышцъ (хоть въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ слабо выражены), боли при давленіи нервовъ, гипералгезія кожи, особенно къ холоду. Боли и гипералгезія сосредоточиваются преимущественно въ ступняхъ и ожесточаются по ночамъ. Какъ отличіе отъ tabes dorsalis, отмѣчается отсутствіе чувства пояса. У нѣкоторыхъ больныхъ бываютъ внутренностныя боли. Изъ нихъ Lancereaux отмѣчаетъ боль въ сторонѣ яичниковъ у женщинъ *). У одной больной мнѣ пришлось видѣть энтералгіи чрезвычайно сильныя и упорныя. У этой больной были и боли въ заднемъ проходѣ похожія на тѣ, которыя бываютъ при tabes dorsalis; онѣ являлись при испражненіи. У этой же больной были очень сильныя боли in vulva при попыткѣ половыхъ сношеній. Эти явленія очень рѣзко выражены были послѣ abus. spirituosorum, потомъ—при воздержаніи отъ вина и при лѣченіи—эти боли, какъ и другія явленія алкогольной атаксіи, исчезали. Затѣмъ, впрочемъ, онѣ снова являлись, когда больная начинала пить. Наконецъ больная захворала пневмоніей. У нея развились параличныя явленія и она умерла.—Анестезіи бываютъ вообще выражены слабо. Впрочемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ и при алкогольномъ параличѣ, замѣтно особенное разстройство чувства температуры и чувства къ индуктивному току. Болевая чувствительность иногда усилена, иногда ослаблена. Иногда замѣтно разстройство мышечнаго чувства (случ. Déjérine). Часто дѣло не доходитъ до анестезіи, но бываютъ разнообразныя парестезіи, чувство стянутости, забинтованности въ пальцахъ, чувство подкладки подъ подошвами и т. п.

Со стороны *движеній* разстройства выражаются главнымъ образомъ въ разстройствѣ координаціи. Въ чистыхъ случаяхъ алкогольной атаксіи парезовъ мышцъ не бываетъ,—замѣтно впрочемъ, что мышцы немного слабѣе нормальнаго, скорѣе утомляются и движенія какъ-то лѣнивы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываютъ мимолетныя паретическія явленія—и только. Въ случаяхъ смѣшанныхъ атаксіи и алкогольнаго паралича параличныя явленія могутъ достигать иногда значительной степени.

Разстройство *координаціи* движеній составляетъ существенный при-

*) *Casanova*: „Intoxication chronique par l'alcool, l'absinthe et vulneraire". Thèse de Paris 1885, p. 43.

знакъ алкогольной атаксіи. Почти всегда этотъ признакъ выраженъ только въ ногахъ. Большею частью выражается онъ не очень рѣзко: больному дѣлается трудно входить на лѣстницу или спускаться съ нея; онъ ходитъ неувѣренно и съ закрытыми глазами рѣзко шатается, такъ что часто не можетъ стоять, не держась за что-нибудь. Обыкновенно при этомъ въ постели съ открытыми глазами движенія ногами производятся совершенно правильно, но у нѣкоторыхъ больныхъ стоитъ только закрыть глаза, какъ является разстройство правильности движеній. Походка больныхъ большею частью рѣзко измѣнена. Всѣ больные, безъ исключенія, представляютъ признакъ Ромберга, т. е. походка рѣзко ухудшается съ закрытыми глазами. Собственно разстройство механизма походки не во всѣхъ случаяхъ бываетъ одинаково. Иногда больной просто ходитъ не по прямой линіи, а зигзагообразно; иногда при этомъ самая поступь представляетъ уклоненія отъ нормы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мнѣ приходилось видѣть тихую походку: больной ходитъ дѣлая небольшіе шаги, но ступаетъ невѣрно: нога то становится слишкомъ близко къ срединной линіи между двумя ногами, то слишкомъ далеко. Отъ этого все тѣло балансируетъ. При этомъ ступни опускаются невѣрно, не вдругъ, а какъ бы ощупью. Когда подошва опускается на полъ, то обыкновенно extensor digitor. communis рѣзко напряженъ и пальцы и носокъ ноги приподняты кверху; больной поэтому наступаетъ на пятку, но не ударяетъ ею, какъ при tabes dorsalis. Затѣмъ мускулы поднимающіе носокъ ступни и пальцы разслабляются и они опускаются на полъ, но большею частью вслѣдъ за этимъ опять наступаетъ кратковременное напряженіе экстензоровъ пальцевъ; наконецъ, пальцы окончательно опускаются на полъ. Такое неувѣренное опусканіе ступни составляло характерное явленіе въ двухъ случаяхъ атаксіи, которые намъ пришлось видѣть. Въ другихъ случаяхъ наблюдается походка, описанная Вестфалемъ: при движеніи впередъ нога сильно сгибается въ тазобедренномъ суставѣ, голень нѣсколько согнута въ колѣнѣ и медленно, тяжело опускается. При этомъ туловище, большею частью, балансируетъ; шаги маленькіе. Походка съ закрытыми глазами ухудшается, но не очень сильно. Походка эта имѣетъ, говоритъ Вестфаль, сходство съ походкой при параличѣ nn. peronei, но отличается отъ нея тѣмъ, что ступня не отвисаетъ и не волочится; да и прямое изслѣдованіе показываетъ, что паралича nn. peronei здѣсь не бываетъ. Отъ походки при tabes dorsalis эта походка отличается тѣмъ, что при tabes, при движеніи ноги впередъ, происходитъ чрезмѣрное разгибаніе ноги въ колѣнномъ суставѣ и въ такомъ вытянутомъ состояніи нога быстро опускается на полъ, ударяя объ полъ ступней; далѣе, нѣтъ той характерной неувѣренности походки, которая свойственна рѣзко выраженнымъ случаямъ tabes. Похоже на это описаніе разстройство походки при pseudotabes alcoholica въ небольшой статьѣ Krüche, причемъ онъ обращаетъ вниманіе на то, что шаткость походки при pseudotabes не улучшается, а ухудшается отъ выпитой рюмки водки, чѣмъ существенно отличается отъ шаткости походки, наблюдаемой иногда у привычныхъ пьяницъ по утрамъ, раньше чѣмъ они выпьютъ водки. Leval-Picquechеff описываетъ разстройство походки при алкогольной атаксіи такъ: больные ходятъ—выдвигая впередъ туловище; бедро сильно сгибается; нога поднимается высоко—такъ, какъ будто бы больному приходится переходить черезъ какое-нибудь раскаленное мѣсто. При такомъ поднятіи ноги ступня, однако, остается опущенною и, переносясь впередъ, опускается на полъ носкомъ, не ударяя пяткой. Нѣкоторые сравниваютъ эту походку съ походкой аиста. Профес. Шарко, наблюдавшій эту походку, сравниваетъ ее съ походкой лошади „qui steppe“ и полагаетъ, что она обусловливается парезомъ экстензоровъ ступни. Дѣйствительно, по нашимъ наблюденіямъ, такого рода походка наблюдается у тѣхъ больныхъ, у которыхъ, въ извѣстное время болѣзни, параличи были сильно выражены, а потомъ, когда сила мышцамъ возвращается и больные начинаютъ пользоваться своими конечностями, все-таки большая слабость экстензоровъ стопы дѣлается рѣзко замѣтною при ходьбѣ. Описаніе Leval-Picquechеff сдѣлано тоже съ такого случая, гдѣ не было чистой атаксіи, а было разстройство походки послѣдовательное за параличами.

Въ верхнихъ конечностяхъ разстройство координаціи большею частью выражено очень мало: состоитъ оно въ невѣрности движеній, по скорѣе обусловливается трясеніемъ, чѣмъ атаксіей. Однако атаксія движеній можетъ наблюдаться и въ верхнихъ конечностяхъ, какъ это видно изъ случаевъ Фишера и Левенфельда.

Питаніе мышцъ обыкновенно мало страдаетъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мышцы совсѣмъ хорошо развиты; въ другихъ онѣ довольно дряблы. До полной атрофіи обыкновенно дѣло не доходитъ. *Электросократительность* въ нашихъ случаяхъ была сохранена. Другіе авторы описываютъ легкія измѣненія электросократительности: уменьшеніе индуктивной сократительности въ нѣкоторыхъ мышцахъ, извращеніе формулы для гальванической сократительности (Dreschfeld) *). Это измѣненіе электросократительности нѣкоторые считаютъ довольно важнымъ діагностическимъ признакомъ между алкогольною атаксіей и настоящею tabes dorsalis.

Рефлексы обыкновенно измѣнены. Въ нашихъ случаяхъ: въ двухъ ихъ совсѣмъ не было, въ трехъ они были очень слабы; въ двухъ—нормальны и въ трехъ, напротивъ, усилены. Krüche тоже видѣлъ сохраненіе рефлексовъ у нѣкоторыхъ больныхъ. Большинство другихъ

*) *Brain*. January 1886.

авторовъ указываютъ на отсутствіе рефлексовъ во всѣхъ случаяхъ. Кожные рефлексы,—по словамъ Leval-Picquechеff,—почти во всѣхъ случаяхъ были уничтожены. Въ моихъ случаяхъ они большею частью были сохранены, а въ одномъ даже настолько рѣзко усилены, такъ что мѣшали произвести изслѣдованіе тактильной чувствительности.

Со стороны вазомоторной системы у нѣкоторыхъ больныхъ бываетъ усиленная потливость, холодъ конечностей, иногда преходящій отекъ въ ступняхъ. Krüche наблюдалъ нѣсколько случаевъ съ явленіями артропатій табетической; но такъ какъ онъ не описываетъ подробно этихъ случаевъ, то и нельзя сказать, насколько это вѣрно. На кожѣ ступней бываютъ эритемы, bullae; питаніе ногтей иногда тоже разстраивается.

Со стороны мочевыхъ органовъ большею частью нѣтъ особенныхъ измѣненій; нѣкоторые больные жалуются, впрочемъ, на частый позывъ къ мочеиспусканію и невозможность долго удерживать мочу.

Со стороны половой системы большею частью бываетъ упадокъ половой дѣятельности. Какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ уменьшаются половыя желанія; эрекція у мужчинъ бываетъ очень слаба; иногда бываетъ полная импотенція. У женщинъ часто неправильность регулъ. Со стороны кишечника запоры бываютъ нерѣдко. У нѣкоторыхъ больныхъ бываютъ рвоты.

Зрѣніе разстраивается при алкогольной атаксіи довольно часто; обыкновенно больные жалуются на mouches volantes, на туманъ передъ глазами. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ослабленіе зрѣнія доходитъ до большей степени (у одного нашего больнаго въ одномъ глазу было зрѣніе=$^1/_{10}$, въ другомъ—$^1/_3$), причемъ офтальмоскопическія измѣненія рѣдко встрѣчаются, хотя иногда блѣдность сосочка и констатируется. Поле зрѣнія уменьшается; причемъ центральное зрѣніе слабѣетъ скорѣе, чѣмъ периферическое. Зрачки обыкновено одинаковы, хотя изрѣдка бываетъ неравномѣрность зрачковъ. Большею частью реакція на свѣтъ и на аккомодативные импульсы сохранена, хотя нѣсколько вяла. Параличей глазныхъ мышцъ обыкновенно не бываетъ. Нужно замѣтить, что ослабленіе зрѣнія при алкогольной атаксіи можетъ исчезнуть съ исчезновеніемъ остальныхъ симптомовъ.

Со стороны психической дѣятельности наблюдается: вялость соображенія, ослабленіе памяти, раздражительность, наклонность къ навязчивымъ мыслямъ тревожнаго характера, иногда плаксивость и т. п. Безсонница бываетъ часто; часто бываютъ кошмары. Глубокое ослабленіе памяти наблюдается рѣдко, хотя въ одномъ случаѣ Dreschfeld'а оно было отмѣчено.

Какъ мы уже упоминали, теченіе болѣзни бываетъ или острое, или хроническое. Остро развивающаяся болѣзнь можетъ или быстро перейти въ алкогольный параличъ, или кончиться быстрымъ выздоровленіемъ;

хроническая держится въ продолженіе многихъ лѣтъ, представляя временныя ухудшенія и улучшенія. Въ концѣ концовъ и она можетъ перейти въ параличную форму, если больной продолжаетъ пить. Если же больной бросаетъ вино, то болѣзнь понемногу улучшается и всѣ симптомы сводятся до минимума.

Смерть при алкогольной атаксіи бываетъ большею частью отъ одновременно существующей другой болѣзни. Чаще другихъ болѣзней при этомъ наблюдается хроническій нефритъ. При вскрытіи Déjérine и Dreschfeld не находили никакихъ измѣненій въ спинномъ мозгу, а только рѣзко выраженныя измѣненія въ периферическихъ нервахъ, главнымъ образомъ—въ кожныхъ. Въ этомъ преобладаніи разстройствъ въ кожныхъ нервахъ хотѣли видѣть объясненіе, почему въ этой формѣ на первомъ планѣ стоятъ разстройства координаціи движеній, а въ параличной—параличи. Но врядъ ли это такъ, потому что и въ параличной формѣ кожные нервы тоже поражаются, и часто сильнѣе, чѣмъ двигательные. Очень вѣроятно, что дѣйствительно какія-нибудь индивидуальныя особенности заставляютъ иногда болѣзнь проявляться въ формѣ разстройства координаціи, но въ большинствѣ случаевъ можно видѣть, что алкогольная атаксія является тогда, когда болѣзнь развивается исподволь, хронически, или если и остро, то выражена не очень интенсивно: поэтому, мнѣ кажется справедливымъ мнѣніе Dreschfeld'а, что алкогольная атаксія есть только болѣе слабая форма той же болѣзни, которая, въ болѣе сильной степени выраженная, проявляется въ алкогольномъ параличѣ. Въ пользу этого говоритъ и то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь, держащаяся долгое время на степени атаксіи, при какомъ-нибудь новомъ поводѣ переходитъ въ алкогольный параличъ; а также и то, что случаи смѣшанные, въ которыхъ симптомы паралича существуютъ на ряду съ симптомами разстройства координаціи, принадлежатъ обыкновенно къ болѣе тяжелымъ случаямъ, чѣмъ случаи чистой атаксіи.

Помимо описанной формы алкогольной атаксіи, повидимому бываетъ у алкоголиковъ и другая форма атаксіи, похожая на ту, которая, по описанію многихъ авторовъ, бываетъ послѣ различныхъ острыхъ болѣзней (тифа, осны и друг.) и анатомическимъ субстратомъ которой считается диссеминированный склерозъ.

Эта форма алкогольной атаксіи никѣмъ не описана, и я не могу утверждать, что она дѣйствительно существуетъ, потому что только объ одномъ случаѣ, да и то въ томъ, который я видѣлъ мелькомъ въ одной изъ московскихъ больницъ, были симптомы, напоминавшіе мнѣ атаксію послѣ острыхъ болѣзней. Больной былъ мастеровой, 18 лѣтъ, сильно пьянствовавшій съ 12-лѣтняго возраста. Онъ былъ доставленъ въ больницу съ явленіями delirii trementis, причемъ было въ продолже-

ніе нѣсколькихъ дней небольшое повышеніе температуры (какой-нибудь инфекціонной формы не было констатировано). Когда бредъ стихъ, у больнаго развилось разстройство движеній чрезвычайно характерное,— онъ не могъ ни стоять, ни ходить. При попыткѣ дѣлать движенія какъ руками, такъ и ногами, являлись бросательныя движенія въ разныя стороны, такъ что для него рѣшительно были невозможны никакія произвольныя движенія конечностями. При этомъ мышечная сила была очень хороша, такъ что о парезахъ не было и рѣчи. Пателлярные рефлексы были скорѣе усилены, чѣмъ ослаблены. Болей въ конечностяхъ не было; не было даже болей при сдавленіи мышцъ. Рѣчь была нѣсколько скандированная. Въ такомъ состояніи больной пробылъ нѣсколько мѣсяцевъ, причемъ явленія понемногу уменьшались. Онъ сталъ ходить, но походка представляла, по словамъ пользовавшаго врача, рѣзко выраженныя явленія атаксіи. Съ этими явленіями онъ и вышелъ изъ больницы. Рѣзко выраженное разстройство координаціи движеній безъ малѣйшихъ признаковъ паралича, безъ болей, съ сохраненіемъ сухожильныхъ рефлексовъ и, наконецъ, съ слегка скандированною рѣчью, заставило меня предположить, что здѣсь не обычная алкогольная атаксія, а форма аналогичная острой атаксіи послѣ острыхъ болѣзней.

Обычная форма алкогольной атаксіи представляетъ, какъ мы сказали, форму менѣе интенсивнаго пораженія нервной системы при хроническомъ алкоголизмѣ, чѣмъ параличъ въ тѣсномъ смыслѣ слова. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ интенсивность пораженія бываетъ еще меньше, такъ что никакихъ разстройствъ движеній не наблюдается у больныхъ, а все дѣло ограничивается сферой чувствующихъ нервовъ и психической сферой. Сюда принадлежатъ тѣ случаи, въ которыхъ бываютъ рѣзко выраженныя боли: то по тракту нервовъ, то моментальныя, ломящія и ноющія; различныя парестезіи и гипералгезіи въ нижнихъ и верхнихъ конечностяхъ *). При этомъ давленіе на нервные стволы иногда болѣзненно, такъ что можно подозрѣвать начало множественнаго неврита (хроническаго), иногда же совсѣмъ неболѣзненно, а есть только болящія точки въ позвоночникѣ. Обыкновенно на ряду съ этимъ бываетъ то или другое разстройство въ психической сферѣ: раздражительная слабость, вялость, ослабленіе памяти, ослабленіе соображенія. Нѣкоторые больные дѣлаются придирчивы до крайности; другіе—очень легкомысленны, хвастливы; третьи—слезливы, плаксивы и т. п. У нѣкоторыхъ бываетъ безсонница, у другихъ, наоборотъ, сонъ хорошъ. У многихъ являются навязчивыя идеи, на которыхъ почти исключительно сосредоточивается вниманіе больныхъ; часто нападаетъ неопредѣленный страхъ, особенно къ ночи. У однихъ являются приступы нервнаго удушья: они постоянно требуютъ открывать окно, чувствуютъ, что имъ не хватаетъ воздуха. У другихъ являются боли по тракту межреберныхъ нервовъ лѣвой стороны; иногда эти боли сопровождаются чрезвычайно тоскливымъ чувствомъ, чувствомъ сжиманія въ сторонѣ сердца. При этомъ нападаетъ безотчетный страхъ: больному кажется, что сейчасъ съ нимъ сдѣлается какой-нибудь припадокъ, разрывъ сердца. Нѣкоторые больные находятся постоянно въ ожиданіи этого припадка и при малѣйшемъ признакѣ его теряютъ присутствіе духа, мечутся, ищутъ помощи. У нѣкоторыхъ больныхъ это ощущеніе является всегда, какъ только они остаются одни, особенно не у себя дома. Такіе больные, обыкновенно, не могутъ выѣзжать одни и имѣютъ всегда спутника. Всѣ эти явленія суть признаки неврастеніи. И дѣйствительно, эта форма разстройства можетъ быть названа алкогольною неврастеніей. Она можетъ иногда продолжаться очень долго, особенно если abusus spirituosorum продолжается, но въ концѣ концовъ она можетъ повести къ алкогольной атаксіи и алкогольному параличу; чѣмъ болѣе развиваются боли, чѣмъ болѣе онѣ по характеру удаляются отъ невралгическихъ болей и принимаютъ характеръ болей при множественныхъ невритахъ, тѣмъ ближе стоитъ дѣло къ алкогольной атаксіи или параличу,—особенно если пателлярный рефлексъ соотвѣтственно этому слабѣетъ. Впрочемъ, нужно замѣтить, что изъ очень большаго числа больныхъ, страдающихъ болѣе или менѣе выраженными симптомами алкогольной неврастеніи, лишь немногіе кончаютъ алкогольнымъ параличомъ.

Итакъ, алкогольная неврастенія въ различныхъ степеняхъ и, зависимости, чѣмъ алкогольный параличъ. Съ другой стороны, бываютъ той формѣ алкогольнаго паралича, которую мы подробно описали. Уже очень быстро протекающіе; эти случаи, сохраняя всѣ свойства алкогольнаго паралича, теченіемъ своимъ напоминаютъ острый восходящій параличъ Ландри. Это—„острая“ форма Oettinger'a. Къ этимъ случаямъ относятся: случай Broadbent'a и нашъ XI-й случай. Но, кромѣ этого, бываютъ и такіе случаи, которые положительно должны быть отнесены къ случаямъ восходящаго паралича Ландри. Одинъ изъ такихъ случаевъ мнѣ пришлось видѣть въ 1884 г. вмѣстѣ съ докторомъ Оболонскимъ. Вотъ исторія болѣзни этой больной:

Больная, 23 лѣтъ, замужняя, бездѣтная. Происходитъ изъ невропатической семьи. Съ дѣтства мать пріучала ее пить водку, къ ко-

*) Случаи этого рода въ довольно большомъ количествѣ описаны въ цитированной выше диссертаціи Сквирова.

торой больная настолько привыкла, что продолжала пить будучи и дѣвицей, и замужемъ. Въ послѣдніе годы, кромѣ водки, пила и портвейнъ. Съ октября 1883 г. стала жаловаться на разныя боли въ ногахъ, которыя трепировались частью какъ ревматическія, частью какъ подагрическія. Больная пила Вишни, но безъ успѣха. По временамъ бывали и утрамъ, тошнота и рвота. Такъ шло дѣло до 24 марта 1884 года. Въ этотъ день у больной явились сильныя боли въ поясницѣ. Были поставлены 4 піявки къ спинѣ. Вскорѣ больная стала жаловаться на диплопію и на шаткость при ходьбѣ. Вслѣдствіе этого она слегла въ постель, однако еще 29 марта могла съ трудомъ ходить. Руки въ этотъ день были совершенно здоровы. 31 марта ноги очень ослабѣли, а 1 апрѣля параличъ въ ногахъ рѣзко усилился, явилось чувство удушья и общей слабости. Руки еще дѣйствовали. Я видѣлъ больную 2 апрѣля. Въ этотъ день явленія были такія: почти полный параличъ въ ногахъ, чуть чуть шевелила бедрами. Напряженія въ мышцахъ никакого нѣтъ. Рефлексы кожные и сухожильные уничтожены. Полный параличъ обѣихъ рукъ. Въ рукахъ также никакого напряженія нѣтъ. Мышцы туловища парализованы. Сидѣть больная не можетъ, втягивать животъ не можетъ. Діафрагма работаетъ слабо, межкостныя мышцы также. Мышцы шеи крайне слабы, такъ что голова удерживается ими не можетъ. Въ лицѣ и языкѣ параличныхъ явленій не замѣтно. Глотаніе затруднено. Дыханіе тяжелое, затрудненное. Голосъ слабъ, но произношеніе правильно. Зрачки очень широки. Видитъ, но говоритъ, что плохо. Слухъ хорошъ. Чувствительность, повидимому, нѣсколько притуплена; однако больная вездѣ чувствуетъ прикосновеніе и уколъ. Говоритъ, что есть въ ногахъ неболѣзненныя боли; при сдавленіи ироножныхъ мышцъ никакихъ болей нѣтъ. Давленіе на нервные стволы болей не вызываетъ. Давленіе на позвоночникъ тоже не болѣзненно.

Больную вчера прослабило съ кровью, сегодня позываетъ на низъ, но не слабило. Животъ вздутъ, языкъ обложенъ слизью. Тошноты и рвоты не замѣтно. Не мочилась со вчерашняго дня. Катетеръ, введенный въ пузырь, далъ только чайную ложку мочи, чуть-чуть мутной. При кипяченіи получился осадокъ бѣлка.

Больная со вчерашняго дня заговаривается, не сознаетъ своей болѣзни: хочетъ поѣхать покататься; говоритъ, что къ ней приходили лица, которыхъ къ ней вовсе не приходили. Никакихъ трофическихъ разстройствъ нѣтъ. Электросократительность не изслѣдована. Пульсъ 150 въ 1′, темп. 36°. До этого дня тоже была нормальна. На другой день больная скончалась, повидимому, при явленіяхъ паралича дыханія.

Діагностика была поставлена: острый восходящій параличъ Ландри. Мнѣ кажется, иной діагностики нельзя было поставить въ

виду быстраго теченія болѣзни (9 дней), характернаго развитія параличныхъ симптомовъ, отсутствія лихорадочнаго состоянія, пролежней и другихъ трофическихъ разстройствъ. Тѣмъ не менѣе въ этомъ случаѣ были также явленія, указывавшія на алкоголизмъ, именно: психическое разстройство и предшествовавшія боли въ ногахъ. Эти явленія заставляли меня подозрѣвать, не имѣемъ ли мы здѣсь дѣло съ очень быстрымъ алкогольнымъ параличомъ въ собственномъ смыслѣ. Однако, въ виду отсутствія болей, особенно болей въ мышцахъ, столь характерныхъ для алкогольныхъ параличей, я не счелъ себя вправѣ этотъ случай причислить къ той же группѣ. Тѣмъ не менѣе у меня остается убѣжденіе, что восходящій параличъ Ландри въ этомъ случаѣ развился на почвѣ подготовленной хроническимъ алкоголизмомъ. Въ литературѣ описаны случаи паралича Ландри у алкоголиковъ, и, мнѣ кажется, нашъ случай, благодаря присутствію психическихъ разстройствъ, можетъ служить указаніемъ, что между острою формой типическаго алкогольнаго паралича и восходящимъ параличомъ Ландри у алкоголиковъ разница по существу не очень большая.—Къ такого рода случаямъ относится, вѣроятно, случай описанный недавно Судейкинымъ изъ клиники проф. Лашевича *). Правда, этотъ случай, по рѣзкому разстройству мочевыхъ органовъ и также отчасти по началу болѣзни, отличается отъ классическихъ случаевъ паралича Ландри, но, тѣмъ не менѣе, онъ подходитъ къ формамъ, описываемымъ и другими авторами подъ именемъ остраго восходящаго паралича; этотъ случай развился у потатора, и именно при явленіяхъ алкоголизма, такъ что, мнѣ кажется, есть полное основаніе приписывать алкоголю значительную роль въ происхожденіи болѣзни. Случай этотъ тѣмъ болѣе интересенъ, что сопровождался вскрытіемъ. Вотъ этотъ случай: Больной—потаторъ, около 50 лѣтъ. Съ конца августа боли и чувство тяжести въ ногахъ. Въ концѣ октября помѣщенъ въ значительный abusus spirituosorum. Простудился; появилось лихорадочное состояніе. Боли въ ногахъ усилились. 1 ноября, чтобы заснуть, выпилъ водки. 2 ноября хотѣлъ встать съ постели, но ноги такъ ослабѣли, что упалъ. Лѣвая рука была въ каретическомъ состояніи. На другой день парализовалась и правая рука. Явилось задержаніе мочи и испражненій. Вслѣдствіе этого поступилъ въ клинику. Въ клиникѣ констатированъ былъ параличъ четырехъ конечностей, причемъ лѣвая сторона была болѣе поражена, чѣмъ правая; небольшое опущеніе лѣваго угла рта. Задержаніе мочи. Разстройство

*) *Судейкинъ*: „Случай острого восходящаго спинальнаго паралича (Paralysis Landry).— Русская Медицина“ 1886, № 34. Этотъ же случай описанъ въ „Archive de Neurologie“ 1886, № XII, p. 197 (съ рисунками).

дефекаціи. Аналгезія на всемъ тѣлѣ кромѣ лица. Остальные виды чувствительности сохранены. Температура кожи на лѣвой ногѣ почти на 2° выше, чѣмъ на правой.

Электросократительность все время была нормальна, но за день до смерти понижена; изслѣдованіе показало легкую реакцію перерожденія. Сухожильные рефлексы понижены. Температура около 38,5°.

8 ноября явилось затрудненіе глотанія, учащенный пульсъ; параличъ діафрагмы. 9-го—смерть. Кромѣ явленій острагo воспаленія легкаго при вскрытіи найдено: какъ хронический процессъ—pachymeningitis spinalis externa въ поясничной части и сращеніе durae cs arachnoidea. Острыя измѣненія найдены въ спинномъ мозгу. Въ поясничномъ отдѣлѣ спиннаго мозга макроскопически найдено: размягченіе; микроскопическое изслѣдованіе (послѣ затвердѣнія окраска карминомъ) показало различныя измѣненія въ сѣромъ и бѣломъ веществѣ, причемъ поражены были и задніе столбы. Въ переднихъ рогахъ замѣтно: во-первыхъ, что лѣвый рогъ менѣе праваго. Затѣмъ многія нервныя клѣтки переднихъ роговъ закруглены, лишены отростковъ; нѣкоторыя содержатъ пигментъ. Клѣтки заднихъ роговъ представляютъ такія же измѣненія. Въ заднихъ столбахъ разрастаніе соединительной ткани; поперечный разрѣзъ осевыхъ цилиндровъ очень неравномѣренъ. Центральный каналъ облитерированъ и представляетъ въ своей окружности грануляціонные элементы соединительной ткани. Стѣнки сосудовъ неравномѣрно утолщены. О состояніи периферическихъ нервовъ ничего не сказано.

Хотя изслѣдованіе этого случая далеко не полно и хотя клиническая картина первыхъ дней болѣзни очень неясна, тѣмъ не менѣе мы можемъ согласиться съ авторомъ, что случай этотъ, вѣроятно, принадлежитъ къ случаямъ острагo восходящаго паралича (хотя не къ классическимъ случаямъ паралича Ландри). Въ этомъ родѣ случаи, то-есть уклоняющіеся отъ классическаго паралича Ландри прибавкой тѣхъ или другихъ симптомовъ, описаны различными авторами (Шульце-Шульцомъ, Гофманомъ), и изъ этихъ случаевъ устанавливается постепенный переходъ отъ случаевъ полуострагo восходящаго паралича къ настоящему классическому параличу Ландри. Случай Судейкина, вѣроятно, составляетъ одно изъ звеньевъ въ этомъ переходѣ, отличаясь отъ паралича Ландри распространеніемъ пораженія и на чувствительную сферу, и на тазовые органы. Что это такъ, на это указываетъ и анатомическая картина, напоминающая анатомическую картину случаевъ Шульце-Шульца и Гоффана, о которыхъ мы будемъ говорить ниже.

Для насъ этотъ случай особенно важенъ въ томъ отношеніи, что онъ развился у нотатора съ рѣзко-выраженными продромальными

симптомами алкогольнаго паралича, и потому невольно является мысль, что еслибы картина болѣзни была нѣсколько болѣе подробно описана, наприм.: было бы указано на то, была ли болѣзненность при сдавленіи мышцъ, были ли характерные психическіе симптомы,—то можетъ-быть этотъ случай далъ бы возможность установить фактически постепенность переходовъ отъ острой формы алкогольнаго паралича къ параличу Ландри и далъ бы возможность въ нѣкоторыхъ случаяхъ алкогольнаго паралича ожидать встрѣтить аналогичныя измѣненія въ спинномъ мозгу.

Чтобы закончить описаніе различныхъ клиническихъ формъ, въ которыхъ могутъ проявляться разстройства двигательной и чувствующей нервной системы у алкоголиковъ, мы должны еще упомянуть о пораженіяхъ отдѣльныхъ периферическихъ нервовъ у алкоголиковъ и о геми-анестетической формѣ алкоголизма. Пораженія отдѣльныхъ нервовъ у алкоголиковъ часто встрѣчаются: во-первыхъ, въ формѣ параличей отдѣльныхъ нервовъ они бываютъ у алкоголиковъ довольно часто. Они, впрочемъ, не носятъ названія спеціальныхъ алкогольныхъ параличей, а носятъ названіе по тому нерву, который поражается. Мы знаемъ, что у людей злоупотребляющихъ спиртными напитками часто бываютъ при небольшомъ поводѣ и параличи n. radialis и n. facialis. Параличи n. radialis отъ связыванія въ горячечную рубашку у пьяницъ гораздо чаще развиваются, чѣмъ у другихъ больныхъ. — Точно также параличи n. facialis у такихъ лицъ развиваются иногда отъ ничтожныхъ вліяній. Клиническая сторона этихъ параличей достаточно извѣстна, и намъ нѣтъ надобности на ней останавливаться. Кромѣ параличей, пораженіе отдѣльныхъ нервовъ у алкоголиковъ бываетъ и въ формѣ невритовъ, не сопровождающихся разстройствами движенія, а вызывающими только боль: такъ, у алкоголиковъ часто бываетъ ischias, neuritis cervicobrachialis и т. п. хорошо извѣстныя формы. Мы на нихъ тоже не будемъ оставливаться; замѣтимъ только, что эти страданія отдѣльныхъ нервовъ нерѣдко отмѣчаются въ анамнезѣ тѣхъ потаторовъ, у которыхъ впослѣдствіи развивается типическая форма алкогольнаго паралича. Сдѣлавъ это замѣчаніе, перейдемъ къ геми-анестетической формѣ хроническаго алкоголизма.—Эта форма описана Magnan'омъ въ его монографіи „de l'alcoolisme“ 1874. По его описанію, эта форма выражается главнымъ образомъ въ геми-анестезіи и геми-парезѣ той или другой стороны. Обыкновенно паретическія явленія бываютъ выражены довольно слабо, а геми-анестезія полная. Граница анестезіи — какъ разъ на срединѣ тѣла. Чувствительность потеряна не только въ кожѣ, но и въ слизистыхъ оболочкахъ. Слизистая оболочка рта, носа, конъюнктива вѣкъ и глазнаго яблока—все нечувствительно, только согнеа сохраняетъ нѣкоторую чув-

ствительность. Разстройство чувствительности захватываетъ всѣ виды чувствительности: чувство боли, также какъ и мышечное чувство, и чувствительность къ электричеству исчезаетъ. Зрѣніе на пораженной сторонѣ слабѣетъ, также какъ и слухъ, обоняніе и осязаніе. Поразиться можетъ и правая сторона, и лѣвая. Чаще наблюдалось пораженіе правой стороны.

Эти симптомы обыкновенно развиваются быстро, иногда послѣ апоплектоиднаго, иногда послѣ эпилептическаго инсульта, иногда послѣ приступа delirii trementis. Сначала обыкновенно hemiparesis и hemianaesthesia бываютъ не очень сильно выражены, но затѣмъ анестезія все болѣе и болѣе усиливается и дѣло кончается полною анестезіей. Обыкновенно, при этомъ психическая дѣятельность тоже слабѣетъ, причемъ замѣтны бываютъ бредовыя идеи и ослабленіе памяти.

Трудно опредѣлить по этому описанію, какого рода процессъ лежитъ въ основѣ этой формы. Самъ Magnan склоненъ принимать, что въ этихъ случаяхъ существуетъ какой-нибудь фокусъ размягченія или другаго органическаго пораженія на пути чувствующихъ волоконъ въ головномъ мозгу. Если это дѣйствительно такъ, то, пожалуй, эта форма не должна входить въ группу собственно непосредственныхъ токсическихъ разстройствъ нервной системы. Но я считаю однако нужнымъ упомянуть о ней здѣсь: 1) потому что мнѣніе о фокусномъ пораженіи въ головномъ мозгу еще не доказано; 2) аналогичную этому разстройству форму представляютъ и интоксикаціи другими ядами: есть аналогичныя пораженія подъ вліяніемъ окиси углерода, свинца, и т. д.; 3) самое развитіе болѣзни, хотя и начавшееся остро, но постепенно прогрессирующее, не даетъ намъ твердыхъ указаній на принятіе какихъ-нибудь опредѣленныхъ органическихъ разстройствъ въ головномъ мозгу за субстратъ болѣзни. Мнѣ кажется, форма эта, какъ разновидность интоксикаціонныхъ разстройствъ нервной системы, должна еще подлежать изученію какъ съ клинической, такъ и съ анатомической стороны. Можетъ-быть и съ клинической стороны окажутся какія-нибудь указанія на связь явленій съ общею интоксикаціей.

Мнѣ не пришлось видѣть ни одного случая, подходящаго къ описанію Magnan'а. Одинъ разъ впрочемъ мнѣ пришлось видѣть на консультаціи одного больнаго, котораго можетъ-быть можно причислить къ этой категоріи разстройствъ, хотя констатировать анестезію у него не удалось (вслѣдствіе глубокаго разстройства психической сферы), а были только гемипаретическія явленія. Это былъ старикъ 69 лѣтъ, пользовавшійся долгое время хорошимъ здоровьемъ и ежедневно употреблявшій спиртные напитки въ большомъ количествѣ. Сифилиса не было. Въ февралѣ 1885 года у него былъ эпилептическій припадокъ.

Другой такой же припадокъ былъ въ сентябрѣ 1885 года. Послѣ этого онъ сталъ хирѣть, память стала рѣзко слабѣть. Хотя больной продолжалъ автоматически исполнять служебныя обязанности (подписывать бумаги), но рѣзко стало замѣтно глубокое слабоуміе. Мало-помалу развивались паретическія явленія въ лѣвой сторонѣ, начало которыхъ, впрочемъ, никѣмъ изъ близкихъ не было замѣчено. Когда мнѣ пришлось видѣть этого больнаго, его психическая сфера была глубоко разстроена: онъ крайне апатиченъ; не обращаетъ никакого вниманія на окружающее; не подаетъ никакого знака, что онъ слышитъ что-нибудь изъ того, что говорятъ при немъ про него же. Однако на вопросы онъ отвѣчаетъ, но не всегда, а когда найдетъ подходящій отвѣтъ. Представленія о времени и пространствѣ крайне разстроены. Думаетъ, что онъ въ Кіевѣ, гдѣ онъ жилъ давно, а не въ Москвѣ. То, что дѣлается въ настоящее время, позабываетъ тотчасъ же. Автоматически читаетъ хорошо, но разсказать, что прочелъ—не можетъ.

Цѣлый день сидитъ въ одномъ положеніи, не заявляя никакихъ желаній. Если ему не дать ѣсть—не напомнитъ; мочится часто подъ себя. При этомъ въ лѣвой сторонѣ замѣтно значительное ослабленіе мышцъ въ сравненіи съ правой; нижнія вѣтви n. facialis на лѣвой сторонѣ слабѣе, чѣмъ на правой; языкъ слегка скашивается влѣво; рука и нога слабѣе съ лѣвой стороны, чѣмъ съ правой. Чувствительность вообще тупа, но насколько она ослаблена съ лѣвой стороны—констатировать нельзя, въ виду глубокой апатіи больнаго. Пателлярные рефлексы съ обѣихъ сторонъ очень слабы; хотя при поколачиваніи сухожилія patellae замѣтно напряженіе m. recti femoris, но оно такъ мало, что не въ силахъ приподнять голень. Больной можетъ ходить, но при этомъ шатается и слегка волочитъ лѣвую ногу. Въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, въ продолженіе которыхъ больнаго наблюдалъ врачъ, съ которымъ я видѣлъ этого больнаго, гемипарезисъ все болѣе и болѣе усиливался.

Явленія, представлявшіяся у этого больнаго, были не таковы, какъ бываютъ при обычныхъ фокусныхъ страданіяхъ; уже медленно развившійся гемипарезъ не поддавался никакимъ объясненіямъ. А одновременное существованіе характернаго психическаго разстройства, значительнаго ослабленія пателлярныхъ рефлексовъ, общей шаткости походки, заставляло предполагать присутствіе глубокой алкогольной интоксикаціи въ данномъ случаѣ и относить hemiparesis къ этой же причинѣ. Въ виду этого я позволилъ себѣ сблизить этотъ случай съ случаями геми-анестетической формы хроническаго алкоголизма Маньяна, несмотря на то, что въ случаяхъ Маньяна паретическія явленія, если и есть, стоятъ на второмъ планѣ, а на первомъ планѣ стоитъ геми-анестезія. Однако возможность соединенія геми-анестезіи съ па-

различными явленіями въ подобныхъ случаяхъ не только вѣроятна, но, мнѣ кажется, уже вполнѣ доказана случаемъ, описаннымъ Томсеномъ изъ клиники Вестфаля *).

Въ этомъ случаѣ у молодаго человѣка, наслѣдственника, развились послѣ сильнаго злоупотребленія спиртными напитками: головокруженія, приступы общихъ судорогъ, припадки агарофобіи и алкогольный бредъ. Алкогольный бредъ повторялся нѣсколько разъ, затѣмъ къ нему присоединилась paranoia alcoholica, которою онъ страдалъ нѣсколько мѣсяцевъ. Въ то же время у больнаго развилась правосторонняя гемианестезія и геми-апопсія. Однажды, послѣ экзацербаціи психоза (послѣ ночнаго приступа тоски), у больнаго развилась правосторонняя гемиплегія, съ пораженіемъ между прочимъ m. levator palpebrae dext. и m. recti infer. dextr. и hypoglooss. sin. Сухожильные рефлексы были ослаблены. Параличи довольно скоро прошли, но затѣмъ снова вернулись въ нѣсколько измѣненномъ видѣ. Къ гемиплегіи присоединились сильныя боли въ ногахъ и ангіалгія. Съ колебаніями дѣло постепенно шло къ поправленію, какъ вдругъ, по истеченіи почти четырехъ лѣтъ болѣзни, больной неожиданно скончался.

Какъ справедливо говоритъ Томсенъ, въ первое время можно было предполагать обычную картину алкогольнаго пораженія первной системы какъ со стороны психическихъ, такъ и со стороны физическихъ симптомовъ. Физическіе симптомы можно было подвести къ геми-анестетической формѣ Маньяна. Но злокачественное теченіе, присоединеніе гемиплегіи съ пораженіемъ глазодвигательнаго нерва, заставляло предполагать фокусное пораженіе въ мозгу въ той или другой формѣ.

Однако вскрытіе не показало рѣшительно никакихъ измѣненій въ центральной первной системѣ. Легкія дегенеративныя измѣненія найдены были въ нервахъ конечностей. Отрицательный результатъ при изслѣдованіи первныхъ центровъ заставляетъ автора придти къ заключенію, что въ данномъ случаѣ былъ необычный случай истеріи у мужчины съ смертельнымъ исходомъ. Насколько этотъ случай поучителенъ, видно само собою. Какъ бы его ни толковать, все-таки разстройство первной системы стоило видимымъ образомъ въ связи съ алкоголизмомъ, а по своимъ физическимъ симптомамъ оно стоитъ ближе всего къ геми-анестетической формѣ Маньяна.

---

*) *Thomsen:* „Ein Fall wu tödlicher mit anscheinenden Herdsymptomen sich combinirende Neuropsychose ohne anatomischen Befund.—Archiv für Psych.“ XVII, p. 844.

V.

Патологическая анатомія.

Вопросъ объ анатомическомъ субстратѣ типичной формы алкогольныхъ параличей, какъ мы видѣли изъ историческаго очерка, былъ долгое время спорнымъ. M. Huss, несмотря на то, что произвелъ 6 вскрытій и нашелъ нѣкоторыя измѣненія въ оболочкахъ и существѣ самого мозга, не считаетъ однако себя вправѣ приписать происхожденіе болѣзни найденнымъ имъ измѣненіямъ, а въ виду отсутствія такихъ измѣненій, которыми можно бы было объяснить болѣзнь, считаетъ алкогольные параличи за функціональную болѣзнь. Это мнѣніе поддерживалось довольно долго различными авторами, смотрѣвшими такъ же и на всѣ токсическіе параличи. Но уже въ 1864 и 1865 годахъ Лансеро и Леде сдѣлали попытку найти анатомическій субстратъ алкогольныхъ параличей. И тотъ и другой констатировали при алкогольномъ параличѣ пораженіе периферическихъ нервныхъ стволовъ, а также и нѣкоторыя измѣненія въ спинномъ мозгу (склерозъ передне-боковыхъ частей спиннаго мозга). Пораженіемъ спиннаго мозга легче было объяснить всѣ явленія и потому на нихъ остановились прежде всего. Въ Англіи тоже, несмотря на то, что пораженіе периферическихъ нервовъ было констатировано еще Томпсономъ, все-таки большинство авторовъ, писавшихъ объ алкогольной параличеи, не сомнѣвались, что имѣютъ дѣло съ спинно-мозговымъ страданіемъ. Въ Германіи тоже смотрѣли на алкогольные параличи какъ на спинно-мозговые. И дѣйствительно, всѣ симптомы болѣзни было гораздо легче объяснить—принимая спинно-вскрытій показали, что при алкогольномъ параличѣ несомнѣнно и постоянно существуетъ разстройство есть разстройство периферическихъ первовъ. Начиная съ 1881 года, когда Лансеро описалъ характерныя измѣненія, найденныя имъ въ периферическихъ нервахъ, число наблюдателей, нашедшихъ то же самое, уже очень значительно, и пока еще не найдено измѣненій въ другихъ частяхъ первной системы, которымъ можно бы было приписать такое же значеніе въ происхожденіи алкогольныхъ параличей, какъ измѣненіямъ въ периферическихъ первахъ.

Изученіе этихъ измѣненій и должно, конечно, составить существенную часть главы „о патологической анатоміи алкогольнаго паралича“; но, прежде чѣмъ приступить къ нему, мы должны сказать нѣсколько словъ вообще о результатахъ вскрытій случаевъ въ алкогольномъ параличѣ.

Въ литературѣ мы нашли указаніе на 37 случаевъ вскрытій собственно алкогольнаго паралича; тѣ случаи, гдѣ авторы называли болѣзнь алкогольною атаксіей или tabes, сюда не входятъ (6 случаевъ M. Huss'a, 1—Dupouy, 7—Лансеро, 1—Лёде, 1—Blanc-Oettinger, 1—Томсона, 2—H. Jones, 1—Crüch, 1—Dreschfeld, 1—Broadbent, 4—Hadden, 1—Moëli, 1—Hun, 1—Strümpell, 1—Müller, 1—Siemerling, 1 — Eisenlohr'a, 1 — Kahler und Pick, 2 — Gombault *) и 2 — Hyla Greves) **).

Изъ этихъ 37 случаевъ 14 принадлежатъ къ старымъ наблюденіямъ, 23 къ новымъ. Изъ нихъ, конечно, не ко всѣмъ можно отнестись съ одинаковою достовѣрностью, тѣмъ болѣе, что старые наблюдатели, большею частью, не пользовались микроскопомъ для своихъ изслѣдованій.

Результаты всѣхъ этихъ вскрытій сводятся къ измѣненіямъ: 1) въ нервной системѣ и 2) къ измѣненіямъ въ другихъ органахъ. О микроскопическихъ измѣненіяхъ мы теперь пока не будемъ говорить, а скажемъ объ измѣненіяхъ, доступныхъ простому глазу.

Вотъ какія измѣненія наблюдались въ полости черепа:

Pachymeningitis cerebralis levis	въ	4	случаяхъ.
Увеличеніе пахіоновыхъ грануляцій—почти во всѣхъ случаяхъ.			
Налитіе сосудовъ мягкой оболочки	въ	8	случаяхъ.
Малокровіе ея	„	2	„
Отечность, мутность	„	3	„
Утолщеніе мягкой оболочки	„	4	„
Увеличенное количество цереброспинальной жидкости	„	2	„
Увеличенное количество субарахноидальной жидкости	„	5	„
Серозный экссудатъ между pia и arachnoidea	„	3	„
Скопленіе значительнаго количества жидкости въ желудочкахъ мозга	„	2	„
Небольшая атрофія извилинъ	„	6	„
Periencephalitis	„	2	„
Расширеніе мелкихъ сосудовъ головнаго мозга	„	5	„
Зіяніе артерій основанія мозга	„	3	„
Плотность и блѣдность существа мозга	„	4	„

*) См. ниже стр. 295. Въ нашу казуистику эти случаи не внесены.

**) Въ это число не вошли еще 3 случая, о которыхъ докладывалъ Thomsen въ концѣ декабря 1886 г. въ Берлинскомъ Обществѣ Психіатровъ. Свѣдѣніе о нихъ я получилъ когда первые листы уже были напечатаны.

(Church считалъ плотность существа мозга самымъ характернымъ признакомъ при алкоголизмѣ.)

Отекъ мозга	въ	1	случаѣ
Уменьшеніе величины мозга вообще	„	3	„
Въ спинномъ мозгу:			
Утолщеніе твердой оболочки спиннаго мозга	„	2	„
Излитіе крови подъ твердую оболочку	„	1	„
Скопленіе жидкости между оболочками	„	1	„
Мягкая оболочка малокровна	„	2	„
Переполненіе кровью сосудовъ мягкой оболочки	„	3	„
Помутнѣніе ея	„	1	„
Сосуды существа спиннаго мозга переполнены кровью	„	2	„
Размягченіе (очень стар. наблюденія)	„	3	„
Склерозъ (стар. набл. Лансеро)	„	2	„

Въ периферическихъ нервахъ грубыхъ анатомическихъ измѣненій не было найдено вовсе. Иногда они казались нѣсколько болѣе сѣраго цвѣта (Oettinger, Strümpell).

Измѣненія въ другихъ органахъ:

Хроническое воспаленіе слизистой оболочки желудка и кишекъ (иногда туберкулезныя язвы)	въ	13	случаяхъ
Различныя измѣненія печени (жирная печень, циррозъ печени)	въ	16	„ случ.
Гепатизація легкихъ	„	2	„
Гиперемія легкихъ	„	1	„
Pneumonia fibrinosa	„	1	„
Лобулярная пневмонія (каверны)	„	3	„
Туберкулезные фокусы въ легкихъ	„	9	„
Сокращеніе плевры	„	1	„
Туберкулезъ плевры	„	1	„
Скопленіе жидкости въ плеврѣ	„	1	„
Эмфизема	„	2	„
Скопленіе жидкости въ перикардіи	„	2	„
Атрофія мускулатуры сердца	„	4	„
Утолщеніе клапановъ аорты	„	1	„
Бляшки въ аортѣ	„	3	„
Увеличеніе селезенки (иногда съ кровоизліяніемъ въ нее)	„	4	„
Тѣ или другія измѣненія почекъ	„	3	„

Cystitis	2	»
Кровоизліяніе въ почкахъ	1	»
Глубокое кровоизліяніе подъ кожу между мышцами и подъ periosteum	1	»
Отекъ подкожной клѣтчатки	2	»

Скопленіе жира въ тканяхъ констатировалось во многихъ случаяхъ.

Кромѣ того M. Huss находитъ измѣненія крови: въ 3 случаяхъ, будто бы, кровь содержала слишкомъ много жира, въ двухъ—она была очень жидка.

Какъ легко можно видѣть, всѣ эти измѣненія составляютъ: частью какія-нибудь осложненія, частью суть тѣ измѣненія, которыя встрѣчаются у алкоголиковъ очень часто. Ничего специфическаго, чѣмъ бы можно было объяснить происхожденіе алкогольныхъ параличей, мы здѣсь не найдемъ, потому что совершенно такія же измѣненія могутъ быть у алкоголика и при отсутствіи паралича,—и, наоборотъ, у страдающаго параличомъ могутъ и не быть эти явленія, такъ какъ они, какъ мы легко можемъ видѣть, далеко не постоянны. Итакъ, изъ обзора измѣненій грубоанатомическихъ, находимыхъ при аутопсіи алкогольнаго паралича, мы не можемъ вывести никакого представленія объ анатомическомъ субстратѣ болѣзни. Этотъ апатомическій субстратъ долженъ быть отысканъ путемъ микроскопа. Однако, пока микроскопическія изслѣдованія ограничивались только спинными и головными мозгомъ, никакихъ измѣненій не находили и только тогда, когда обратили вниманіе на периферическіе нервы, въ нихъ нашли постоянныя и глубокія измѣненія. Въ настоящее время мы имѣемъ 18 *) случаевъ, гдѣ микроскопическое изслѣдованіе показало измѣненія въ периферическихъ нервахъ при алкогольномъ параличѣ (5 случ. Lancereaux, 1 — Oettinger'a и Blanc, 1 — Dreschfeld'a, 1 — Moeli, 4 — Hadden'a, 1 — Strümpell'я, 1 — Müller'a, 1 — Siemerling'a, 2 — Gombault и 2 — Hyla Greves). Къ этому нужно еще прибавить нѣсколько случаевъ алкогольнаго же неврита, но описанныхъ подъ названіемъ алкогольной атаксіи (2 случая Déjérine и 1—Dreschfeld), гдѣ найдены почти такія же измѣненія. Вѣроятно, къ алкогольнымъ параличамъ нужно отнести и случай Eisenlohr'a, обозначенный въ нашей казуистикѣ подъ № 123. Клиническія болѣзнь протекала какъ атрофическій спинной параличъ; развилась у потатора, страдавшаго туберкулезомъ. Вскрытіе констатировало цѣлость спинного мозга и пораженіе периферическихъ нервовъ.

Измѣненія въ периферическихъ нервахъ почти во всѣхъ случаяхъ

*) А съ случаями Томсена 21. Если къ этому прибавить еще 4 случая, о которыхъ сейчасъ скажемъ, то въ литературѣ будетъ, слѣдовательно, всего 25 случаевъ множественнаго неврита у потаторовъ, констатированнаго вскрытіемъ.

одинаковы. На видъ нервы чаще всего нисколько не измѣнены; въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣтно, что бѣлый цвѣтъ нервовъ не такъ рѣзко выраженъ,—они немножко сѣрѣе и чаще всего незначительно окружены жиромъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказывается слѣдующее (методъ: нервы помѣщаются въ $1^{0}/_{0}$ растворъ осміевой кислоты на 24 часа или менѣе, затѣмъ на 24 часа въ амміачный пикрокарминъ, расщепляются и изслѣдуются въ глицеринѣ): Если взять одну изъ мелкихъ кожныхъ или мышечныхъ нервныхъ вѣточекъ голени, то въ нихъ оказывается масса перерожденныхъ волоконъ. На 25—30 волоконъ въ препаратѣ попадается только иногда одно здоровое волокно. Перерожденіе волоконъ рѣзко выражено и бываетъ въ самой различной степени: въ нѣкоторыхъ волокнахъ мізлинъ почти весь распался, всосался и остались только по мѣстамъ небольшія скопленія его, окрашенныя въ сѣроватый цвѣтъ; обыкновенно, эти остатки мізлина держатся около ядеръ, увеличенныхъ, овоидныхъ, которыхъ число большею частью значительно больше, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Въ другихъ волокнахъ нѣтъ и слѣда мізлина и осевого цилиндра; остается только одна спавшаяся шванновa оболочка съ разбросанными по мѣстамъ ядрами. Иногда отъ большей части волоконъ остаются только одиѣ шванновы оболочки (рис. 6). Въ другихъ нервахъ измѣненія не такъ рѣзко выражены (рис. 7): больше попадается здоровыхъ волоконъ, совсѣмъ перерожденныхъ волоконъ мало, а большинство волоконъ представляетъ рѣзкое измѣненіе мізлина; по мѣстамъ онъ совсѣмъ исчезъ, но мѣстамъ онъ собрать въ глыбы и капли, не окрашивается отъ осміевой кислоты въ черный цвѣтъ, а только въ сѣрый. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣтны увеличенныя въ размѣрѣ и въ числѣ ядра, которыя обыкновенно, помѣщенныя въ массѣ оставшагося мізлина и выполнивъ въ этихъ мѣстахъ оболочку, придаютъ волокну до нѣкоторой степени четкообразную форму. Въ другихъ мѣстахъ ядра удлинены и не имѣютъ никакого отношенія къ исчезнувшему мізлину. Въ сильно перерожденныхъ волокнахъ нѣтъ никакихъ слѣдовъ осеваго цилиндра, въ другихъ есть его слѣды.

При изслѣдованіи поперечныхъ разрѣзовъ измѣненныхъ нервовъ (послѣ затвердѣнія въ Мюллеровской жидкости), въ нервахъ наиболѣе удаленныхъ отъ центра, наприм. въ n. dorsalis pedis, почти всѣ нервные пучки представляются атрофированными. Въ другихъ нервахъ, болѣе близкихъ къ центру, наприм. въ n. cruralis, нѣкоторые пучки здоровы, другіе же представляютъ совершенно измѣненными.

Что касается до соединительной ткани межволокнистой, то большинство авторовъ не находятъ никакихъ измѣненій въ соединительной ткани; но въ случаѣ Hadden'a endoneurium и neurilemma были сильно утолщены; измѣненія же въ perineurium не было замѣтно. Въ случаѣ

Müller'а было небольшое утолщеніе межпучковой соединительной ткани; иногда констатируются измѣненія въ сосудахъ нервнаго ствола, большею частью въ видѣ утолщенія стѣнокъ (Müller).

Вообще же, большею частью, кромѣ описанныхъ измѣненій въ нервныхъ волокнахъ, другихъ измѣненій въ нервахъ нѣтъ. Эти измѣненія должны быть названы множественнымъ паренхиматознымъ дегенеративнымъ невритомъ. Эти измѣненія, какъ мы говорили, выражены очень не одинаково въ различныхъ нервахъ. Самыя рѣзкія измѣненія существуютъ въ нервахъ наиболѣе отдаленныхъ отъ центра и, конечно, въ нижнихъ конечностяхъ болѣе, чѣмъ въ верхнихъ. Наиболѣе измѣненнными оказываются: dorsalis pedis и мелкія мышечныя вѣточки мышцъ голеней и ступней. Въ другихъ нервахъ—nn. tibial., peronei—измѣненія уже менѣе выражены; въ n. crural. и ischiadicus—тоже; въ большинствѣ случаевъ n. cruralis болѣе измѣненъ, чѣмъ n. ischiadicus. Въ plexus sacralis измѣненія тоже существуютъ.

Въ верхнихъ конечностяхъ, большею частью, измѣненія тоже рѣзко выражены, хотя, большею частью, они менѣе, чѣмъ въ ногахъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ оказываются измѣненными и nervus vagus, и n. phrenicus *).

Несмотря на такія рѣзкія измѣненія въ периферическихъ нервахъ, въ корешкахъ почти нѣтъ никакихъ измѣненій: всѣ волокна въ большинствѣ случаевъ совершенно здоровы; изрѣдка попадается одно или два волокна, въ которыхъ міэлинъ не совсѣмъ цѣлъ, но такихъ волоконъ такъ мало, что приходится признать корешки здоровыми (рис. 8).

Въ спинномъ мозгу обыкновенно не находится никакихъ измѣненій. Микроскопическое изслѣдованіе, произведенное многими авторами, не указало ни на одно существенное разстройство. Клѣтки переднихъ роговъ въ большинствѣ случаевъ очень хорошо сохранены. Только на очень немногихъ разрѣзахъ попадаются клѣтки немного измѣненныя (случаи Müller'а), но такихъ было всего 2—3 клѣтки. Въ случаѣ, изслѣдованномъ Oettinger'омъ, въ поясничномъ отдѣлѣ были замѣчены 2—3 клѣтки, которыя, несмотря на свой вообще нормальный видъ, содержали одну или двѣ вакуолы въ протоплазмѣ. Затѣмъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ оказываются немного измѣненными и растянутыми кровеносные сосуды спиннаго мозга.

Въ головномъ мозгу большею частью не находятъ микроскопическихъ измѣненій. Въ случаѣ Hun'а описаны атрофическія измѣненія въ клѣт-

*) Въ случаяхъ Томсена („Neurolog. Zentralblatt" 1887, p. 22) было найдено и измѣненіе въ n. abducens и въ вѣточкѣ n. oculomotorii къ m. levator palpebrae sup. Спинной мозгъ и головной не измѣнены. Клинически у больныхъ кромѣ паралича конечностей и психическаго разстройства были: paresis nn. abducentis, ptosis, nystagmus и въ одномъ случаѣ легкій neuritis optica.

кахъ коры. Въ мускулахъ всѣ изслѣдователи находятъ существенныя измѣненія; они и на простой глазъ уменьшены въ объемѣ; они желтоваты, дряблы; легко разрываются. Гистологическія измѣненія сводятся къ измѣненіямъ, наблюдаемымъ обыкновенно въ мышцѣ, отдѣленной отъ нерва. Много волоконъ попадается перерожденныхъ; поперечная полосатость дѣлается менѣе рѣзко выражена, иногда совсѣмъ исчезаетъ. Въ другихъ волокнахъ замѣтно зернистое перерожденіе и увеличеніе ядеръ сарколеммы. Но на ряду съ этими перерожденными мышечными волокнами попадается большое количество здоровыхъ волоконъ. Нужно, впрочемъ, замѣтить, что измѣненія въ мышцахъ мало бываютъ выражены въ тѣхъ случаяхъ, когда смерть больнаго послѣдуетъ сравнительно рано; когда же смерть послѣдуетъ въ болѣе поздній періодъ, тогда и въ мышцахъ измѣненій больше.

Такимъ образомъ существенное измѣненіе при алкогольномъ параличѣ есть измѣненіе въ периферическихъ нервахъ,—измѣненіе, которое должно быть названо множественнымъ дегенеративнымъ невритомъ.

Большая часть авторовъ видятъ въ тѣхъ измѣненіяхъ, которыя происходятъ въ нервномъ волокнѣ, аналогію съ измѣненіями въ периферическомъ отрѣзкѣ перерѣзаннаго нерва, иначе говоря—съ „Валлеровскимъ перерожденіемъ". Измѣненія, происходящія при перерѣзкѣ нерва, по изслѣдованіямъ Ranvier, сводятся къ слѣдующему: со втораго дня послѣ разрѣза—въ волокнахъ *периферическаго* отрѣзка замѣтно, что ядро интеранулярнаго сегмента дѣлается болѣе рѣзко замѣтно, протоплазма вокругъ его набухаетъ, насѣчки дѣлаются шире. Затѣмъ въ нѣкоторыхъ точкахъ сегмента набуханіе протоплазмы дѣлается настолько велико, что міэлиновая оболочка разрывается на 2, на 3 отдѣльные куска. Въ то же время въ протоплазматической массѣ, разрывающей міэлинъ, дѣлаются замѣтны по ядру. Далѣе, процессъ разрыванія міэлина протоплазмою продолжается, и въ концѣ концовъ міэлинъ раздѣляется на мелкія части, сначала имѣющія удлиненную форму, а затѣмъ—шарообразную. По мѣстамъ онъ начинаетъ всасываться, вслѣдствіе чего нервное волокно принимаетъ четкообразный видъ, причемъ утолщенія составляются скопленіями ядеръ, окруженныхъ міэлиновыми шарами, а интервалы—спавшеюся шванновою оболочкой. Понемногу утолщенія уменьшаются въ числѣ и, въ концѣ концовъ, нервное волокно перестаетъ существовать, какъ таковое,—оно дѣлается состоящимъ изъ соединительной ткани. При этихъ измѣненіяхъ нужно отмѣтить два обстоятельства: 1) съ перваго же времени непрерывность осеваго цилиндра нарушается и во многихъ мѣстахъ видно, какъ онъ разрывается разбухшею протоплазмою; 2) измѣненія эти совершаются почти разомъ на всемъ протяженіи периферическаго отрѣзка нервнаго волокна, хотя все-таки можно замѣтить, что перерожденіе въ сегментахъ, лежащихъ

далѣе отъ центра, идетъ немного быстрѣе, чѣмъ въ тѣхъ, которые ближе къ центру. Это почти одновременное перерожденіе всѣхъ сегментовъ периферическаго отрѣзка обусловливается тѣмъ, что на всѣхъ на нихъ дѣйствуетъ одно вліяніе: прекращеніе непрерывности осеваго цилиндра, прекращеніе вліяній центра, залегающаго въ спинномъ мозгу, на осевой цилиндръ периферическаго отрѣзка. Для жизни нервнаго волокна это условіе считается необходимымъ и всѣ измѣненія въ периферическомъ отрѣзкѣ суть дегенеративныя измѣненія, слѣдующія роковымъ образомъ за прекращеніемъ связи осеваго цилиндра съ его трофическимъ центромъ.

Въ центральномъ отрѣзкѣ перерѣзаннаго волокна измѣненія носятъ другой характеръ; этотъ отрѣзокъ не отдѣленъ отъ центра, осевой цилиндръ остается въ связи съ нервною клѣткой, и потому въ волокнѣ этого отрѣзка измѣненія не носятъ того характера, какъ въ периферическомъ отрѣзкѣ; въ немъ измѣняются только нѣсколько сегментовъ, лежащихъ ближе всего къ мѣсту перерѣза, а остальные сегменты остаются цѣлы. Очевидно, что измѣненіе сегментовъ происходитъ здѣсь подъ вліяніемъ травмы и есть воспалительная реакція на травматическое раздраженіе; у конца перерѣзаннаго нерва замѣтно образованіе эмбріональной ткани, какъ слѣдствіе травматическаго раздраженія, и этому соотвѣтствуютъ и измѣненія въ нервномъ волокнѣ. Собственно послѣдовательность мельчайшихъ измѣненій въ нервномъ волокнѣ центральнаго обрѣзка почти такая же, какъ и въ периферическомъ, разница только въ слѣдующемъ: 1) измѣненіе ограничивается большею частью однимъ или двумя сегментами; 2) осевой цилиндръ сохраняется, а иногда нѣсколько разбухаетъ.

Итакъ, при Валлеровскомъ опытѣ въ двухъ отрѣзкахъ нервовъ происходятъ различныя измѣненія: въ одномъ, периферическомъ,—чисто дегенеративныя съ уничтоженіемъ осеваго цилиндра на всемъ протяженіи периферическаго отрѣзка, во всѣхъ сегментахъ; въ другомъ, центральномъ,—измѣненія повидимому воспалительныя, ирритативныя, и ограничиваются однимъ или двумя сегментами, причемъ осевой цилиндръ сохраняется. Въ виду того, что измѣненія въ центральномъ отрѣзкѣ ограничиваются величиною одного или двухъ сегментовъ, эти измѣненія могутъ быть названы „сегментарными“ (segmentaire). Въ виду того, что Валлеровское измѣненіе, сплошное по всей длинѣ нервнаго волокна, является слѣдствіемъ нарушенія цѣлости осеваго цилиндра, тогда какъ сегментарное—есть выраженіе воспалительной реакціи, то нужно ожидать, что при неритахъ, развивающихся вслѣдствіе различныхъ токсическихъ или ирритативныхъ вліяній, дѣйствующихъ на самое нервное волокно, будутъ именно сегментарныя измѣненія. И дѣйствительно,

многочисленныя изслѣдованія констатировали такого рода измѣненія въ различныхъ патологическихъ случаяхъ.

Прежде всѣхъ эти измѣненія въ патологическихъ случаяхъ констатировалъ Gombault. Въ своей статьѣ „Nevrite segmentaire periaxile“ *), онъ подробно описываетъ измѣненія въ нервахъ, которыя развивались у морскихъ свинокъ, коихъ онъ кормилъ пищею смѣшанною со свинцовыми бѣлилами. У нихъ развивались явленія свинцоваго отравленія, и хотя характерныхъ параличей не развивалось, но въ большинствѣ нервовъ были рѣзко выраженныя явленія паренхиматознаго неврита. Измѣненія эти, какъ они описаны Gombault, чрезвычайно своеобразны. Въ данномъ нервномъ стволѣ обыкновенно далеко не всѣ нервныя волокна измѣнены, нѣкоторыя остаются здоровы; тѣ волокна, которыя измѣнены, большею частью группируются вмѣстѣ; но и между пучками перерожденныхъ волоконъ попадаются много здоровыхъ. Затѣмъ въ каждомъ отдѣльномъ волокнѣ измѣненія замѣтны не по всему протяженію нервнаго волокна, а по мѣстамъ. Большею частью оказывается измѣненнымъ одинъ, два, три, четыре интерануллярныхъ сегментовъ рядомъ, а сегменты выше и ниже лежащіе—совершенно здоровы. Иногда измѣненіе не занимаетъ даже и цѣлаго сегмента, а ограничиваются только его частью. При этомъ однако нужно замѣтить, что, на протяженіи одного и того же нервнаго волокна, такія группы рядомъ лежащихъ пораженныхъ сегментовъ могутъ встрѣчаться много разъ, но онѣ почти всегда отдѣлены группою совершенно здоровыхъ сегментовъ. Изслѣдуя различныя нервныя волокна, можно найти различныя стадіи измѣненій и по нимъ составить представленіе о ходѣ всего процесса. Первая стадія есть стадія дегенераціи. Сначала нервное волокно немного увеличивается въ объемѣ и представляетъ рѣзкое измѣненіе въ міэлинѣ; міэлинъ однако не распадается на глыбы, какъ при Валлеровскомъ перерожденіи, становится мелкозернистымъ, эмульсированнымъ. Рядомъ съ этимъ оказывается, что въ нервномъ волокнѣ образуются скопленія протоплазматической массы, окрашенной въ желтый цвѣтъ пикрокарминомъ, въ которой замѣчаютъ ядра, окрашенныя въ розовый цвѣтъ, въ большомъ количествѣ; такимъ образомъ въ этомъ періодѣ, въ данномъ сегментѣ, міэлинъ находится на пути къ распаденію; существуетъ увеличеніе протоплазмы и пролиферація ядеръ. Что же касается до осеваго цилиндра, то въ этотъ періодъ нельзя опредѣлить его состоянія, такъ какъ онъ скрытъ міэлиномъ. Иногда можно констатировать, что измѣненія въ самомъ міэлинѣ идутъ неравномѣрно: сначала измѣняется болѣе периферическій слой его, а болѣе центральный еще цѣлъ, затѣмъ уже весь міэлинъ измѣняется. Въ даль-

*) „Archive de Neurologie“ 1880, t. I.

шемъ періодѣ мізлинъ начинаетъ понемногу всасываться и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ мізлиновая оболочка прерывается, тогда можно увидать осевой цилиндръ, нѣсколько окрашивающійся въ розовый цвѣтъ и представляющій продольную полосатость. Разсматривая внимательно осевой цилиндръ, можно констатировать его непрерывность, хотя по временамъ онъ совсѣмъ скрывается за скопленіями мізлина. Въ дальнѣйшемъ развитіи скопленія мізлина все болѣе и болѣе уменьшаются, наконецъ они остаются только вокругъ нѣкоторыхъ ядеръ и все нервное волокно въ данной части его представляется состоящимъ изъ болѣе или менѣе измѣненнаго осеваго цилиндра, заключеннаго въ Шваннову оболочку, къ которой прилежитъ большое число ядеръ, окруженныхъ небольшимъ количествомъ протоплазмы. Стадія до этой степени перерожденія, нервное волокно можетъ возродиться. Фаза возрожденія обнаруживается сначала тѣмъ, что внутри волокна, вдоль всего сегмента, протягивается тоненькая нить, окруженная тонкимъ слоемъ мізлина. Въ дальнѣйшемъ теченіи мізлинъ увеличивается, въ немъ появляются вдавленія и каждому вдавленію соотвѣтствуетъ ядро. Мало-помалу изъ этого дѣленія мізлина образуется нѣсколько отдѣльныхъ маленькихъ сегментовъ, замѣняющихъ одинъ старый. Не всегда однако измѣненія въ данномъ сегментѣ, дойдя до извѣстной степени, переходятъ прямо въ стадію возрожденія; иногда, наоборотъ, дегенерація идетъ дальше, рѣзко перерождается осевой цилиндръ, нарушается его цѣлость, и тогда явленія принимаютъ совсѣмъ другой характеръ. Измѣненія въ осевомъ цилиндрѣ при этой формѣ неврита такія: чаще всего онъ только дѣлается нѣсколько шире, да продольная полосатость его нѣсколько рѣзче. Иногда осевой цилиндръ утолщается значительно, такъ что на пути, между остатками мізлина, выполняетъ совершенно Шваннову оболочку. Это разбуханіе увеличивается и, наконецъ, можетъ кончиться тѣмъ, что цѣлость осеваго цилиндра нарушается. Въ такихъ случаяхъ характеръ измѣненій рѣзко мѣняется: осевой цилиндръ уничтожается, — а такъ какъ этимъ уничтожается связь всѣхъ нижележащихъ сегментовъ съ центромъ, то въ нихъ является сплошное перерожденіе, совершенно такое же, какъ бываетъ при перерѣзкѣ нерва, т.-е. Валлеровское. Такимъ образомъ при изслѣдованіи нервныхъ волоконъ на свошхъ препаратахъ Gombault находилъ въ волокнахъ: съ одной стороны измѣненія сегментарныя въ различныхъ фазахъ перерожденія, съ другой — Валлеровское перерожденіе всѣхъ сегментовъ, лежащихъ ниже того сегмента, въ которомъ, вслѣдствіе интенсивности процесса, произошелъ перерывъ осеваго цилиндра. Въ нѣкоторыхъ волокнахъ, въ которыхъ было Валлеровское перерожденіе, тоже замѣчалось начало возрожденій, но въ нихъ оно рѣже, чѣмъ въ волокнахъ сегментарно-перерожденныхъ.

Итакъ, пока цѣлъ осевой цилиндръ, пораженія ограничиваются однимъ, двумя, тремя сегментами въ нервномъ волокнѣ; выше и ниже могутъ быть совершенно здоровые, а потомъ опять больные и т. д. Если же осевой цилиндръ въ одномъ изъ сегментовъ разорвется, — всѣ нижележащіе претерпѣваютъ Валлеровское перерожденіе; вышележащіе сохраняютъ свое прежнее состояніе. Иногда сегментарное измѣненіе занимаетъ даже не цѣлый сегментъ, а только одну часть его, большею частью—конецъ. Средина сегмента дольше держится, чѣмъ концы. Затѣмъ, какъ мы уже говорили, измѣненія начинаются большею частью съ наружныхъ слоевъ мізлина и затѣмъ уже распространяются на болѣе центральные слои его. Таковы измѣненія при сегментарномъ невритѣ, который и названъ Gombault'омъ neuritis segmentaire „periaxile“ въ виду того, что осевой цилиндръ не разрушается, пока есть сегментерный процессъ.

Этотъ невритъ, какъ мы сказали, констатировалъ былъ Gombault у морскихъ свинокъ, у которыхъ онъ производилъ свинцовое отравленіе, но онъ же и другіе авторы констатировали его и у человѣка (Мейеръ—при дифтеритѣ, Dreschfeld *)—при свинцовыхъ параличахъ). Правда, у человѣка гораздо чаще попадаются волокна, подвергшіяся Валлеровскому перерожденію, но это потому, что сегментарное перерожденіе у человѣка чаще ведетъ къ разрушенію цѣлости осеваго цилиндра, за которымъ слѣдуетъ Валлеровское перерожденіе. Въ самомъ дѣлѣ представимъ себѣ рядъ волоконъ, въ которыхъ существуетъ сегментерное пораженіе, причемъ пораженные сегменты чередуются съ здоровыми на протяженіи волокна. Положимъ, въ 10 сегментахъ пораженіе существуетъ въ такой степени, что не вызываетъ нарушенія цѣлости осеваго цилиндра, но въ 11-мъ цѣлость его нарушится и все волокно, начиная отъ этого сегмента ниже, подвергнется Валлеровскому перерожденію. Въ сосѣднемъ волокнѣ эта непрерывность осеваго цилиндра нарушится, положимъ, въ 40-мъ сегментѣ, въ другомъ волокнѣ въ 100-мъ и т. д., но все-таки нижележащій отрѣзокъ волокна переродится. Такимъ образомъ, въ нижнемъ отдѣлѣ нерва будетъ попадаться множество волоконъ съ Валлеровскимъ перерожденіемъ, но это Валлеровское перерожденіе въ данномъ случаѣ есть послѣдствіе сегментарнаго неврита. Gombault полагаетъ, что Валлеровское перерожденіе при невритахъ есть всегда почти послѣдствіе сегментарнаго неврита, и въ этомъ смыслѣ сегментерный невритъ можетъ быть названъ предшествующимъ Валлеровскому (prévallerienne). Противъ этого взгляда высказались Pitres и Vaillard въ статьѣ „Contribution à l'étude de la

*) *Brain*, 1884 July Alcsol. par.

nevrite segmentaire" **). Изслѣдуя въ одномъ случаѣ первы генерализированнаго дифтеритическаго паралича, они пришли къ заключенію, что первы въ ихъ случаѣ представляли глубокія измѣненія, именно въ видѣ паренхиматознаго неврита. При этомъ были волокна, въ которыхъ измѣненія носили характеръ Валлеровскаго перерожденія, а были и такія, въ которыхъ были сегментерныя измѣненія. Однако они нигдѣ не видали, чтобы Валлеровское перерожденіе было слѣдствіемъ сегментиаго, да полагаютъ, что оно и никогда не бываетъ такъ. По ихъ мнѣнію, при сегментерномъ измѣненіи вовсе не всегда сохраняется осевой цилиндръ. Напротивъ, они большею частью, при всѣхъ условіяхъ, не могли найти его въ пораженныхъ сегментахъ, а между тѣмъ сегменты нижележащіе оставались цѣлы. Изъ этого они выводятъ, что для того, чтобы нижніе сегменты остались цѣлы, вовсе не нужно сохраненія цѣлости осеваго цилиндра. Какъ это ни противорѣчитъ признанной теоріи, что цѣлость осеваго цилиндра и связь съ нервной клѣткой должны быть, чтобы не произошло перерожденія всего нижележащаго отрѣзка, тѣмъ не менѣе авторы на этомъ настаиваютъ. А если это такъ, т.-е. если при нарушеніи цѣлости осеваго цилиндра нижніе сегменты могутъ не перерождаться, то, значитъ, и Валлеровское измѣненіе не есть слѣдствіе того сегментернаго процесса, при которомъ произошло нарушеніе цѣлости осеваго цилиндра. Это просто два самостоятельные вида измѣненій: одинъ—сегментерный, другой—Валлеровскій.

Можетъ-быть дальнѣйшія изслѣдованія и покажутъ, что они отчасти правы, но пока мы такъ привыкли считать связь съ нервнымъ центромъ необходимымъ условіемъ цѣлости нервнаго волокна, что приходится скорѣе держаться мнѣнія Gombault, чѣмъ слѣдовать за Pitres и Vaillard.

Для нашего предмета, впрочемъ, вопросъ этотъ не такъ важенъ. Намъ только нужно рѣшить, какой изъ видовъ неврита существуетъ въ случаяхъ алкогольнаго паралича. Въ виду цѣлости нервныхъ клѣтокъ спинного мозга, въ виду цѣлости корешковъ, съ перваго раза трудно допустить, чтобы перерожденіе нервныхъ волоконъ зависѣло прямо отъ измѣненія трофическаго вліянія со стороны нервныхъ клѣтокъ. Вѣрнѣе всего, что причина, обусловливающая измѣненіе въ нервныхъ волокнахъ, лежитъ въ самыхъ нервахъ. А если такъ, то на ряду съ Валлеровскими измѣненіями должны стоять и сегментерныя, какъ прямое выраженіе реакціи самого нервнаго волокна на болѣзнетворную причину; поэтому нѣсколько удивительно, что многіе авторы не замѣчали сегментерныхъ измѣненій. Oettinger прямо говоритъ, что измѣненій описанныхъ Gombault'омъ онъ не находилъ при алкогольномъ па-

**) „Archive de Nevrologie" 1886, p. 337.

раличѣ. Съ другой стороны Dreschfeld говоритъ, что онъ ихъ находилъ, но говоритъ это мимоходомъ, такъ что его указаніе оставляетъ сомнѣніе. Наконецъ, этотъ вопросъ рѣшалъ самъ Gombault. Воспользовавшись случаемъ, доставленнымъ ему Gilles de la Tourette, изслѣдовать нервы двухъ больныхъ, страдавшихъ алкогольнымъ параличомъ (какихъ именно больныхъ, осталось неизвѣстно), онъ въ февралѣ 1886 года представилъ въ академію наукъ записку о найденныхъ имъ измѣненіяхъ. Вотъ эта короткая записка.

„Въ настоящее время извѣстно, что хронической алкоголизмъ можетъ сопровождаться глубокими разстройствами въ периферическихъ нервахъ, независимыми отъ соотвѣтствующихъ разстройствъ спиннаго мозга и его корешковъ. Два случая, которые намъ пришлось изслѣдовать, не представляютъ въ этомъ отношеніи никакого исключенія. Извѣстно, что измѣненія при невритѣ алкоголиковъ носятъ характеръ аналогичный, если не тождественный, съ Валлеровскими измѣненіями. Но дѣло въ томъ, что если намъ хорошо извѣстны измѣненія въ развитомъ процессѣ и въ конечномъ результатѣ, то нельзя этого же сказать объ измѣненіяхъ начальнаго періода. Изслѣдованія, которыя мы имѣемъ сообщить, могутъ повидимому пролить свѣтъ на этотъ начальный періодъ. На ряду съ массою нервныхъ волоконъ, которыя представляютъ всѣ характерныя особенности, принимаемыя г. Ranvier за признаки Валлеровской дегенераціи, существуютъ (правда, въ небольшомъ количествѣ) другія, въ которыхъ измѣненія носятъ совершенно другой характеръ. Съ одной стороны міэлиновая оболочка, вмѣсто того, чтобы представляться раздѣленною на довольно крупныя части и распасться на большіе шары, представляется эмульсированною; чаще всего происходитъ такимъ образомъ мельчайшія жирныя частицы скучены около большихъ ядеръ, которыя, сидя на внутренней сторонѣ Шванновой оболочки, составляютъ своего рода рукавъ изъ ядеръ.

„Съ другой стороны осевой цилиндръ остается, тогда какъ при Валлеровскихъ измѣненіяхъ онъ быстро исчезаетъ. Въ волокнахъ, обработанныхъ осміевою кислотой, всегда трудно констатировать присутствіе осеваго цилиндра. Но, варіируя методы обработки и сравнивая полученные результаты, можно убѣдиться въ существованіи осеваго цилиндра. Измѣненія, которыя мы сообщили, не составляютъ исключительное свойство алкогольнаго неврита. Мы уже показали (въ 1880 г.), что такая комбинація измѣненій различнаго характера существуетъ въ невритѣ, экспериментально вызванномъ отравленіемъ свинцомъ. Немного позднѣе эти же измѣненія были найдены въ дифтеритическомъ параличѣ гг. Мейеромъ, Gaucher и мною самимъ. Напомнимъ, что наши изслѣдованія привели насъ къ убѣжденію, что въ развитіи свинцоваго неврита существуютъ двѣ различныя фазы: въ одной—нѣсколько инте-

ранулярныхъ сегментовъ поражаются отдѣльно (nevrite segmentaire). Въ каждомъ сегментѣ, измѣненіемъ такимъ образомъ, осевой цилиндръ остается (nevrite periaxile) и вслѣдствіе этого всѣ сегменты нижележащіе могутъ оставаться совершенно непораженными. Мы предположили, что этотъ сегментерный невритъ можетъ кончиться двумя способами: или возрожденіемъ измѣненныхъ частей и образованіемъ новыхъ тонкихъ и короткихъ сегментовъ, или уничтоженіемъ осеваго цилиндра въ одномъ изъ сегментовъ и послѣдовательнымъ Валлеровскимъ перерожденіемъ по длинѣ всего волокна ниже этого сегмента. Такимъ образомъ nevrite segmentaire periaxile обусловливалъ Валлеровское измѣненіе и составлялъ предваллеровскую (prévallerienne) фазу неврита.

„Наши теперешнія изслѣдованія заставляютъ предполагать, что и въ алкогольномъ невритѣ существуетъ эта предваллеровская фаза, характеризующаяся увеличеніемъ числа ядеръ, эмульсированіемъ міэлиновой оболочки и сохраненіемъ осеваго цилиндра. Вслѣдствіе интенсивности процесса это измѣненіе въ большинствѣ волоконъ вызываетъ все-таки очень быстро разрушеніе осеваго цилиндра, что и сопровождается Валлеровскою дегенераціей[2] *).

Этимъ заканчиваются почти всѣ данныя, которыя мы могли собрать въ литературѣ относительно патологической анатоміи алкогольнаго паралича. Можно видѣть, что они довольно многочисленны и приводятъ къ одному несомнѣнному результату, что при алкогольномъ параличѣ существуетъ множественный паренхиматозный невритъ. Затѣмъ характеръ этихъ измѣненій заставляетъ предполагать,—по крайней мѣрѣ съ большею степенью вѣроятности,—что невритъ этотъ *первичный, т.-е.* независимый отъ пораженія центровъ, въ точности—отъ пораженія клѣтокъ передняхъ роговъ сѣраго вещества.

Однако не всѣ согласны съ этимъ послѣднимъ выводомъ. Нѣкоторые авторы продолжаютъ предполагать, что невритъ, все-таки, здѣсь не самостоятельный, а зависитъ отъ какого-нибудь мало замѣтнаго измѣненія въ клѣткахъ. Это, впрочемъ, относится не только къ невриту алкогольнаго происхожденія, но вообще ко всякаго рода множественнымъ паренхиматознымъ невритамъ; но для алкогольнаго паралича, теоретически разсуждая, болѣе чѣмъ для какого-нибудь другого желательно найти какое-нибудь измѣненіе въ нервныхъ центрахъ. Въ самомъ дѣлѣ, уже не говоря о томъ, что измѣненіями въ спинномъ мозгу можно было бы очень легко объяснить обширное распространеніе параличей и многія его особенности, мы видимъ въ психическомъ разстройствѣ, всегда бывающемъ при алкогольномъ параличѣ, указаніе на несомнѣнное пораженіе головнаго мозга, хотя можетъ-быть и что „функціональное[2]. А если есть измѣненіе въ головномъ мозгу, отчего же его не можетъ быть въ спинномъ мозгу? Хотя ихъ и не находятъ или находятъ измѣненія ничтожныя, не эквивалентныя измѣненіямъ въ периферическихъ нервахъ, но можетъ-быть при болѣе тонкихъ методахъ изслѣдованія они и найдутся. Хотя эти разсужденія чисто-теоретическія, но, тѣмъ не менѣе, значеніе ихъ довольно большое, и, какъ бы то ни было, пока вопросъ о состояніи нервныхъ центровъ не будетъ рѣшенъ въ томъ смыслѣ, что въ нихъ бываютъ какія-нибудь измѣненія, все будетъ оставаться сомнѣніе въ томъ, достаточно ли обстоятельно изслѣдовались центры, насколько тонки были методы изслѣдованія и, наконецъ, не попадались ли случайно для аутопсіи только такіе случаи, гдѣ были измѣненія только въ нервахъ, а измѣненія въ центрахъ не было? Это сомнѣніе еще болѣе усилится, если вспомнить, что при болѣзняхъ, сходныхъ по клиническому проявленію съ алкогольнымъ параличомъ (наприм., параличахъ дифтеритическихъ, мышьяковыхъ), на ряду съ случаями, гдѣ былъ констатированъ множественный невритъ, существуютъ и такіе случаи, гдѣ есть измѣненія въ первыхъ центрахъ. Въ виду этого чувствуется, что въ патологической анатоміи алкогольнаго паралича въ этомъ отношеніи существуетъ пробѣлъ.

Пробѣлъ этотъ пополняется только отчасти опубликованнымъ случаемъ Osw. Vierordt'a *), въ которомъ у потатора, представлявшаго симптомы алкогольной атаксіи, было найдено перерожденіе голлеевскихъ столбовъ, и однимъ изъ наблюденій Kahler und Pick'a, опубликованнымъ въ казуистическомъ собраніи этихъ авторовъ въ 1879 году.

Наблюденіе Vierordt'a такое. Больной этотъ 30 лѣтъ, многолѣтній потататоръ, поступилъ въ Лейпцигскую клинику 22-го января 1885 года съ явленіями легочной чахотки.

Кромѣ этого страданія, онъ представлялъ серьезныя разстройства со стороны нервной системы. Уже съ марта 1884 года у него явились колющія и молніеобразныя боли въ ногахъ, чувство ползанья мурашекъ, неѣрность походки, такъ что временами больной не могъ входить по лѣстницѣ. Эти явленія все усиливались до поступленія въ клинику.

При поступленіи изъ нервныхъ симптомовъ были на-лицо слѣдующія явленія: со стороны *головныхъ нервовъ* только небольшая *разница зрачковъ* при нормальной реакціи на свѣтъ.

Въ верхнихъ конечностяхъ мускулатура *нѣсколько похудѣла*; сила мышцъ соотвѣтствуетъ объему мускуловъ. Атаксія движеній верхнихъ конечностей нѣтъ. Мускульное чувство нормально. Чувствитель-

*) „Comptes rendus de l'Academie des sciences" 1886, p. 439.

*) „Degeneration der Gollschen Stränge bei einem Potator.—Arch. f. Psychiatrie", XVII, 365.

ность нормальна; периферическіе нервы не болѣзненны при давленіи. *Сухожильные рефлексы очень слабы.* Гипералгезіи кожи нѣтъ, но *мускулы очень болѣзненны при давленіи.*

Въ нижнихъ конечностяхъ *общее похуданіе* гораздо болѣе выражено, чѣмъ въ рукахъ. Мышечная сила, повидимому, соотвѣтствуетъ объему мышцъ. *Небольшая атаксія* движеній. Чувство *онѣмѣнія и ползанья мурашекъ.* Анестезіи незамѣтно; только въ одномъ мѣстѣ, на наружной сторонѣ правой икры, уколъ булавки и прикосновеніе плохо чувствуются. Гиперестезіи нѣтъ. Измѣненія мускульнаго чувства не замѣчено. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. Мускулы очень болѣзненны при давленіи. Походка *рѣзко атактична.* Съ закрытыми глазами сильная *шаткость.* Функціи пузыря и прямой кишки нормальны

Изслѣдованіе сократительности мышцъ показало: съ одной стороны нормальную электрическую реакцію, а съ другой—необыкновенно *живую сократительность* при механическомъ раздраженіи.

Въ дальнѣйшемъ теченіи, при развивавшемся подъ вліяніемъ постояннаго лихорадочнаго состоянія упадкѣ силъ, нервные симптомы все болѣе и болѣе усиливались. Боли и парестезіи увеличивались. Походка ухудшалась, причемъ были признаки и слабости ногъ, и атаксіи. Болѣзненность мышцъ увеличивалась; ихъ механическая возбудимость возрастала коллосально.

Затѣмъ сила мышцъ стала замѣтно слабѣть, причемъ она значительно мѣнялась: въ иной день можно было почти навѣрное сказать, что существуетъ парзеъ, а на слѣдующій день эти же мышцы дѣйствовали съ порядочною силой. Мышцы были очень болѣзнены и при сдавленіи, и при активныхъ движеніяхъ, что, конечно, не оставалось безъ вліянія на способность къ движенію. Атаксія походки стала менѣе рѣзко замѣтна, чѣмъ вначалѣ. Подъ конецъ больной совсѣмъ не могъ ходить вслѣдствіе слабости въ ногахъ; сфинктеры все время нормальны. 12-го апрѣля онъ скончался.

Diagnosis clinica: Ataxia alcoholica, причемъ въ основаніи ея предполагался невритъ.

Вскрытіе дало слѣдующее (кромѣ явленій легочнаго туберкулеза, начинающагося туберкулеза въ larynx и кишкахъ):

Диффузный хроническій leptomeningitis spinalis et cerebralis въ средней степени. Отекъ мягкой оболочки головнаго мозга, умѣренный hydrocephalus internus. Въ существѣ головнаго мозга ничего ненормальнаго. Въ спинномъ мозгу сѣрый цвѣтъ Голлевскихъ столбовъ, т.-е. медіальной части заднихъ столбовъ, начиная отъ верхняго отдѣла шейной части до средины грудной. Въ корешкахъ и периферическихъ нервовъ ничего патологическаго при грубомъ изслѣдованіи.

По затвердѣніи въ Мюллеровской жидкости констатировано почти

исключительное пораженіе Голлевскихъ столбовъ. 1) Въ верхнемъ отдѣлѣ шейной части перерожденіе занимало заднюю часть его приблизительно до средины между периферіей спиннаго мозга и заднею коммисурой (рис. 9); при этомъ въ самомъ заднемъ отдѣлѣ перерожденнаго мѣста остается тонкій слой, гдѣ перерожденныхъ волоконъ очень мало. Этотъ тонкій слой мало перерожденныхъ волоконъ становится толще, идя сверху внизъ; при этомъ въ нижнемъ отдѣлѣ шейной части сильное перерожденіе подвигается значительно впередъ къ задней коммиссурѣ, а въ самыхъ заднихъ отдѣлахъ перерожденіе выражено слабо.

Въ грудной части спиннаго мозга (рис. 10) самые задніе отдѣлы Голлевскихъ столбовъ нормальны; около средины, между коммиссурой и периферіей, перерожденіе рѣзко выражено, а еще болѣе впередъ, приближаясь къ комиссурѣ, опять исчезаетъ.

На протяженіи всей грудной части спиннаго мозга перерожденіе занимаетъ все то же мѣсто, немного распространяясь въ ширину, но уменьшается въ своей интензивности по направленію внизъ и на границѣ грудной и поясничной частей почти совсѣмъ исчезаетъ. Только на самыхъ тщательныхъ препаратахъ замѣтны признаки небольшой дегенераціи медіальной части заднихъ столбовъ. Разрѣзы изъ поясничнаго утолщенія ничего патологическаго не представляютъ.

Клиновидные пучки, спеціально ихъ корешковая зона въ шейномъ и въ верхнемъ отдѣлахъ грудной части, совершенно нормальны. Въ срединѣ грудной части на Вейгертовскихъ препаратахъ окраска этихъ отдѣловъ нѣсколько свѣтлѣе, но изслѣдованіе не показываетъ чего-нибудь положительно патологическаго.

Въ остальномъ спинной мозгъ совершенно нормаленъ. Клѣтки переднихъ роговъ совершенно нормальны. Пучокъ, лежащій около задняго корешка, перерождающійся при tabes по Lissauer'у, совершенно нормаленъ.

Въ заднихъ корешкахъ замѣтно несомнѣнное, хотя и небольшое, перерожденіе въ средней и нижней частяхъ спиннаго мозга, именно: въ нѣкоторыхъ пучкахъ замѣтно увеличеніе соединительной ткани, утолщеніе стѣнокъ сосудовъ; попадаются очень тонкія нервныя волокна съ очень тонкими осевыми цилиндрами. Задніе корешки поясничнаго утолщенія представляютъ тоже небольшія измѣненія, но еще меньшія, чѣмъ въ грудномъ отдѣлѣ. Корешки шейной части и верхняго отдѣла грудной части—здоровы.

Легкій хроническій leptomeningitis констатированъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Повидимому онъ, говоритъ Vierordt, не имѣлъ никакого значенія (?).

Въ продолговатомъ мозгу перерожденіе Голлевскихъ столбовъ пол-

нос. На уровнѣ нижней оливы Голлевскіе столбы съ обѣихъ сторонъ состоятъ изъ одной соединительной ткани. Ядра funic. gracilis нормальны. Разрѣзы продолговатаго мозга на уровнѣ перекреста нормальны. Разрѣзы nn. ischiadici и radialis даютъ совершенно нормальную картину. Мускульныя вѣточки нормальны. Въ мускульныхъ волокнахъ поперечная полосатость рѣзко выражена. Иногда замѣтны сомнительные признаки увеличенія ядеръ соединительной ткани. Увеличенія мышечныхъ ядеръ нѣтъ.

На основаніи того, что перерожденіе заднихъ корешковъ было выражено только въ нижнемъ отдѣлѣ грудной части, а перерожденіе Голлевскихъ столбовъ было, напротивъ, всего сильнѣе выражено въ верхней части спинного мозга, Vierordt полагаетъ, что въ данномъ случаѣ перерожденіе Голлевскихъ столбовъ было не вторичное (послѣдовательное за страданіемъ корешковъ), а первичное, притомъ исходящее.

Несмотря на интересъ этого случая, мы не можемъ однако еще дать ему надлежащую оцѣнку по отношенію къ интересующему насъ вопросу, а именно—по полному отсутствію перерожденія периферическихъ нервовъ. Можетъ-быть, впрочемъ, это провзошло, правда, отъ того, что Vierordt не изслѣдовалъ кожныхъ нервовъ, а въ нихъ-то и должны быть наиболѣе выраженныя измѣненія при той формѣ, которою страдалъ его больной. Какъ бы то ни было, это первый случай, въ которомъ обстоятельно описаны измѣненія спиннаго мозга при пораженіи первной системы, которое при жизни было діагносцировано какъ алкогольное пораженіе, хотя мы должны отмѣтить, что во всякомъ случаѣ это не былъ случай алкогольнаго паралича, а былъ случай алкогольной атаксіи.

По отношенію къ собственно алкогольному параличу пробѣлъ относительно состоянія спиннаго мозга нѣсколько пополняется наблюденіемъ Kahler und Pick'a. Это наблюденіе помѣщено въ ихъ „Beiträge zur Pathologie und Pat. Anat., des Centralnervenssystem", въ отдѣлѣ „Ueber Vacuolenbildungen in den Ganglienzellen". Авторы, собственно говоря, не имѣли въ виду вопроса объ анатомическомъ субстратѣ алкогольнаго паралича и не называютъ свои случаи алкогольнымъ параличомъ, но при чтеніи исторіи болѣзни, мнѣ кажется, можно съ очень большою вѣроятностью заключить, что здѣсь былъ именно алкогольный параличъ. Наблюденіе это приведено въ сокращенномъ видѣ въ нашей казуистикѣ подъ № 122. При вскрытіи констатировано было измѣненіе нервныхъ клѣтокъ въ переднихъ рогахъ, состоявшее въ образованіи многочисленныхъ вакуолъ (рис. 11); въ нѣкоторыхъ клѣткахъ было до 25 небольшихъ вакуоль; ядра въ нихъ не было замѣтно. Въ другихъ клѣткахъ (рис. 12) перегородки между вакуолами уничтожались, мелевькія вакуоли соединялись вмѣстѣ, въ двѣ или три большихъ вакуолы, въ которыхъ и оставались слѣды уничтожившихся перегородокъ. Всѣ клѣтки переднихъ роговъ были нѣсколько мутны.

Авторы считаютъ это измѣненіе въ клѣткахъ патологическимъ, а не искуственнымъ продуктомъ (хотя затвердѣніе спиннаго мозга въ ихъ случаѣ отличалось нѣсколько отъ обычнаго метода). Мы знаемъ, что въ послѣднее время было высказано мнѣніе, что образованіе вакуолъ въ нервныхъ клѣткахъ есть искуственный продуктъ, но нужно признать, что до сихъ поръ это утвержденіе довольно голословно, и многіе серьезные изслѣдователи, между многими другими доводами, приводятъ и тотъ, что эти вакуоли всегда встрѣчаются въ той части спиннаго мозга, гдѣ ожидаютъ найти измѣненія, судя по клинической картинѣ болѣзни. Такъ, если преобладаютъ симптомы со стороны нижнихъ конечностей, то ихъ находятъ въ поясничномъ отдѣлѣ, а не въ шейномъ. Еслибъ это былъ искуственный продуктъ, то вѣдь онъ одинаково бы могъ произойти во всѣхъ отдѣлахъ спиннаго мозга; почему же они замѣтны только въ нѣкоторыхъ?

Итакъ, до сихъ поръ у насъ нѣтъ достаточныхъ основаній считать образованіе вакуоль въ гангліозныхъ клѣткахъ за вполнѣ искуственный продуктъ, и потому мы должны считать ихъ появленіе за явленіе патологическое. Въ такомъ случаѣ наблюденіе Kahler und Pick'a имѣетъ для насъ существенное значеніе, тѣмъ болѣе, что оно гармонируетъ съ одной стороны съ тѣмъ, что въ случаѣ Blanc-Oettinger'a тоже наблюдались вакуоли въ клѣткахъ передникъ роговъ, хотя въ очень небольшомъ числѣ, съ другой стороны—съ наблюденіемъ Eisenlohr'a, нашедшаго вакуоли въ клѣткахъ переднихъ роговъ въ одномъ случаѣ несомнѣнаго множественнаго неврита (не алкогольнаго происхожденія).

Чтобы закончить обзоръ литературныхъ данныхъ о патологической анатоміи алкогольнаго паралича, я долженъ напомнить еще о вышеописанномъ случаѣ Судейкина (стр. 276). Хотя, какъ мы видѣли, мы не имѣемъ достаточно права относить этотъ случай къ алкогольнымъ параличамъ, но такъ какъ это обусловливается отчасти неполнотою описанія клинической картины, а съ другой стороны болѣзнь несомнѣнно развилась у потатора, то, конечно, нельзя удержаться отъ представленія о возможности встрѣтить аналогичныя измѣненія въ спинномъ мозгу при клиническихъ симптомахъ, очень сходныхъ съ симптомами алкогольнаго паралича.

Мнѣ, по крайней мѣрѣ, не покажется неожиданнымъ послѣ случая Судейкина, если въ спинномъ мозгу въ одномъ изъ случаевъ алкогольнаго паралича будутъ найдены и существенныя измѣненія остраго

происхождения въ нервныхъ клѣткахъ, осевыхъ цилиндрахъ и соединительной ткани вродѣ тѣхъ, которыя нашелъ онъ *).

Собственными наблюденіями я, къ сожалѣнію, не могу пополнить патолого-анатомическія свѣдѣнія относительно алкогольнаго паралича. Однако результаты изслѣдованія спиннаго мозга одного изъ описанныхъ мною больныхъ могутъ представить довольно большой интересъ.

Изъ описанныхъ мною случаевъ 3 сопровождались аутопсіей. Изъ нихъ первый случай (наблюденіе II) былъ недостаточно изслѣдованъ микроскопически. Результаты аутопсіи описаны подробно послѣ исторіи болѣзни. Въ трупѣ были рѣзко выражены измѣненія, свойственныя вообще алкоголикамъ, именно: скопленіе жира въ подкожной клѣтчаткѣ и около всѣхъ органовъ, печень представлялась жировою и паренхиматозною, сердце дряблое, ожирѣло. Кромѣ того въ трупѣ были рѣзко выражены туберкулезныя разстройства въ легкихъ, въ кишкахъ, въ брыжеечныхъ железахъ.

Въ нервной системѣ: твердая оболочка головнаго мозга плотнѣе нормальнаго; по мѣстамъ узуры вслѣдствіе жирового перерожденія. Рѣзко выраженный хронический отекъ мягкой оболочки—какъ на выпуклой поверхности головнаго мозга, такъ и на его основаніи. Существо мозга отечно. Твердая и мягкая оболочки спиннаго мозга отечны. Въ оболочкахъ значительное количество костныхъ блишекъ по длинѣ всего спиннаго мозга. Гипералгія существа мозга особенно въ нижнемъ отдѣлѣ.

Периферическіе нервы не изслѣдованы.

Микроскопическое изслѣдованіе спиннаго мозга не показало никакихъ измѣненій.

Другой случай, кончившійся аутопсіей, есть случай, описанный въ XX наблюденіи. Изслѣдованіе нервной системы этого случая было произведено въ клиникѣ проф. А. Я. Кожевникова, который и имѣетъ въ виду описать найденныя имъ измѣненія.

Такъ какъ, благодаря любезности А. Я. Кожевникова, я могъ принимать участіе въ изслѣдованіи этого случая, то мнѣ пришлось въ этомъ случаѣ на фактѣ убѣдиться въ присутствіи паренхиматознаго неврита при алкогольномъ параличѣ. Паренхиматозный невритъ въ

*) Въ нашей казуистикѣ приведены 2 случая Hyla Greteck; при вскрытіи была найдена „восходящая дегенерація въ шейной части спиннаго мозга“. Авторъ ставитъ ее въ зависимость отъ констатированнаго измѣненія въ межпозвоночныхъ узлахъ. Къ сожалѣнію, Dr. Buzzard, изъ статьи котораго въ „British Medical Journal“ (1 January 1887) взято это сообщеніе, посвятилъ ему всего 24 строки. Объясненія объ этомъ сообщеніи получено мною уже во время печатанія работы.

этомъ случаѣ былъ и въ нервахъ конечностей, а также и въ n. vagus; изслѣдованіе этого случая еще не вполнѣ закончено.

Третій случай, описанный въ наблюденіи XI, тоже сопровождался аутопсіей. Я не имѣлъ возможности быть при аутопсіи и не имѣю указаній на то, въ какомъ состояніи найдены внутренніе органы. Благодаря любезности многоуважаемаго доктора Л. П. Богословова, былъ оставленъ однако спинной мозгъ больнаго и часть коры полушарій. Докторъ Л. С. Миноръ, наблюдавшій этого больнаго вмѣстѣ со мной, изслѣдовалъ эти части нервной системы, нашелъ въ нихъ существенныя измѣненія, о которыхъ и сдѣлалъ докладъ въ одномъ изъ засѣданій Физико-Медицинскаго Общества въ началѣ 1886 года. Вотъ заключеніе, къ которымъ пришелъ докторъ Миноръ и которыя онъ—былъ такъ любезенъ, что сообщилъ мнѣ:

1) „*Спинный мозгъ* рѣшительно тоньше обыкновеннаго и соотвѣтственно большему росту больнаго, можетъ возбудить мысль о недостаточномъ развитіи его вообще.

2) Признаковъ менингита въ оболочкахъ спиннаго мозга и въ ріа доставленныхъ частей головнаго мозга нѣтъ.

3) Корешки (изслѣдов. карминомъ и гематоксилиномъ) какъ передніе, такъ и задніе совершенно нормальны.

4) Измѣненія въ спинномъ мозгу могутъ быть сведены къ діффузнымъ и систематическимъ.

Діффузныя измѣненія сводятся къ большому развитію сосудовъ съ массой кровоизліяній изъ нихъ въ существо мозга и измѣненіями въ стѣнкахъ сосудовъ. Стѣнки сосудовъ представляются утолщенными и въ периваскулярныхъ пространствахъ замѣчается много лейкоцитовъ. Въ болѣе толстыхъ сосудахъ явно утолщена adventitia. Соотвѣтственно утолщенію стѣнки сосудовъ, въ нихъ замѣчается и большое увеличеніе просвѣта, притомъ,—что особенно важно,—не равномѣрное, а только мѣстами. Такіе расширенія сосудовъ, говоря иначе—аневризмы ихъ, прослѣживаются легко на непрерывныхъ рядахъ поперечныхъ разрѣзовъ, на продольныхъ разрѣзахъ и на нѣкоторыхъ поперечныхъ разрѣзахъ, гдѣ попадаются сосуды, лежащіе въ полѣ зрѣнія въ горизонтальной плоскости нѣкоторою частью своей длины.

Такіе расширенные сосуды особенно хорошо видны въ области заднихъ роговъ. Рис. 13 и 14 изображаютъ такіе три сосуда въ мѣстѣ ихъ наибольшаго расширенія. Кверху и книзу они постепенно съуживаются. Очень часто наблюдаются утолщенные сосуды, представляющіе продолженіе сосуда, идущаго по fissura longitud. anter. спиннаго мозга. Эти послѣдніе, входя въ вещество передняго рога, отпировываютъ иногда цѣлую часть сѣраго вещества.

Параллельно съ развитіемъ и измѣненіемъ сосудовъ въ спинномъ

мозгу наблюдается, на всемъ его протяженіи, масса микроскопическихъ кровоизліяній, особенно рѣзко замѣтныхъ по длинѣ заднихъ роговъ спиннаго мозга. Рис. 15-й изображаетъ такой рогъ.

Попадаются однако кровоизліянія и въ передніе рогахъ, хотя рѣже. Наиболѣе богата кровоизліяніями нижняя шейная и вся грудная часть спиннаго мозга.

Тщательно изслѣдованное сѣрое вещество переднихъ роговъ спиннаго мозга показало вполнѣ нормальныя мультиполярныя клѣтки съ отростками. Только на одномъ разрѣзѣ оказалась въ переднемъ рогѣ небольшая склеротическая бляшка, внутри которой сидѣлъ утолщенный сосудъ.

Въ виду того, что на всѣхъ препаратахъ съ кровоизліяніями кровь сохранилась довольно хорошо и, съ другой стороны, въ виду того, что въ окружности кровоизліяній не замѣтно нигдѣ какой-нибудь спеціальной реакціи, приходится остановиться на мысли, что эти кровоизліянія суть явленія предсмертныя, связанныя причинно со смертью отъ остановки дыханія,—слѣдовательно, явленія, имѣющія не прямое отношеніе къ наблюдавшимся при жизни симптомамъ, а служащія только однимъ изъ послѣдствій болѣзненно-измѣненныхъ сосудовъ.

Такія же кровоизліянія оказались въ большомъ числѣ и на разрѣзахъ кусковъ головного мозга, гдѣ они попадаются и въ кортикальномъ, и медуллярномъ веществѣ (чаще въ cortex), и въ межзвоночныхъ ганліяхъ, гдѣ они имѣютъ мѣсто не только въ капсулѣ ганглія, но и въ самомъ существѣ его.

Втораго рода измѣненія носятъ характеръ болѣе систематическій, въ смыслѣ большаго преобладанія ихъ въ опредѣленныхъ мѣстахъ, совпадающихъ съ опредѣленными системами путей. Эти измѣненія сводятся къ развитію соединительной ткани и обилію паукообразныхъ клѣтокъ, обращающихъ на себя особенное вниманіе своею величиной и количествомъ отростковъ, которыми они часто соединяются другъ съ другомъ (рис. 16).

Эти измѣненія, указывающія на какой-то хроническій интерстиціальный процессъ, оказались на всемъ протяженіи изслѣдованнаго спиннаго мозга особенно выраженными въ области заднебоковыхъ столбовъ спиннаго мозга, главнымъ образомъ пирамидныхъ путей его съ обѣихъ сторонъ и въ заднихъ столбахъ, главнымъ же образомъ въ частяхъ, занимаемыхъ Голлевскими столбами (рис. 13). Хотя границы этихъ полей ограничены не рѣзкими линіями, однако разница въ окраскѣ ихъ съ сосѣдними частями настолько велика и фигура, представляемая ими на всѣхъ разрѣзахъ, настолько однообразна и симметрична, что въ патологическомъ характерѣ ихъ нечего сомнѣваться. При обработкѣ по способу Вейгерта, эти поля въ заднихъ и боковыхъ

столбахъ представляются желтоватыми, а при окраскѣ карминомъ—краснѣе окружающей ткани. Этотъ—то болѣе свѣтлый, то болѣе темный—нюансъ зависитъ отъ большаго развитія соединительнотканныхъ serpa въ этихъ частяхъ, въ чемъ мы и убѣждаемся при большихъ увеличеніяхъ. Количество паукообразныхъ клѣтокъ, какъ сказано, въ этихъ мѣстахъ очень велико; при счетѣ ихъ, въ переднихъ столбахъ и пирамидныхъ путяхъ на поперечномъ тонкомъ разрѣзѣ, при увеличен. 8 систем. Hartnack. oc. 2, съ вытянутымъ тубусомъ, оказалось въ одномъ, наприм., случаѣ въ полѣ зрѣн. въ передн. столб. 9 клѣт., а въ пирамидномъ пути 27. Въ общемъ отношеніе колебалось между 1—3, 1—4—5.

Можжечковые пути, повидимому, менѣе тронуты. Окраской въ нихъ дегенераціи нельзя констатировать, но паукообразныхъ клѣтокъ и въ нихъ много.

5) Въ разрѣзахъ головнаго мозга тоже замѣчается обиліе паукообразныхъ клѣтокъ. Нервныя клѣтки головнаго мозга не представляютъ существенныхъ измѣненій.

Въ общемъ діффузныя измѣненія сводятся къ развитію и патологическому измѣненію сосудовъ съ вытекающими отсюда послѣдствіями—расширеніемъ сосудовъ, кровоизліяніями, развитіемъ соединительной ткани.

Систематичныя сводятся къ начинающемуся, комбинированому склерозу переднихъ и боковыхъ столбовъ спиннаго мозга[2].

Измѣненія, найденныя въ нервныхъ центрахъ этого больнаго, представляются крайне интересными. Въ спинномъ мозгу они сводятся: 1) къ начинающемуся склерозу, 2) къ измѣненіямъ въ стѣнкахъ сосудовъ и 3) къ кровоизліяніямъ. Въ головномъ мозгу, повидимому, тоже сосуды измѣнены, такъ какъ кровоизліяній очень много; паукообразныхъ клѣтокъ тоже много.

Къ сожалѣнію, периферическіе нервы не могли быть изслѣдованы.

Спрашивается, можно ли измѣненія, найденныя въ спинномъ мозгу, связывать съ алкогольнымъ параличомъ? Нужно замѣтить, что алкогольный параличъ въ данномъ случаѣ былъ не самый типичный. По острому теченію собственно параличныхъ симптомовъ онъ подходитъ къ параличу Ландри, но отличался отъ него присутствіемъ болей при сдавленіи мышцъ, ригидностью въ мышцахъ сгибающихъ колѣно и, наконецъ, характернымъ измѣненіемъ психической дѣятельности. Во всякомъ случаѣ я не имѣю возможности весь этотъ комплексъ симптомовъ назвать иначе, какъ алкольнымъ параличомъ, тѣмъ болѣе, что задолго до появленія паралича у больнаго были признаки хроническаго алкоголизма. Очень вѣроятно, что еслибы было произведено изслѣдованіе нервовъ, то въ нихъ найденъ бы былъ множественный

невритъ, и очень можетъ быть, что этимъ невритомъ обусловливалась параличи. Говоря это, я хочу высказать, что вовсе не имѣю въ виду объяснять всѣ симптомы, которые представлялъ больной, измѣненіями въ спинномъ мозгу, но только настаиваю, что измѣненія, которыя найдены въ спинномъ мозгу нашего больнаго, не случайныя измѣненія, а такія, которыя могутъ встрѣчаться въ нѣкоторыхъ случаяхъ алкогольнаго паралича, когда болѣзненный процессъ, кромѣ периферическихъ нервовъ, захватываетъ и центры. У этого же больнаго, теоретически разсуждая, въ нервныхъ центрахъ слѣдовало ожидать измѣненій болѣе, чѣмъ въ другихъ случаяхъ алкогольнаго паралича, потому что у него пораженіе центровъ, именно пораженіе психической дѣятельности, существовало цѣлый мѣсяцъ до появленія параличныхъ явленій.

Кромѣ того, въ пользу того обстоятельства, что измѣненія, найденныя въ центрахъ, не случайныя, а именно свойственныя этого рода болѣзни, говоритъ и то обстоятельство, что аналогичныя измѣненія въ центрахъ найдены, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ болѣзни, имѣющей значительное сходство съ алкогольнымъ параличомъ, именно въ дифтеритическомъ параличѣ. Извѣстно, что въ случаяхъ генерализированнаго дифтеритическаго паралича совокупность симптомовъ, въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ похожа на совокупность этихъ же симптомовъ при алкогольномъ параличѣ. Есть, конечно, разница въ оттѣнкахъ, но, по существу, симптомы очень схожи. И дѣйствительно, во многихъ случаяхъ доказано, что въ основаніи дифтеритическаго паралича лежитъ множественный неврить совершенно такъ же, какъ онъ лежитъ въ основѣ алкогольнаго паралича. А между тѣмъ есть рядъ случаевъ, гдѣ при дифтеритическомъ параличѣ описаны измѣненія въ центрахъ, сходныя съ измѣненіями только-что описаными; во многихъ случаяхъ (Buhl, Oertel. Mendel *) наблюдались многочисленныя капиллярныя кровоизліянія во всѣхъ частяхъ нервной системы, что несомнѣнно указывало на измѣненіе сосудовъ. Измѣненіе сосудовъ при генерализированномъ дифтеритическомъ параличѣ прямо констатировано нѣкоторыми авторами.

Въ измѣненіяхъ спиннаго мозга при дифтеритическомъ параличѣ можно видѣть указаніе, что и наши измѣненія не случайныя, а дѣйствительно могущія быть при тѣхъ же условіяхъ, при которыхъ развивается и множественный неврить. Несомнѣнно только одно: эти измѣненія не всегда бываютъ; почему они бываютъ въ однихъ случаяхъ, а въ другихъ—не бываютъ, это, конечно, вопросъ, который въ настоящее время не можетъ быть рѣшенъ.

*) „Neurologisch. Zentralblatt“ 1885, p. 128.

Такимъ образомъ, оканчивая главу о патологической анатоміи алкогольнаго паралича, мы можемъ свести все сказанное къ слѣдующему:

1. Постоянными анатомическимъ субстратомъ алкогольнаго паралича служитъ множественный неврить.

2. Неврить этотъ имѣетъ всѣ признаки паренхиматознаго неврита. Измѣненія въ соединительной ткани нервнаго ствола большею частью отсутствуютъ или невелики (случай Hadden'a). Мнѣ кажется однако, что мы не имѣемъ достаточныхъ данныхъ утверждать, что интерстиціальнаго неврита при алкогольномъ параличѣ не бываетъ; напротивъ, въ виду того 1) что въ нервныхъ центрахъ мы видимъ иногда измѣненія въ соединительной ткани, 2) потому, что въ аналогичныхъ болѣзняхъ, какъ въ генерализированномъ дифтеритическомъ параличѣ, мы встрѣчаемъ рядомъ съ паренхиматознымъ и интерстиціальный неврить,—мы можемъ ожидать, что будутъ описаны такіе же измѣненія и при алкогольномъ параличѣ.

3. Очень часто въ нервныхъ центрахъ нельзя констатировать никакихъ измѣненій или можно констатировать только ничтожныя измѣненія, не эквивалентныя ни съ невритомъ, ни съ симптомами.

4. Однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ встрѣчаться измѣненія и въ нервныхъ центрахъ какъ въ спинномъ, такъ и въ головномъ мозгу. Измѣненія эти состоятъ:

1) въ измѣненіи нервныхъ клѣтокъ (атрофія, вакуолизація);

2) въ измѣненіи сосудовъ, причемъ они часто переполнены кровью;

3) въ мелкихъ кровоизліяніяхъ въ разныхъ отдѣлахъ нервной системы—и

4) въ развитіи соединительной ткани. Наиболѣе выражено развитіе соединительной ткани въ заднихъ и боковыхъ столбахъ, причемъ иногда можетъ принимать характеръ системнаго заболѣванія—простаго (какъ въ случаѣ Vierordt'a) и комбинированнаго.

Очень вѣроятно, что кромѣ этихъ измѣненій могутъ встрѣтиться какъ въ головномъ, такъ и въ спинномъ мозгу и другія измѣненія, и при обзорѣ тѣхъ патолого-анатомическихъ измѣненій, которыя наблюдаются при болѣзняхъ сродныхъ съ алкогольнымъ параличомъ, мы отчасти увидимъ, чего съ этой стороны можно въ будущемъ ожидать и въ патологической анатоміи алкогольнаго паралича.

VI.

Этіологія.

Какъ видно изъ самаго названія, главною причиной алкогольныхъ параличей является злоупотребленіе спиртными напитками. Для того, чтобы эти параличи могли явиться, нужно, чтобы больной въ продолженіе *долгаго* времени злоупотреблялъ спиртными напитками, чтобъ у него уже развились признаки *хроническаго* алкоголизма. Мы не станемъ здѣсь входить въ подробное опредѣленіе хроническаго алкоголизма; скажемъ только, что этимъ названіемъ обозначается такое патологическое состояніе различныхъ тканей и органовъ, которое происходитъ отъ долговременнаго употребленія спиртныхъ напитковъ. Итакъ, для того, чтобы появились алкогольные параличи, нужно, чтобъ организмъ уже представлялъ нѣкоторыя измѣненія въ своемъ строеніи. Это можно понять такъ, что алкогольные параличи только развиваются на почвѣ хроническаго алкоголизма, а не составляютъ сами по себѣ его проявленія. Хотя это возэрѣніе имѣетъ за себя то, что параличныя явленія бываютъ далеко не у всѣхъ лицъ страдающихъ хроническимъ алкоголизмомъ, и еще то, что такая же почти болѣзнь, тотъ же „многожественный неврить“, развивается и на такой почвѣ, гдѣ нѣтъ и рѣчи о хроническомъ алкоголизмѣ, тѣмъ не менѣе и не считаю особенно нужнымъ настаивать на этомъ возрѣніи: 1) потому, что тутъ все дѣло въ словахъ, а не въ сущности, и 2) потому, что переходы отъ различныхъ нервныхъ разстройствъ, почти всегда составляющихъ симптомы хроническаго алкоголизма, къ параличамъ, какъ мы видѣли, довольно постепенны. Я только могу настаивать на томъ, что параличи и другіе нервные симптомы не составляютъ одни только сущность хроническаго алкоголизма, какъ думалъ М. Гуссъ, а составляютъ только одну часть изъ тѣхъ заболѣваній, къ которымъ ведетъ хроническое злоупотребленіе спиртными напитками, т.-е. подъ вліяніемъ злоупотребленія спиртными напитками на ряду со многими другими тканями разстраивается и нервная ткань, и эти разстройства могутъ очень легко вести къ параличамъ.

Итакъ, для того, чтобы могли развиться параличи, нужно, чтобы организмъ уже представлялъ признаки глубокаго измѣненія тканей подъ вліяніемъ злоупотребленія алкоголемъ. Это вытекаетъ изо всѣхъ почти нашихъ наблюденій и изъ большинства литературныхъ: почти всегда до появленія параличей были болѣе или менѣе рѣзкіе признаки хроническаго алкоголизма.

Однако, не у всякаго больнаго, страдающаго хроническимъ алкоголизмомъ, разовьются параличи. Для этого нужны особыя условія, на которыя мы и постараемся указать въ этой главѣ.

Такимъ образомъ этіологія алкогольныхъ параличей сводится къ слѣдующимъ двумъ группамъ причинъ: одна группа—это условія, способныя вызвать хронической алкоголизмъ; другая—тѣ условія, при которыхъ при хроническомъ алкоголизмѣ развиваются тѣ пороки, которыхъ клиническое проявленіе составляютъ алкогольные параличи. Въ эту вторую группу войдутъ, напримѣръ, тѣ болѣзни, благодаря появленію которыхъ у больнаго, до этого крѣпкаго, вдругъ появляются параличи.

Иногда хронической алкоголизмъ и самъ по себѣ, безъ всякой другой болѣзни, ведетъ къ параличамъ. Поэтому главною причиной является все-таки онъ, и условія его развитія, главнымъ образомъ по отношенію къ его нервнымъ симптомамъ, намъ и нужно прослѣдить. Хронической алкоголизмъ обусловливается продолжительнымъ введеніемъ въ организмъ алкоголя тѣмъ или другимъ путемъ. Большею частью алкоголь вводится черезъ пищеварительные органы, и этимъ путемъ развивается хронической алкоголизмъ; но извѣстны случаи, гдѣ онъ развивался при вдыханіи алкоголя. Въ двухъ наблюденіяхъ Лансеро алкогольные параличи развились у женщинъ, живущихъ въ магазинѣ лаковъ, гдѣ атмосфера была пропитана парами различныхъ алкоголей. Подобные факты приводятся и другими авторами. Но вообще этотъ путь введенія алкоголя есть исключеніе, наиболѣе же частое введеніе его—черезъ пищевые пути. Обыкновенно вводится алкоголь въ видѣ водокъ, ликеровъ, пива и вина. Всѣ эти напитки составляютъ различнаго рода смѣси, но главную и существенную составную часть ихъ составляетъ этиловый алкоголь въ той или другой степени разведенія его водою. Однако, кромѣ этиловаго алкоголя, во всѣхъ почти спиртныхъ напиткахъ есть и алкоголи другаго состава и кромѣ ихъ другія составныя части въ различныхъ пропорціяхъ. Въ виду этого, при употребленіи различныхъ спиртныхъ напитковъ, въ организмъ вводятся смѣсь различныхъ веществъ, главнымъ образомъ — алкоголей, которые всѣ дѣйствуютъ на организмъ болѣе или менѣе сильно. Въ сущности, какъ доказано опытами, всѣ алкоголи ядовиты, но ядовитость ихъ мѣняется смотря по составу.

По опытамъ Dujardin-Beaumetz et Audigé *), на одинъ килограммъ вѣса тѣла животнаго отравляющая доза важнѣйшихъ алкоголей такая:

Алкоголь этиловый . 8,00 граммъ. Алкоголь метиловый чи-
„ пропиловый . 2,90 „ стый приблизит. . . 7,00 граммъ.

*) „Recherches expérimentales sur la puissance toxique des alcools“. Paris, 1879.

Алкоголь бутиловый . .	2,00 грамм.	Алкоголь энантиловый	8,00 грамм.
„ амиловый . .	1,70 „	„ каприловый	7 „
		„ глицеринъ .	8,50—9,00

Изъ этого видно, что этиловый алкоголь—одинъ изъ болѣе слабыхъ алкоголей, тогда какъ амиловый—одинъ изъ самыхъ сильныхъ, такъ какъ его нужно вчетверо меньше, чѣмъ этиловаго, для того, чтобы вызвать смертельное отравленіе.

Кромѣ этого въ спиртныхъ напиткахъ содержатся обыкновенно различные дериваты алкоголя, изъ которыхъ дериваты этиловаго алкоголя суть: уксусный альдегидъ и уксусный эфиръ. Оба они тоже ядовиты и на 1 килограммъ тѣла животнаго отравляющая доза будетъ:

для уксуснаго альдегида . . 1,0—1,20
а для уксуснаго эфира . . 4,00.

Въ виду различной степени ядовитости различныхъ алкоголей и различные спиртные напитки будутъ не одинаково ядовиты, смотря по тому, какія второстепенныя составныя части въ нихъ находятся: такъ, напримѣръ, напитки содержащіе амиловый алкоголь будутъ наиболѣе ядовиты. Однако нельзя думать, что спиртные напитки дѣйствуютъ ядовито только благодаря тому, что они содержатъ кромѣ этиловаго алкоголя и другіе алкоголи большей атомности. Опыты Dujardin Beaumetz et Audigé, а также отчасти Magnan, указываютъ, что этиловый алкоголь самъ по себѣ можетъ вызвать явленія острой и хронической интоксикаціи.

Но, какъ бы то ни было, чистый этиловый алкоголь дѣйствуетъ слабѣе другихъ алкоголей, а потому, говоря о вредѣ тѣхъ или другихъ спиртныхъ напитковъ, необходимо знать, изъ чего они состоятъ.

Чистыя виноградныя вина содержатъ этиловый алкоголь въ различныхъ процентныхъ количествахъ (отъ 6—8% до 20%); другихъ алкоголей они не должны содержать, но содержатъ нѣкоторыя кислоты, энантиловый эфиръ и друг. вещества. Въ виду отсутствія тяжелыхъ алкоголей, виноградныя вина производятъ болѣе „легкое" опьяненіе, чѣмъ другіе спиртные напитки, и хронической алкоголизмъ при употребленіи однихъ виноградныхъ винъ наступаетъ сравнительно рѣдко. Пиво содержитъ небольшой процентъ алкоголя этиловаго (отъ 2 до 8% смотря по сорту), поэтому оно въ небольшомъ количествѣ не дѣйствуетъ ядовито; но такъ какъ пьютъ, употребляющіе одно только пиво, потребляютъ его въ громадныхъ количествахъ, иногда 10—20 литровъ въ день, то отъ употребленія одного пива могутъ быть всѣ явленія хроническаго алкоголизма.—Кромѣ того, въ пиво подмѣшиваются разныя подмѣси, иногда несомнѣнно ядовитыя, что, конечно, тоже способствуетъ проявленію симптомовъ отравленія.

Наибольшее число случаевъ хроническаго алкоголизма вызывается водкою. Водка получается изъ разныхъ продуктовъ и, смотря по способу полученія, обладаетъ тѣмъ или другимъ составомъ. Ни одна изъ водокъ не содержитъ одного только этиловаго алкоголя, а всѣ содержатъ еще другіе алкоголи; изъ нихъ наиболѣе вредны тѣ, которыя содержатъ амиловой алкоголь. Этотъ алкоголь содержится главнымъ образомъ въ водкѣ, получаемой изъ картофеля, и, по опытамъ Dujardin-Beaumetz'a, она самая ядовитая, причемъ, однако, если она старательно очищена („10-кратной очистки"), то становится менѣе ядовита.

Dujardin-Beaumetz и Audigé, производя опыты надъ собаками, при которыхъ они подмѣшивали къ пищѣ различнаго рода водки и чистый этиловый спиртъ, пришли къ заключенію, что явленія хроническаго алкоголизма, слабо развиваясь отъ употребленія одного этиловаго спирта въ теченіе 30 мѣсяцевъ, развиваются очень рѣзко отъ употребленія различныхъ водокъ, мало очищенныхъ, все равно—будутъ ли это хлѣбныя, картофельныя и другія.

Кромѣ водокъ, въ большомъ ходу употребленіе различныхъ настоекъ, которыя ядовиты не только по содержанію алкоголей, но и по составнымъ частямъ, которыя подбавляютъ къ ликерамъ для вкуса. Изъ такихъ настоекъ наибольшею извѣстностью въ медицинѣ пользуется absinthe. Надъ нею производили свои опыты многіе французскіе изслѣдователи, между прочимъ Маньянъ, приписывавшій абсенту особенную способность вызывать конвульсіи и эпилептическіе припадки у алкоголиковъ.

Злоупотребленіе всѣми этими спиртными напитками, продолжающееся долгое время, ведетъ къ появленію разныхъ болѣзненныхъ симптомовъ, составляющихъ проявленіе хроническаго алкоголизма.—Многіе изслѣдователи старались опредѣлить, какими особыми свойствами отличается хронической алкоголизмъ, происходящій отъ употребленія *различныхъ* родовъ спиртныхъ напитковъ, но мы не можемъ здѣсь входить въ такія подробности. Кто интересуется этимъ предметомъ, можетъ найти указанія на это въ трудахъ Baer'a *), Lentz'a **) и Peeters' ***), посвященныхъ алкоголизму. Здѣсь же мы укажемъ только на работы Маньяна объ абсентѣ, несомнѣнно доказывающія, что эта настойка гораздо вреднѣе для нервной системы, чѣмъ чистая водка, и на работу Casanova ****), посвященную сравне-

*) *Baer*: „Der Alcoholismus". Berlin, 1878.
**) *Lentz*: „De l'alcoolisme". Bruxelles, 1884.
***) *Peeters*: „L'alcoolisme". Bruxelles, 1885.
****) *Casanova*: „Intoxications chronique par l'alcool, l'absinthe et le vulneraire". Thèse de Paris, 1885.

нію явленій хроническаго алкоголизма отъ чистой водки и absinthe и vulneraire (по составу близкой къ absinthe). По наблюденіямъ Casanova, сдѣланнымъ главнымъ образомъ по указанію Lancereaux, отличительные признаки сосредоточиваются главнымъ образомъ въ симптомахъ со стороны нервной системы: Слабость памяти и психическая возбудимость, повидимому, сильнѣе при абсентѣ, чѣмъ при обыкновенной водкѣ. Галлюцинаціи зрѣнія и слуха, особенно очень страшныя, рѣзче при абсентѣ, также какъ и разстройство зрѣнія. Конвульсіи (истероидныя) гораздо чаще при абсентизмѣ. Гипералгезія при абсентизмѣ гораздо сильнѣе, чѣмъ при употребленіи простыхъ водокъ, судороги (crampi) также. Собственно параличи могутъ одинаково развиваться и при абсентизмѣ и при простомъ алкоголизмѣ. Въ окончательномъ выводѣ можно сказать, что при абсентизмѣ явленія раздраженія болѣе выражены, чѣмъ при злоупотребленіи простою водкой. Насколько это вѣрно, трудно сказать. Для насъ, впрочемъ, вопросъ этомъ не такъ важенъ, такъ какъ абсентъ у насъ употребляется рѣдко и хроническаго отравленія имъ мнѣ, по крайней мѣрѣ, не приходилось встрѣчать.

Нужно прибавить, что вообще, по мнѣнію Lancereaux *), большая часть сложныхъ водокъ (водокъ съ эссенціями) вызываютъ явленія нѣсколько отличающія хронической алкоголизмъ, зависящій отъ употребленія ихъ, отъ хроническаго алкоголизма отъ простой водки: именно при нихъ сильнѣе парестезіи, чрезвычайно повышенъ рефлексъ съ подошвы, являются особенно болѣзненныя точки въ животѣ, вблизи linea alba и въ сторонѣ ovarii и т. д.

Какъ бы то ни было, долгое употребленіе алкогольныхъ напитковъ въ значительномъ количествѣ, даже самыхъ чистыхъ, ведетъ къ появленію симптомовъ хроническаго алкоголизма. Спрашивается, сколько нужно пить ежедневно и въ продолженіе какого времени, чтобы развился хронической алкоголизмъ? Это во многихъ случаяхъ зависитъ отъ индивидуальности. Есть люди, которые въ продолженіе нѣсколькихъ лѣтъ пьютъ по 1 литру 40% водки ежедневно и представляютъ интенсивные признаки хроническаго алкоголизма; другіе же пьютъ не болѣе 4—5 рюмокъ водки въ день и уже представляютъ довольно рѣзкіе признаки. Это зависитъ иногда отъ конституціи человѣка, иногда отъ наслѣдственнаго предрасположенія. У женщинъ явленія хроническаго алкоголизма развиваются вообще скорѣе и отъ меньшаго количества спиртныхъ напитковъ, чѣмъ у мущинъ. Затѣмъ быстрота появленія симптомовъ хроническаго алкоголизма зависитъ отъ условій жизни: отъ вліянія заботъ, усиленной работы, дурнаго воздуха, дурной пищи.

*) *Lancereaux*: „Étude comparée des effets produits par les différentes boissons spiritueuses.—Bullet. de l'Académie de Med.“ 1885, p. 1532.

Все, что мы сейчасъ говорили, касается хроническаго алкоголизма вообще. Переходя къ этіологіи спеціально алкогольныхъ параличей, мы должны сказать, что параличи эти очень рѣдко бываютъ слѣдствіемъ одного только алкоголизма безъ вліянія другихъ причинъ. Изъ нашихъ случаевъ только въ двухъ (XI и XX) алкогольный параличъ развился почти безъ всякаго повода, вѣроятно единственно потому, что организмъ не могъ выносить долѣе страшнаго количества вводимаго яда. Однако, что именно алкоголь параличныя явленія обязаны своимъ появленіемъ, на это, кромѣ этихъ случаевъ, указываютъ и прямые опыты М. Гусса, о которыхъ мы говорили, и затѣмъ опыты Ducheck, Magnan, Dujardin-Beaumetz и Audigé и др. Ducheck *), производя опыты надъ собаками, при долгомъ употребленіи абсолютнаго алкоголя въ количествѣ 15,0 въ день, наблюдалъ нарезь задникъ конечностей. Въ опытахъ Magnan'a **) долговременные параличи не развивались, а бывали только паретическія явленія на нѣсколько часовъ послѣ введенія алкоголи. Въ опытахъ надъ свиньями Dujardin-Beaumetz и Audigé ***), по истеченіи нѣкоторато времени, у отравленныхъ свиней являлись трясенія, слабость въ мускулахъ и особенно рѣзко замѣтна слабость задней половины тѣла. При вскрытіи этихъ свиней измѣненій въ спинномъ мозгу не найдено; нервы же не были изслѣдованы. Въ виду этого, конечно, очень желательно бы было повтореніе этихъ опытовъ и изслѣдованіе периферическихъ нервовъ. Очень можетъ быть, можно было бы вызвать экспериментальнымъ путемъ такой же неврить, какой вызвалъ Gombault, кормя морскихъ свинокъ свинцовыми бѣлилами. Это было бы блестящимъ доказательствомъ того вывода, который дѣлается всѣми наблюдателями надъ развитіемъ и теченіемъ разбираемой нами болѣзни, а именно, что главная причина ея есть хроническая интоксикація алкоголемъ ****).

Въ нашихъ случаяхъ всѣ больные представляли тѣ или другіе слѣды этой интоксикаціи и во всѣхъ случаяхъ было доказано, что больные употребляли спиртные напитки въ большомъ количествѣ. При этомъ однако оказывалось, что для того, чтобы получить симптомы хроническаго алкоголизма и затѣмъ заболѣть алкогольнымъ параличомъ, вовсе не нужно напиваться до опьяненія. Многіе изъ больныхъ нашихъ опьяненіе въ сильной степени испытывали рѣдко. Вино имъ

*) *Ducheck*: „Ueber Verhelt des Alcoholism. Hyrisch. Organ.—Frager Vierljahrschrift“.

**) *Magnan*: „De l'action prolongée de l'alcool chez un chien“. 1869 и „De l'Alcoolisme“. 1874.

***) *Dujardin Beaumetz*, l. c. p. 55.

****) Здѣсь будетъ кстати припомнить о тѣхъ периферическихъ невритахъ, которые Artaud и др. вызывали впрыскиваніемъ подъ кожу эѳира (см. „Les Neurites consecutives aux injections hypodermiques d'ether.“—Gaz. hebdom.“ 1885, Janv. 9 и 16.

нужно было не какъ опьяняющій напитокъ, а частью какъ возбуждающій, частью какъ успокоивающій. Правда, что большинство изъ нихъ все-таки вводили въ себя такое большое количество алкоголя, что ежедневной ихъ дозы вполнѣ достаточно было бы для опьянѣнія нѣсколькихъ человѣкъ. Доза ежедневно употребляемаго вина была у различныхъ больныхъ очень не одинакова. Одинъ пилъ до 2-хъ бутылокъ водки въ день, иной — 1 бутылку водки и 4—5 бутылокъ краснаго вина, а другіе больные пили всего 4 рюмки водки, да 2—3 бутылки пива. Качество напитковъ было большею частью смѣшанное; основнымъ алкогольнымъ напиткомъ была хлѣбная водка, но при этомъ пилось и пиво, и вино, большею частью впрочемъ крѣпкое — хересъ или портвейнъ, и притомъ недорогое, вѣроятно тоже содержавшее много хлѣбнаго вина. Чтобы какой-нибудь изъ спиртныхъ напитковъ особенно располагалъ къ появленію алкогольныхъ параличей, я не могъ замѣтить.

Всѣ больные употребляли спиртные напитки почти ежедневно или періодически, причемъ періоды злоупотребленія продолжались довольно долго и были часты. Повидимому, для появленія алкогольныхъ параличей, какъ и другихъ симптомовъ хроническаго алкоголизма, нужно, чтобъ организмъ почти не выходилъ изъ-подъ вліянія алкоголя. Это вполнѣ объясняется тѣмъ, что алкоголь довольно скоро выдѣляется изъ организма и потому слѣды, оставленные имъ, будутъ не глубоки, если алкоголизація будетъ повторяться рѣдко. При частомъ же повтореніи алкоголизаціи, даже не такой интенсивной, какая нужна для опьяненія, эффектъ въ смыслѣ вліянія на строеніе тканей будетъ гораздо сильнѣе. Когда измѣненіе въ строеніи тканей уже произошло, когда явленія хроническаго алкоголизма уже существуютъ, тогда уже и безъ постояннаго употребленія спиртныхъ напитковъ могутъ быть такіе же послѣдствія, какъ и при ежедневномъ злоупотребленіи. Мнѣ приходилось видѣть больныхъ, которые, вслѣдствіе долговременнаго злоупотребленія спиртными напитками, пришли въ такое состояніе, что уже очень небольшое количество выпитаго вина (2—3 рюмки) вызывало разныя невритическія явленія. Больные, вслѣдствіе этого, совсѣмъ бросали вино на 2, на 3 недѣли, а потомъ опять трехъ рюмокъ было достаточно, чтобы вызвать всѣ явленія со стороны нервной системы. Спиртные напитки въ этихъ случаяхъ являлись какъ бы очень чувствительнымъ реактивомъ. Подобные случаи больше, чѣмъ какіе-нибудь, указываютъ на чрезвычайно тѣсную связь, существующую между разстройствами нервной системы, которыя мы разбираемъ, и злоупотребленіемъ алкогольными напитками.

Однако, въ большинствѣ случаевъ, какъ мы уже говорили, одного алкоголизма недостаточно для того, чтобы развились параличныя явленія. Обыкновенно, они развиваются вслѣдъ за воздѣйствіемъ какого-

нибудь случайнаго повода. Чаще всего этимъ поводомъ служитъ какая-нибудь болѣзнь: простуда, болѣзнь печени, желтуха, поносъ, туберкулезъ, иногда травмы, операціи, иногда сильныя душевныя потрясенія; иногда повидимому незначительная потеря крови. М. Гуссъ говоритъ, что одна изъ частыхъ причинъ—это быстрое прекращеніе спиртныхъ напитковъ. Въ нашихъ 20 случаяхъ поводами были:

Простуда	въ 5 случ.	Тифъ	въ 1 случ.
Туберкулезъ	„ 1 „	Кровотеченіе	„ 1 „
Pneumonia catarrhal	„ 2 „	Эпилептическій припадокъ	„ 1 „
Моральное потрясеніе	„ 2 „	Истощеніе вслѣдствіе	
Страданіе сердца	„ 3 „	вскрытія мѣшка эхинококковъ	„ 1 „
Страданіе почекъ	„ 1 „	Поносъ	„ 1 „
		Ушибъ	„ 1 „

Не было ясно выражено повода . . . . . „ 2 „

Въ одномъ случаѣ, при дѣйствіи моральныхъ потрясеній, у больнаго, страдавшаго пороком сердца, достаточно было небольшаго количества пивокъ ad anum, чтобы развились параличныя явленія. У больнаго, въ наблюд. XI, можетъ-быть небольшое нарушеніе равновѣсія организма, вслѣдствіе приставленной мушки, повліяло на быстроту появленія симптомовъ паралича. Иногда, повидимому, самой питчкой причины достаточно, чтобы пошатнуть организмъ и, благодаря этому, вызвать появленіе параличныхъ явленій. Отмѣтимъ, что между вліяніями, вызывающими появленіе алкогольныхъ параличей, нѣкоторыя и сами по себѣ могутъ вызывать сходные процессы въ первной системѣ, именно: тифъ, поносы и туберкулезъ. Въ нашихъ случаяхъ туберкулезъ легкихъ только въ одномъ случаѣ былъ поводомъ къ появленію параличей; въ литературныхъ случаяхъ эта причина одна изъ частыхъ. М. Гусъ указываетъ, что однимъ изъ поводовъ къ появленію алкогольнаго паралича можетъ быть быстрое прекращеніе введенія привычнаго количества спиртныхъ напитковъ. Мнѣ не приходилось встрѣчать случаевъ, гдѣ я могъ бы приписать этому происхожденіе алкогольныхъ параличей, да и въ литературѣ я не встрѣчалъ несомнѣнныхъ случаевъ этого рода. Впрочемъ, почти всегда бываетъ, что при началѣ паралича больной прекращаетъ употреблять вино (чаще всего вслѣдствіе рвоты), но мнѣ кажется, что это уже является лишь тогда, когда болѣзнь развивается. Невозможнаго, впрочемъ, нѣтъ и въ томъ, что быстрое прекращеніе введенія спиртныхъ напитковъ можетъ вызвать и симптомы алкогольнаго паралича, такъ какъ оно во всякомъ случаѣ рѣзко нарушаетъ экономію организма. Аналогію съ этимъ мы видимъ въ случаяхъ, гдѣ описано появленіе delirii trementis послѣ прекращенія abu-

sus spirituosorum и въ случаяхъ морфинизма, въ которыхъ цѣлый рядъ тяжелыхъ симптомовъ можетъ быть вызванъ быстрымъ отнятіемъ морфія.

Кромѣ повода для появленія алкогольнаго паралича, повидимому нужно особенное индивидуальное расположеніе. Многіе изъ нашихъ больныхъ происходили изъ невропатическихъ семействъ, двое даже были родственники между собою; еще одинъ былъ двоюродный братъ больной, у которой былъ множественный неврить не алкогольнаго происхожденія. Словомъ, наслѣдственность и особаго рода предрасположеніе, можетъ-быть особенность конституціи даннаго организма, также присутствіе тяжелыхъ нервозовъ, какъ эпилепсія, истерія,—играютъ большую роль въ появленіи множественнаго неврита алкогольнаго происхожденія. Большинство нашихъ больныхъ принадлежали къ достаточному классу. Изъ простыхъ крестьянъ была только одна больная, да и то изъ богатой крестьянской семьи. Многіе изъ больныхъ принадлежали къ интеллигенціи, къ людямъ живымъ умственнымъ трудомъ. Англійскіе авторы замѣчаютъ, что болѣзни эти очень часто встрѣчаются между „леди", т.-е. между дамами культурныхъ слоевъ общества. Вообще большинство авторовъ говорятъ, что алкогольнымъ параличомъ страдаютъ люди достаточныхъ классовъ, люди же бѣдныхъ классовъ мало страдаютъ этою болѣзнью. Въ нашемъ отечествѣ это можетъ-быть зависитъ отъ того, что люди бѣдныхъ классовъ рѣдко пьютъ постоянно; острій алкоголизмъ у нихъ бываетъ чаще, чѣмъ хроническій. Изъ 20 нашихъ больныхъ 11 было мужчинъ и 9 женщинъ. Другіе авторы встрѣчали алкогольный параличъ чаще у женщинъ. Это объясняется, вѣроятно, тѣмъ, что у женщинъ, вслѣдствіе большей возбудимости нервной системы, вредное вліяніе алкогольныхъ напитковъ сказывается ранѣе. Впрочемъ, изъ числа тѣхъ больныхъ, которые приведены всѣми авторами, отмѣчено, что было 62 мужчинъ и 49 женщинъ.

Возрастъ больныхъ былъ очень различенъ. По возрасту больные нашихъ наблюденій и наблюденій другихъ авторовъ распредѣлялись такъ:

	Наши наблюденія.	Другихъ авторовъ.
Отъ 20—25 лѣтъ	1	7
„ 25—30 „	3	12
„ 30—35 „	5	24
„ 35—40 „	1	7
„ 40—45 „	3	18
„ 45—50 „	5	12
„ 50—60 „	1	11
„ 60—70 „	1	1
„ 70—75 „	—	1

Изъ этого видно, что наибольшее число больныхъ падаетъ на возрастъ между 25—35 годами и между 40 и 50. У больныхъ, страдающихъ алкогольнымъ параличомъ, очень часто на ряду съ злоупотребленіемъ алкогольными напитками бываетъ и злоупотребленіе табакомъ. Играетъ ли онъ какую-нибудь роль въ ускореніи проявленія болѣзни, неизвѣстно, но можно предполагать, что нѣкоторую роль онъ играетъ, такъ какъ извѣстно, что одно злоупотребленіе табакомъ само по себѣ можетъ вызывать разстройство нервной системы. Какъ бы то ни было, но близость сильнаго куренія съ хроническимъ алкоголизмомъ замѣчена многими авторами и потому обойти его молчаніемъ, говоря объ этіологіи алкогольныхъ параличей, нельзя.

Въ заключеніе этой главы я долженъ сказать нѣсколько словъ относительно того, на что обращаетъ вниманіе М. Гуссъ. Онъ говоритъ, что ему казалось, что въ нѣкоторые годы алкогольныя разстройства нервной системы появляются особенно часто,—что бываютъ періоды, когда этихъ разстройствъ много, бываютъ, наоборотъ, и такіе, когда ихъ очень мало. Указывая на это обстоятельство, М. Гуссъ высказываетъ предположеніе, что можетъ-быть это зависитъ отъ особеннаго свойства водки, мѣняющейся сообразно съ качествомъ картофеля, уродившагося въ данномъ году. Это предположеніе однако не подтвердилось, но самый фактъ, подмѣченный М. Гуссомъ, заслуживаетъ нѣкотораго вниманія. Я тоже могъ замѣтить, что въ нѣкоторые годы алкогольные параличи бываютъ чаще и, притомъ, попадаются приблизительно въ одно время. Конечно, дѣлать объ этомъ какое-нибудь заключеніе нельзя,—для такого рода выводовъ нужно брать большія числа, а не какихъ-нибудь 20 наблюденій; но я не могу не обратить вниманія на то, что въ тѣ же самые мѣсяцы, въ которые мнѣ больше всего приходилось наблюдать алкогольные параличи, я встрѣчалъ и чаще всего другіе случаи множественнаго неврита не алкогольнаго происхожденія.

VII.

Болѣзни не алкогольнаго происхожденія, близкія къ алкогольному параличу.

Повторимъ въ общихъ чертахъ то, что намъ извѣстно относительно алкогольнаго паралича. Наиболѣе характерными признаками для клинической картины служатъ, какъ мы видѣли:

1) Соединеніе измѣненія психической дѣятельности съ параплегическими явленіями.

2) Параличныя явленія большею частью симметричны и наиболѣе выражены въ нижнихъ конечностяхъ. Въ верхнихъ они выражены слабѣе, въ туловищѣ чаще совсѣмъ не выражены. Пораженіе тазовыхъ органовъ бываетъ рѣдко и большею частью на очень короткое время, также какъ и пораженіе головныхъ нервовъ.

3) Въ конечностяхъ поражены преимущественно части наиболѣе отдаленныя отъ центра, причемъ часто пораженіе экстензоровъ значительно болѣе выражено, чѣмъ пораженіе флексоровъ.

4) Степень паралича въ отдѣльныхъ мышцахъ очень неравномѣрна: полный параличъ бываетъ рѣдко и только въ немногихъ мышцахъ; въ другихъ мышцахъ замѣтны только паретическія явленія.

5) Мышцы худѣютъ, иногда атрофируются, причемъ электроскоратительность падаетъ и является реакція перерожденія. Похуданіе мышцъ часто предшествуетъ параличу.

6) На ряду съ параличными явленіями бываютъ часто рѣзко выраженныя боли, какъ самостоятельныя (лацинирующія), такъ и зависящія отъ гипералгезіи кожи и мышцъ.

7) Анестезія большею частью менѣе выражена, чѣмъ параличныя явленія, но распредѣленіе анестезіи большею частью такое же, какъ распредѣленіе параличныхъ явленій, т. е. периферическія части конечностей поражены несравненно больше, чѣмъ ближайшія къ туловищу. Наиболѣе характерно для алкогольнаго паралича преимущественное пораженіе чувства температуры и чувствительности къ индуктивному току.

8) Часто развиваются контрактуры и большею частью довольно рано.

9) Пателлярные рефлексы исчезаютъ рано, кожные же часто долго остаются.

10) Во многихъ случаяхъ въ конечностяхъ развиваются отеки и различныя явленія, указывающія на пораженіе сосудодвигательной сферы.

11) Разстройство психической сферы проявляется или въ формѣ рѣзко выраженной раздражительной слабости, или въ формѣ кратковременной галлюцинаторной спутанности, или въ формѣ слабоумія съ характернымъ упадкомъ памяти или рѣзко выраженною спутанностью.

12) Часто рядомъ съ этими явленіями бываютъ рвота, измѣненіе пульса, измѣненіе качества мочи.

Какъ мы видѣли, эти признаки развиваются большею частью у лицъ представлявшихъ уже ранѣе симптомы хроническаго алкоголизма, и большею частью вызываются какимъ-нибудь поводомъ, рѣзко нарушающимъ равновѣсіе организма. При этомъ развивается болѣзнь въ большинствѣ случаевъ полуостро, т. е. болѣзнь, начавшись, доходитъ до высшей степени развитія въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Затѣмъ дальнѣйшее теченіе зависитъ отъ различныхъ условій, но, во всякомъ случаѣ, во многихъ случаяхъ болѣзнь начинаетъ уменьшаться и можетъ кончиться выздоровленіемъ.

Рядомъ съ алкогольнымъ параличомъ въ собственномъ смыслѣ стоятъ, какъ мы видѣли, съ одной стороны алкогольная атаксія, съ другой—восходящій параличъ Ландри алкогольнаго происхожденія. Анатомическимъ субстратомъ какъ для алкогольнаго паралича, такъ и для алкогольной атаксіи—считается въ настоящее время первичный множественный паренхиматозный невритъ, констатированный во всѣхъ случаяхъ, гдѣ его тщательно искали. Но, какъ мы видѣли, есть нѣкоторыя основанія предполагать, что при алкогольномъ параличѣ на ряду со множественнымъ невритомъ могутъ быть и измѣненія въ спинномъ и головномъ мозгу.

Таковы тѣ выводы, къ которымъ мы пришли до сего времени. Естественно возникаетъ вопросъ, можемъ ли мы на основаніи всего этого составить изъ случаевъ, сюда относящихся, самостоятельную болѣзненную форму, или нѣтъ? Для рѣшенія этого вопроса намъ предстоитъ найти болѣзненныя формы, сходныя съ алкогольнымъ параличомъ, найти между ними одинакія и отличительныя черты и изучить условія ихъ развитія.

Само собою разумѣется, что изъ всѣхъ этихъ сходныхъ болѣзней на первомъ планѣ стоитъ идіопатическій множественный невритъ не алкогольнаго происхожденія. Уже потому, что до сихъ поръ анатомическій субстратъ алкогольнаго паралича найденъ только въ паренхиматозномъ множественномъ невритѣ, ясно, что съ идіопатическимъ множественнымъ невритомъ алкогольные параличи будутъ имѣть много общихъ чертъ. Однако я не начну съ сравненія алкогольнаго паралича со множественнымъ невритомъ, такъ какъ я считаю, что того, что до сихъ поръ извѣстно о патологической анатоміи алкогольнаго паралича, недостаточно, чтобы сдѣлать заключеніе, что онъ есть только множе-

ственный невритъ и больше ничего. А когда такимъ образомъ анатомическая подкладка болѣзни не совсѣмъ извѣстна, то, мнѣ кажется, будетъ правильнѣе дѣлать сравненіе на основаніи клинической картины, а не руководствуясь только анатомическимъ субстратомъ.

По клинической картинѣ алкогольные параличи, какъ мы уже много разъ говорили, похожи на нѣкоторые другіе токсическіе параличи и на параличи послѣ (и при) различныхъ тяжелыхъ болѣзней. На это указывалъ уже M. Huss. Мы пойдемъ по его стопамъ и укажемъ на главнѣйшіе токсическіе параличи, имѣющіе сходство съ алкогольнымъ параличомъ.

Параличи арсеникальные (мышьяковые).

Эти параличи имѣютъ очень значительное сходство съ алкогольнымъ параличомъ. M. Huss уже обратилъ на это вниманіе. Съ того времени казуистика арсеникальныхъ параличей значительно увеличилась, такъ что это сходство между ними и алкогольными параличами еще болѣе подтвердилось. Изученіемъ арсеникальныхъ параличей мы обязаны Imbert Gourbeyre *), Leroy d'Etiolles **) и, главнымъ образомъ, доктору Сколозубову, представившему въ 1876 году диссертацію о мышьяковомъ параличѣ ***) и впослѣдствіи напечатавшій по этому же предмету замѣтку въ „Arch. de Physiologie" ****). Мнѣ пришлось наблюдать нѣсколько случаевъ арсеникальнаго паралича и въ существенномъ мои выводы совершенно сходны съ выводами д-ра Сколозубова. Всѣ случаи, которые мнѣ пришлось наблюдать, принадлежали къ параличамъ послѣ остраго отравленія мышьякомъ. Какъ извѣстно, мышьяковые параличи чаще бываютъ послѣ остраго отравленія, хотя бываютъ и при хроническомъ отравленіи. Случаи Сколозубова относятся тоже къ острому отравленію. Обыкновенно вслѣдъ за отравленіемъ быстро наступаютъ какіе-нибудь признаки разстройства желудочно-кишечнаго канала—рвота, поносъ. Изъ нервныхъ явленій въ это время бываетъ иногда бредъ, съ галлюцинаціями, маніакальнымъ возбужденіемъ и спутанностью. Обыкновенно это продолжается нѣсколько дней, потомъ сознаніе проясняется; иногда остается безпокойство, раздражительная слабость, безсонница. Вслѣдъ за этимъ наступаютъ параличи. Они появляются обыкновенно между 3 и 15 днемъ, начиная отъ интоксикаціи. Сначала являются различныя субъективныя ощущенія въ конечностяхъ, чувство онѣмѣнія, ползанія мурашекъ, боли, а потомъ уже развиваются самые параличи. Чаще всего параличи развиваются быстро, можетъ-быть немного раньше въ но-

*) „Études sur la paralysie arsenical.—Gaz. med. de Paris" 1858.

**) „Des paralysies des membres inf.".

***) „Параличъ вслѣдствіе отравленія мышьякомъ". Москва, 1876 г.

****) *Scolozouboff*: „Paralysies arsenicales.—Arch. de Physiologie" 1884, p. 324.

гахъ, чѣмъ въ рукахъ. Обыкновенно поражаются преимущественно периферическія части конечностей—стопы, кисти. Движенія въ пальцахъ ногъ и голеностопномъ суставѣ дѣлаются очень слабы, иногда вполнѣ пропадаютъ; движенія въ колѣнѣ поражаются слабѣе; движенія въ тазобедренномъ суставѣ еще менѣе. Въ рукахъ парезъ нѣсколько слабѣе; но, впрочемъ, мнѣ кажется, что разница между пораженіемъ рукъ и ногъ не такъ велика, какъ при алкогольномъ параличѣ. Параличъ рѣдко бываетъ полный,—большею частью бываетъ только парезъ. Замѣтно, что экстензоры вообще поражаются нѣсколько болѣе, чѣмъ флексоры, но разница далеко не такъ велика въ этомъ отношеніи, какъ при свинцовомъ параличѣ. Походка иногда бываетъ возможна, иногда нѣтъ. Когда она возможна, то рѣзко бросается въ глаза отвисаніе стопы при ходьбѣ и необходимость для больнаго, вслѣдствіе этого, высоко поднимать бедра. Особенно памятна мнѣ походка одного молодаго человѣка, лежавшаго въ клиникѣ профессора А. Я. Кожевникова въ 1876—77 г. У этого больнаго былъ рѣзко выраженный параличъ, который развился черезъ 10 дней послѣ остраго отравленія мышьякомъ. У этого больнаго параличныя явленія хотя и были рѣзко выражены, но все-таки онъ могъ ходить. При ходьбѣ онъ поднималъ высоко бедро, нѣсколько отводя его; при этомъ ступня отвисала, и когда больной опускалъ ногу на полъ, она шлепала объ полъ. Вслѣдствіе необходимости поднимать ногу высоко и нѣсколько отводить ее, больной долженъ былъ при этомъ балансировать изъ стороны въ сторону. Французскіе авторы (Brissaud) видятъ полную параллель этой походки съ походкой при алкогольномъ параличѣ, какъ ее описываетъ Leval-Picquechef со словъ Шарко; но въ тѣхъ нашихъ наблюденіяхъ, гдѣ походка больныхъ походила на описаніе Шарко (набл. XI), было все-таки отличіе алкогольной походки отъ того типа арсеникальной, который мы сейчасъ описали. Отличіе это заключалось въ томъ, что при такой походкѣ у алкоголиковъ стопа не отвисаетъ разслабленно, а находится въ опущенномъ положеніи вслѣдствіе напряженія Ахиллова сухожилія (эквинизмъ), а потому не шлепаетъ объ полъ; тогда какъ при описанной походкѣ въ случаѣ арсеникальнаго паралича стопа отвисала, разслабленная, и шлепалась объ полъ.

Рядомъ съ параличами часто развиваются и разстройства чувствительности. Часто съ первыхъ дней паралича являются парестезіи и жестокія боли въ ступняхъ и кистяхъ. Боли эти носятъ характеръ ланцинирующихъ и ломящихъ болей; онѣ сильнѣе ночью. Иногда бываетъ гипералгезія въ подошвахъ, болѣзненность при сдавленіи мышцъ. Впрочемъ, въ случаяхъ, которые я видѣлъ, гипералгезія была вообще менѣе выражена, чѣмъ при алкогольномъ параличѣ. Анестезія тоже бываетъ и большею частью выражена значительнѣе, чѣмъ при алко-

гольномъ параличѣ; она тоже преимущественно выражена въ периферическихъ частяхъ конечностей и уменьшается по направленію къ туловищу. Большею частью анестезія существуетъ только въ кистяхъ рукъ и ступняхъ, притомъ почти въ одинаковой степени въ рукахъ и ногахъ. Больные говорятъ, что чувствуютъ, точно у нихъ постоянно надѣты пара перчатокъ и ботинки или сапоги.

Что касается до пораженія отдѣльныхъ видовъ чувствительности при арсеникальномъ параличѣ, то, повидимому, они всѣ распространяются равномѣрно. Особеннаго пораженія чувства температуры, столь характернаго для алкогольнаго паралича, я не встрѣчалъ. Болевая чувствительность бываетъ также часто повышена; въ случаяхъ, которые мнѣ случалось видѣть, чувствительность къ индуктивному току въ подошвахъ и кистяхъ была тоже повышена. Разстройство чувствительности при арсеникальномъ параличѣ тоже можетъ сопровождаться нѣкоторыми особенностями, которыя наблюдаются при алкогольномъ,—замедленіемъ проведенія ощущеній, раздвоеніи на тактильное и болевое. Въ одномъ случаѣ (у того же самаго молодаго человѣка) была, между прочимъ, та особенность, что ощущеніе долго оставалось послѣ того, какъ раздраженіе уже прекратилось; при этомъ болевыя ощущенія оставались иногда на нѣсколько минутъ, а тактильныя на нѣсколько секундъ; это, между прочимъ, очень мѣшало изслѣдованію чувствительности, такъ какъ больной смѣшивалъ новое ощущеніе съ остающимся слѣдомъ стараго. У этого же больнаго было замѣчено интересное явленіе перенеса ощущенія съ одной ноги на другую; при прикосновеніи къ внутренней поверхности лѣвой голени больной говорилъ, что чувствуетъ совершенно такое же ощущеніе въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ другой ноги; иногда при прикосновеніи къ ногѣ чувствовалось такое же прикосновеніе къ рукѣ противоположной стороны. Иногда эти мнимыя прикосновенія чувствовались такъ ясно, что больной затруднялся рѣшить, къ какой именно ногѣ прикасаются, и руководствовался при рѣшеніи этого вопроса не интензивностью ощущенія, а тѣмъ, что въ ногѣ, къ которой дѣйствительно прикасались, являлись рефлекторныя движенія. Кожные рефлексы при этомъ были усилены; въ другихъ случаяхъ они были или нормальны, или тоже усилены. Пателлярные рефлексы большею частью бываютъ уничтожены. Относительно рефлексовъ у больнаго, о которомъ мы сейчасъ говорили, тоже были особенности: во-первыхъ, рефлексы (кожные) были у него очень распространенные и иногда при раздраженіи одной конечности распространялись и на другую. Это было замѣтно особенно рѣзко при дѣйствіи индуктивнаго тока; у больнаго при электризаціи правой руки являлись сокращенія какъ въ правой, такъ и въ лѣвой рукѣ, и наоборотъ. Это впрочемъ не всегда бывало и находилось въ зависимости отъ общаго состоянія больнаго;

нужно замѣтить, что неврастеническія явленія у него вообще были сильно выражены. Между прочимъ, они выражались въ припадкахъ общихъ судорогъ, вполнѣ напоминавшихъ такія же истероидныя конвульсіи при алкоголизмѣ; начинались онѣ обыкновенно съ сокращенія одного какого-нибудь мускула (чаще всего m. quadriceps femoris), въ которомъ являлись толчкообразныя подергиванія, потомъ начинались клоническія судороги и въ другихъ мышцахъ; онѣ распространялись и на верхнія конечности. При этомъ больной терялъ на нѣсколько секундъ сознаніе. Иногда сознаніе терялось не вполнѣ, а только затуманивалось; тогда больной во время припадка что-то шепталъ, хватался за горло, за грудь. Эти припадки бывали у больнаго въ теченіе первыхъ 6 — 7 мѣсяцевъ отъ начала болѣзни, потомъ прошли. Такіе припадки, впрочемъ, бываютъ рѣдко при арсеникальномъ параличѣ и въ данномъ случаѣ объяснились конечно рѣзко выраженною неврастеніей и отчасти истеричностью больнаго. Но вообще судорожныя явленія бываютъ довольно часто при арсеникальномъ параличѣ. Они выражаются или въ клоническихъ судорогахъ, подергиваніяхъ отдѣльныхъ мышцъ, или въ контрактурахъ. Контрактуры при арсеникальномъ параличѣ очень напоминаютъ контрактуры при алкогольномъ. Онѣ также выражены въ сгибателяхъ и также являются въ теченіе первыхъ двухъ мѣсяцевъ болѣзни; онѣ также могутъ проходить безъ всякаго механическаго лѣченія. Только при арсеникальномъ параличѣ онѣ, можетъ-быть, распространеннѣе,—бываютъ какъ въ ногахъ, такъ и въ рукахъ.

Мышцы при арсеникальномъ параличѣ всегда худѣютъ. Худѣютъ онѣ всѣ, но въ парализованныхъ мышцахъ замѣтна рѣзко выраженная атрофія. Электросократительность падаетъ, иногда совсѣмъ уничтожается, иногда представляетъ частичную реакцію перерожденія.

Тазовые органы большею частью не разстраиваются, или если разстраиваются, то на очень короткое время. Вазомоторныя разстройства въ конечностяхъ большею частью рѣзко выражены; конечности синеваты, холодны, постоянно потѣютъ; иногда бываетъ отекъ въ ступняхъ, иногда различныя сыпи и т. п.

Достигнувъ высшей точки развитія въ теченіи первыхъ двухъ, трехъ недѣль, болѣзнь эта понемногу начинаетъ уменьшаться и въ легкихъ случаяхъ кончается полнымъ выздоровленіемъ чрезъ 2—3 мѣсяца. Въ другихъ случаяхъ, когда параличи рѣзко выражены, существуютъ атрофіи и контрактуры, болѣзнь затягивается на много лѣтъ и успѣваетъ очень медленно: сначала уменьшаются боли, затѣмъ контрактуры уменьшаются въ колѣняхъ, возстановляются движенія въ рукахъ, потомъ въ бедрахъ, въ колѣняхъ. Долѣе всего держатся параличъ и контрактуры въ ступняхъ. Развивается характерная pes equino varus, которая и существуетъ годы. Обыкновенно, впрочемъ, она не мѣшаетъ больному

ходить, особенно при помощи нѣкоторыхъ ортопедическихъ снарядовъ. Возстановившіеся мышцы обыкновенно полнѣютъ и становятся объемистѣе, чѣмъ онѣ были въ нормальномъ состояніи, но электросократительность въ нихъ не возвращается очень долго, несмотря на возстановленіе функцій.

Такое теченіе бываетъ въ наиболѣе частой формѣ арсеникальнаго паралича послѣ острато отравленія. Повидимому, бываютъ и другія формы: такъ, Seeligmüller *) описываетъ больнаго, у котораго были разстройства координаціи. Levin **), Dana ***) также описываютъ аналогичные случаи. Иногда, повидимому, бываетъ и гемипаретическая форма арсеникальнаго паралича (Seeligmüller); случается, что послѣ острато отравленія арсеникомъ развивается и геми-анестезія. Можетъ-быть это соотвѣтствуетъ геми-анестетической формѣ хроническаго алкоголизма, а можетъ-быть это есть проявленіе неврастеніи или истеріи, поводомъ для проявленія которой могло быть разстройство питанія нервной системы подъ вліяніемъ интоксикаціи. Нужно прибавить, что какъ гемипаретическая форма, такъ и атактическая являются, вѣроятно, чаще при хроническомъ отравленіи арсеникомъ, чѣмъ при остромъ.

Случаи *хроническаго* отравленія арсеникомъ вообще представляютъ нѣкоторыя особенности. Хроническое отравленіе арсеникомъ бываетъ или при употребленіи solut. Fowleri—въ продолженіе долгаго времени, у работниковъ въ мышьяковыхъ рудникахъ, у живущихъ въ комнатахъ, гдѣ обои окрашены краской, содержащею мышьякъ, и т. д. При хроническомъ отравленіи замѣтно глубокое разстройство питанія во всемъ организмѣ и въ продолженіе долгаго времени преобладаютъ различныя субъективныя явленія: нарестезіи въ конечностяхъ, боли, а затѣмъ присоединяется разстройство движеній и измѣненія въ психической сферѣ. G. Kirchgasser изъ Кобленца описалъ въ статьѣ: „Über die Vergiftung durch grüne Zimmerfarben“ ****)—нѣсколько случаевъ хроническаго отравленія мышьякомъ лицъ, живущихъ въ комнатахъ, въ которыхъ обои были окрашены краской, содержавшею мышьякъ. Онъ полагаетъ, что отъ обоевъ этихъ отдѣлялась пыль, которая и вдыхалась обитателями комнаты. Впрочемъ, однимъ вдыханіемъ пыли трудно было объяснить всѣ случаи, потому что иногда обои, окрашенные мышьяковистою краской, потомъ закленивались другими, и все-таки отравленіе наступало. Въ этихъ случаяхъ отдѣленіе пыли не было возможно, но, вѣроятно, былъ какой-нибудь химическій процессъ, вызывавшій поступленіе мышьяка въ воздухъ и оттуда въ человѣческій организмъ. Kirchgasser замѣчаетъ, что часто можно было констатировать особенный запахъ въ такихъ комнатахъ.

*) „Deutsche Med. Wochenschrift“ 1881, pp. 185—200.

**) „Schmidt's Jahrb.“ Bd. 165, p. 239 (цитировано по Brissaul, l. c.)

***) „Brain“ January 1887: „Pseudo-tabes from arsenical poisoning“.

****) „Viertel-Jahrschrift für Gerichtliche Medicin“ 1868, Juli.

Симптомы мышьяковаго отравленія при такихъ обстоятельствахъ отличались отъ симптомовъ отравленія мышьякомъ при быстромъ поступленіи его въ организмъ только тѣмъ, что раздражающее вліяніе мышьяка на желудочно-кишечный каналъ было несравненно меньше, а отравленіе проявлялось главнымъ образомъ въ разстройствѣ кроветворенія и въ разстройствѣ нервной системы.

Обыкновенно первыми признаками заболѣванія бывали чувство слабости и разбитость. Больные дѣлаются вялы, подавлены, жалуются на холодъ въ конечностяхъ, безпокойный сонъ, на неправильную дѣятельность желудочно-кишечнаго канала. Въ дальнѣйшемъ теченіи всѣ эти явленія усиливаются; иногда являются лихорадочные приступы. Кожа принимаетъ особенный оттѣнокъ—землисто-желтоватый цвѣтъ; на лицѣ, на щекахъ, на лбу являются иногда буроватыя пятна. Часто бываетъ urticaria; въ тяжелыхъ случаяхъ волосы дѣлаются сухи, тонки, падаютъ; ногти тоже портятся. Большею частью при этомъ больные худѣютъ, истощаются, хотя это нельзя считать за непремѣнное явленіе, такъ какъ Кирхгассеру и другимъ изслѣдователямъ случалось, наоборотъ, наблюдать и довольно значительное отложеніе жира при употребленіи мышьяка. Всего чаще окирѣніе бываетъ тогда, какъ послѣ небольшихъ признаковъ отравленія больной выйдетъ изъ условій, въ которыхъ онъ получалъ мышьяковое отравленіе. Но если онъ потомъ опять поселяется въ прежнія условія, то болѣзнь усиливалась и похуданіе развивалось.

На ряду съ этими явленіями замѣчается рѣзкое разстройство слизистыхъ оболочекъ.

Почти постоянно у такого рода больныхъ замѣтно катарральное воспаленіе слизистой оболочки носа и глотки.; въ pharynx дѣло доходитъ иногда до гангренознаго воспаленія. Иногда катарральное воспаленіе переходитъ и на Евстахіеву трубу, иногда является otitis. Слизистая оболочка полости рта часто представляетъ явленія стоматита; количество слюны часто увеличено, причемъ замѣтно довольно рѣзкое вліяніе на количество ея различныхъ моральныхъ вліяній. Слизистая оболочка пищевода тоже представляетъ явленія катарра; въ желудкѣ и кишкахъ, тоже. Этому соотвѣтствуютъ съ клинической стороны неправильность дѣятельности желудочно-кишечнаго канала, особенно наклонность къ поносамъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ рѣзко выраженныя колики. Печень довольно часто страдаетъ; часто является желтушное окрашиваніе кожи. Одинъ разъ при вскрытіи больнаго, страдавшаго описываемою болѣзнью, Kirchgasser нашелъ атрофію печени. Въ одномъ случаѣ было констатировано увеличеніе селезенки.

Почки также разстраиваются. Въ слизистой оболочкѣ мочеваго пузыря ничего не находили, но у больныхъ часто бываетъ очень частое непріятное побужденіе на мочеиспусканіе. Въ мочѣ довольно часто можно было констатировать содержаніе мышьяка. У нѣкоторыхъ больныхъ мужчинъ наблюдалась слабость половой дѣятельности, а у женщинъ—аномаліи менструацій, выкидыши.

Легкія наклонны къ заболѣванію; больные часто кашляютъ, голосъ ихъ слабѣетъ; является наклонность къ катарральному воспаленію легкаго. Въ двухъ случаяхъ Kirchgasser видѣлъ плевриты. Въ одномъ случаѣ развилась недостаточность клапановъ аорты и увеличеніе лѣваго желудочка; въ одномъ случаѣ былъ pericarditis.

Со стороны нервной системы почти во всѣхъ случаяхъ была большая или меньшая степень измѣненія психической дѣятельности. Большая часть больныхъ отличаются дурнымъ расположеніемъ духа, тоскливостью, раздражительностью, а потомъ большою подавленностью. У многихъ пропадаетъ память, особенно относительно недавняго, только-что случившагося, тогда какъ давно прошедшее помнятъ довольно хорошо. Въ одномъ случаѣ была меланхолія съ рѣзко выраженными бредовыми идеями. Часто бываютъ головокруженія; у многихъ больныхъ обмороки, иногда довольно правильно повторяющіеся: въ одномъ случаѣ были эпилептическіе припадки; въ двухъ случаяхъ были одномъ случаѣ были эпилептическіе припадки; въ двухъ случаяхъ были приступы общихъ судорогъ подъ вліяніемъ сравнительно небольшаго раздраженія,—въ одномъ случаѣ со стороны мочеваго пузыря, въ другомъ—вслѣдствіе менструальной колики. Довольно рано развивается рѣзко выраженное трисепіе въ рукахъ, иногда трясеніе головы и въ лицѣ, въ губахъ, и въ языкѣ; въ языкѣ часто замѣтно фибриллярное подергиваніе въ отдѣльныхъ пучкахъ, вслѣдствіе чего рѣчь иногда бываетъ затруднена. Въ рукахъ рано бываетъ замѣтна слабость, но параличныя явленія обыкновенно рѣзче выражены въ нижнихъ конечностяхъ, хотя и тутъ до полнаго паралича дѣло рѣдко доходитъ. Чувствительность мало измѣняется; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ было замѣтно пониженіе чувствительности въ отдѣльныхъ мѣстахъ. Въ чувствѣ температуры обыкновенно не замѣтно рѣзкаго измѣненія. Зрѣніе большею частью хорошо. Особенно безпокоитъ больныхъ безсонница. Иногда она бываетъ совсѣмъ необъяснима, но большею частью ночью являются особенно сильные приступы тоски съ сердцебіеніемъ, и это не даетъ спать. Иногда спать мѣшаютъ боли. Боли почти у всѣхъ больныхъ бываютъ въ головѣ,—боли ломящія и давящія въ разныхъ мѣстахъ, то во лбу, то въ вискахъ. Часто бываютъ сильныя боли въ области межреберныхъ нервовъ и въ конечностяхъ, особенно въ первыхъ и въ мускулахъ.

Болѣзнь обыкновенно усиливается, если больной находится при условіяхъ, когда мышьякъ продолжаетъ поступать въ организмъ. Если больной выходитъ изъ этихъ условій, онъ поправляется, если же потомъ опять попадаетъ въ нихъ, то болѣзнь дѣлаетъ новые шаги впередъ: къ первоначальнымъ признакамъ присоединяется сильное истощеніе, маразмъ, приступы лихорадки, и больной можетъ умереть. Вообще болѣзнь хроническая, продолжающаяся долго, часто съ колебаніями; точнаго срока теченія болѣзни опредѣлить невозможно. Большею частью въ случаяхъ не далеко упущенныхъ возможно выздоровленіе, но въ нѣкоторыхъ дѣло кончалось смертью.

Я привелъ довольно подробно описаніе Kirchgasser'a, потому что другаго подобнаго описанія у насъ нѣтъ, а описаніе Kirchgasser'a не приведено въ диссертаціи Сколозубова. Между тѣмъ изъ него опо важно уже тѣмъ, что въ немъ описано разстройство памяти совершенно такое же, какое, какъ мы видѣли, бываетъ при алкогольномъ параличѣ, и этимъ еще болѣе сближаются алкогольные параличи съ мышьяковыми.

Дѣйствительно, легко замѣтить, что между двумя этими болѣзненными формами сходство очень большое. Локализація параличей и ихъ характеръ очень похожи между собою. Разница существуетъ только въ мелочахъ и въ явленіяхъ побочныхъ. Такъ, какъ мы видѣли, по-видимому верхнія конечности при мышьяковомъ параличѣ ceteris paribus обыкновенно болѣе поражаются, чѣмъ при алкогольномъ: гипералгезія не такъ сильно выражена, да и въ характерѣ анестезіи есть нѣкоторыя особенности въ алкогольномъ параличѣ. Болѣе существенное отличіе алкогольнаго паралича составляетъ участіе психической сферы. При мышьяковыхъ параличахъ, вслѣдствіе остраго отравленія, психическая сфера разстраивается далеко не часто, и разстройство продолжается короткое время, тогда какъ при алкогольномъ параличѣ психическая сфера во всѣхъ случаяхъ рѣзко разстроена, и иногда надолго. Затѣмъ самое существенное различіе то, что при алкогольномъ параличѣ продромальные симптомы—боли, парестезіи—бываютъ иногда за нѣсколько лѣтъ до параличей. Это, конечно, обусловливается именно продолжительностью введенія алкоголя при алкоголизмѣ, и потому разница эта сглаживается, когда дѣло идетъ о хроническомъ отравленіи мышьякомъ.

Объ анатомической подкладкѣ мышьяковаго паралича сказѣмъ наши еще меньше, чѣмъ объ алкогольномъ параличѣ. Теоретически предполагалось спинномозговое происхожденіе мышьяковыхъ параличей. Дѣйствительно, распространеніе болѣзни на 4 конечности въ прежнее время считалось почти несомнѣннымъ указаніемъ на спинномозговое происхожденіе болѣзни. Въ пользу этого говорили и нѣкоторые второстепенные симптомы, какъ, наприм., тѣ особенности, которыя мы видѣли у того молодаго человѣка, о которомъ мы говорили: усиленіе болевой чувствительности, перенось ощущенія изъ одной половины тѣла въ другую, усиленіе рефлексовъ—все это съ теоретической точки зрѣнія,

казалось, говорило за спинномозговое происхожденіе болѣзни. — Сколозубовъ думаетъ, что это подтверждается тѣмъ, что при химическомъ анализѣ различныхъ частей организма оказалось въ головномъ и спинномъ мозгу особенно много мышьяка, вслѣдствіе чего Готье и высказалъ мнѣніе, что мышьякъ дѣйствуетъ прямо на нервные центры, замѣщая въ лецитинѣ фосфоръ *). Но однако выводы о зависимости мышьяковыхъ параличей отъ спиннаго мозга, а не отъ периферическихъ нервовъ сдѣлать изъ опытовъ Сколозубова нельзя уже потому, что содержаніе мышьяка въ периферическихъ нервахъ онъ не опредѣлялъ, а съ другой стороны у насъ есть нѣкоторыя прямыя указанія на то, что периферическая нервная система разстраивается при арсеникальномъ параличѣ: такъ, Da Costa и Jaeschke **) находили периферическій перитъ во многихъ нервахъ. Правда, измѣненія эти описаны ими не достаточно подробно. Da Costa изслѣдовалъ мышечныя волокна взятыя у живаго больнаго и констатировалъ существованіе перерожденія въ мышечныхъ волокнахъ; причемъ, впрочемъ, рядомъ съ больными волокнами были и здоровыя.—Кромѣ этого въ клиникѣ профессора А. Я. Кожевникова было также констатировано пораженіе периферическихъ нервовъ въ одномъ случаѣ арсеникальнаго паралича, кончившагося летально. Мнѣ пришлось наблюдать этотъ случай въ первую половину болѣзни. Это была молодая женщина, которой при поступленіи въ больницу въ 1879 году было всего 18 лѣтъ. Развитіе арсеникальнаго паралича у нея было такое: въ октябрѣ 1878 года у нея сдѣлалась рожа лица. Въ это время, 26-го октября, она по ошибкѣ поѣла каши, къ которой былъ подмѣшанъ мышьякъ въ большомъ количествѣ.—Вскорѣ явилась рвота, боли въ животѣ и поносъ. Затѣмъ явился бредъ (панфобія, галлюцинаціи, спутанность сознанія). Рожа въ это время все продолжалась, но дня черезъ 4 и бредъ стихъ, и рожа стала проходить. Придя въ себя, больная замѣтила, что ноги ея не движутся. Въ то же время явились сильнѣйшія боли въ ногахъ. Затѣмъ около 10-го ноября ослабѣли руки, и въ два-три дня почти вполнѣ парализовались. Въ то же время было разстройство зрѣнія, по какого рода, осталось неизвѣстнымъ, такъ какъ оно продолжалось всего 10 дней. Въ то же время была какая-то пузырчатая сыпь на всемъ тѣлѣ и было затрудненіе дыханія, являвшееся приступами, и затрудненіе мочеиспусканія. Затѣмъ въ рукахъ и ногахъ явились отеки, которые однако скоро исчезли. Вмѣстѣ съ этимъ больная сильно похудѣла. Ноги же и руки похудѣли такъ, что осталась почти одна кожа да кости. Въ половинѣ декабря явились контрактуры въ рукахъ и ногахъ, ноги согнулись въ колѣнахъ, руки въ локтяхъ. Въ концѣ декабря больная въ первый разъ замѣтила возстановленіе движеній въ плечахъ и тазобедренномъ суставѣ. При поступленіи въ больницу она представляла явленія очень глубокаго паралича конечностей и туловища. Больная не могла сидѣть, ноги и руки едва-едва двигались, да и то только въ тазобедренномъ и плечевомъ суставахъ. Всѣ мышцы, особенно конечностей, были атрофированы въ высшей степени; только мускулы лица не были атрофированы. Чувствительность была глубоко разстроена, особенно на ступняхъ, голеняхъ и кистяхъ рукъ. Кромѣ того больная чрезвычайно страдала отъ болей въ ногахъ и рукахъ. Боли эти были стрѣляющія, рвущія, ломящія, особенно по ночамъ и въ дурную погоду. Мышцы при давленіи очень болѣзненны. Ноги согнуты въ колѣнахъ и тазобедренныхъ сочлененіяхъ. Такая же контрактура въ плечѣ и локтѣ. Электросократительность большею частью уничтожена. Пателлярные рефлексы отсутствуютъ. Въ больницѣ больная постепенно поправлялась. Сначала боли стали меньше, потомъ чувствительность стала лучше, затѣмъ стали уменьшаться контрактуры въ рукахъ; движенія руками стали свободнѣе; потомъ стали уменьшаться контрактуры въ ногахъ; явились движенія въ парализованныхъ мышцахъ ногъ; электросократительность кое-гдѣ стала появляться: больная стала ползать. Въ теченіе двухъ почти лѣтъ отъ начала болѣзни движенія въ рукахъ совершенно возстановились; движенія въ ногахъ тоже возстановились значительно; контрактуры въ тазобедренномъ суставѣ и колѣняхъ исчезли; больная сама очень пополнѣла. Изо всѣхъ явленій оставался только еще нарезъ мышцъ стопы и сведенія въ ней, аналогичныя тѣмъ, какія мы описывали при алкогольныхъ параличахъ. Больная однако не дождалась выздоровленія: заболѣла тифомъ и умерла. Изслѣдованіе первной системы было поручено профессоромъ А. Я. Кожевниковымъ доктору Л. С. Минору, который и нашелъ признаки лептоменингита въ головномъ мозгу, затѣмъ склерозъ Голлевскихъ столбовъ—въ спинномъ мозгу и рѣзко выраженную дегенерацію въ периферическихъ нервахъ. Съ дозволенія А. Я. Кожевникова и Л. С. Минора, я позволю себѣ сообщить объ этихъ результатахъ, тѣмъ болѣе, что они будутъ опубликованы болѣе подробно, да кромѣ того препараты нервной системы этого случая были демонстрированы профессорамъ И. П. Мержеевскому, Вестфалю, Шарко и д-ру Туцеку. Для насъ же измѣненія, найденныя въ этомъ случаѣ, тѣмъ болѣе важны, что, какъ легко можно было видѣть изъ описаній болѣзни, случай этотъ имѣлъ очень большое сходство съ алкогольнымъ параличомъ. Одно только нѣсколько уменьшаетъ значеніе этого случая, это именно то, что онъ

*) *Сколозубовъ*: „Диссертація", стр. 81.

**) *Da Costa*: „Clinical lecture on arsenical paralys.—Philadelph. med. Times".

Jaeschke: „Ueber Lähmungen nach acuter Arsenievergiftung". Breslau 1882 (цитировано по Brissaud).

все-таки былъ не вполнѣ чистый: въ началѣ болѣзни кромѣ отравленія мышьякомъ была рожа лица, а вслѣдъ за рожей тоже развиваются, какъ мы увидимъ, аналогичные параличи. Впрочемъ, по симптомамъ, болѣзнь вполнѣ подходила именно къ арсениклальнымъ параличамъ. Итакъ, все, что извѣстно относительно клинической анатоміи мышьковыхъ параличей, говоритъ за то, что при нихъ страдаютъ и периферическіе нервы, и спинной мозгъ. Въ этомъ конечномъ выводѣ мы опять видимъ аналогію между мышьковыми и алкогольными параличами. При алкогольныхъ пораженіяхъ тоже страдаютъ периферическіе нервы, и въ случаѣ Vierordt'а было пораженіе Голевскихъ столбовъ, очень сходное съ тѣмъ, которое нашелъ д-ръ Миноръ въ описанномъ случаѣ.

Параличи вслѣдствіе хроническаго отравленія свинцомъ.

Эти параличи, по своему клиническому проявленію, настолько хорошо извѣстны, что намъ нѣтъ надобности подробно останавливаться на нихъ. Извѣстно, что наиболѣе характерная форма этихъ параличей есть симметрическое пораженіе мускуловъ, иннервируемыхъ n. radialis, за исключеніемъ m. supinator longus. При этомъ большею частью бываетъ рядъ побочныхъ явленій, указывающихъ на свинцовое отравленіе — колики, запоры, свинцовая кахексія и характерная полоса на деснахъ. Въ нѣкоторыхъ болѣе тяжелыхъ случаяхъ параличъ занимаетъ и другія мышцы: такъ, чаще всего deltoides, triceps, потомъ biceps и brachialis internus. Иногда паресъ распространяется и на нижнія конечности, гдѣ поражаются экстензоры пальцевъ и extensor cruris по преимуществу. M. sartorius, tensor fasciae latae и m. tibialis anticus часто сохраняютъ свою силу долѣе другихъ. Наконецъ, бываютъ параличи генерализованные, захватывающіе большую часть мышцъ конечностей, а иногда и туловища. Этого рода параличи должны остановить на себѣ наше особенное вниманіе, потому что они протекаютъ въ видѣ атрофическаго паралича,—сѣдов., очень похоже на то, какъ протекаютъ алкогольные параличи и арсениклальные. Мнѣ пришлось наблюдать 2 подобные случая. Оба они описаны д-ромъ Л. С. Миноромъ [*]). Поэтому повторять ихъ я не стану, а напомню только общую картину развитія такого рода параличей. Большею частью развивается этотъ родъ параличей у лицъ представлявшихъ до этого симптомы свинцоваго отравленія (колики, блѣдность покрововъ и т. д.). Въ нашихъ случаяхъ, кромѣ вліянія свинца, можно было предполагать и abus. in Bacho et Venere. Начинается дѣло обык-

[*]) *Л. С. Миноръ*: „Къ ученію о свинцовомъ параличѣ". Отдѣльный оттискъ изъ „Военно-Медиц. Журнала" 1881 года.

новенно съ какого-нибудь повода, нарушающаго равновѣсіе организма— легкой простуды, abus. in Bacho; являются жестокія боли въ нижнихъ конечностяхъ, колики, судороги. Иногда въ самомъ началѣ бываютъ признаки encephalopathiae saturniae, выражающіеся въ эпилептическихъ припадкахъ, въ острой галлюцинаторной спутанности. Часто бываетъ упорная рвота. Вслѣдъ за этимъ понемногу начинаетъ развиваться параличъ, который постепенно поражаетъ мышцы верхнихъ и нижнихъ конечностей: сначала поражаются мышцы наиболѣе поддающіяся свинцовому параличу—экстензоры пальцевъ на ногахъ, mm. peronei и m. extensor crur., а на рукахъ—мускулы иннервируемые n. radial., кромѣ m. supinator. Но черезъ 2—3 дня поражаются и другія мышцы верхнихъ и нижнихъ конечностей, особенно deltoides и triceps brachii, quadriceps femoris, extensor digit. comm. Часто пораженіе рѣзко замѣтно и въ мускулахъ двигающихъ лопаткою, и въ ягодичныхъ мышцахъ. Затѣмъ слабѣютъ мышцы туловища, затѣмъ мышцы шеи, наконецъ мышцы лица и языка. Больной съ трудомъ двигаетъ губами и языкомъ. При этомъ могутъ поразиться и глазодвигательные нервы, разстраивается откармливаніе, глотаніе, затрудняется дыханіе вслѣдствіе пареза діафрагмы. Все это развивается постепенно въ теченіе 3—4 недѣль. Конечно, больному при этомъ грозитъ опасность умереть отъ паралича дыханія; но если онъ не помретъ въ то время, когда болѣзнь достигнетъ высшей точки развитія, то болѣзнь понемногу уменьшается; мышцы лица и туловища довольно скоро возстановляются, но въ конечностяхъ параличи продолжаютъ долго держаться: развиваются атрофіи въ наиболѣе пораженныхъ мышцахъ (разгибатели пальцевъ рукъ и ногъ, deltoides, triceps, extens. crur. quadriceps); электросократительность падаетъ и часто представляетъ частичную реакцію перерожденія. Чувствительность разстраивается сравнительно мало. Гипералгезіи кожи и мышцъ менѣе выражена, чѣмъ при алкогольномъ параличѣ. Боли тоже бываютъ, но менѣе сильны. Въ одномъ случаѣ я видѣлъ сильнѣйшія боли въ области задняго прохода, являвшіяся приступами. Вазомоторныя разстройства въ конечностяхъ бываютъ. Пульсъ очень часто. Моча интенсивно окрашена и въ одномъ случаѣ содержала какое-то „неописанное еще красящее вещество". (Профес. Булычинскій. См. у Минора стр. 30—32.) Мало-помалу болѣзнь уменьшается, парализованныя мышцы возстановляются обыкновенно скорѣе, чѣмъ при той же степени алкогольнаго паралича, но возможность рецидива остается еще очень большая. У одного больнаго вся картина вернулась снова вслѣдствіе легкой простуды, вслѣдъ за которой явились свинцовыя колики. При этомъ нужно замѣтить, что въ промежутокъ между первою болѣзнью и рецидивомъ больной не вводилъ въ себя новаго количества свинца.

Этотъ больной скончался въ клиникѣ профес. А. Я. Кожевникова,

который и поручилъ д-ру Минору изслѣдованіе его первной системы. Онъ нашелъ рѣзко-выраженныя измѣненія въ мышцахъ: явленія атрофіи въ мышечныхъ волокнахъ, громадное количество ядеръ мышечныхъ и соединительно-тканныхъ, увеличеніе соединительной ткани. Рядомъ съ атрофированными пучками мышцъ были и совершенно здоровые. Интермускулярные нервы оказались атрофированы. Атрофія замѣтна была и въ передникъ корешкахъ (измѣненіи мізлина, размноженіе ядеръ съ сохраненіемъ осеваго цилиндра, множество очень тонкихъ волоконъ). Рядомъ съ атрофированными волокнами были и здоровыя. Соединительной ткани и ея ядеръ на поперечныхъ разрѣзахъ корешковъ замѣтно было очень много. N. ischiadicus найденъ здоровымъ. Въ спинномъ мозгу никакихъ микроскопическихъ измѣненій не было найдено. Клѣтки хорошо сохранены. Въ узлахъ plexus solaris замѣчено большое количество соединительной ткани съ сильною пролиферацією ядеръ. Нужно прибавить, что химическое изслѣдованіе печени, спинного и головнаго мозга въ этомъ случаѣ дало отрицательный результатъ, т.-е. свинца не найдено.

Итакъ, въ этомъ случаѣ спинной мозгъ оказался здоровымъ, передніе корешки измѣнены и измѣнены межмускулные нервы и мышцы. N. ischiadicus оказался здоровымъ, но, къ сожалѣнію, не изслѣдованы его конечныя вѣтви (иногда бываетъ, что самый стволъ n. ischiadici здоровъ, а пораженіе рѣзко замѣтно въ вѣтвяхъ n. peronei и tibialis). Данныя Л. С. Минора, подтверждая изслѣдованія нѣкоторыхъ авторовъ, находятся въ противорѣчіи со взглядами другихъ авторовъ на свинцовый параличъ. Какъ извѣстно, мнѣнія о сущности свинцоваго паралича очень различны. Erb, Déjérine и многіе другіе считаютъ свинцовый параличъ за poliomyelitis anterior (subacuta); другіе, какъ Фрейденгеръ, видятъ наиболѣе существенное пораженіе въ мышцахъ: третьи (Вестфаль, Лейденъ, Бернгардтъ, Гомбо и другіе) считаютъ, что поражается преимущественно периферическая часть первной системы. Аутопсіи разныхъ случаевъ даютъ подтвержденія для каждаго изъ этихъ взглядовъ, тѣмъ болѣе, что каждый изъ авторовъ, дѣлая заключеніе на основаніи своего случая, считаетъ нужнымъ случаи, противорѣчащіе его заключеніямъ, считать не чистыми случаями свинцоваго паралича.

Чаще всего при аутопсіи находятся измѣненія въ периферическихъ нервахъ. Lancereaux, Gombault, Déjérine, Westphal и другіе находили рѣзкое измѣненіе въ периферическихъ нервахъ. Въ послѣднее время опубликованъ случай Schultze *), въ которомъ были найдены только периферическія измѣненія. Именно въ n. radialis найдено рѣзко-выра-

*) „Arch. für Psych“, XVI, 790. Аналогичныя измѣненія найдены также Visvorit'омъ въ его только-что опубликованномъ случаѣ („Arch. f. Psych.“, XVIII, p. 48).

женное перерожденіе нервныхъ волоконъ и множество очень тонкихъ первныхъ волоконъ. Количество сосудовъ въ первномъ стволѣ увеличено; нѣкоторые изъ сосудовъ представляли рѣзко-выраженныя измѣненія. Въ одномъ мѣстѣ на протяженіи нервнаго ствола былъ ограниченный воспалительный очагъ. Рѣзкія измѣненія были и въ чувствующихъ вѣтвяхъ n. radialis. Затѣмъ найдено перерожденіе въ мускулахъ (перерожденіе волоконъ съ чрезвычайно-большимъ развитіемъ ядеръ). Въ передникъ корешкахъ не найдено никакихъ измѣненій; въ одномъ изъ заднихъ констатированъ небольшой атрофическій очагъ. Въ спинномъ мозгу найдено небольшое измѣненіе въ сосудахъ piae (утолщеніе mediae и разрастаніе intimae). Въ самомъ спинномъ мозгу не найдено никакихъ измѣненій, которыя можно было бы счесть за патологическія. Съ другой стороны приводятся случаи, гдѣ измѣненія въ спинномъ мозгу находились. Такъ, Vulpian *) говоритъ, что въ одномъ случаѣ ему пришлось найти рѣзко-выраженный poliomyelitis съ коллоидными перерожденіемъ клѣтокъ, пролиферацієй ядеръ и склеротическимъ гнѣздомъ въ шейномъ утолщеніи. Затѣмъ и Monakow **) тоже нашелъ измѣненія въ спинномъ мозгу. Въ случаѣ Monakow'a найдено рѣзкое измѣненіе клѣтокъ переднихъ роговъ въ шейной части спиннаго мозга, развитіе соединительной ткани, паукообразныя клѣтки, рѣзко-измѣненные сосуды, наполненные кровью и съ большимъ количествомъ круглo клѣточныхъ элементовъ вокругъ нихъ. Около мѣста выхода 7-ой пары найдены склеротическія бляшки. Въ случаѣ Monakow'a (въ которомъ была многовѣтвия dementia) найдены глубокія измѣненія въ головномъ мозгу: рѣзко-выраженныя измѣненія клѣтокъ, измѣненіе сосудовъ, переполненіе ихъ кровью, по мѣстамъ кровоизліянія, скопленіе лимфоидныхъ элементовъ въ адвентиціальныхъ пространствахъ, развитіе соединительной ткани и паукообразныя клѣтки. Въ лучевомъ нервѣ дегенеративныя измѣненія были рѣзко выражены, также какъ и въ мускулахъ. Затѣмъ измѣненія въ спинномъ мозгу найдены были Zunker'омъ („Zeitsch. f. kl. Med.“, I, p. 496). Въ этомъ случаѣ были измѣненія въ переднихъ рогахъ, рѣзко выраженный невритъ и міозитъ. Измѣненія въ спинномъ мозгу найдены также Oeller'омъ ***). Въ этомъ случаѣ на протяженіи отъ 5 до 8 корешка было найдено размягченіе частью въ переднихъ рядахъ, частью въ бѣломъ веществѣ. Въ этихъ мѣстахъ гангліозныя клѣтки были измѣнены, встрѣчались паукообразныя клѣтки, детритъ и кровоизліянія. Въ n. radialis, особенно въ мускульныхъ вѣтвяхъ его, измѣненія были очень рѣзки.

*) „Leçons sur les maladies du syst. Nerveux“ 1879, p. 158.

**) „Arch. für Psychiatrie“ X, 495.

***) *Oeller*: „Zur patholog. Anatomie des Bleilähmung“. München, 1882.

Затѣмъ изъ новѣйшихъ случаевъ положительный результатъ относительно спиннаго мозга былъ найденъ Oppenheim'омъ *). Въ его случаяхъ были найдены существенныя измѣненія въ шейномъ и поясничномъ утолщеніи, сводившіяся къ уничтоженію и атрофіи гангліозныхъ клѣтокъ, уменьшенію количества нервныхъ волоконъ въ сѣромъ веществѣ, увеличенію и уплотненію соединительной ткани, увеличенію и расширенію сосудовъ и утолщенію ихъ стѣнокъ. Передніе корешки оказались совершенно здоровы. Периферическіе же нервы (nn. radial., tibial. post. и peron.) рѣзко измѣнены. Мускулы также представляютъ явленія перерожденія.—Этотъ случай для насъ особенно интересенъ, потому что это былъ случай генерализованнаго паралича, тѣмъ болѣе похожаго на алкогольный, что при немъ было рѣзко-выраженное психическое разстройство (галлюцинаторная спутанность).

Затѣмъ одиноко стоитъ случай Фридлендера **), который не нашелъ никакихъ измѣненій въ спинномъ мозгу, а нашелъ наиболѣе существенныя измѣненія въ мышцахъ и сравнительно небольшія въ нервахъ, вслѣдствіе чего онъ и склоненъ приписывать свинцовому параличу міопатическое происхожденіе.

Такимъ образомъ въ концѣ концовъ можно вывести заключеніе, что въ описанныхъ случаяхъ свинцовыхъ параличей находились разнообразныя измѣненія: измѣненія въ периферическихъ нервахъ почти всегда находились, особенно въ конечныхъ вѣтвяхъ; измѣненія въ мышцахъ—тоже всегда, измѣненія въ спинномъ мозгу—не всегда, но иногда находились, причемъ корешки иногда были измѣнены, иногда нѣтъ. Опыты, произведенные съ цѣлью экспериментально разрѣшить вопросъ о происхожденіи свинцоваго паралича, не привели тоже къ одинаковому результату. Во-первыхъ, оказалось, что свинцовые параличи у животныхъ не развиваются (въ рѣзкой степени по крайней мѣрѣ), а съ другой стороны и измѣненія, производимыя свинцомъ въ нервной системѣ, оказались различны по различнымъ авторамъ. Такъ, Gombault находилъ рѣзко выраженное измѣненіе въ периферическихъ нервахъ, и именно въ формѣ nevrite segmentaire periaxile, о которой мы говорили ***), а Vulpian и въ послѣднее время Поповъ****) находили воспалительныя измѣненія въ спинномъ мозгу. Другіе изслѣдователи, производившіе хроническое отравленіе свинцомъ, какъ Гарнакъ, Гуссеровъ, на основаніи химическихъ анализовъ (большее содержаніе свинца) считаютъ существеннымъ пораженіемъ—пораженіе мышцъ.

Такимъ образомъ ни патологическая анатомія, ни экспериментальная патологія не даютъ намъ возможности рѣшить, страдаетъ ли при свинцовомъ параличѣ только периферическая нервная система, или спинной мозгъ. Судя по вышеприведеннымъ даннымъ, измѣненія могутъ быть и въ той и другой части, хотя, повидимому, въ периферической части нервной системы и въ мускулахъ они почти постоянны, въ спинномъ же мозгу не постоянны.

Въ этомъ выводѣ патологическая анатомія свинцоваго паралича сводится къ патологической анатоміи алкогольнаго паралича; при алкогольномъ параличѣ, также какъ и при свинцовомъ, измѣненія всегда существуютъ въ периферической нервной системѣ и сравнительно рѣдко въ спинномъ мозгу. Но, однако, разница патологической анатоміи свинцоваго и алкогольнаго параличей все-таки очень велика. Во-первыхъ, въ периферической нервной системѣ при свинцовомъ параличѣ невритическія измѣненія носятъ нѣсколько иной характеръ: тонкихъ волоконъ, указывающихъ на возрожденіе, попадается несравненно больше; сохраненіе осеваго цилиндра въ пораженныхъ волокнахъ при свинцовомъ параличѣ тоже несравненно чаще; затѣмъ измѣненій въ крупныхъ стволахъ вообще несравненно меньше, чѣмъ при алкогольныхъ параличахъ. При свинцовомъ параличѣ тотъ фактъ, что мелкія вѣточки поражаются гораздо больше, чѣмъ крупные стволы, проявляется еще съ большею яркостью, чѣмъ при алкогольномъ параличѣ. Затѣмъ при невритѣ свинцоваго происхожденія констатировано не только паренхиматозное измѣненіе, но и измѣненіе соединительной ткани въ периферическихъ нервахъ. Нервные корешки при свинцовомъ параличѣ страдаютъ чаще, чѣмъ при алкогольномъ, что соотвѣтствуетъ и болѣе частому пораженію спиннаго мозга. Наконецъ, кромѣ измѣненія соединительной ткани, которое находили и при алкогольныхъ параличахъ, констатированы и явленія полиоміэлита, не констатированныя до сихъ поръ при параличахъ алкогольныхъ.

Въ мышцахъ измѣненія обыкновенно рѣзче выражены, чѣмъ при алкогольномъ параличѣ: увеличеніе ядеръ и мышечныхъ и соединительно-тканныхъ несравненно больше.

Такимъ образомъ, несмотря на аналогію пораженій, мы въ патологической анатоміи свинцоваго паралича находимъ и отличительныя черты отъ алкогольныхъ. Эти отличительныя черты соотвѣтствуютъ, можетъ-быть, и разницѣ въ клинической картинѣ: наприм. болѣе скорое возстановленіе мышечной функціи можетъ-быть обусловливается большимъ сохраненіемъ осевыхъ цилиндровъ; развитіе болѣе интенсивной атрофіи *мышцъ* можетъ-быть обусловливается болѣе интенсивными анатомическими измѣненіями въ нихъ. Однако все-таки, за всѣмъ этимъ, остается большая аналогія какъ въ патолого-анатомической картинѣ, такъ и въ клинической картинѣ алкогольныхъ и свинцовыхъ

*) „Archiv für Psychiatrie", XVI.

**) *Friedländer*: „Anat. Unters. eines Falles von Bleilähmung.—Virch. Arch." Bd. 75.

***) „Arch. de Neurologie" 1880.

****) *Поповъ*: „Матеріалы къ ученію объ острой миэлитѣ токсическаго происхожденія". Дисс. С.-Пб. 1882.

параличей. Аналогія эта въ случаяхъ генерализированнаго свинцоваго паралича настолько велика, что Адамкевичъ описываетъ параллельно два случая, очень сходные между собою, изъ которыхъ у одного было злоупотребленіе алкогольными напитками, а у другаго онъ предполагалъ свинцовое отравленіе *).

Чтобы сдѣлать аналогію эту еще болѣе очевидною, прибавимъ, что при свинцовомъ отравленіи описаны и такіе же случаи атаксіи, какъ и при алкогольномъ (Vulpian et Raymond, Tessier **). Затѣмъ описаны паретическія формы, имѣющія гемилегическое распространеніе, слѣдовательно соотвѣтствующія геми-анестетической формѣ хроническаго алкоголизма. Наконецъ, сходство въ проявленіяхъ свинцоваго и алкогольнаго отравленія замѣтно и въ психической сферѣ: свинецъ часто вызываетъ симптомы галлюцинаторной спутанности, похожіе на алкогольную, а въ наиболѣе тяжелыхъ случаяхъ свинцоваго отравленія развивается pseudoparalysis progressiva saturnina, совершенно аналогичная pseudoparalysis progr. alcoholica.

Параличи вслѣдствіе отравленія сѣроуглеродомъ.

Отравленіе сѣроуглеродомъ по преимуществу бываетъ у рабочихъ на заводахъ каучуковыхъ издѣлій, при обработкѣ которыхъ употребляется сѣроуглеродъ. Собственно говоря, въ точности не извѣстно, самъ ли по себѣ дѣйствуетъ сѣроуглеродъ. Sapelier ***) доказываетъ, что вредное дѣйствіе производится сѣроводородомъ, происходящимъ отъ разложенія сѣроуглерода. Если даже это и такъ, то все-таки мы сохраняемъ названіе сѣроуглеродныхъ параличей, потому что очевидная причина отравленія лежитъ въ немъ. Изученіемъ отравленій этимъ веществомъ занимался Delpech, и онъ уже пришелъ къ заключенію, что вліяніе его сходно съ вліяніемъ алкоголя. Острое отравленіе сѣроуглеродомъ бываетъ рѣдко; чаще всего бываетъ хроническое отравленіе имъ. Сначала рабочіе могутъ проводить въ отравленной атмосферѣ цѣлыя недѣли и даже мѣсяцы, прежде чѣмъ появятся тяжелые припадки. Но обыкновенно сравнительно черезъ короткое время они уже чувствуютъ нѣкоторое нездоровье, повторяющееся каждый день и все усиливающееся. Уходя вечеромъ съ работы, они главнымъ образомъ жалуются на сильную давящую боль головы и на чувство дурноты, опьяненія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ является особенное психическое возбужденіе. Рабочіе становятся болтливы, раздражительны, подвижны, половыя потребности усиливаются. Этого состоянія возбужденія иногда и не бы-

*) *Adamkiewicz*: „Poliomielitis-Bleilähmung.—Charité Annal.“ 1879. IV, p. 430.

**) *Leval-Picquechef*, l. c. p. 55.

***) Thèse 1885.

ваетъ, а если и бываетъ, то скоро проходитъ и переходитъ въ состояніе угнетенія. У больныхъ развивается глубокая апатія; они дѣлаются мало понятливы, память глубоко разстраивается. Настроеніе духа очень подавленное. Общее питаніе рѣзко падаетъ.

Въ это время обыкновенно развиваются паретическія явленія, соединенныя съ разстройствомъ чувствительности. Сначала больные чувствуютъ тяжесть, ползаніе мурашекъ въ ногахъ; затѣмъ являются сильныя стрѣлящія и ломящія боли, особенно по ночамъ. Эти боли, а также судороги въ икрахъ, мѣшаютъ больнымъ спать. Вмѣстѣ съ этимъ развивается слабость въ нижнихъ конечностяхъ, походка дѣлается неувѣренною, больной долженъ опираться на одну или на двѣ палки. Вскорѣ парезъ захватываетъ и мышцы верхнихъ конечностей. Рѣдко бываетъ полный параличъ; большею частью дѣло ограничивается парезомъ, болѣе или менѣе выраженнымъ, въ различныхъ мышцахъ.

По Delpech поражены по преимуществу экстензоры; въ новѣйшей работѣ Bonnet *) указывается, что чаще бываетъ преимущественное пораженіе сгибателей: вслѣдствіе этого рука находится въ состояніи экстензіи; пронація съ супинаціей ослаблены; отведеніе и приведеніе пальцевъ разстроено вслѣдствіе страданія межкостныхъ мышцъ. Въ ногахъ, повидимому, почти всегда преобладаетъ пораженіе extensoris cruris quadric. et extensor. digit commun. et hallucis. Походаніе мышцъ большею частью бываетъ довольно рѣзкое, но до полной атрофіи дѣло рѣдко доходитъ. Электро-сократительность иногда падаетъ, причемъ паденіе фарадической реакціи бываетъ иногда соединено съ повышеніемъ гальванической. Анестезіи большею частью бываетъ въ периферическихъ частяхъ конечностей. Рефлексы сухожильные часто исчезаютъ, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ повышены. Иногда парезъ развивается очень быстро, доходитъ до высокой степени развитія; является разстройство рѣчи, амбліопія, глухота. Потомъ, при благопріятныхъ условіяхъ, явленія всѣ проходятъ, но при возвращеніи больнаго къ прежней работѣ опять возвращаются. Вотъ одинъ изъ случаевъ Delpech'a **).

D. 27 лѣтъ, средняго сложенія, всегда здоровый, оставилъ за годъ до поступленія въ больницу ремесло сапожника, чтобы заняться приготовленіемъ каучуковыхъ издѣлій, причемъ для растворенія гуттаперчи употребляется сѣроуглеродъ. Въ продолженіе первыхъ 3-хъ мѣсяцевъ занятія онъ чувствовалъ только головную боль, но чрезъ 3 мѣсяца онъ

*) *Bonnet*. Thèse de Paris 1885: „Des troubles nerveux dans l'intoxication par le sulfure de carbone“.

**) Цитировано по *Lancereaux*: „Les paralyses toxiques.—Gaz. hebdomadaire“ 1881, p. 719.

весь ослабѣлъ, зрѣніе упало, самъ онъ очень быстро утомлялся, такъ что не могъ работать нѣсколько часовъ въ день. Слухъ тоже ослабѣлъ и въ продолженіе 8 дней глухота была такая, что ему нужно было кричать, чтобъ онъ услышалъ. Эта глухота однако исчезла черезъ нѣсколько времени. Память его значительно упала,—онъ каждую минуту позабывалъ, куда онъ поставилъ свои инструменты. Характеръ рѣзко измѣнился: то онъ дѣлался необыкновенно веселъ, то приходилъ въ сильное раздраженіе отъ ничтожной причины, причемъ колотилъ все, что было подлѣ него. Засыпалъ онъ съ большимъ трудомъ, просыпался отъ страшныхъ сновидѣній и судорогъ. По временамъ бывалъ ознобъ или сильнѣйшій потъ. Силы его быстро падали. Онъ вскорѣ едва могъ ходить и работалъ только сидя; входить на лѣстницу ему стоило большаго труда. Слабость вскорѣ распространилась съ нижнихъ на верхнія конечности. Въ первое время и въ верхнихъ конечностяхъ были судороги и преходящія контрактуры, особенно въ разгибателяхъ костей, которыя мѣшали сжиманію пальцевъ. Половыя желанія и эрекціи прекратились. Въ мартѣ 1854 года больной поступилъ въ отдѣленіе Delpech'a. Больной представляетъ рѣзкія явленія кахексіи, очень худъ и блѣденъ. Изо рта запахъ сѣроуглерода. Ходитъ только опираясь на палку; въ ногахъ сильныя боли. Ноги уменьшены въ объемѣ, причемъ похудѣли, особенно мышцы. Больной имѣетъ такой же видъ, какой бываетъ при свинцовомъ отравленіи: руки въ пронаціи, висятъ вслѣдствіе слабости экстензоровъ. Сгибатели тоже слабы. Движенія сопровождаются трясеніемъ. Чувствительность сохранена, также какъ и электросократительность. Нѣсколько спутанный (vague) ходъ мыслей, ослабленіе памяти. — Больной выписался, поправившись.

Мы видимъ, что по внѣшнимъ признакамъ сходство съ картиной алкогольнаго паралича большое: соединеніе характернаго психическаго разстройства съ параплегическими явленіями, симметричность пораженія, восходящій ходъ болѣзни, боли—все это точно такъ же, какъ при алкогольномъ параличѣ. Разница развѣ только въ нѣсколько иной группировкѣ пораженныхъ мышцъ, если вѣрить Bonnet, да еще та, что больные представляютъ рѣзкіе признаки сѣроуглеродной кахексіи.

Параплегическая форма не единственная форма сѣроуглероднаго паралича,—бываетъ иногда и гемиплегическая форма, причемъ, все-таки, замѣтно преобладаніе пораженія нѣкоторыхъ группъ мышцъ. Иногда бываютъ рѣзкія явленія разстройста координаціи движеній. Въ „Pseudo-tabes" Leval - Picquechef описанъ одинъ случай съ этими явленіями. У этого больнаго вскорѣ послѣ начала работы на каучуковомъ заводѣ явились рвоты и головныя боли. Затѣмъ развилась слабость въ ногахъ, чувство онѣмѣнія и ледянаго холода, затѣмъ гипералгезія кожи нижнихъ конечностей и стрѣляющія боли. Вслѣдъ за этимъ развилась полная параплегія съ анестезіей въ подошвахъ. Затѣмъ явилось чувство болѣзненнаго пояса, судороги въ рукахъ; руки сдѣлались слабы; въ нихъ появилось рѣзкое разстройство координацій. Вскорѣ къ этому присоединилось затрудненіе рѣчи, nystagmus и легкая амбліопія. Когда сила въ ногахъ нѣсколько возстановилась, онъ представлялъ рѣзко выраженныя явленія разстройства координаціи; руками онъ не могъ поднести ко рту стаканъ воды, вслѣдствіе чрезвычайно обширныхъ колебательныхъ движеній. Съ закрытыми глазами только съ большимъ трудомъ можетъ коснуться своего носа. Между тѣмъ сила въ рукахъ очень хороша. Походка представляетъ также рѣзкое разстройство координацій. Сухожильные рефлексы исчезли.

Все это вмѣстѣ съ ланцинирующими болями и легкою амбліопіей чрезвычайно напоминаетъ настоящую tabes dorsalis. Анатомическія измѣненія при этой формѣ интоксикаціи не изучены.

Параличи вслѣдствіе отравленія окисью углерода (угаръ).

Эти параличи представляютъ только немногія черты сходныя съ алкогольными параличами; однако, все-таки, нѣкоторыя сходныя черты есть, что̀ заставляетъ меня упоминать о нихъ. Если судить по описанію этихъ параличей, даваемому Бриссо, то сходство между ними и алкогольными параличами можетъ показаться довольно значительнымъ. Бриссо такъ описываетъ развитіе этихъ параличей (не по своимъ наблюденіямъ впрочемъ). Послѣ первыхъ явленій угара, выражающихся главнымъ образомъ въ коматозномъ состояніи, больной приходитъ въ себя: „едва онъ дѣлается способнымъ сказать одно слово, онъ жалуется на сильнѣйшую головную боль и абсолютную нечувствительность четырехъ конечностей. Нѣкоторые отдѣлы кожныхъ покрововъ очень болѣзненны; иногда замѣтна рѣзкая отечная припухлость, иногда рѣзкая краснота, напоминающая флегмонозное воспаленіе. Едва начинается поправленіе, замѣтно, что одна изъ ногъ плохо двигается. Вслѣдъ за этимъ развивается парезъ въ другой ногѣ, затѣмъ въ одной изъ рукъ, наконецъ въ другой рукѣ, такъ что въ теченіе нѣсколькихъ дней у больнаго парализуются всѣ четыре конечности. При этомъ параличъ поражаетъ не всѣ мышцы одинаково: сначала поражаются обыкновено mm. peronei и extensor hallucis, затѣмъ уже флексоры. Вслѣдъ за этимъ уже поражаются мышцы предплечья и interossei. Мускулы бедра и плеча часто не поражаются, также какъ и m. supinator. Положеніе конечностей представляетъ такимъ образомъ полную аналогію съ параличомъ при свинцовомъ отравленіи".

Однако, прочитывая исторіи болѣзней, приведенныя въ статьѣ д-ра

Хардина *), мы найдемъ только очень немного случаевъ сколько-нибудь подходящихъ къ этому описанію. Одинъ изъ такихъ случаевъ есть случай Leudet, въ которомъ послѣ отравленія угаромъ развилось коматозное состояніе, послѣ котораго развились сначала боли и парестезіи въ области правой ягодицы вдоль сѣдалищнаго нерва, затѣмъ развился параличъ экстензоровъ правой стопы, затѣмъ параличъ всей правой ноги, затѣмъ параличъ въ другой ногѣ и, наконецъ, въ обѣихъ верхнихъ конечностяхъ. Вслѣдъ за этимъ развились признаки пораженія n. facialis и hypoglossi, разстройство глотанія, артикуляціи, бредъ и, наконецъ, смерть на 24-й день болѣзни. При вскрытіи найдено помутнѣніе мягкой оболочки головнаго мозга, небольшое количество цереброспинальной жидкости между твердою и мягкою оболочками. Мозгъ нормальной консистенціи; пигдѣ нѣтъ особенной гипереміи или фокусовъ размягченія. Въ спинномъ мозгу никакихъ измѣненій. Существенное измѣненіе найдено въ правомъ n. ischiadicus, который оказался на $^1/_3$ толще лѣваго. Влагалище его гиперемировано, набухло. Микроскопическое изслѣдованіе показало воспалительный характеръ этого процесса. По выходѣ изъ сѣдалищной вырѣзки въ стволѣ сѣдалищнаго нерва измѣненій не найдено.

По клинической картинѣ, какъ справедливо замѣчаетъ Хардинъ, случай этотъ напоминаетъ параличъ Ландри или поліомізлитъ. Съ другой стороны, онъ напоминаетъ и множественный невритъ, а то обстоятельство, что периферическіе нервы кромѣ n. ischiadici не отмѣчены какъ пораженные, можетъ-быть зависѣло отъ недостаточной тонкости методовъ изслѣдованія.

Какъ бы то ни было, этотъ случай напоминаетъ ходъ болѣзни при очень острыхъ алкогольныхъ параличахъ. Правда, онъ почти единственный **) и слѣдовательно такіе случаи бываютъ при отравленіи угаромъ не часто, но вообще периферическіе невриты при угарѣ все-таки бываютъ, и случаи параличей въ области отдѣльныхъ нервовъ вовсе не рѣдки. Кромѣ этого Рандю описываетъ одинъ случай, гдѣ измѣненія были выражены въ гемиплегической формѣ, но носили характеръ периферическихъ параличей: 1) потому, что хотя параличъ былъ въ одной только правой сторонѣ, но группировка парализованныхъ мышцъ не была такова, какъ бываетъ при центральныхъ пораженіяхъ: n. facialis парализованъ былъ весь, а въ рукѣ и ногѣ были парализованы только экстензоры: 2) въ парализованныхъ мышцахъ было сильное на-

*) *Хардинъ*: „О послѣугарныхъ первыхъ заболѣваніяхъ.—Вістникъ Психіатріи". Годъ третій 1885 г., стр. 88.

**) Въ „Klinik der Rückenmarks-Krankheiten" Лейдена цитируется еще (т. II, стр. 284) случай Portal'я, въ которомъ у молодаго человѣка послѣ угара развилась параплегія и глубокое ослабленіе памяти. Болѣзнь постепенно улучшалась.

деніе электросократительности и начало атрофіи; 3) рядомъ съ параличами существовала анестезія кисти и стопы.

Всѣ эти случаи имѣютъ нѣкоторую аналогію съ алкогольными параличами и другими токсическими параличами невритическаго происхожденія. Но, однако, много случаевъ послѣугарныхъ параличей носятъ совсѣмъ другую картину: они имѣютъ характеръ гемиплегическій и зависятъ отъ анатомическихъ измѣненій въ головномъ мозгу, чаще всего отъ фокусовъ размягченія въ гангліяхъ. Иногда эти фокусы размягченія бываютъ симметрично въ обоихъ полушаріяхъ. Мы не будемъ останавливаться на этихъ формахъ параличей, какъ не имѣющихъ для насъ особеннаго интереса, а перейдемъ къ одному изъ существеннѣйшихъ симптомовъ послѣугарныхъ нервныхъ заболѣваній, именно къ психическимъ разстройствамъ. Психическія разстройства часто наблюдаются послѣ угара. Иногда они прямо развиваются вслѣдъ за коматознымъ состояніемъ, иногда послѣ улучшенія отъ коматознаго состоянія является опять ухудшеніе и характерное психическое разстройство; оно выражается въ формѣ глубокой спутанности сознанія, съ отрывочными бредовыми идеями и галлюцинаціями *). Эта спутанность, доходящая до степени ступора, обыкновенно проходитъ черезъ 5—6 мѣсяцевъ. Въ другихъ случаяхъ на первомъ планѣ стоитъ глубокое ослабленіе памяти, упадокъ интересовъ, апатія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ упадокъ памяти очень походитъ на то, что мы описывали при алкогольномъ параличѣ. Такъ, Маньянъ, описывая одинъ случай послѣугарнаго разстройства, говоритъ, что рядомъ съ значительнымъ ослабленіемъ памяти замѣчается не особенно сильный упадокъ умственныхъ способностей. Въ другомъ случаѣ Маньяна больная могла объ обыденныхъ предметахъ разсуждать довольно здраво, но совершенно не помнила только-что случившихся событій, совершенно позабывала о посѣщеніи знакомой, бывшей у нея наканунѣ; если ей называли имя этой знакомой, она вспоминала ея личность, указывала, гдѣ она живетъ, называла вѣрно названіе улицы и нумеръ дома, но рядомъ съ этимъ утверждала, что не видала ее уже нѣсколько мѣсяцевъ. Только-что выйдя изъ палаты, она уже забывала, откуда вышла, и постоянно опиралась дверью. Больная осталась неизлѣчимою. Наоборотъ, больной, о которомъ упоминаетъ Portal, у котораго послѣ угара развилась параплегія съ глубокимъ упадкомъ памяти, поправился. Иногда угаръ вызываетъ еще болѣе тяжелыя формы неизлѣчимаго слабоумія. Въ другихъ случаяхъ непосредственно за угаромъ не развиваются рѣзко выраженныя психическія разстройства, а развиваются только подготови-

*) *Gaussel*: „Ein Fall von Stupor nach Kohlenoxydvergiftung. — Charité -Annales" VIII, 1883, p. 309.

тельныя разстройства: головныя боли, головокруженія, искры передъ глазами, неустойчивость душевнаго настроенія,— а самыя психическія разстройства развиваются только подъ вліяніемъ какого-нибудь новаго рѣзкаго повода, напримѣр.—испуга, огорченія. Въ такихъ случаяхъ это послѣдовательное помѣшательство чаще всего имѣетъ характеръ бреда преслѣдованія, съ галлюцинаціями зрѣнія (Maureau de Tours). Въ этихъ послѣдовательныхъ психическихъ разстройствахъ легко видѣть аналогію съ подобными же разстройствами, бывающими при алкоголизмѣ.

Разстройство движеній при отравленіи спорыньей (ergotismus).

При отравленіи спорыньей мнѣ неизвѣстны такіе случаи, которые протекали бы сходно съ случаями алкогольнаго паралича въ тѣсномъ смыслѣ слова, но тѣмъ не менѣе при эрготизмѣ бываютъ разстройства движеній, похожія на алкогольную атаксію. На это указывалъ еще М. Гуссъ. Въ послѣднее время разстройства нервной системы при отравленіи спорыньей были описаны Siemens'омъ *) и Tuczek'омъ **). Имъ пришлось въ 1879 году наблюдать много случаевъ эрготизма въ одномъ изъ округовъ Гессенъ-Касселя. Всего заболѣло до 500 человѣкъ, а изъ нихъ 29, всѣдствіе психическихъ разстройствъ, были помѣщены въ Марбургское заведеніе для душевно-больныхъ. Эти-то случаи и описаны Сименсомъ и Тущекомъ. Изъ этого уже видно, что они пользовались только тѣми случаями, въ которыхъ психическіе симптомы были настолько сильны, что требовали помѣщенія въ заведеніе, и потому можетъ-быть нельзя обобщать дѣлаемыхъ ими выводовъ о психическихъ разстройствахъ при эрготизмѣ; можетъ-быть встрѣчались и такіе случаи, которые выражались въ такой покойной формѣ, что не требовали помѣщенія въ спеціальное заведеніе. Какъ бы то ни было, теченіе случаевъ Сименса и Тущека было такое: психозы и другіе тяжелые нервные симптомы развивались обыкновенно только спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ острой интоксикаціи и были, по всей вѣроятности, выраженіемъ не прямаго дѣйствія яда, а общаго разстройства питанія, проявлявшагося въ высокой степени кахексіи, зависѣвшей конечно отъ вліянія яда на организмъ. Психозы проявлялись въ формѣ острагo слабоумія съ затемнѣніемъ сознанія въ различной степени. Теченіе представленій было большею частью медленное, доходившее по временамъ до полнаго ступора; больше были чаще всего крайне аматичны, иногда повторяли одни и тѣ же слова на всѣ вопросы. Представленія часто путались, знакомые люди принимались за незнакомыхъ;

*) „Psychosen bei Ergotismus.—Arch. für Psych." IX.

**) Tuczek: „Arch. für Psych. XIII: Ueber die veränderung etc... bei Ergotismus".

иногда были глубокія разстройства памяти. При этомъ иногда замѣчалась эвфорія, но въ большинствѣ случаевъ было подавленное, меланхолическое настроеніе, иногда съ приступами тоски, иногда съ спльнымъ бушствомъ. Галлюцинаціи рѣдки; рѣзко выражены были онѣ только у дѣтей. Изъ субъективныхъ признаковъ, на которые жаловались сами больные, были: неспособность думать, вялость мысли, апатія, безжизненность, тоска. Рядомъ съ этимъ во многихъ случаяхъ были припадки общихъ судорогъ, похожіе на эпилептическіе; иногда были не общія судороги, а клоническія подергиванія въ отдѣльныхъ группахъ мышцъ, наприм. въ области n. facialis, n. access. Willis, въ нѣкоторыхъ вѣтвяхъ plex. brachialis; судорога діафрагмы, голосовыхъ и глоточательныхъ мышцъ. Обыкновенно всѣ эти явленія были въ началѣ заболѣванія. Tuczek приписываетъ имъ кортикальное происхожденіе. Съ другой стороны у всѣхъ больныхъ были признаки разстройства въ конечностяхъ, почти у всѣхъ очень рано исчезалъ пателлярный рефлексъ, являлись ланцинирующія боли, ползаніе мурашекъ и другія парестезіи. Во многихъ случаяхъ была атаксія дервной системы съ рѣзко выраженнымъ Ромберговскимъ симптомомъ,—во многихъ случаяхъ было чувство пояса и ослабленіе болевой чувствительности въ ногахъ. Параличей въ собственномъ смыслѣ слова не отмѣчено. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ было рѣзкое разстройство произношенія, что, въ связи съ глубокою деменціей и атаксіей движеній, очень напоминало прогрессивный параличъ помѣшанныхъ.

Въ большинствѣ случаевъ дѣло кончалось полнымъ выздоровленіемъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, при поправленіи общаго питанія. Но 4 случая кончились смертью. Изслѣдованіе спиннаго мозга, произведенное Tuczek'омъ, показало симметричное пораженіе Бурдаховскихъ столбовъ вдоль всего спиннаго мозга. Въ одномъ случаѣ пораженіе занимало почти всѣ задніе столбы. При изслѣдованіи пораженныхъ мѣстъ оказалась атрофія нервныхъ элементовъ; при относительно значительномъ сохраненіи осевыхъ цилиндровъ, уменьшеніе міэлина и увеличеніе соединительной ткани съ большимъ развитіемъ паукообразныхъ клѣтокъ, особенно вокругъ сосудовъ. Сосуды рѣзко измѣнены: они большею частью переполнены кровью, а въ адвентиціальныхъ пространствахъ необыкновенно большое количество лимфоидныхъ элементовъ, иногда совсѣмъ сдавливающихъ сосудъ. Оболочки спиннаго мозга почти не измѣнены. Въ головномъ мозгу въ одномъ случаѣ было констатировано: инъекція мягкой оболочки, въ извилинахъ очень большое развитіе сосудовъ и зернистые шары, преимущественно около сосудовъ. Нервныя клѣтки хорошо сохранены; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, на границѣ бѣлаго и сѣраго вещества, много паукообразныхъ клѣтокъ. Въ заднихъ корешкахъ спиннаго мозга измѣненія волоконъ въ видѣ

атрофіи въ различной степени. Большею частью осевой цилиндръ оставался цѣлъ. Нервные стволы, къ сожалѣнію, не были изслѣдованы.

Что касается до разстройства нервной системы *подъ вліяніемъ другихъ ядовъ*, то они еще такъ мало изучены, что мы не можемъ сдѣлать какого-либо вывода относительно сходства или разницы ихъ въ сравненіи съ разстройствами нервной системы при алкоголизмѣ. Есть много указаній на то, что нападаются случаи, которые представляютъ нѣкоторыя аналогіи съ разстройствами при алкогольныхъ параличахъ. M. Huss указываетъ, что иногда отравленіе мѣдью и ртутью вызываетъ нѣкоторыя сходныя явленія. Относительно *мадм* вопросъ о вліяніи ея былъ во времена Гуссa потому важенъ, что въ водкѣ тогдашняго времени иногда содержалась примѣсь мѣди, и нѣкоторые старались объяснить и алкогольные параличи вліяніемъ примѣси мѣди. Теперь этой примѣси мѣди къ водкѣ почти не наблюдается и потому значеніе этого вопроса не столь существенно. Симптомы со стороны нервной системы при хроническомъ отравленіи мѣдью слишкомъ мало изучены, чтобы мы могли сдѣлать изъ нихъ какой-нибудь выводъ. Въ одномъ случаѣ Оппольцера былъ параличъ правой верхней конечности, имѣвшій сходство съ свинцовымъ параличемъ. Въ случаѣ Сколозубова *) у больнаго была рвота, боль подъ ложечкой, колики въ животѣ и поносы. Одновременно съ этимъ появились и довольно медленно развивались разстройства въ сферѣ чувствительности и движеній: сначала зудъ и боль въ кожѣ лѣвой стопы, потомъ тѣ же симптомы въ лѣвой ручной кисти и предплечьи. Вмѣстѣ съ тѣмъ появились—тоскливое настроеніе духа, утомляемость, бессонница. Парестическія явленія были замѣтны главнымъ образомъ въ лѣвыхъ конечностяхъ, причемъ оказалось, что флексоры болѣе поражены, чѣмъ экстензоры; въ кисти и стопѣ разстройство движеній болѣе выражено, чѣмъ въ болѣе близкихъ къ туловищу отдѣлахъ конечностей. Особеннаго похуданія въ мышцахъ не было. Электрическая возбудимость нормальна. Всѣ виды чувствительности были понижены въ ступнѣ и голени, особенно же чувство температуры и давленія. Въ правой стопѣ разстройство движеній тоже было, но выражено незначительно. Правая рука свободна. Половая дѣятельность ослаблена. На зубахъ верхней челюсти близъ десенъ рѣзко ограниченная зеленая кайма.

Больной поправился въ больницѣ въ теченіе четырехъ мѣсяцевъ.

При хроническомъ отравленіи ртутью явленія похожи на алкогольныя явленія въ томъ отношеніи, что развивается особенно рѣзко

*) *Сколозубовъ*: „Параличъ вслѣдствіе отравленія жимьянкомъ", стр. 98.

упадокъ психической дѣятельности и являются рѣзко выраженныя трясенія. Психическое разстройство выражается сначала въ крайней возбудимости нервной системы: всякое неожиданное событіе приводитъ больнаго въ смущеніе, доводитъ иногда до обморока: онъ едва можетъ говорить отъ волненія.

Часто безпричинная тоска, крайняя утомляемость, бессонница, кошмары. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ бываютъ галлюцинаціи пугающаго содержанія, спутанность сознанія и ослабленіе умственной дѣятельности. На ряду съ этимъ развивается рѣзко выраженное трясеніе конечностей, которое дѣлается иногда такъ велико, что напоминаетъ дрожательный параличъ.

Слабость въ конечностяхъ бываетъ, но до паралича дѣло почти никогда не доходитъ. Впрочемъ Leroy d'Etiolles *) описываетъ случай, гдѣ кромѣ трясенія былъ парезъ нижнихъ конечностей, слабость верхнихъ и недержаніе мочи и испражненій въ продолженіе короткаго времени. Въ одномъ случаѣ, упоминаемомъ Nannyn'омъ, за 6 недѣль передъ смертью дрожаніе замѣнилось полнымъ параличомъ обѣихъ нижнихъ конечностей и правой верхней. Параличъ руки вскорѣ исправился.—Боли при ртутномъ отравленіи бываютъ часто; большею частію боли чувствуются въ головѣ, въ зубахъ; иногда бываютъ рвущія боли во всѣхъ членахъ, похожія на боли при алкоголизмѣ.

Изъ другихъ ядовъ *камфора* тоже можетъ давать явленія сходныя съ алкогольными. Leroy d'Etiolles описываетъ случай, гдѣ одинъ больной въ продолженіе года употреблялъ внутрь камфору (какъ средство „предотвращающее" холеру). Сначала явилось дрожаніе въ верхнихъ конечностяхъ, затѣмъ шаткость походки, затрудненіе произношенія, ослабленіе интеллекта. Въ дальнѣйшемъ теченіи развились сильныя боли въ нижнихъ конечностяхъ и различныя парестезіи; сила въ ногахъ еще болѣе ослабѣла. Состояніе больнаго все ухудшалось. Случай этотъ, впрочемъ, мнѣ кажется, вовсе не доказательный: судя по описанію, можетъ-быть тутъ былъ просто прогрессивный параличъ помѣшанныхъ.

Табакъ. Симптомы вызываемые табакомъ для насъ интересны потому, что, какъ мы говорили, многіе изъ больныхъ, страдавшихъ алкогольными параличами, были ярые курильщики. Собственно говоря, симптомы рѣзко выраженнаго паралича отъ злоупотребленія табакомъ не описаны, но все-таки несомнѣнно, что табакъ можетъ глубоко разстроить нервную систему. При хроническомъ отравленіи табакомъ, бывающемъ у работниковъ на табачныхъ фабрикахъ и у курильщиковъ

*) *Leroy d'Etiolles*, l. c. II, 67.

(особенно сигаръ), развивается сначала чувство слабости, особенное безпокойство, неспособность къ работѣ, головокруженія. Являются боли въ спинѣ, невралгіи, трясеніе въ конечностяхъ, иногда разстройство координаціи движеній. При этомъ часто бываетъ амбліопія. Особенно рѣзко разстраивается дѣятельность сердца: пульсъ дѣлается очень слабъ, частъ, бываютъ приступы anginae pectoris. Больной Рихтера *) умеръ въ одинъ изъ такихъ припадковъ. По Rouillard бываетъ рѣзко выраженное ослабленіе памяти, особенно памяти словъ и именъ.

Отравленіе *грибами, колбасными, рыбными и сырными ядомъ* тоже вызываетъ симптомы со стороны нервной системы. Иногда эти симптомы очень напоминаютъ параличи вслѣдствіе отравленія арсеникомъ, т.-е. носятъ характеръ быстро развивающихся параличей конечностей: вслѣдъ за отравленіемъ начинаются бурные симптомы — рвота, иногда бредъ, затѣмъ боли, вслѣдъ за которыми развиваются параличи четырехъ конечностей. Нужно, впрочемъ, замѣтить, что отравленіе этими ядами очень мало изучено. Въ настоящее время отравленіе 3-мя послѣдними веществами сводится на введеніе въ организмъ птомаиновъ; ядъ рыбнаго яда это доказано профес. Анрепомъ.

Отравленіе вслѣдствіе примѣси къ пищѣ latyrus cicera (изъ семейства liguminosae), *Lathyrismus*, встрѣчающееся въ Алжирѣ, Италіи, иногда на югѣ Франціи, вызываетъ разстройства нервной системы, которыя, по описанію нѣкоторыхъ авторовъ**), сходны съ проявленіями другихъ токсическихъ параличей, т.-е. быстро развивались параличи нижнихъ конечностей съ похуданіемъ мышцъ и уменьшеніемъ электросократительности (главнымъ образомъ въ сгибателяхъ бедра въ тазобедренномъ суставѣ, въ сгибателяхъ голени, въ tibial. anticus и extens. hallucis). Въ другихъ случаяхъ однако разстройство нервной системы носитъ другой характеръ и напоминаетъ скорѣе tabes spasmodica, такъ какъ въ произвольныхъ движеніяхъ замѣтна особенная ригидность мышцъ; аддукторы бедра, сгибатели пальцевъ и стопы сильно напрягаются, такъ что больной можетъ ходить только съ трудомъ на выпрямленной стопѣ. Сухожильные рефлексы повышены.

Какое взаимное отношеніе этихъ двухъ формъ латиризма, трудно сказать.

При *пеллагрѣ*, зависящей, повидимому, отъ употребленія въ пищу дурно-качественнаго маиса, разстройства со стороны нервной системы сходны съ явленіями при эрготизмѣ. При ней тоже рядомъ съ психическими разстройствами являются рѣзко выраженная атаксія, парестезіи и анальгезія (особенно по отношенію къ индуктивному току), иногда парезы съ потерей patellarныхъ рефлексовъ. Нѣкоторые авторы (Marcé, Bouchard *) находили при пеллагрѣ измѣненія въ спинномъ мозгу, главнымъ образомъ—въ заднихъ и боковыхъ столбахъ.

*) *Lichter*: „Ueber chronische Nicotinvergiftung.—Arch. für Psych.“, X.

**) *Marcé*: „Progrès Med.“ 1883, p. 66.

Кромѣ этихъ интоксикацій существуютъ еще разбросанныя указанія на другія интоксикаціи, вызывающія иногда параличъ 4-хъ конечностей. Упоминается случай такого рода у курильщиковъ *опія*, у лицъ вдыхающихъ *скипидаръ*, у работниковъ на *керосиновыхъ* заводахъ. Lancereaux упоминаетъ случай Maestri, гдѣ такой параличъ развился у одного больнаго, принявшаго большую дозу копая.

Такимъ образомъ при различныхъ ядахъ можетъ развиться такого рода форма паралича, вслѣдствіе чего мы и должны считать, что эта форма сама по себѣ есть одна изъ типичныхъ формъ вліянія разныхъ ядовъ на нервную систему, и эта типичная форма съ различными вариантами бываетъ при различныхъ интоксикаціяхъ. Судя по тѣмъ анатомо-патологическимъ даннымъ, которыя у насъ существуютъ до сихъ поръ, мы можемъ предполагать, что анатомическимъ субстратомъ этого типа должно быть пораженіе периферическаго отдѣла нервной системы, какъ *необходимый* элементъ, и пораженіе центровъ, какъ являющійся очень часто, одновременно съ пораженіемъ периферическихъ отдѣловъ.

Подобный же типъ встрѣчается не при однихъ интоксикаціонныхъ параличахъ, но и безъ внѣшней интоксикаціи, отъ различныхъ болѣзней, охватывающихъ организмъ, какъ-то: тифъ, дифтеритъ, оспа, септицемія. Послѣ многихъ изъ этихъ болѣзней развиваются параличи такого же типа, т.-е. параличи четырехъ конечностей, симметричные, большею частію восходящіе, съ такими же разстройствами чувствительности и относительнымъ сохраненіемъ функцій тазовыхъ органовъ.

Невольно является вопросъ, не происходитъ ли и здѣсь дѣло отъ вліяній интоксикаціи,—правда, внутренней? И въ виду современнаго ученія о развитіи болѣзней естественно является предположеніе, не играютъ ли здѣсь роль бактеріи и птомаины. Однако до сихъ поръ нѣтъ еще достаточныхъ научныхъ данныхъ, чтобы высказаться относительно теоріи, основанной на этомъ предположеніи. Въ пользу этой теоріи можно привести главнымъ образомъ то, что при опытахъ съ бактеріями и животными ядами можно вызвать въ организмѣ животнаго болѣзнь, которая можетъ сопровождаться явленіями того типа токсическихъ параличей, который насъ всего болѣе интересуетъ. Въ

*) Ср. *Leyden*: „Klinik. der Rückenmarkskrankh.“, II, 239.

этомъ отношеніи существуютъ изслѣдованія Chartin о „maladie piocyanique“. Вотъ что говоритъ Бриссо объ этой болѣзни *): „Если культивировать „micrococcus piocyaneus“, который производитъ кристаллическое химическое вещество піоціанинъ (содержащееся иногда въ гноѣ), и привить культуру животному, то у него развивается болѣзнь, иногда острая, иногда хроническая, относительно симптомовъ которой здѣсь не мѣсто говорить. Но есть одно обстоятельство, для насъ очень интересное: очень часто въ концѣ этой болѣзни или во время ея развитія, т.-е. черезъ 12 — 20 дней послѣ прививки, у животныхъ являются параличи заднихъ конечностей. Эти параличи вялые (Basques); они не сопровождаются ни трофическими разстройствами, ни разстройствами чувствительности. Иногда при нихъ бываетъ задержаніе мочи. Параличи могутъ развиться и въ переднихъ конечностяхъ, такъ какъ они имѣютъ свойство распространяться сзади напередъ (что составляетъ характерную особенность токсическихъ параличей). Параличи эти очень кратковременны, потому что дѣло скоро кончается смертію.— Спрашивается, какой патогенезъ этихъ параличей? — Можно думать, что самъ микробъ дѣйствуетъ на субстанцію нервной ткани,—положимъ, спинного мозга (что онъ циркулируетъ по спинному мозгу, доказываетъ то, что піоціанинъ оказывается въ бульонѣ, въ которомъ сдѣланы посадки изъ частицъ спиннаго мозга умершаго животнаго),—или что дѣйствуетъ въ данномъ случаѣ не самъ микробъ, а его продуктъ—піоціанинъ, который и дѣйствуетъ какъ всякое другое химическое ядовитое вещество“.

Какъ ни интересны эти данныя, но они, открывая путь будущимъ изслѣдованіямъ, для насъ только могутъ быть небольшою связью, которая можетъ служить для соединенія однородной картины интоксикаціонныхъ параличей и параличей при разныхъ другихъ болѣзняхъ. Наша задача пока должна состоять только въ томъ, чтобы показать проявленіе интересующаго насъ типа при различныхъ болѣзняхъ и указать на тотъ анатомическій субстратъ, который находится для нихъ въ тѣхъ или другихъ случаяхъ.

Параличи такого рода бываютъ чаще всего какъ послѣдствіе перенесеннаго организмомъ болѣзни, большею частью тяжелой инфекціонной. Это такъ-называемые параличи послѣ острыхъ болѣзней; они бываютъ дифтеритическіе, послѣтифозные и т. д. Но такую же картину могутъ представлять параличи, развивающіеся при существованіи общей тяжелой болѣзни въ организмѣ какой-нибудь кахексіи, наприм. туберкулезной, діабетической и т. д. Наконецъ, такую же фор-

*) Цитировано по *Brissaud*: „Des paralysies toxiques“ VII. Указаній, гдѣ найти эту работу Chartin, Brissaud не даетъ.

му могутъ представлять и такъ-называемые рефлекторные параличи, т.-е. сопровождающіе пораженіе какого-нибудь внутренняго органа: сюда относятся параличи уринарные, утеринные и т. д. Теорія этихъ послѣднихъ параличей не особенно разработана, но въ общемъ она сводится или къ предположенію, что то или другая внутренняя болѣзнь вызываетъ общія измѣненія въ организмѣ, своеобразную кахексію, и уже за этими общими измѣненіями слѣдуетъ разстройство нервной системы,—или къ предположенію, что вслѣдствіе страданія даннаго органа развивается воспаленіе въ нервахъ, находящихся вблизи пораженнаго органа; это воспаленіе распространяется до центровъ (neuritis ascendens), причемъ поражаетъ и центры и распространяется на другіе нервы, вызывая такимъ образомъ множественный неврить, служащій субстратомъ интересующаго насъ типа параличей. Въ настоящее время эта группа рефлекторныхъ параличей все болѣе уменьшается, потому что болѣзни, которыя прежде относились сюда, относятся или къ параличамъ вслѣдствіе острыхъ общихъ болѣзней (какъ, наприм., параличи вслѣдствіе гнойнаго послѣродоваго параметрита считаются не рефлекторными, а послѣзаразными),—или прямо къ группѣ множественнаго неврита. Поэтому и мы не будемъ придерживаться названія „рефлекторныхъ“ параличей, а будемъ безъ всякаго раздѣленія описывать, при какихъ именно болѣзняхъ констатированы параличи того типа, который насъ интересуетъ, и что извѣстно относительно патологической анатоміи этихъ параличей въ каждой болѣзненной формѣ.

Дифтеритическіе параличи.

Дифтеритическіе параличи встрѣчаются чаще, чѣмъ какіе-нибудь другіе параличи послѣ острыхъ заболѣваній. Извѣстно, что самымъ характернымъ типомъ этихъ параличей бываетъ параличъ мягкаго нёба. Вслѣдъ за дифтеритическою жабой, въ средней сложности черезъ 10—15 дней, развивается параличъ мягкаго нёба, вслѣдствіе чего глотаемая жидкость попадаетъ въ носъ, голосъ дѣлается носовымъ. Вслѣдъ за этимъ развиваются обыкновенно параличи глазныхъ мышцъ, и между прочимъ характерный параличъ аккомодаціи. Дѣло можетъ этимъ и ограничиться, и параличи мало-помалу проходятъ, но во многихъ случаяхъ поражаются и конечности (по Landouzy изъ 117 собранныхъ имъ наблюденій въ 81 *), начинаютъ появляться боли и парестезіи въ нижнихъ конечностяхъ, ноги слабѣютъ; въ нѣкоторыхъ мышцахъ, особенно въ разгибателяхъ, является рѣзкій парезъ. Парезъ этотъ за-

*) *Landouzy*: „Des paralysies dans les maladies aigues“. Paris, 1880.

тѣмъ распространяется на руки. Въ тяжелыхъ случаяхъ поражаются и мышцы туловища и шеи—и, что еще чаще, діафрагма,—и разстраивается дѣятельность сердца, такъ что больной умираетъ. Иногда этотъ параличъ, восходя отъ нижнихъ конечностей вверхъ, вызываетъ пораженіе важныхъ для жизни органовъ чрезвычайно быстро, въ нѣсколько дней, такъ что теченіе болѣзни совершенно напоминаетъ восходящій параличъ Ландри (таковы случаи Déjérine *). Въ этихъ случаяхъ разстройство чувствительности бываетъ ничтожное, электросократительность не успѣваетъ разстроиться, какъ больной уже помираетъ. Въ другихъ случаяхъ дѣло не идетъ такъ быстро, и разстройство дыханія и дѣятельности сердца не бываетъ очень рѣзко выражено. Въ этихъ случаяхъ параличъ, дойдя до высшей точки своего развитія, начинаетъ мало-помалу уменьшаться и, смотря по интенсивности пораженія, выздоровленіе наступаетъ или черезъ 2—3 мѣсяца, или иногда черезъ много мѣсяцевъ и даже лѣтъ. Въ этихъ случаяхъ, въ которыхъ теченіе полуострое, большею частью бываютъ порядочно выражены разстройства чувствительности, парестезіи, боли въ конечностяхъ, особенно въ ступняхъ, анестезіи и analgesiи; иногда падаетъ электросократительность и мышцы атрофируются, но это довольно рѣдко. Patellarные рефлексы почти всегда исчезаютъ; функція мочеваго пузыря разстраивается только въ тяжелыхъ случаяхъ и то на короткое время. Психическихъ разстройствъ при дифтеритическомъ параличѣ не описано. Анафродизія почти всегда бываетъ. Иногда бываетъ амбліопія съ офтальмоскопическими измѣненіями, указывающими на легкій neuritis optica (Bouchut).

Въ этой формѣ восходящаго полуострого паралича, дифтеритическій параличъ напоминаетъ намъ алкогольный параличъ, хотя отличается отъ него тѣмъ, что при дифтеритическомъ параличѣ бываетъ характерное пораженіе мягкаго нёба и глазныхъ мышцъ, за то нѣтъ психическаго разстройства,—да еще можетъ-быть нѣкоторыми легкими оттѣнками самаго паралича конечностей: глубина пораженія обыкновенно бываетъ не велика, гипералгезія слабо выражена, замѣтна довольно большая измѣнчивость въ степени проявленія болѣзненныхъ симптомовъ. Затѣмъ еще есть отличіе, которое въ прогностическомъ отношеніи имѣетъ громадную роль, это именно то, что въ первые дни дифтеритическаго паралича существуетъ всегда опасность рѣзкаго пораженія дыханія и сердца,—слѣдовательно, неожиданно быстрой смерти.

Кромѣ этой типической формы, иногда разстройство конечностей проявляется не столько въ параличахъ, сколько въ разстройствѣ координаціи, такъ что является атаксія послѣдифтеритная или pseudotabes.

*) *Déjérine*: „Recherches sur les lésions du systeme nerveux dans la paralysie diphteritique.— Arch. de Physiol". 1878.

Такіе случаи описываютъ Kahler и Pick, Jacoud *), Rumpf и Graingeг-Stewart; о нихъ подробно говоритъ Leval-Piquechef въ своей статьѣ. Они аналогичны алкогольной атаксіи; но конечно предшествующій атаксіи въ этихъ случаяхъ параличъ мягкаго нёба даетъ возможность сразу поставить діагностику.

Анатомическія измѣненія представляютъ для насъ много поучительнаго. Различные авторы находили различныя анатомическія измѣненія въ случаяхъ дифтеритическаго паралича и, какъ всегда бываетъ, опираясь на результаты своего изслѣдованія, иногда далеко неполнаго, отрицали значеніе изслѣдованій, противорѣчащихъ ихъ выводамъ, и сомнѣвались въ чистотѣ самыхъ случаевъ, описываемыхъ послѣдователями другаго мнѣнія. Тѣмъ не менѣе многія изслѣдованія произведены были очень обстоятельно, и мы не имѣемъ никакихъ данныхъ, чтобы сомнѣваться въ нихъ. Послѣднее изслѣдованіе Pitres et Vaillard **), касавшееся случая генерализованнаго дифтеритическаго паралича, показало существованіе паренхиматознаго и интерстиціальнаго неврита въ многихъ нервахъ. Невритъ этотъ носилъ характеръ сегментарнаго, хотя изслѣдователи не могли констатировать цѣлость осеваго цилиндра въ пораженныхъ сегментахъ. Мышцы были тоже перерождены, а спинной мозгъ оказался совершенно здоровъ. Въ данномъ случаѣ было, слѣдовательно, одно только периферическое пораженіе. Пораженіе однихъ только периферическихъ нервовъ было найдено и во многихъ другихъ случаяхъ другими авторами, начиная съ Charcot и Vulpian'a, описавшихъ въ 1862 году дегенеративныя измѣненія въ нервахъ и мышцахъ мягкаго нёба при дифтеритическомъ параличѣ. Однако въ другихъ случаяхъ можно констатировать, кромѣ неврита, и пораженіе спиннаго мозга. Déjérine, констатировавъ дегенеративныя измѣненія въ нервахъ и мышцахъ, нашелъ такія же измѣненія и въ корешкахъ, и въ самыхъ клѣткахъ переднихъ роговъ. Онѣ были измѣнены, хотя, но его словамъ, не очень сильно. Въ другихъ случаяхъ пораженіе спиннаго мозга было еще рѣзче выражено. Такъ, въ случаѣ Paul Meyer'a ***) патологическія измѣненія были и въ спинномъ мозгу, и въ периферическихъ нервахъ, и мышцахъ. Въ мышцахъ были обычныя измѣненія. Въ периферическихъ нервахъ (ischiadicus, median., radial., ulnaris, oculomot., trigem., facial., abducens. и др.) были измѣненія, по типу nevrite segmentaire periaxile Gombault, а по мѣстамъ кромѣ того были на нервныхъ стволахъ узлы, гдѣ было замѣтно рѣзкое разрастаніе соединительной ткани около сосудовъ и масса лимфоидныхъ клѣтокъ. Въ спинномъ мозгу измѣ-

*) „Traité des paraplegies" 1864.
**) „Archives de neurologie" 1886, I. c.
***) „Virchow's Archiv" 85, II. 1881.

нения въ гангліозныхъ клѣткахъ были не велики: исчезновеніе ядра въ нѣкоторыхъ клѣткахъ и уменьшеніе числа отростковъ. Измѣнены были клѣтки переднихъ и заднихъ роговъ вдоль всего спиннаго мозга, были поражены и ядра n. hypoglossi.

Въ случаѣ генерализированнаго дифтеритическаго паралича Mendel'я *) былъ констатированъ множественный неврить паренхиматозный и интерстиціальный (исчезновеніе міэлина въ волокнахъ и развитіе ядеръ невриллемы) и измѣненія въ спинномъ мозгу. Эти измѣненія состояли главнымъ образомъ въ пораженіи сосудовъ—мелкихъ артерій и капилляровъ: они были переполнены кровью, въ адвентиціальныхъ пространствахъ замѣчались бѣлые и красные кровяные шарики, по мѣстамъ множество мелкихъ кровоизліяній. Гангліозныя клѣтки не измѣнены.

Подобнаго рода мелкіе экстравазаты были найдены при дифтеритическомъ параличѣ и многими другими авторами,—Buhl'емъ, Oertel'емъ и R. Meyer'омъ. Но кромѣ нихъ всѣ эти авторы видѣли и переполненіе элементовъ соединительной ткани какъ спиннаго мозга, такъ и корешковъ, лимфоидными тѣлами. Такія же кровоизліянія и скопленіе лимфоидныхъ элементовъ во множествѣ найдены были и въ оболочкахъ спиннаго мозга. Измѣненія въ оболочкахъ спиннаго мозга были констатированы еще въ двухъ случаяхъ дифтеритическаго паралича—въ случаѣ Déjérine'а и Barth'а и въ случаѣ Pieret и Millard'а, описанномъ Sainclair'омъ **). Хотя случай этотъ описанъ не точно, но на меня онъ все-таки производитъ впечатлѣніе, что дѣло шло о дѣйствительномъ дифтеритическомъ параличѣ, кончившемся смертью еще въ періодѣ развитія. Pieret такъ описываетъ результаты вскрытія: „главное измѣненіе замѣчалось въ присутствіи „дифтеритическаго менингита". Менингитъ распространяется и на оболочки спиннаго мозга и продолговатаго, хотя по мѣстамъ остаются совсѣмъ не пораженныя части; мнѣ кажется, что воспалительныя измѣненія распространяются вдоль по корешкамъ къ гангліямъ, которыя они захватываютъ, и спускаются по оболочкамъ периферическихъ нервовъ. Собственно мягкая оболочка не очень утолщена, но въ arachnoidea измѣненія очень рѣзки: она срослась съ pia, epicerebralный листокъ ея представляетъ рѣзкое разращеніе соединительной ткани. Parietalный листокъ тоже представляетъ разращенія. Оболочки новаго образованія почти совершенно выполняютъ арахноидальную полость. Онѣ очень похожи на дифтеритическія пленки въ горлѣ и состоятъ изъ фибринознаго экссудата и лейкоцитовъ. Эти лейкоциты наполнили въ нѣкоторыхъ мѣстахъ и проме-

*) „Neurologisch. Zentralblatt" 1885.

**) *Sainclair*: „Contribution à l'étude de la pathogenie des paralysies diphteritiques". — These 1879.

жутки между нервными волокнами въ корешкахъ. Они же скоплялись и вокругъ сосудовъ, проникавшихъ въ спинной мозгъ. Стѣнки сосудовъ были утолщены, многія вены были облитерированы сгустками, наружный слой которыхъ состоитъ почти весь изъ лейкоцитовъ. Лимфатическая оболочка сосудовъ въ спинномъ и продолговатомъ мозгу была переполнена лейкоцитами, такъ что кровообращеніе въ нѣкоторыхъ мѣстахъ было чрезвычайно нарушено".

Sainclair, называя описанныя измѣненія „meningo-limphite", полагаетъ, что въ нихъ лежитъ существенное условіе всего механизма развитія дифтеритическаго паралича: скопленіи лейкоцитовъ, сдавливая сосуды, нарушая питаніе нервныхъ элементовъ, вслѣдствіе пораженія соединительной ткани, и, наконецъ, сдавливая прямо нервные стволы, вызываютъ прекращеніе функцій нервныхъ элементовъ и послѣдовательныя анатомическія и клиническія измѣненія. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что взглядъ этотъ очень односторонній уже потому, что измѣненія въ оболочкахъ спиннаго мозга и найдены были всего въ 3 случаяхъ; но, тѣмъ не менѣе, я счелъ нужнымъ привести описаніе этого случая, такъ какъ въ немъ рѣзко выражается, какое вліяніе имѣетъ разстройство лимфатическаго аппарата на нервную систему и какимъ механизмомъ разстройство лимфатической системы можетъ вызывать измѣненія въ нервныхъ центрахъ и периферическихъ нервахъ.

Сводя результаты всѣхъ анатомопатологическихъ данныхъ, мы можемъ сказать, что постояннымъ субстратомъ дифтеритическаго паралича является множественный неврить—паренхиматозный и интерстиціальный. Затѣмъ очень часто при этомъ бываетъ и пораженіе спиннаго мозга, большею частью разлитое, причемъ поражаются и гангліозныя клѣтки, и невроглія, и сосуды, и очень часто бываютъ мелкія кровоизліянія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ страдаютъ и оболочки, преимущественно arachnoidea.—Анатомическимъ субстратомъ атаксіи послѣдифтеритической тоже можетъ быть множественный неврить. По крайней мѣрѣ въ одномъ случаѣ, о которомъ сообщилъ Kast *) на съѣздѣ неврологовъ въ Баденъ-Баденѣ, гдѣ была рѣзко выраженная послѣдифтеритическая атаксія съ тяжелыми бульбарными явленіями,—найдено было глубокое измѣненіе въ нервахъ, особенно въ n. hypoglossus и recurrens. Спинной мозгъ и продолговатый не были измѣнены.

Въ виду всего сказаннаго, въ настоящее время многіе смотрятъ на дифтеритическій параличъ какъ на множественный неврить. Лейденъ первый высказалъ предположеніе, что неврить этотъ распространяется прямо отъ пораженнаго мѣста въ зѣвѣ: вслѣдъ за дифтеритическою ангиной развивается мѣстный неврить, который, распространяясь до

*) „Neurolog. Zentralblatt". 1885.

центровъ (neuritis ascendens), потомъ генерализуется. Этимъ легко объясняется, почему при дифтеритическомъ параличѣ является параличъ мягкаго нёба прежде всего. Дѣйствительно, пораженіе конечностей не есть специальный признакъ дифтеритическаго паралича, и, какъ мы видѣли и увидимъ еще, бываетъ и при разныхъ интоксикаціяхъ и при другихъ острыхъ болѣзняхъ. Специальный признакъ дифтеритическаго паралича есть пораженіе мягкаго нёба и еще, пожалуй, глазныхъ мышцъ. Спрашивается, чѣмъ обусловливается *эта* специальность въ локализаціи? Въ этомъ отношеніи могутъ быть два объясненія: одно, что зѣвъ есть вообще locus minoris resistentiae для дифтеритическаго яда и потому нервы мягкаго нёба всего болѣе повреждены и дифтеритическому невриту, а второе,—мнѣніе Лейдена,—что нервы мягкаго нёба поражаются первично вслѣдствіе сосѣдства съ дифтеритическими очагами въ слизистой оболочкѣ, вслѣдствіе чего является параличъ мягкаго нёба, къ которому вслѣдствіе восхожденія неврита и присоединяются параличи конечностей. Еслибы послѣднее мнѣніе было вѣрно, то вслѣдъ за дифтеритомъ не въ зѣвѣ, а на поверхности кожи, напримѣръ,—1) не должны бы развиваться параличи мягкаго нёба и 2) параличныя явленія были бы сильнѣе выражены въ томъ органѣ, наприм. въ той рукѣ, на которой существовало дифтеритическое пораженіе. Что касается до перваго, то случаи, гдѣ вслѣдъ за дифтеритомъ не въ зѣвѣ все-таки развивался параличъ мягкаго нёба, описаны, хотя въ небольшомъ числѣ. Правда, эти случаи по большей части очень сомнительны, потому что очень легко могло быть, что дифтеритическая ангина могла быть и просмотрѣна, а съ другой стороны есть наблюденіе Peterson'a („Medical Times" 1876, р. 608), въ которомъ вслѣдъ за дифтеритомъ пальца правой руки развился параличъ и похуданіе въ правой рукѣ было особенно рѣзко выражено.

Какъ бы то ни было, этотъ вопросъ остается открытымъ, а между тѣмъ онъ представляетъ очень большой интересъ для яснаго представленія о развитіи параличей послѣ острыхъ болѣзней.

Бываютъ ли такіе же параличи, какъ послѣ дифтеритической жабы, послѣ простой ангины, хотя бы и глубокой флегмонозной,—этотъ вопросъ не рѣшенъ окончательно. У Landouzy приводятся случаи этого рода; изъ нихъ особенно извѣстенъ случай Gubler'a (l. c. p. 218), но и въ немъ но описанію ангины скорѣе можно думать, что она была дифтеритическая, чѣмъ простая.

Параличи послѣ дизентеріи стоятъ близко къ дифтеритическимъ параличамъ. Подобно тому, какъ при дифтеритѣ зѣва параличъ главнымъ образомъ локализуется въ мягкомъ нёбѣ, въ мускулахъ ближайшихъ къ дифтеритическому пораженію слизистой оболочки,—такъ при

дизентеріи, т.-е. дифтеритѣ прямой кишки, спеціальная локализація параличей бываетъ, хотя не всегда, въ мышцахъ прямой кишки или мочеваго пузыря. Если параличъ генерализуется, то является параличъ конечностей съ тѣмъ же восходящимъ теченіемъ, съ тѣми же болями, парестезіями, атрофіями, потерей ателлярныхъ рефлексовъ, какъ мы описали при дифтеритѣ; но при этомъ очень часто бываетъ пораженіе прямой кишки и иногда пузыря, какъ органовъ ближайшихъ къ исходному пункту болѣзни; это пораженіе выражается большею частью въ недержаніи мочи и испражненій. Новѣйшихъ вскрытій при параличахъ при дизентеріи не было; нужно думать, что они тоже дали бы указанія на множественный неврить. Для этого рода параличей, болѣе чѣмъ для другихъ, подходитъ теорія Лейдена о neuritis ascendens, такъ какъ при нихъ рѣзче, чѣмъ гдѣ-нибудь, видно, какъ параличъ съ прямой кишки распространяется на нижнія конечности, а оттуда вверхъ; при этомъ, конечно, можно предполагать, что это распространеніе неврита или происходитъ съ одного нерва на другой, или неврить влечетъ пораженіе центровъ, т.-е. воспалительныя измѣненія въ спинномъ мозгу. Возможность этого пораженія спиннаго мозга вслѣдъ за периферическимъ невритомъ доказывалась экспериментально Лейденомъ и послѣдователями его Klemm'омъ, Eisenberg'омъ и Tissler'омъ, а также Hayem'омъ. Съ другой стороны, и данныя аутопсіи случаевъ дизентерическаго паралича, казалось, подтверждали мнѣніе Лейдена. Такъ Hoffmann *) описалъ въ 1879 году одинъ случай, гдѣ у солдата послѣ дизентеріи развились боли въ поясницѣ, затѣмъ недержаніе мочи и испражненій,—сначала судороги, а потомъ параличъ и анестезія нижнихъ конечностей, отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ, острый пролежень и смерть. При вскрытіи найденъ міэлитъ между 7 и 10 грудными позвонками.

Damaschino тоже думаетъ, что параличъ въ одномъ изъ случаевъ, описанныхъ имъ вмѣстѣ съ Roger'омъ, какъ полиоміэлитъ (дѣтскій параличъ), былъ слѣдствіемъ дизентеріи.

Параличи послѣ простыхъ энтеритовъ.

Не только дизентерія, какъ дифтеритъ прямой кишки, можетъ вызвать послѣдовательные параличи, но вслѣдъ за простыми энтеритами наблюдаются также параличи. Параличи эти въ большинствѣ случаевъ носятъ характеръ генерализованныхъ параличей: послѣ энтерита, большею частью съ сильными болями и рвотами, дней черезъ 10—12 являются ползанія мурашекъ въ конечностяхъ, преимущественно въ но-

*) *Landouzy*, p. 150.

гахъ; ноги дѣлаются слабѣе, пателлярные рефлексы пропадаютъ; черезъ нѣсколько дней парезъ въ ногахъ дѣлается настолько силенъ, что больной не можетъ ходить, причемъ пораженіе занимаетъ преимущественно мышцы стопы. Въ рукахъ, именно въ кистяхъ, тоже являются паретическія явленія, невозможность производить мелкія движенія. Одновременно съ этимъ существуетъ покалываніе въ конечностяхъ, онѣмѣлость, болѣзненность при давленіи на мышцы. Ступни часто отекаютъ; электросократительность рѣдко падаетъ, мышцы худѣютъ мало. Параличъ, увеличивались въ теченіе перваго мѣсяца, останавливается и потомъ мало-помалу уменьшается, такъ что все дѣло кончается выздоровленіемъ. Повидимому, одинъ изъ такихъ случаевъ описанъ д-ромъ Розенбахомъ *). Я видѣлъ раза два подобные случаи и мнѣ они напоминали мышьяковые параличи, тѣмъ болѣе, что въ началѣ болѣзни были рвоты, которыя заставляли тщательно изслѣдовать, не было ли интоксикаціи. Однако она упорно отвергалась. Подобнаго же рода случай описываетъ Necker въ своей лекціи **). Въ этомъ случаѣ послѣ діарреи параличъ распространился не только на конечности, но и на мышцы шеи; было кратковременное недержаніе мочи. Въ нижнихъ конечностяхъ были разстройства и чувствительности, особенно чувства температуры (аналогично описанному при алкогольныхъ параличахъ). Больная вскорѣ начала поправляться, могла уже ходить, но вдругъ опять явилась діаррея и параличныя явленія опять усилились; явились контрактуры. Однако это ухудшеніе продолжалось недолго и больная въ концѣ концовъ поправилась.

Параличи послѣ различныхъ болѣзней въ полости таза тоже иногда принимаютъ форму восходящихъ атрофическихъ параличей. Ковечно, нельзя смѣшивать эти формы съ параліеміями истерическими, тоже бывающими при различныхъ болѣзняхъ женскихъ половыхъ органовъ; о нихъ мы здѣсь не говоримъ, — здѣсь мы имѣемъ въ виду только формы атрофическія. Такія формы описалъ еще Leroy d'Etiolles. Иногда они слѣдуютъ за пораженіемъ мочевыхъ органовъ (наприм. мочевого пузыря), иногда за пораженіемъ половой системы. Поэтому такія формы и назывались paraplegies genito-urinaires (Leroy d'Etiolles). Параліеміи, развивающіяся вслѣдъ за болѣзнями мочевыхъ органовъ, въ послѣднее время не попадаются въ литературѣ; но параліеміи, развивающіяся вслѣдъ за страданіями половой системы, встрѣчаются часто. Чаще всего онѣ слѣдуютъ за различными послѣродовыми болѣзнями и почти всегда

*) *Розенбахъ*: „Случай множественнаго неврита.— Вѣстникъ Психіатріи“ 1885, стр. 166.
**) „Journal des connaissances med“. Fevrier 1880, p. 57.

можно въ этіологіи ихъ видѣть, кромѣ чисто мѣстнаго страданія, и возможность общаго вліянія болѣзни на организмъ, такъ какъ всегда въ этихъ случаяхъ эти мѣстныя страданія сопровождаются или піэмическою лихорадкой, или сами обусловливались задержаніемъ гнилостныхъ продуктовъ въ маткѣ (задержаніе послѣда и т. д.). Мнѣ пришлось видѣть нѣсколько разъ такія формы. Теченіе ихъ было крайне интересное и по клинической картинѣ совершенно подходило подъ описаніе множественнаго неврита, соединеннаго съ психическими разстройствами, очень похожими на разстройства при алкогольномъ параличѣ. Первый случай касался женщины 28 лѣтъ изъ невропатической семьи. У нея параліеміи развилась послѣ родовъ: нужно замѣтить, что во время беременности она очень берегласъ, чтобы не выкинуть, поэтому два послѣдніе мѣсяца она почти все время лежала. У нея явились отеки въ ногахъ и боли въ крестцѣ и въ сторонѣ обоихъ сѣдалищныхъ нервовъ. Все это приписывалось вліянію беременности. 1-го октября 1880 года у нея прекратились движенія ребенка, а 3-го октября она родила его мертваго и уже отчасти разложившагося. Кровотеченія не было. Никакой послѣдовательной лихорадки не было. Тѣмъ не менѣе уже на слѣдующій день начались боли въ крестцѣ и въ ногахъ, и больная сдѣлалась очень возбужденной. Черезъ 3 дня развилась панфобія, спутанность сознанія, крайняя степень возбужденія, особенно по ночамъ. Такъ продолжалось двѣ недѣли, въ продолженіе которыхъ сознаніе было спутано; при этомъ больная кричала отъ болей въ конечностяхъ и туловищѣ; но временамъ бывали судорожныя явленія въ конечностяхъ. Я увидалъ въ первый разъ больную черезъ 3 недѣли отъ начала заболѣванія. Въ это время паралеличесвія явленія уже были: почти всѣ мускулы нижнихъ конечностей были въ паретическомъ состояніи, но наибольшее пораженіе было въ *adductorах бедра*. Анестезія тоже была выражена; наибольшая анестезія была въ бедрахъ, въ области развѣтвленія нервовъ отъ plexus lumbalis. Въ конечностяхъ были анестезіи, боли самостоятельныя и при давленіи. Было также задержаніе мочи и вилое дѣйствіе прямой кишки. На моихъ глазахъ параличъ распространился. Мышцы нижнихъ конечностей парализовались вполнѣ; затѣмъ парализовались мышцы верхнихъ конечностей, особенно экстензоры и interossei, парализовались мышцы спины и живота. Вмѣстѣ съ параличемъ распространялись и боли обхватывавшія туловище, руки и наконецъ явившіяся въ области n. trigemini. Въ періодъ развитія паралича въ конечностяхъ (въ ногахъ, но болѣе всего въ рукахъ) были судорожныя явленія, напоминавшія то клоническія подергиванія, то хорейческія движенія, то атетозъ. Въ наиболѣе сильный періодъ болѣзни были подергиванія въ мышцахъ лица, было затрудненіе глотанія и кратковременное разстройство рѣчи.

Психическое разстройство было рѣзко выражено: постоянное ощущеніе страха, неспособность владѣть вниманіемъ, смѣшеніе представленій, глубокое разстройство памяти всего недавняго. По временамъ приступы безпокойства, доходившіе до буйства.

Достигнувъ высшей точки развитія приблизительно черезъ мѣсяцъ отъ начала болѣзни, параличи болѣе не увеличивались; напротивъ, разстройство глотанія, боли въ лицѣ, разстройство рѣчи—исчезли. Началось очень медленное поправленіе. Тутъ появились рѣзко выраженныя атрофіи мышцъ въ ногахъ и рукахъ, полная потеря электросократительности, контрактуры въ колѣнѣ и въ голеностопномъ суставѣ. На короткое время явились и отеки въ ногахъ. Крайне мучительныя боли во всѣхъ мышцахъ и нервахъ, чувство сдавленія въ горлѣ, въ животѣ, въ груди—не давали больной покоя въ продолженіе 8 мѣсяцевъ. Хотя сознаніе и стало яснѣе, тѣмъ не менѣе узкость мысли и глубокое разстройство памяти, особенно локализаціи во времени, оставались очень долго. Вмѣстѣ съ этимъ раздражительность дошла до высшей степени; приступы гнѣва вызывались небольшимъ перемѣщеніемъ тѣла больной (правда крайне болѣзненнымъ) и доходили до неистовыхъ ругательствъ. Мало-помалу однако больная поправлялась; сначала боли становились меньше, руки стали немного лучше функціонировать, контрактура въ колѣнѣ исчезла. Черезъ 10 мѣсяцевъ она могла уже писать и боли были такъ мало выражены, что можно было отправить больную въ Ялту. Тамъ улучшеніе прогрессировало. Черезъ 3 года возстановились функціи въ большей части мышцъ ногъ, но въ стопѣ все еще оставалось pes equinus. Память значительно улучшилась, хотя локализація во времени была не всегда правильна. Пателлярные рефлексы, отсутствовавшіе все время, явились на четвертомъ году отъ начала болѣзни.

Въ этомъ случаѣ параплегія развилась вслѣдъ за родами. Никакой піэміи и септицэміи не было; тѣмъ не менѣе нельзя было отрицать вліянія какого-нибудь гнилостнаго продукта на организмъ, потому что ребенокъ, рожденный больною, болѣе двухъ сутокъ лежалъ мертвый въ маткѣ, и врачъ, видѣвшій его, говорилъ, что признаки разложенія его были уже замѣтны.

По клинической картинѣ болѣзнь совершенно подходила ко множественному невриту, что и было мною діагностировано въ то же время. Не могу не обратить вниманія на то, что параличъ начался и болѣе всего былъ выраженъ въ первое время въ *adductoraxъ bedra*, а анестезія сначала была выражена главнымъ образомъ въ области нервовъ отъ plexus lumbalis въ бедрѣ. Слѣдовательно и здѣсь первоначально невритъ поразилъ нервы, лежащіе близко отъ исходнаго мѣста болѣзни, а потомъ уже генерализировался. Этимъ объясняется и то, что у этой больной очень долго было разстройство функціи мочеваго пузыря и прямой кишки: она иногда не чувствовала, какъ выходили испражненія.

Другой аналогичный случай слѣдовалъ за послѣродовымъ процессомъ.

Больная 22-хъ лѣтъ родила 27 августа 1885 года здороваго ребенка. Задержаніе послѣда и послѣдовательная піэмическая лихорадка, державшаяся на 40° болѣе мѣсяца. Повидимому былъ абсцессъ въ полости таза, потому что въ октябрѣ выходилъ гной вмѣстѣ съ испраженіями. Въ концѣ октября къ этому присоединилась упорная рвота, спутанность сознанія, галлюцинаціи, бредъ. Явились очень сильныя боли сначала въ ногахъ, потомъ въ рукахъ, задержаніе мочи, параличъ въ конечностяхъ. Короткое время была dyplopia. Дѣятельность сердца такъ измѣнилась, что 11-го ноября, но крайней частотѣ пульса, неправильности его, ждали смерти. Однако съ этого дня состояніе больной не ухудшалось, а напротивъ стало улучшаться. Бредъ сталъ не такъ интензивенъ; больная стала понемногу спать.

Мнѣ пришлось увидать больную только на четвертомъ мѣсяцѣ болѣзни. Параплегія была чрезвычайно рѣзко выражена. Изъ мышцъ ногъ дѣйствовали только абдуктаторы бедра, всѣ же остальныя были вполнѣ парализованы и атрофированы. Въ мышцахъ кисти параличъ и атрофія также рѣзко выражены. Въ локтѣ и плечѣ движенія слабы. Мышцы туловища въ паретическомъ состояніи. Задержанія мочи нѣтъ. При давленіи на мышцы и нервы чрезвычайная болѣзненность. Анестезія въ ступнѣ и кисти. Кромѣ этого—психическое разстройство, выражающееся въ глубокомъ упадкѣ памяти недавняго и въ легкой спутанности сознанія передъ сномъ.

Понемногу состояніе больной стало улучшаться: память возвратилась къ іюню 1886 года; боли уменьшились; затѣмъ стали функціонировать руки, но въ ногахъ параличныя явленія и атрофія до сихъ поръ еще существуютъ.

Какъ легко видѣть, явленія множественнаго неврита въ этихъ случаяхъ очень напоминали алкогольный параличъ—какъ по рѣзко выраженнымъ болямъ, такъ и по психическому разстройству. Однако я могу сказать, что эти больныя вовсе не употребляли вина въ здоровомъ состояніи. Послѣдняя больная употребляла вино только какъ лѣчебное средство въ періодѣ послѣродовой болѣзни. Не могу, конечно, отрицать, чтобъ и такое употребленіе вина не могло облегчить появленіе невритовъ, тѣмъ не менѣе мнѣ кажется, что въ первомъ случаѣ уже по самому началу болѣзни, по локализаціи ея именно въ нервахъ поясничнаго сплетенія, по локализаціи паралича сначала въ аддукторахъ бедра, можно заключить, что исходный пунктъ неврита былъ въ полости таза, такъ какъ при алкогольномъ параличѣ параличъ большею частью начинается съ мышцъ стопы.

Аналогичные случаи можно встрѣчить и у Leroy d'Etiolles*), причемъ, впрочемъ, онъ указываетъ, что интеллектуальныя функціи были сохранены. Одинъ случай кончился смертью. Аутопсія показала только гиперемію твердой оболочки спинаго мозга; впрочемъ, это вскрытіе было еще въ 1846 году.

Подобнаго же рода параплегіи бываютъ, повидимому, и отъ другихъ причинъ: мнѣ случилось видѣть аналогичный случай у больной, у которой параплегія развилась вслѣдъ за болѣзнью, которая сначала была діагностирована какъ перитонитъ. Я не приводу этотъ случай, потому что хотя клиническая сторона разстройства нервной системы совершенно подходила подъ картину множественнаго неврита съ характернымъ разстройствомъ психической дѣятельности, но то, что было до неврита, для меня осталось неяснымъ, такъ какъ врачи, лѣчившіе больную до моего посѣщенія, не сходились во мнѣніи: одни считали, что у больной былъ острый перитонитъ, другіе—параметритъ, третьи діагностировали внѣматочную беременность. Затѣмъ я при первомъ моемъ посѣщеніи нашелъ еще экссудативный плевритъ, который неизвѣстно когда развился. Наконецъ, отъ упорныхъ рвотъ и болей дѣлались больной обильныя впрыскиванія морфія, и потому явившійся мѣсяца черезъ $1^1/_2$ бредъ и параличныя явленія могли быть даже и прямо слѣдствіемъ морфинизма. Относительно этой больной я хотѣлъ бы только обратить вниманіе на то, что хотя она сама не пила, но ея отецъ и мать сильно пили и вообще въ семьѣ было много пьяницъ; можетъ-быть расположеніе къ множественному невриту въ данномъ случаѣ было и слѣдствіемъ пьянства родителей.—Затѣмъ у этой же больной былъ между другими параличными явленіями и значительный парезъ діафрагмы. Сопоставляя это съ тѣмъ, что у нея былъ экссудативный плевритъ, неизвѣстно когда развившійся, можно поставить себѣ вопросъ, не былъ ли парезъ діафрагмы въ связи съ плевритомъ—по тому закону (который, правда, еще нужно доказать), что при страданіи даннаго органа поражаются параличомъ преимущественно ближайшія мышцы, хотя бы онѣ вообще и довольно рѣдко поражались при генерализованныхъ параличахъ: такова, наприм., параличъ прямой кишки послѣ дизентеріи, параличъ мягкаго неба при дифтеритѣ, параличъ мочеваго пузыря въ генерализованныхъ параличахъ при болѣзняхъ мочеваго пузыря и т. п.

---

*) l. c., p. 97 и 98.

Параличи послѣ тифа.

Параличи послѣ тифа встрѣчаются довольно часто. Одну изъ частыхъ формъ составляютъ параличи, обязанные своимъ происхожденіемъ эмболіямъ и кровоизліяніямъ въ головномъ мозгу, случившимся во время тифа или въ концѣ его. Эти параличи не входятъ въ интересующій насъ кругъ. Протекаютъ они большею частью въ обычной гемиплегической формѣ. Правда, между гемиплегическими формами послѣтифозныхъ параличей бываютъ и такія, которыя, по нѣкоторымъ особенностямъ своего теченія, напоминаютъ ту геминевротическую форму, которая бываетъ при различныхъ интоксикаціяхъ, или геми-анестетическую форму алкоголизма. Сюда, вѣроятно, относятся случаи, приведенные у Landouzy на стр. 133. Но описаніе ихъ такъ коротко, что считать доказаннымъ существованіе такой формы послѣ тифознаго паралича нельзя.

Чаще встрѣчается пораженіе отдѣльныхъ периферическихъ нервовъ послѣ тифа. Извѣстны случаи пораженія лучеваго и локтеваго нерва, пораженія мускуловъ гортани (заставляющаго прибѣгать къ трахеотоміи), пораженія отдѣльныхъ глазныхъ мускуловъ. Въ случаѣ Bernhardt'a*) при вскрытіи одного изъ такихъ случаевъ n. radialis представлялъ рѣзкія измѣненія въ той части, которая лежитъ за поворотомъ вокругъ плечевой кости; выше онъ оказался здоровъ. Въ больной части были признаки интерстиціальнаго неврита съ перерожденіемъ массы волоконъ. Аналогичныя измѣненія въ двухъ случаяхъ послѣтифознаго паралича n. ulnaris нашли и Pitres et Vaillard**). Но для насъ особенно интересны тѣ параличи послѣ тифа, которые принимаютъ форму параплегическую и текутъ какъ множественный невритъ. Собственно говоря, послѣ тифа очень часто приходится встрѣчать признаки, указывающіе на то, что периферическая нервная система поражается; во многихъ случаяхъ, въ теченіе двухъ-трехъ недѣль послѣ тифа, больной жалуется на бродячія боли въ различныхъ частяхъ тѣла; нервы болѣзненны при давленіи; въ подошвахъ и кончикахъ пальцевъ чувствуется онѣмѣніе. Обыкновенно, впрочемъ, дѣло кончается въ этихъ случаяхъ полнымъ выздоровленіемъ. Параплегіи въ рѣзко выраженной формѣ встрѣчаются не такъ часто; повидимому, онѣ бываютъ рѣже, чѣмъ аналогичныя разстройства послѣ дифтерита. Онѣ развиваются иногда или еще во время теченіи самаго тифа, или послѣ паденія температуры черезъ болѣе или менѣе продолжительное время. Иногда больной уже начинаетъ оправляться отъ тифа, какъ вдругъ являются

*) *Bernhardt:* „Arch. für Psychiatrie", IV, p. 601.

**) *Pitres et Vaillard:* „Contribution à l'étude des névrites peripheriques survenant dans le cours la convalescence de la fièvre typhoïde.—Rev. de medic." 1885, XII.

симптомы параплегіи, иногда же прямо послѣтифозная слабость переходитъ въ параличныя явленія. Начинается пораженіе съ нижнихъ конечностей, и больной чувствуетъ въ нихъ тяжесть, онѣмѣніе; если ужъ онъ началъ ходить послѣ тифа, то ноги вдругъ отказываются ему служить. При этомъ часто являются боли въ конечностяхъ—стрѣляющія, ломящія, дергающія. Иногда бываютъ упорныя рвоты, появленіе которыхъ къ концу тифа должно всегда заставлять бояться осложненій со стороны нервной системы. Пателлярные рефлексы пропадаютъ, что составляетъ драгоцѣнный признакъ, по которому можно отличить начало паралича отъ обычной послѣтифозной слабости. Затѣмъ ноги окончательно ослабѣваютъ; въ то же время замѣтна слабость въ рукахъ, чувство онѣмѣнія въ нихъ, боли. Чаще всего дѣло этимъ и ограничивается, и болѣзнь послѣ нѣсколькихъ недѣль проходитъ совершенно. Въ другихъ случаяхъ всѣ явленія несравненно интенсивнѣе: кромѣ параличей въ рукахъ и ногахъ, являются параличи мышцъ туловища, параличъ мочеваго пузыря, иногда параличъ мягкаго нёба—такой, какъ при дифтеритическомъ параличѣ, только здѣсь онъ является не въ началѣ болѣзни, а послѣ паралича конечностей. Параличъ достигаетъ рѣзкой степени особенно въ ногахъ, въ мускулахъ extensor digit. communis, extensor hallucis и peronei, а въ рукахъ—тоже въ разгибателяхъ пальцевъ и кисти. Мышцы худѣютъ, иногда рѣзко атрофируются, электровозбудительность падаетъ. Иногда развиваются контрактуры. При этомъ иногда присоединяется разстройство психической дѣятельности то въ видѣ галлюцинаторной спутанности съ возбужденіемъ, то въ видѣ слабоумія, съ глубокимъ разстройствомъ памяти. Послѣ тифа мнѣ приходилось видѣть разстройства памяти совершенно такія же, какъ при алкогольномъ параличѣ. Такія тяжелыя формы могутъ тянуться годы и только мало-помалу переходятъ въ поправленіе.

По внѣшнему проявленію болѣзнь часто очень похожа на алкогольный параличъ, и иногда только по анамнезу можно поставить діагностику. Landouzy говоритъ, что послѣтифозныя параплегіи наклонны осложняться параличомъ мочеваго пузыря болѣе, чѣмъ другія, но это не всегда, а съ другой стороны и при алкогольныхъ параличахъ тоже бываетъ разстройство мочеваго пузыря. Нѣсколько лучшій діагностическій признакъ даетъ разстройство психической дѣятельности, которое далеко не всегда бываетъ въ послѣтифозныхъ параличахъ, но иногда, какъ мы сказали, оно бываетъ рѣзко выражено, и мнѣ, какъ я сказалъ, послѣ тифа случилось видѣть совершенно такого же рода разстройства памяти, какъ при алкогольныхъ параличахъ. Правда, что большею частью это бывало у тѣхъ больныхъ, которые до тифа пили вино въ порядочномъ количествѣ, но оно бывало и у тѣхъ, которые употребляли вино только въ теченіе тифа, какъ лѣкарство.

Боли при послѣтифозномъ параличѣ бываютъ обыкновенно меньше, чѣмъ при алкогольномъ; но, однако, и при тифозномъ параличѣ онѣ могутъ быть очень сильны; онѣ носятъ такой же характеръ болей ломящихъ, стрѣляющихъ; болѣзненность при давленіи на мышцы и нервные стволы обыкновенно очень велика. Анестезія большею частью не очень велика. Отеки въ конечностяхъ часто бываютъ такъ же выражены, какъ при алкогольномъ параличѣ. Повидимому, пролежни бываютъ чаще, потому что и самъ тифъ располагаетъ къ нимъ. Рвоты бываютъ также въ началѣ послѣтифозныхъ параличей, какъ и при алкогольныхъ. Можетъ-быть самый существенный признакъ для дифференціальной діагностики есть тотъ, что при параличѣ послѣ тифа почти всегда поражается слухъ, является глухота въ большей или меньшей степени.

Не всегда параличи послѣ тифа кончаются благополучно: иногда параличъ быстро возходитъ съ нижнихъ конечностей до центровъ дыханія,—является параличъ діафрагмы и смерть. Одинъ изъ такихъ случаевъ мнѣ пришлось видѣть: у больной, перенесшей брюшной тифъ, снова поднялась температура, и врачи, ее наблюдавшіе, констатировали возвратъ тифа. Подъ конецъ третьей недѣли втораго приступа тифа явились упорныя рвоты желчью и боли въ животѣ. Затѣмъ на 21-ый день температура пала до 36,5°, но больная была въ состояніи крайней слабости и бредила. По поводу этого не превращавшагося послѣ паденія температуры бреда и я былъ приглашенъ. У больной я могъ констатировать существованіе послѣтифознаго паралича: ноги были вытянуты, активныхъ движеній въ ступняхъ рѣшительно не было; въ колѣняхъ и тазобедренномъ суставѣ очень слабыя. Руки тоже были крайне слабы. Больная не ворочалась сама. Моча вытекала непроизвольно. Давленіе на мышцы было очень болѣзненно. Пателлярныхъ рефлексовъ не было. Психическое разстройство было характерно: больная не сознавала, что она больна, говорила, что недавно встала, что сейчасъ только у нея были гости, называетъ гостей по имени. Память глубоко разстроена: стоитъ уйти съ глазъ больной и помнитъ сейчасъ же подойти къ ней, и она не вспомнитъ, что уже видѣла это лицо. Сонливость и вялость. Пульсъ былъ очень слабъ, дыханіе часто. Больная эта скоро скончалась.

Въ другихъ случаяхъ послѣтифозный параличъ идетъ совершенно какъ параличъ Ландри, т.-е. быстро поражаются одна за другими мышцы нижнихъ конечностей, мышцы туловища, верхнихъ конечностей и затѣмъ дыханіе. Leudet описалъ такой случай. Въ его случаѣ разстройства психической дѣятельности не было.

Анатомическія измѣненія при послѣтифозномъ параличѣ сводятся, по всей вѣроятности, къ измѣненіямъ въ периферическихъ первахъ-

Для параличей въ области отдѣльныхъ нервовъ это доказано Бернгардтомъ, Питръ и Вельяромъ. Для параличей генерализованныхъ, по всей вѣроятности, это будетъ скоро доказано вполнѣ. Теперь же мы можемъ предполагать это съ большею степенью вѣроятности уже потому, что Pitres et Vaillard находили измѣненія въ периферическихъ нервахъ даже у тѣхъ больныхъ, умершихъ при брюшномъ тифѣ, у которыхъ не было особенно рѣзкихъ симптомовъ разстройства нервной системы при жизни. Съ другой стороны, д-ръ Рудовъ, описывая случай послѣтифознаго паралича *), прямо указываетъ, что на нервныхъ стволахъ пропушывались болѣзненныя утолщенія. Въ виду этого мы имѣемъ полное право предполагать, что при послѣтифозныхъ параличахъ существуетъ пораженіе периферическихъ нервовъ. Вѣроятно однако, что на ряду съ этимъ бываютъ и случаи, гдѣ преимущественно поражена спинной мозгъ. Dr. Courtade **) приписываетъ многимъ случаямъ спинномозговое происхожденіе, и изъ нихъ одинъ по нѣкоторымъ симптомамъ дѣйствительно заставляетъ предполагать пораженіе спиннаго мозга: у больной рядомъ съ паралическими явленіями и атрофіей мышцъ былъ острый пролежень и чрезвычайное повышеніе пателлярнаго рефлекса и clonus. Кромѣ того въ пользу возможности пораженія спиннаго мозга говоритъ и то, что множественный цереброспинальный склерозъ развивается иногда послѣ тифа. Этимъ склеротическимъ измѣненіямъ принисывается, напримѣръ, повышеніе такъ называемой острой атаксіи послѣ тифа, описанной впервые Бестфалемъ, одинъ случай которой пришлось и мнѣ наблюдать.

Старые авторы склонны были смотрѣть и на тифозные параличи какъ на рефлекторные: именно предполагалось, что пораженіе пейеровыхъ бляшекъ является здѣсь пунктомъ, отъ котораго исходитъ параличъ. Въ настоящее время болѣе принята теорія, что частью тифозный ядъ, частью высокая температура—дѣйствуютъ сами по себѣ на нервную систему и вызываютъ тѣ или другія измѣненія.

Всѣ случаи послѣтифозныхъ параличей описаны послѣ брюшнаго тифа; вѣроятно, такіе существуютъ и послѣ сыпнаго. Но такіе случаи хотя и описаны, но не характерно. Мнѣ, впрочемъ, много разъ приходилось видѣть у больныхъ послѣ сыпнаго тифа пораженіе нервной системы, выражавшееся въ болѣхъ разбросанныхъ по многимъ нервамъ, и діагносцировать невритъ, но до паралічей дѣло не доходило.

*) *Рудовъ*: „Случай множественнаго узлового неврита. — Архивъ Психіатріи Ковалевскаго", VII, стр. 69.

**) *Courtade*: „Des paraplegie contenantes dans le fievre typhoide, Encephale, 1886, p. 431.

Параличи послѣ возвратной горячки.

Подобный параличъ описанъ д-ромъ Симоновичемъ *); онъ носилъ обычный характеръ восходящихъ параличей послѣ острыхъ болѣзней, и хотя Симоновичъ думаетъ, что въ основѣ его лежитъ поліоміэлитъ, но это мнѣніе чисто-теоретическое.

Параличи послѣ оспы.

Послѣ оспы параличи являются въ тѣхъ же формахъ, какъ и послѣ тифа. Иногда параличи бываютъ и въ лихорадочномъ періодѣ оспы, но они не такъ относятся къ нашей темѣ, потому что представляютъ мало сходства съ алкогольными параличами. Параличи же развивающіеся *послѣ* оспы представляютъ нѣкоторое сходство. Собственно говоря, настоящую паралгическую форму эти параличи носятъ рѣдко, хотя иногда она и встрѣчается. Въ такихъ случаяхъ обыкновенно параличныя явленія имѣютъ ту же локализацію, какъ и при тифозныхъ параличахъ. Функціи мочеваго пузыря часто страдаютъ. Психическая дѣятельность тоже рѣзко разстраивается: сначала спутанность, иллюзіи и галлюцинаціи, а потомъ болѣе или менѣе глубокое разстройство умственныхъ силъ съ ослабленіемъ памяти. Чувствительность иногда страдаетъ очень сильно. Обыкновенно эти параличи кончаются выздоровленіемъ, причемъ въ изнѣтный періодъ болѣзни больные представляютъ, кромѣ параличныхъ, и рѣзко выраженное разстройство координаціи движеній. Чаще встрѣчаются параличи въ области отдѣльныхъ нервовъ, всего же чаще—въ нервахъ верхней конечности, причемъ m. deltoides поражается очень часто. Эти параличи сопровождаются болями въ соотвѣтствующихъ частяхъ, иногда глубокою анестезіей и атрофіей (Joffroy).

Затѣмъ одну изъ частныхъ формъ послѣоспенныхъ разстройствъ нервной системы представляетъ атаксія, описанная Бестфалемъ **) и выражающаяся въ рѣзко выраженныхъ разстройствѣ координаціи болѣшей части мышцъ произвольныхъ движеній, въ особенномъ разстройствѣ рѣчи (скандированная рѣчь), причемъ иногда своеобразно разстраивается психическая сфера. По всей вѣроятности, субстратомъ этого разстройства служитъ множественный цереброспинальный склерозъ, какъ показалъ Ebstein для послѣтифозной атаксіи. Этого же взгляда

*) *Симоновичъ*: „Случай острато спинномозговаго паралича.—Архивъ Психіатріи", томъ II, стр. 47.

**) *Westphal*: „Affection der Nervensystem nach Pocken und Typhus.—Arch. f. Psych.". III, 376.

придерживается и Вестфаль, первый описавшій эти формы послѣ оспы и тифа. Въ одномъ случаѣ послѣ оспенной параплегіи, кончившейся смертью, Вестфаль нашелъ въ грудной части спиннаго мозга разбросанные мелкіе фокусы размягченія, величиною съ булавочную головку. При этомъ сѣдалищный оказался непораженнымъ. Наоборотъ, Joffroy *) въ одномъ случаѣ ограниченнаго паралича послѣ оспы нашелъ спинной мозгъ здоровымъ, а въ нервахъ—явленія множественнаго неврита. Quinquand **) въ одномъ случаѣ атаксическихъ разстройствъ послѣ оспы изслѣдовалъ кожные нервы передней поверхности голени и нашелъ паренхиматозный неврить.

Такимъ образомъ патологія и анатомія послѣоспенныхъ пораженій нервной системы не совсѣмъ еще ясна, хотя имѣетъ повидимому много общаго съ другими аналогичными разстройствами нервной системы.

Послѣ *рожи* также бываютъ параличи, могущіе принять форму атрофическихъ паралічей. Указанія на подобные случаи есть у Leroy d'Etiolles, Gubler'a. Еще недавно подобный случай былъ описанъ Бригеромъ ***). У одной больной послѣ рожи, преимущественно сосредоточившейся на лѣвой сторонѣ лица, явились боли въ разныхъ частяхъ тѣла, которыя особенно сильны были въ грудныхъ позвонкахъ и въ плечахъ. Вслѣдъ за этими болями, черезъ 3½ мѣсяца отъ начала болѣзни, развился послѣдовательно параличъ правой руки, лѣвой руки, правой ноги и лѣвой ноги. Въ концѣ концовъ парализовались мышцы затылка и пузыря. Электросократительность не понизилась, но атрофія развилась. Чувствительность была значительно понижена. По истеченіи довольно долгаго времени больная выздоровѣла. Авторъ склоненъ признать спинно-мозговое происхожденіе этого паралича, хотя, мнѣ кажется, нѣтъ никакихъ данныхъ предполагать, что здѣсь не былъ множественный неврить. Послѣ рожи бываютъ также и острыя атаксіи. Случаи этого рода приведены въ работѣ Kahler und Pick'a (l. c.).

Аналогичныя формы бываютъ повидимому послѣ многихъ другихъ болѣзней: есть указанія, что онѣ бываютъ послѣ *пневмоніи, краснухи, холеры, послѣ флегмонозныхъ оспенныхъ, при желтухѣ* и вообще при *болѣзняхъ печени* и т. д., но описаній ихъ такъ неопредѣленны, что мы не будемъ болѣе останавливаться на этихъ формахъ, а перейдемъ къ разсмотрѣнію тѣхъ аналогичныхъ разстройствъ, которыя являются не по выздоровленіи отъ болѣзней, а въ теченіе существованія той или другой конституціональной хронической болѣзни.

*) *Joffroy*: „De la nevrite parenchymateuse.— Arch. de physiol.“ 1879, № 2. p. 177.

**) *Quinquand*: „Troubles nerveux consécutifs à la variole.— Encephale“. 1884, p. 41.

***) *Brieger*: „Ein Fall von Parese beider Ober und Unter Extremitaeten im Anschluss an Erysipelas faciei.—Charité Annalen“. X. 1885, 144.

Случаи атрофическихъ параличей, похожихъ на алкогольные, встрѣчаются между прочимъ у **сифилитиковъ**. Déjérine *) описалъ такой случай: У одной 26-лѣтней больной, страдавшей сифилисомъ, за 2 мѣсяца до поступленія въ больницу явились сильныя боли въ конечностяхъ, а затѣмъ и слабость въ ногахъ. При поступленіи, кромѣ явленій сифилиса, на кожѣ были сильныя боли въ ногахъ, особенно ночью, слабость въ ногахъ, дѣлавшая невозможною ходьбу; нарезъ преимущественно экстензоровъ; мускулы атрофированы равномѣрно. Гипералгезія и анестезія на подошвѣ и голени. Фарадическая сократительность понижена, мускулы болѣзненны при давленіи. Затѣмъ развился нарезъ прямой кишки и нарезъ обѣихъ верхнихъ конечностей; бессонница, бредъ и смерть. При вскрытіи въ мускулахъ найдена рѣзко выраженная атрофія; въ нервахъ перерожденіе волоконъ и увеличеніе количества соединительной ткани съ пролиферацій ядеръ. Въ спинномъ мозгу найдены небольшія измѣненія въ гангліозныхъ клѣткахъ переднихъ роговъ, касавшіяся ихъ формы и количества отростковъ. Нѣкоторыя клѣтки совсѣмъ безъ отростковъ.

Случай множественнаго неврита, описанный Viercordt'омъ **), былъ также у сифилитика (страдавшаго въ то же время туберкулезомъ). Аналогичные случаи описаны Dr. Buzzard'омъ (l. c., p. 43). Мнѣ тоже приходилось видѣть у сифилитиковъ восходящіе параличи конечностей; иногда они протекали совершенно благополучно, какъ генерализованные дифтеритическіе параличи. Въ одномъ случаѣ было разстройство психической дѣятельности, выражавшееся въ глубокомъ ослабленіи памяти и разстройствѣ ассоціаціи представленій.

Въ какомъ отношеніи находятся эти нервныя разстройства къ сифилису, трудно сказать; вѣроятнѣе всего, что пораженіе нервной системы въ этихъ случаяхъ не специфическое, а сифилисъ только даетъ благопріятную почву для развитія этихъ заболѣваній; по крайней мѣрѣ, специфическое лѣченіе не имѣетъ непосредственнаго вліянія на ходъ этихъ параличей, т.-е., наприм., остановить ихъ въ періодѣ развитія не можетъ.

Сходныя съ этимъ формы могутъ встрѣчаться при **туберкулезѣ**.

Случаевъ восходящихъ атрофическихъ параличей при туберкулезѣ описано довольно много. Но большею частью кромѣ туберкулеза у тѣхъ же самыхъ больныхъ существовала и другая причина, могущая вызвать такой же комплексъ симптомовъ, такъ что не всегда можно сказать, что это прямо туберкулезные параличи. Сюда принадлежатъ

*) *Déjérine*: „Atrophie musculaire et paraplegie dans un cas de syphilis maligne etc.— Arch. de physiolog.“ 1876, p. 430.

**) „Arch. f. Psychiatrie“. XIV.

случаи Eisenlohr'a [1]) Joffroy, Vierordt'a (гдѣ былъ сифилисъ), Strümpell'я и Müller'a (гдѣ былъ алкоголизмъ), Oppenheim'a [2]). Мы уже много разъ упоминали, что алкогольный параличъ часто является у туберкулезныхъ больныхъ. Очень вѣроятно, что отъ совмѣстнаго вліянія обоихъ этихъ условій параличныя явленія развиваются скорѣе, чѣмъ отъ одного.

Въ большинствѣ случаевъ (при вскрытіи случаевъ, относящихся сюда) констатировано присутствіе множественнаго неврита. Находившіяся иногда измѣненія въ спинномъ мозгу большею частью были ничтожны, и авторы не придавали имъ существеннаго значенія. Pitres et Vaillard [3]) указываютъ, что вообще туберкулезъ чрезвычайно располагаетъ къ появленію разстройствъ въ периферической нервной системѣ. Извѣстно всѣмъ клиницистамъ, какъ часто развиваются при чахоткѣ боли невритическаго характера въ различныхъ областяхъ: въ межреберныхъ нервахъ, въ сѣдалищномъ и т. д. При вскрытіи многихъ такихъ случаевъ найдены измѣненія въ нервныхъ стволахъ. Иногда эти анатомическія измѣненія въ нервахъ, по увѣренію Pitres et Vaillard'a, можно найти и у такихъ больныхъ, относительно которыхъ не было указаній, что при жизни они проявляли какіе-нибудь симптомы со стороны нервной системы. При этомъ большею частью пораженіе не захватываетъ всю нервную систему, а поражаетъ тотъ или другой нервъ. При этомъ пораженіе можетъ локализироваться не только въ нервахъ спиннаго мозга, но и головныхъ, какъ n. vagus, opticus и другихъ. Однако при туберкулезѣ поражаются не одни только нервы. Въ той же книжкѣ „Revue de medicine“ есть статья Раймонда [4]), въ которой многіе признаки, на которые указываютъ Pitres et Vaillard, объясняются довольно часто констатируемыми характерными воспалительными измѣненіями въ оболочкахъ и въ самомъ спинномъ мозгу. Съ другой стороны, и въ случаяхъ, гдѣ у туберкулезныхъ констатированъ множественный неврить, при спинномъ мозгу тоже могутъ быть нѣкоторыя измѣненія, напримѣръ, вакуолизація клѣтокъ передняхъ роговъ.

Повидимому, такія же пораженія могутъ встрѣчаться и при **сахарномъ мочеизнуреніи**. Въ статьѣ Bernard и Feré [5]) и Lecorche [6]) при-

[1]) *Eisenlohr*: „Idiopatische subacute Muscellähmung und Atrophie.—Centralblatt f. Nervenheilnde“ 1879, № 5.

[2]) „Centralblatt f. Nervenheilnde“ 1885, № 23, и 1886, № 1.

[3]) *Pitres* et *Vaillard*: „Nevrites peripheriques chez les tuberculeuses.—Revue de Med.“ 1886, № 3.

[4]) *Raymond*: „Leptomyelites tuberculeuses. — Revue de Med.“ № 3.

[5]) *Bernard* et *Feré*: „Des troubles nerveux observés chez les diabetiques.—Archives de Neurologie“ 1882, p. 336.

[6]) *Lecorche*: „Troubles nerveux dans le diabète chez les femmes.—Archives de Neurologie“, X, 395.

водятся многіе случаи пораженія движенія и чувствительности при діабетѣ. Разстройства движеній выражаются въ параличахъ, разстройствѣ координаціи или судорожныхъ явленіяхъ. Судорожныя явленія бываютъ большею частью въ видѣ общихъ судорогъ эпилептоиднаго характера. Параличи же имѣютъ разнообразный видъ. Они большею частью неполные; ими поражаются или отдѣльные нервы, или одна вѣточка нерва, напримѣръ. m. levator palpebrae superioris или другихъ глазныхъ мышцъ; или они могутъ имѣть форму моноплегическую, или гемиплегическую, причемъ часто не всѣ мышцы въ данной половинѣ парализуются, а только нѣкоторыя. Иногда параличъ имѣетъ видъ неполной параплегіи. Самая частая форма ослабленія мышечной силы при діабетѣ выражается въ ощущеніи чрезвычайной слабости въ ногахъ и въ поясницѣ, чрезвычайно затрудняющей походку. При этомъ мускулы часто худѣютъ, но электросократительность мало измѣняется. Иногда паретическія явленія развиваются вдругъ, напримѣръ. послѣ какой-нибудь самой небольшой травмы, иногда постепенно. Очень часто начало ихъ обозначается или аноплектоиднымъ инсультомъ, или головокруженіемъ. На ряду съ параличными явленіями большею частью бываютъ и разстройства чувствительности. Чаще всего дѣло ограничивается чувствомъ онѣмѣнія въ конечностяхъ, ощущеніемъ холода въ конечностяхъ. Часто бываютъ судороги (crampi) въ икрахъ. Иногда дѣло доходитъ до рѣзко выраженныхъ болей; иногда онѣ тупыя, ломящія, держатся преимущественно въ затылкѣ или около суставовъ; иногда болѣе острыя, похожія на жженіе, на боль отъ укуса собаки. Иногда бываютъ лацинирующія боли, очень похожія на табетическія. Рядомъ съ этимъ иногда, но далеко не всегда, бываютъ и анестезіи, иногда довольно глубокія.

Пателлярные рефлексы обыкновенно рано исчезаютъ, даже когда еще нѣтъ параличныхъ явленій. Иногда бываютъ трофическія разстройства кожи, иногда даже mal perforant; функція мочевого пузыря мало измѣняется, но половая способность обыкновенно рано падаетъ. На ряду съ этимъ бываетъ часто пораженіе зрѣнія въ видѣ ахблиопіи въ легкой или тяжелой степени, съ измѣненіемъ дна глазныхъ яблокъ, и разстройство слуха. Часто бываетъ разстройство психической дѣятельности, выражающееся то въ повышенной раздражительности, плохомъ снѣ, кошмарахъ, галлюцинаціяхъ, то въ упадкѣ умственныхъ способностей, главнымъ образомъ въ упадкѣ памяти, суженіи круга идей, крайней вялости и апатіи.

Всѣ эти явленія развиваются у діабетиковъ иногда при большомъ количествѣ сахара въ мочѣ, а иногда, напротивъ, при уменьшеніи его количества или даже полномъ исчезновеніи. Часто они кончаются вполнѣ благопріятно, т.-е. всѣ явленія проходятъ, но иногда вмѣстѣ съ

истощеніемъ организма и они усиливаются, и дѣло кончается смертью. Иногда бываетъ, повидимому, смертельный исходъ и отъ теченія самого паралича. Lecadre описываетъ случай, гдѣ у больнаго параличныя явленія распространялись на все тѣло, и больной умеръ отъ паралича дыханія.

Иногда паретическія явленія не такъ выражены, какъ разстройство координаціи; въ такомъ случаѣ больной представляетъ значительное сходство съ настоящею tabes dorsalis, особенно если у него при этомъ отсутствуютъ сухожильные рефлексы, есть стрѣлящія боли и бываютъ пораженія главныхъ мышцъ, часто бывающія при діабетѣ: это—pseudo-tabes diabetica, примѣры которой приведены въ диссертаціи Leval-Picquechef. Для увеличенія сходства въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ и чувство пояса, и crises gastriques, такъ что діагностика дѣйствительно становится затруднительною, если не изслѣдовать мочу на сахаръ *).

Въ виду рѣдкости описанныхъ въ литературѣ случаевъ парезовъ при діабетѣ, я позволю себѣ описать одинъ изъ такихъ случаевъ, который мнѣ пришлось наблюдать. Это былъ уже пожилой человѣкъ, 60 лѣтъ, съ довольно развитымъ артеріосклерозомъ. Какъ давно страдалъ онъ діабетомъ, осталось неизвѣстнымъ, такъ какъ только при появленіи нервныхъ разстройствъ изслѣдована была у него моча и найденъ сахаръ. До начала нервныхъ симптомовъ онъ считался вполнѣ здоровымъ; былъ дѣятельный, энергичный человѣкъ, съ весьма развитымъ интеллектомъ. Въ іюлѣ 1879 года его нашли утромъ на полу; оказалось, что у него была рвота, и онъ упалъ. Его нашли уже въ сознаніи, и неизвѣстно, была ли потеря сознанія, или нѣтъ. Самъ больной, впрочемъ, отрицалъ ее. Подняться съ полу больной не могъ, такъ что его должны были поднять и вести. Къ вечеру онъ, впрочемъ, могъ и самъ ходить, но съ этого дня чувствовалъ все большую и большую слабость въ ногахъ. Поѣхалъ въ Ялту; тамъ, не зная, что у него діабетъ, ѣлъ много винограда и не только не поправился, но еще болѣе ослабѣлъ. Въ январѣ 1880 года больной уже съ трудомъ поднимался съ постели и ходилъ только съ палкой.

В такомъ состояніи я его увидалъ въ первый разъ въ февралѣ 1880 года. Жаловался онъ на слабость ногъ и поясницы. Онъ съ большимъ трудомъ и всегда съ посторонней помощью поднимался со стула, и когда садился, то какъ бы падалъ на стулъ. Ходилъ съ поддержкой, маленькими шагами, какъ будто толкаемый впередъ. Сидѣть безъ опоры сзади онъ не могъ,—сейчасъ же валился назадъ. Повидимому, по-

*) Эта работа была уже окончена, когда въ № 18 „Zentralblatt für Nervenheilkunde“ 1886 г. появилась замѣтка *G. Fischer'a*: „Ueber Beziehungen zwischen Tabes und Diabetes mellitus“, въ которой впрочемъ не высказывается ничего новаго, а повторяется казуистика діабетической атаксіи.

ясничныя мышцы были въ паретическомъ состояніи; въ ногахъ же хотя сила была уменьшена, но парезовъ отдѣльныхъ мышцъ не было. Ступни довольно значительно отекли. На ряду съ этимъ замѣтно было ослабленіе психической сферы: онъ былъ апатиченъ, не интересовался ничѣмъ, сдѣлался наклоненъ къ сонливости; соображеніе было вялое, память ослаблена. По временамъ у него были головныя боли и рвоты желчью. Аппетитъ довольно большой, выпускаетъ 2000—3000 куб. сантиметровъ жидкости въ день. Языкъ покрытъ чернобурымъ налетомъ. Въ мочѣ 2% сѣлка; количество ея 1800—2800 куб. сантим. въ сутки.

Въ виду констатированной мелитуріи назначено было употребленіе Vichy и kal. jodat., соотвѣтствующая діэта, вамо 28° R. Больной уже черезъ нѣсколько дней сталъ поправляться во всѣхъ отношеніяхъ: онъ сталъ живѣе, соображеніе стало быстрѣе, сталъ понемногу подниматься одинъ, потомъ сталъ ходить совершенно свободно,—оставалась только очень большая утомляемость; языкъ очистился, но сахаръ въ мочѣ все еще былъ. Въ такомъ состояніи онъ поѣхалъ въ деревню и чувствовалъ себя хорошо опять до іюля. 9 іюля онъ пошелъ гулять въ садъ и опять безъ потери сознанія упалъ, такъ что его съ трудомъ подняли и довели до дому. Послѣ этого онъ опять къ вечеру оправился, но съ этого дня начинается прогрессивный упадокъ силъ; дѣлается трудно подниматься со стула, трудно ходить; наконецъ, онъ окончательно потерялъ возможность ходить безъ поддержки. Въ то же время опять развилась вялость, сонливость, упадокъ памяти; опять явились головныя боли, рвоты желчью; языкъ опять почерпѣлъ. Въ концѣ августа 1880 года больной былъ опять привезенъ въ Москву, въ значительно худшемъ состояніи, чѣмъ въ первый разъ. Онъ рѣшительно не могъ двинуться безъ поддержки съ обѣихъ сторонъ; сидѣть безъ опоры сзади не могъ вслѣдствіе слабости поясницы. Мышцы ногъ ослабѣли. Ноги слегка отекли. Руки тоже нѣсколько слабы; почеркъ измѣнился. Пателлярныхъ рефлексовъ нѣтъ. Зрачки очень съужены. По временамъ головныя боли и рвоты. Пульсъ неправильный по ритму. Мочи 1500 к. д. *Сахара въ ней нѣтъ*. Апатія, вялость; соображеніе медленное; память очень слаба.

Постепенно состояніе его все ухудшалось: рвоты дѣлались чаще, больной слабѣлъ и худѣлъ; черезъ мѣсяцъ уже онъ не могъ двигаться, не могъ сидѣть, такъ какъ ползъ съ кресла. Часто мочился подъ себя. Психическое состояніе тоже все ухудшалось. Хотя больной отвѣчалъ на вопросы и каждая отдѣльная фраза его имѣла смыслъ, но онъ не сознавалъ, гдѣ онъ находится и зачѣмъ; каждое новое впечатлѣніе сейчасъ же исчезало изъ его памяти; вслѣдствіе этого онъ не помналъ, что не можетъ ходить, пытался вставать. Большею частью находился въ состояніи близкомъ къ сонливости и, какъ я уже ска-

залъ, часто мочился подъ себя. Къ концу 1880 г. онъ постоянно лежалъ въ постели. Ногами могъ двигать въ постели, но перевернуться, подняться, рѣшительно не былъ въ состояніи,—каждая попытка быстро утомляла больнаго и вызывала рѣзкій упадокъ силъ.

Съ января 1881 года началось улучшеніе. Онъ началъ внимательно относиться къ окружающему, сталъ болѣе запоминать. Въ концѣ февраля могъ уже сидѣть безъ поддержки сзади и немного ходить. Психическое состояніе тоже значительно лучше. Улучшеніе все продолжалось, а къ маю 1881 года онъ уже могъ ходить съ палкой; дѣлалъ за руку другаго, могъ самъ приподниматься. Память стала гораздо лучше, соображеніе быстрѣе, апатія исчезла. Больной поѣхалъ въ деревню. Улучшеніе и тамъ продолжалось. Силы нервной системы вполнѣ возстановились, и теперь больной, несмотря на свои 65-лѣтъ, ведетъ жизнь довольно дѣятельнаго помѣщика.

Нечего прибавлять, какъ интересенъ этотъ случай. По моему мнѣнію, онъ крайне характерный для діабетическаго паралича, какъ по теченію, такъ и по симптомамъ: по небольшому парезу ногъ съ потерей пателлярныхъ рефлексовъ, очень большому парезу мышцъ поясницы и характерному разстройству психической дѣятельности.

Что касается до патологической анатоміи діабетическихъ параличей, то она еще совершенно темна; нужно думать, что при нихъ тоже бываютъ невриты и измѣненія въ центрахъ, но они не констатированы. Dickinson описалъ впрочемъ въ спинномъ и головномъ мозгу діабетиковъ мельчайшія кровоизліянія и милліарные фокусы склероза; но другіе авторы не могли найти этихъ измѣненій.

Вѣроятно, впрочемъ, патологическая анатомія діабетическихъ параличей не заставитъ себя долго ждать.

Разстройства нервной системы, принадлежащія къ той же группѣ, вѣроятно встрѣчаются и при другихъ хроническихъ конституціонныхъ разстройствахъ, но они еще не настолько описаны, чтобы можно было считать это положительнымъ. Такъ, есть намеки, что подобныя формы наблюдаются при *ревматизмѣ*, *при подагрѣ*, *при злокачественной анеміи*, *старческомъ маразмѣ*, *различныхъ кахексіяхъ*. Francotte*) только-что описалъ одинъ случай множественнаго неврита при *раковомъ желудка*, т.-е. при канкроидной кахексіи. Дѣло началось со рвоты. Затѣмъ явилось покалываніе и онѣмѣніе въ конечностяхъ, стрѣляющія боли въ ногахъ и слабость. Черезъ два мѣсяца развились рѣзко выраженныя разстройства координаціи движеній нижнихъ конечностей съ потерей patellarныхъ рефлексовъ. Мочевой пузырь функціонировалъ правильно. Анестезія была, но не сильно выражена. Ноги постепенно слабѣли и на 18 день болѣзни совершенно парализовались. Электросократительность исчезла; въ рукахъ тоже появился парезъ. Ранѣе мѣсяца отъ начала паралича послѣдовала смерть. При вскрытіи найденъ ракъ привратника и множественный паренхиматозный невритъ. Спинной мозгъ и корешки совершенно здоровы. Въ анамнезѣ не было ни алкоголизма, ни какой-либо острой болѣзни.

Мнѣ самому пришлось наблюдать смерть при явленіяхъ полуострого восходящаго паралича у одной старушки, у которой были симптомы рака печени.—За годъ до смерти вмѣстѣ съ физическими симптомами со стороны печени у этой больной развился упорный невритъ 6—9 межреберныхъ нервовъ правой стороны, сопровождавшійся herpes zoster и явленіями психической неврастеніи. За мѣсяцъ до смерти, при явленіяхъ общаго упадка силъ, стали слабѣть ноги, потомъ онѣ быстро парализовались, отекли; patellarные рефлексы исчезли; затѣмъ парализовались разгибатели кисти; больная впала въ коматозное состояніе и умерла. Къ сожалѣнію, вскрытія не было.

Аналогичную клиническую картину можетъ вызвать и глубокое истощеніе, вызванное другою причиной *). Въ одной изъ частныхъ лѣчебницъ я видѣлъ эту картину, развившуюся у больнаго (психопата), истощеннаго *отказомъ отъ пищи*.

Больной этотъ, подъ вліяніемъ галлюцинацій, болѣе недѣли ничего не ѣлъ и почти не пилъ и крайне ослабѣлъ. Затѣмъ онъ сталъ ѣсть, но дней черезъ 5 стало замѣтно, что онъ шатается при ходьбѣ. Шаткость эта въ теченіе нѣсколькихъ дней увеличилась; затѣмъ ноги настолько ослабѣли, что больной не могъ уже ходить. Patellarные рефлексы исчезли. Вслѣдъ за тѣмъ развился парезъ рукъ, причемъ экстензоры были поражены гораздо сильнѣе флексоровъ. Пульсъ сталъ очень частъ (до 180 ударовъ въ минуту), дыханіе поверхностное, и больной скончался. Такимъ образомъ у больнаго развился острый восходящій параличъ, похожій на параличъ Ландри.—Потому, что параличъ развился вскорѣ послѣ голоданія, всего естественнѣе, конечно, остановиться на предположеніи, что истощеніе отъ голоданія могло быть причиной паралича; однако я не могу считать этотъ случай доказательнымъ, потому что больной этотъ въ анамнезѣ представлялъ и другія условія, которыя могли бы вызвать тѣ же измѣненія: онъ до своей психической болѣзни много пилъ

*) *Francotte*: „Contribution à l'étude de la nevrite multiple.—Revue de Medicine“ № 5, 1886.

*) Во 2-й книжкѣ „Revue de Medicine“ 1887 г. есть статья *Lepine*: „Paralysie atrophique dans l'anemie“, въ которой описанъ случай атрофическаго паралича, развившійся у глубоко истощенной больной, страдавшей хлорозомъ вслѣдствіе недостаточности питанія.

водки, злоупотреблялъ наркотическими средствами и, наконецъ, будучи уже душевно-больнымъ, курилъ довольно много. Однако навѣрное можно сказать, что уже около двухъ лѣтъ до паралича онъ рѣшительно ничего не пилъ и не употреблялъ наркотическихъ, такъ что все-таки есть данныя считать, что голоданіе играло важную роль въ этіологіи его болѣзни. Припомнивъ, что голоданіе у животныхъ, по опытамъ Розенбаха *), можетъ вызывать въ спинномъ мозгу измѣненія, нѣсколько сходныя съ измѣненіями, вызванными другими ядами, мы не станемъ этому особенно удивляться.

Этимъ мы закончимъ обзоръ пораженій нервной системы вслѣдъ за дѣйствіемъ на организмъ тѣхъ или другихъ интоксикацій или вслѣдствіе вліянія болѣзни, общей для всего организма, или какого-нибудь отдѣльнаго органа. Мы могли убѣдиться, что отъ какой бы изъ этихъ причинъ ни происходило пораженіе нервной системы, оно носитъ общія черты, которыя дѣлаютъ похожими между собой заболѣванія отъ различныхъ ядовъ и заболѣванія послѣ различныхъ болѣзней. Какъ мы видѣли, во многихъ случаяхъ пораженіе принимаетъ характеръ папраплетической формы, т.-е. паралича большею частью неполнаго, съ потерей сухожильныхъ рефлексовъ; параличъ этотъ большею частью сопровождается болями, небольшою анестезіей, иногда атрофіей, причемъ большею частью конечности поражаются сильнѣе, чѣмъ туловище и тазовые органы. Мы видѣли, что и теченіе этихъ параличей довольно сходное, видѣли даже нѣкоторую аналогію въ срокѣ появленія параличныхъ явленій: такъ, при дифтеритическомъ паралічѣ параличныя явленія развиваются черезъ 3—15 дней послѣ дифтерита; почти такой же срокъ существуетъ и для появленія арсеникальныхъ параличей послѣ острого отравленія, да и вообще для всѣхъ почти формъ интересующаго насъ типа, развившихся послѣ вліянія острой причины.— Мы видѣли далѣе, что сходство клинической картины объясняется и сходствомъ патолого-анатомическаго субстрата—присутствіемъ въ громадномъ числѣ случаевъ невритa, паренхиматознаго или интерстиціальнаго, такъ что, повидимому, наиболѣе близкое отношеніе къ разбираемой нами формѣ имѣетъ *множественный неврить*. Съ другой стороны, иногда мы находимъ пораженіе нервныхъ центровъ, разлитое или занимающее только клѣтки переднихъ роговъ, и тогда болѣзнь сближается съ *полиоміэлитомъ* и *диффузнымъ міэлитомъ*, съ которыми она имѣетъ и нѣкоторыя сходныя клиническія черты.

Уже этимъ обусловливается необходимость для насъ сдѣлать обзоръ

*) *Розенбахъ П. Н.*: О вліяніи голоданія на нервные центры.—Вѣстникъ Психіатріи". Т. 1, 2, стр. 150.

этихъ основныхъ болѣзней, такъ какъ a priori нужно ожидать, что въ нихъ мы найдемъ много сходнаго съ тою формой алкогольнаго паралича, которая насъ интересуетъ. При обзорѣ этихъ основныхъ болѣзней мы не должны будемъ позабывать и нѣкоторыя изъ самостоятельныхъ формъ, примыкающихъ, по клинической картинѣ и анатомической подкладкѣ, ко множественнымъ невритамъ и міэлитамъ, хотя и не окончательно слившимся съ ними: я говорю о восходящемъ параличѣ Ландри и о beriberi.

Множественный неврить.—Polyneuritis.—Neuritis multiplex.

Ученіе о множественномъ невритѣ развилось на нашихъ глазахъ. Почти на нашей памяти знаменитый Duchenne (de Boulogne), благодаря необыкновенной наблюдательности своей и способности дифференцировать и обобщенія, указавшій намъ столько различныхъ формъ, до этого смѣшанныхъ вмѣстѣ,—указалъ на необходимость различать въ „спинныхъ" параличахъ различные виды: 1) paralysie spinale de l'enfance, 2) paralysie spinale aigue de l'adulte, 3) paralysie générale spinale antérieure subaigue и 4) paralysie générale spinale diffuse subaigue. Для большинства изъ этихъ болѣзней искорѣ найденъ былъ анатомическій субстратъ—пораженіе клѣтокъ передникъ роговъ сѣраго вещества. Благодаря работамъ французскихъ ученыхъ, преимущественно учениковъ Шарко и Вульпіана, все болѣе и болѣе накоплялось фактовъ, подтверждающихъ этотъ анатомическій субстратъ. Благодаря необыкновенной преподавательской способности профессора Шарко, его умѣнью представить самыя запутанныя части нервной патологіи въ чрезвычайно понятной, хотя и нѣсколько схематичной, формѣ, ученіе о пораженіи клѣтокъ переднихъ роговъ стало наиболѣе любимымъ отдѣломъ невропатологовъ всѣхъ странъ. Пораженіемъ клѣтокъ переднихъ роговъ (poliomyelitis) объяснялось происхожденіе всѣхъ атрофическихъ параличей; острое воспаленіе ихъ (poliom. acuta) вызывало острый спинной дѣтскій параличъ и острый спинной параличъ взрослыхъ. Подострое воспаленіе ихъ (poliomyelitis subacuta) клалось въ основу paralysie générale spinale antérieure subaigue; хроническое (poliomyelitis chronica)—въ основу прогрессивной мускульной атрофіи изъ нѣкоторыхъ ея видахъ. Изъ Дюшеновскихъ формъ оставалась необъясненною съ этой точки зрѣнія paralysie générale spinale *diffuse* subaigue, которая и казалась неясной, такъ что предполагалось даже, что Дюшенъ подъ этимъ названіемъ описалъ тѣ случаи, клиническую картину которыхъ онъ представлялъ себѣ довольно смутно: такъ, напримѣръ, предполагалось, что онъ подъ этимъ названіемъ описалъ случаи аміотрофическаго бокового склероза. Однако оказалось, что это

не такъ, что Дюшенъ имѣлъ полное право выдѣлить свой диффузный спинной параличъ въ отдѣльную группу, и эта-то форма, повидимому, и стоитъ въ ближайшей связи со множественнымъ невритомъ. Въ то время, когда ученіе о полиоміэлитѣ привлекло всеобщее вниманіе, о значеніи заболѣваній периферической нервной системы для атрофическихъ параличей было позабыто: всякій атрофическій параличъ считался спинномозговымъ. Правда, сообщались отдѣльные случаи, гдѣ при атрофическихъ параличахъ не было найдено измѣненій въ передніхъ корешкахъ передніхъ роговъ, а было найдено измѣненіе только въ периферическихъ нервахъ, но эти факты до поры до времени не вліяли на измѣненіе взглядовъ ученыхъ. Такъ, Dumenil *) еще въ 1864 году описалъ случаи параличей 4-хъ конечностей съ атрофіей мускуловъ, гдѣ при вскрытіи констатирована была цѣлость спиннаго мозга. Онъ обозначаетъ эти случаи, какъ „восходящій невритъ“ (neuritis ascendens). Несмотря на тщательность наблюденія, оно хотя и было принято къ свѣдѣнію и Шарко и нѣмецкими учеными, но не измѣнило существующихъ взглядовъ. Только Лейденъ, повидимому, серьезно отнесся къ этому сообщенію и, руководя работами своихъ учениковъ, Нотнагеля, Твэлера, Клемма,—старался доказать значеніе восходящаго неврита для развитія общихъ параличей. По результатамъ этихъ изслѣдованій, а также изслѣдованій Feinberg'a и Hayem'a, можно было вывести, что пораженіе периферическихъ нервовъ можетъ распространяться до нервныхъ центровъ, т.-е. до спиннаго мозга, и вызывать въ немъ существенныя измѣненія. Такимъ образомъ явилась возможность объяснить, какъ при невритѣ могутъ развиться явленія полиоміэлита, что крайне интересно было для всѣхъ, такъ-называемыхъ, рефлекторныхъ параличей; но этими же изслѣдованіями пробилась первая брешь въ ученіи о полиоміэлитѣ, какъ первичномъ пораженіи: если оказалось, что вслѣдъ за невритомъ можетъ развиться и вторичное измѣненіе въ клѣткахъ передніхъ роговъ, то не слѣдуетъ ли изъ этого, что полиоміэлитическія измѣненія часто вовсе не первичныя, что не они лежатъ въ основѣ клинической картины болѣзни, а именно измѣненія въ периферическихъ нервахъ? Это сомнѣніе еще болѣе поддерживалось накопившимися наблюденіями, въ которыхъ почти несомнѣнно первичное пораженіе было въ нервахъ, а картина болѣзни носила характеръ полиоміэлита или диффузнаго міэлита, или острато паралича Ландри. Таковы случаи Eichhorst'a **) (neuritis progressiva acuta), Joffroy ***) (neurite parenchymateuse généralisé: 1) spontanée, 2) toxique (saturnine), 3) dans les maladies infectieux (typhus, variola, diphteritis), Desnos и Pierret *). Dr Häcker (въ „Petersb. Med. Wochenschr“. 1876, № 10) въ статьѣ „о ревматическихъ параличахъ“ прямо ставитъ вопросъ о возможности развитія симптомъ-комплекса полиоміэлита при периферическихъ пораженіяхъ. Наконецъ, въ 1880 году, появилась статья Лейдена: „Ueber Poliomyelitis und Neuritis“ **), въ которой авторъ чрезвычайно обстоятельно указалъ на необходимость существенной провѣрки всего, что намъ извѣстно о полиоміэлитѣ, и настаивалъ на необходимости признать самостоятельную форму множественнаго неврита (neuritis multiplex). Эта работа обратила на себя вниманіе всѣхъ невропатологовъ; посыпались факты, подтверждающіе новый взглядъ, и увлеченіе дошло до того, что явилось даже сомнѣніе, не всегда ли вызываются констатированныя тѣ измѣненія, которыя прежде приписывались полиоміэлитамъ, а что сами измѣненія въ клѣткахъ передніхъ роговъ суть измѣненія послѣдовательныя за пораженіемъ периферическихъ нервовъ. Это сомнѣніе не подтвердилось, а съ другой стороны были и такіе ученые, которые не рѣшались отказаться отъ прежняго взгляда и которые утверждали, какъ Erb, что невритъ, фактическое существованіе котораго нельзя было отрицать, есть все-таки слѣдствіе пораженія клѣтокъ передніхъ роговъ. Хотя можетъ-быть это пораженіе настолько слабо, что и не можетъ быть нами констатировано, но все-таки функція клѣтки нарушается,—именно трофическая функція,—вслѣдствіе чего нервное волокно, исходящее изъ этой клѣтки, перерождается. Этотъ взглядъ, однако чисто теоретическій, конечно не можетъ быть принятъ, пока не будетъ подтвержденъ фактами, а до тѣхъ поръ у насъ существуетъ несомнѣнно болѣзненная форма съ опредѣленными клиническими особенностями и съ опредѣленнымъ анатомическимъ субстратомъ—измѣненіемъ периферическихъ нервовъ безъ эквивалентныхъ измѣненій въ спинномъ мозгу, т.-е. множественный невритъ.

Клиническая картина первичнаго множественнаго неврита такова:

За типъ страданія Лейденъ ***) считаетъ острое или подострое появленіе параличей, поражающихъ конечности обыкновенно симметрично; чаще всего поражаются всѣ четыре конечности, иногда только двѣ. Парализи эти бываютъ всего сильнѣе по близости отъ конца конечности (за немногими исключеніями) и часто, но не всегда, ведутъ къ мышечной атрофіи. При этомъ существуютъ обыкновенно нѣкото-

*) *Dumenil*: „Gazette hebdomadaire“ 1864, № 13: „Paralysies périphériques du mouvement et du sentiment portant sur les quatre membres“.

**) „Virchow's Archiv“ 1876, Bd. 69, p. 265.

***) „Archive de Physiologie“ 1879, XI, № 2.

*) „Centralblatt. f. Nerv.-heilkunde“ 1879.

**) „Zeitschrift für Klinische Medicin“, Bd. 1, heft 3.

***) „Лекціи современныхъ нѣмецкихъ клиницистовъ“, изд. подъ редакц. *Ю. Голубева*, 1885, 3-я книга.

рые симптомы въ сферѣ чувствительности, которые могутъ быть отнесены къ воспаленію нервовъ.

За нѣсколько времени до болѣзни бываютъ обыкновенно предвѣстники, состоящіе въ боляхъ въ конечностяхъ, которые появляются и исчезаютъ. Самая болѣзнь начинается иногда внезапно, иногда при появленіи лихорадки (темпер. доходитъ до 39—40° С.) и общей слабости. Уже съ самаго начала замѣтны парезы, имѣющіе вышеобозначенное типическое распространеніе. Въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ равномѣрно поражена вся конечность; чаще всего параличъ бываетъ всего рѣзче выраженъ въ ступняхъ и кистяхъ рукъ, затѣмъ въ голеняхъ и предплечьи, а въ меньшей степени въ плечѣ и бедрѣ. Не всегда страданіе устанавливается сразу во всемъ объемѣ; часто оно занимаетъ вначалѣ небольшое протяженіе и обнаруживаетъ рѣзкую наклонность къ распространенію. Вслѣдствіе этого возникаетъ иногда картина болѣзни, сходная съ параличомъ Ландри. Таковы, наприм., извѣстный случай Эйхорста и чрезвычайно быстро протекшій случай Roth'a *), въ которомъ множественный невритъ развился вслѣдъ за гнойникомъ въ околоушной железѣ, и на 6-ой день больной уже померъ вслѣдствіе паралича діафрагмы. При вскрытіи найденъ рѣзко выраженный паренхиматозный и интерстиціальный невритъ.

Быстрота распространенія и интенсивность паралича не одинаковы. Не всегда параличъ ограничивается одними конечностями. Иногда наблюдалось пораженіе мышцъ туловища, шеи, мышцъ лица, языка, глазныхъ мышцъ. Иногда разстраивалась дѣятельность сердца и дыхательныхъ мышцъ. Параличъ почти всегда имѣетъ вначалѣ характеръ разслабленнаго паралича; пассивныя движенія не встрѣчаютъ препятствій, мышца мягка и разслаблена; но въ дальнѣйшемъ теченіи иногда развиваются контрактуры, преимущественно въ сгибающихъ мышцахъ. Обыкновенно рефлексы пателлярные рано исчезаютъ, кожные иногда остаются. Вмѣстѣ съ этимъ мышцы худѣютъ, иногда представляютъ рѣзко выраженныя атрофіи съ болѣе или менѣе глубокими измѣненіями электровозбудимости. Иногда въ первое время болѣзни, до наступленія паралича въ высшей его степени, являются судорожныя явленія то въ видѣ толчкообразныхъ подергиваній, то въ видѣ движеній напоминающихъ хорею или атетозъ. Рядомъ съ этимъ почти всегда бываютъ разстройства чувствительности, хотя нужно замѣтить, что иногда, ихъ и совсѣмъ не бываетъ. Изъ нихъ на первомъ планѣ стоятъ боли, иногда чрезвычайно жестокія. Эти боли частью самостоятельныя, частью не самостоятельныя. Самостоятельныя боли бываютъ рвущія, ноющія, стрѣляющія. Онѣ распространяются по направленію нервовъ, иногда

*) *Roth*: „Neurologisch. Centralblatt" 1883, p. 402.

преимущественно въ какой-нибудь одной части тѣла, большею частью въ ступняхъ, иногда же распространяются и по всему тѣлу. Часто онѣ являются приступами и особенно усиливаются по ночамъ. Кромѣ болей, больные обыкновенно жалуются и на массу ложныхъ ощущеній, чувство ползанія мурашекъ, онѣмѣнія, стягиванія конечностей, туловища, пищевода. Давленіе на нервные стволы и особенно на мышцы большею частью очень болѣзненно. Иногда бываетъ и гипералгезія кожи. Анестезія бываетъ часто, хотя далеко не всегда, и большею частью она выражена не сильно. Сфинктеры большею частью остаются нетронутыми, хотя иногда въ тяжелыхъ случаяхъ бываютъ и пораженія пузыря и прямой кишки. Параличъ большею частью сопровождается вазомоторными разстройствами въ конечностяхъ, краснотою кожи, чрезвычайною потливостью, иногда отеками. Иной разъ бываютъ различныя сыпи въ той или другой части тѣла, измѣненія въ питаніи ногтей и т. д. Иной разъ бываютъ измѣненія въ суставахъ, опухоль ихъ, краснота. Пролежни бываютъ рѣдко и большею частью очень поверхностные.

Что касается до теченія, то Лейденъ различаетъ острыя, подострыя и хроническія формы. Въ случаяхъ острыхъ часто бываетъ летальный исходъ: въ теченіе 7—10 дней болѣзнь достигаетъ высшей степени развитія, является параличъ дыханія и смерть. Въ другихъ случаяхъ хотя начало бываетъ и довольно остро, но чрезъ 2—3 дня первоначальныя лихорадочныя явленія исчезаютъ, а параличи хотя и распространяются, но не такъ интензивно. Обыкновенно въ такихъ случаяхъ къ концу мѣсяца отъ начала заболѣванія являются тоже опасные симптомы, указывающіе на пораженіе n. vagi и phrenici, но эти симптомы не остаются долго, и болѣзнь, достигнувъ acme развитія, на нѣкоторое время останавливается. Въ это время развивается болѣе или менѣе глубокая атрофія мышцъ, развиваются контрактуры, отеки, и, смотря по степени этихъ послѣдовательныхъ измѣненій, болѣзнь можетъ иногда долго стоять въ одной степени и уменьшаться только очень медленно. Иногда, впрочемъ, если измѣненія не глубоки, атрофіи не сильны,—поправленіе идетъ довольно быстро. Въ третьей группѣ случаевъ теченіе бываетъ хроническое, хотя обострѣнія бываютъ и здѣсь. Въ хроническихъ случаяхъ параличныя явленія распространяются медленно, въ теченіе 2—3 мѣсяцевъ, и могутъ долго оставаться въ одной степени или также вести къ смерти вслѣдствіе распространенія паралича на дыхательные органы.

Патолого-анатомическія измѣненія сводятся къ глубокому измѣненію въ нервныхъ стволахъ. Въ большинствѣ нервныхъ стволовъ находятъ рѣзко выраженныя дегенеративныя измѣненія, захватывающія не всѣ нервныя волокна сплошь, а только часть ихъ, такъ что здоровыя нервныя волокна попадаются между больными. Эти дегенеративныя измѣ-

ненія рѣзче всего выражены въ конечныхъ вѣтвяхъ нервовъ. По мѣстамъ находятъ и измѣненіи соединительной ткани, разрастаніе ея, громадное количество ядеръ, особенно около мелкихъ сосудовъ, и измѣненія въ сосудахъ. Въ случаѣ Лейдена было скопленіе большаго числа лимфоидныхъ элементовъ на внутренней поверхности endoneurium и въ endoneurium, вслѣдствіе чего Лейденъ и называлъ эти измѣненія endoneuritis degenerativa. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, вслѣдствіе излишняго развитія соединительной ткани на протяженіи нервнаго ствола, образуются утолщенія (neuritis nodosa). Въ нѣкоторыхъ наиболѣе острыхъ случаяхъ въ endoneurium замѣтны кровоизліянія, которыми раздвигаются и сдавливаются нервныя волокна (Eichhorst). Въ спинномъ мозгу большею частью не находятъ никакихъ измѣненій или измѣненія незначительныя: вакуоли и измѣненіе формы въ немногихъ нервныхъ клѣткахъ. Въ одномъ случаѣ Oppenheim'a, впрочемъ, рядомъ со множественнымъ паренхиматознымъ невритомъ былъ ограниченный болѣзненный фокусъ въ поясничномъ отдѣлѣ спиннаго мозга, на который авторъ смотритъ какъ на независимый отъ неврита. Въ одномъ изъ случаевъ Grainger-Stewart'a тоже было измѣненіе въ спинномъ мозгу, именно въ Голлевскихъ столбахъ и заднемъ отдѣлѣ боковыхъ. Въ случаѣ Eisenlohr'a *) были тоже существенныя измѣненія въ клѣткахъ переднихъ роговъ. Корешки большею частью бываютъ совершенно здоровы; мускулы представляютъ различныя степени атрофіи; иногда встрѣчается увеличеніе селезенки.

Этіологическимъ моментомъ этой формы неврита служатъ многія инфекціонныя и другія болѣзни. Мы уже видѣли много примѣровъ такого рода невритовъ: послѣ тифа (случай Рудова въ русской литературѣ), послѣ дифтеріи (случай Розенбаха), послѣ дифтерита (Kast и др.), послѣ родовъ (нашъ случай), при сахотикѣ (случай Vierordt'a). Такіе же случаи бываютъ послѣ интоксикацій (наприм. свинцомъ, случай описанный Schultze и т. д.). Но кромѣ этого бываютъ и случаи совершенно самостоятельнаго множественнаго неврита, гдѣ въ этіологіи нельзя найти ничего, кромѣ, напр., сомнительнаго вліянія простуды. Таковы, напримѣръ, случаи Pierson'a и отчасти Remak'a, что заставляетъ предполагать, что эта болѣзнь можетъ быть вызвана еще какою-нибудь неизвѣстною до сихъ поръ инфекціей. Въ пользу этого говоритъ и то, что совершенно такая же болѣзнь, извѣстная подъ именемъ beriberi въ жаркихъ странахъ, имѣетъ всѣ характерныя свойства инфекціонной болѣзни **).

Легко видѣть, что алкогольные параличи въ громадномъ большинствѣ случаевъ совершенно подходятъ подъ описаніе множественныхъ невритовъ. И дѣйствительно, въ послѣднее время алкогольныя параличи и описываются подъ названіемъ neuritis multiplex potatorum. Случаи описанные подъ названіемъ „множественнаго неврита“ Strümpell'я и Müller'а были у алкоголиковъ.

Существеннымъ характернымъ признакомъ для алкогольныхъ заболѣваній этого рода является существующее разстройство психической сферы, характерныя особенности которой мыописали. Большинство авторовъ склонны думать, что это разстройство психической сферы является только осложненіемъ, обязаннымъ происхожденіемъ своимъ иногда повышенію температуры, но больше всего тому, что у алкоголиковъ всякія заболѣванія, наприм. воспаленіе легкихъ, могутъ вызвать появленіе спеціальнаго алкогольнаго бреда. Однако, мнѣ кажется, дѣло не такъ просто. Во-первыхъ, внимательно слѣдя за разстройствами въ психической сферѣ, мы видимъ въ нихъ нѣкоторыя особенности, отличающія ихъ отъ обычнаго delirium tremens, и нѣкоторую параллельность съ теченіемъ другихъ симптомовъ алкогольнаго паралича; а во-вторыхъ, мы встрѣчаемся съ такого же рода психическими разстройствами и при множественныхъ невритахъ не алкогольнаго происхожденія. Уже Müller, приписывая въ своемъ случаѣ разстройство психической дѣятельности специфическому выраженію алкоголизма, указываетъ, однако, на то, что со множественнымъ невритомъ часто соединяется психическое разстройство. Онъ указываетъ на нѣкоторые изъ случаевъ Joffroy, Grainger-Stewart'a, Desnos et Pierret, гдѣ были порядочно выраженныя психическія разстройства. Въ той же книжкѣ „Archiv. f. Psychiatrie“, гдѣ помѣщена статья Müller'а, описанъ случай дегенеративнаго неврита у сахотичнаго Vierordt'омъ, гдѣ тоже было характерное психическое разстройство.

Въ описаніи параличей какъ инфекціонныхъ, такъ и при разныхъ болѣзняхъ мы видѣли, что совпаденіе это чрезвычайно часто и почти всегда носитъ характерную форму, болѣе или менѣе похожую на форму при алкогольныхъ параличахъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно было, пожалуй, объяснить это случайнымъ осложненіемъ, какъ, наприм., въ послѣтифозныхъ заболѣваніяхъ или при различныхъ интоксикаціяхъ, какъ, наприм., при отравленіи угаромъ; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ невольно является мысль о болѣе тѣсной связи между периферическимъ невритомъ и сопутствующимъ психическимъ разстройствомъ. Въ этомъ отношеніи особенно характерны наши случаи послѣродовыхъ множественныхъ невритовъ.

Анализируя ихъ, нельзя не высказать мнѣнія, что какъ психическія измѣненія, такъ и параличи суть выраженіе вліянія одной и той же болѣзнетворной причины; причемъ параличи суть выраженіе этого влія-

*) „Neurologisch. Zentralblatt“ 1884, №№ 7 и 8.

**) Есть много основаній думать, что болѣзнь, которая была въ западной Европѣ около 1828—1830 года и описывалась подъ именемъ astodynia — была тоже множественнымъ невритомъ.

нія на периферическую нервную систему, а психическія разстройства—выраженіе вліянія ея на головной мозгъ. Еще болѣе подтверждается этотъ взглядъ тѣмъ, что при идіопатическихъ множественныхъ невритахъ тоже бываетъ иногда характерное пораженіе психической сферы. Таковъ, наприм., случай Remak'a *), въ которомъ при невритѣ (повидимому послѣ ревматизма) были рѣзкія разстройства психической дѣятельности. Изъ этого, мнѣ кажется, слѣдуетъ, что предположеніе о существенной связи между первичнымъ множественнымъ невритомъ и психическими разстройствами, являющимися одновременно, имѣетъ за себя много основаній, и вѣрнѣе всего то, что эта связь обусловливается тѣмъ, что болѣзнетворная причина, вызывающая невритъ, одновременно можетъ вызывать и измѣненія въ головномъ мозгу **). Мы сейчасъ увидимъ, что иногда она можетъ одновременно вызывать измѣненія и въ спинномъ мозгу, что, впрочемъ, мы уже отчасти знаемъ изъ случая Oppenheim'a, Eisenlohr'a и Grainger-Stewart'a.

Въ заключеніе этого отдѣла я долженъ прибавить, что я здѣсь касаюсь только той формы множественнаго неврита, которая клинически протекаетъ въ формѣ восходящаго (или нисходящаго) паралича, полнаго или неполнаго и которая нѣкоторыми авторами называется „первичнымъ дегенеративнымъ множественнымъ невритомъ". Но есть, конечно, и другія формы множественнаго неврита и изъ нихъ чаще всего попадается та, которая выражается почти исключительно въ разстройствѣ чувствительности,—боляхъ по тракту нервовъ и парестезіяхъ,—причемъ нервы часто прощупываются припухшими, утолщенными. Распредѣленіе пораженія нервовъ при этой формѣ повидимому не имѣетъ такой правильности, какъ при формѣ, протекающей въ формѣ паралича. Какое взаимное отношеніе этихъ двухъ формъ, это мнѣ кажется еще неясно. Одно только для меня несомнѣнно—это то, что кромѣ этихъ двухъ формъ есть еще и другія проявленія множественнаго неврита, менѣе интензивнаго: повидимому, есть формы проявляющіяся въ видѣ pseudotabes, съ ланцинирующими болями, парестезіями и разстройствомъ координаціи,—есть формы, проявляющіяся только въ соединеніи неврастеніи съ сравнительно ничтожными разстройствами чувствительности. Вѣроятно, переходомъ отъ этой послѣдней, неврастенической, формы къ предшествующей, атактической, объясняется появленіе формъ, описываемыхъ Leval-Picquechef'омъ подъ именемъ „pseudotabes neu-

*) „Neurologisch. Zentralblatt" 1885, № 14.

**) Болѣе подробно эта мысль развита въ статьѣ моей въ „Вѣстникѣ Психіатріи" IV, 2: „Разстройство психической дѣятельности при алкогольномъ параличѣ и отношеніе его къ разстройству психической сферы при множественномъ невритѣ не алкогольнаго происхожденія".

rastheniques" (l. c., p. 103), а переходомъ отъ нея къ атрофической формѣ—появленіе мышечныхъ атрофій при симптомъ-комплексѣ неврастеніи.

Нѣкоторыя формы міэлита.

(Poliomyelitis anterior subacuta, myelitis diffusa.)

Та самая клиническая картина, которая въ настоящее время считается комплексомъ симптомовъ множественнаго неврита, прежде, какъ мы говорили, считалась несомнѣннымъ проявленіемъ страданія спиннаго мозга. Описанныя теперь подъ именемъ множественнаго неврита формы назывались Дюшеномъ *): paralysie générale spinale antérieure subaigue (et chronique) и paralysie générale spinale diffuse subaigue. Первую форму, т.-е. передняго спиннаго распространеннаго паралича, составляли случаи постепенно развивающагося паралича мышцъ, причемъ иногда параличъ начинается съ нижнихъ конечностей и достигаетъ верхнихъ (forme ascendante), иногда начинается съ верхнихъ и потомъ уже поражаетъ нижнія (forme descendante). Параличомъ поражаются преимущественно мышцы стопы и кистей, но параличъ можетъ распространиться и на болѣе близкія къ туловищу части; иной разъ параличъ, восходя вверхъ, вызываетъ разстройства глотанія и рѣчи. Чувствительность, по Дюшену, нормальна. Эта форма излѣчимая.

Вторую форму, т.-е. paralysie spinale diffuse subaigue, обозначаетъ Дюшенъ какъ разновидность первой, отличающуюся отъ нея тѣмъ, что къ симптомамъ paralysie générale spin. antérieure присоединяются: 1) боли въ позвоночникѣ и по тракту нервовъ и въ мускулахъ, 2) разстройства чувствительности, 3) контрактуры или ригидность въ пораженныхъ мускулахъ, 4) параличъ пузыря и прямой кишки и 5) пролежни. Форма эта неясно описана у Дюшена; но, судя по нѣкоторымъ описываемымъ имъ случаямъ, особенно по тому, который произошелъ послѣ острыхъ гастрическихъ припадковъ и былъ доставленъ изъ Бразиліи, гдѣ діагносцировался какъ beriberi, не остается сомнѣнія, что къ этой группѣ относятся случаи, которые теперь описываются какъ множественный невритъ и куда нужно отнести многіе алкогольные параличи. Дюшенъ считалъ, что эта форма неизлѣчима и обусловливается разлитымъ пораженіемъ спиннаго мозга, тогда какъ paralysie génér. antérieure обусловливается пораженіемъ клѣтокъ переднихъ роговъ, распространеннымъ по длинѣ спиннаго мозга. Авторы, писавшіе впослѣдствіи объ этихъ двухъ формахъ, держались приблизительно того же мнѣнія. Erb въ Цимсеновскомъ изданіи описываетъ Дюшеновскій paral. spin. génér. antér. подъ названіемъ poliomyelitis

*) *Duchenne* (de Boulogne): „Electrisation localisée". 1872, ed. 3, p. 437.

anterior subacuta et chronica, а Дюшеновскій paral. génér. diffuse—подъ названіемъ myelitis universalis progressiva (стр. 417, русск. перев.). Описаніе Erb'а еще болѣе подходитъ къ описаніямъ множественнаго неврита: онъ допускаетъ, что иногда въ началѣ болѣзни бываютъ рвущія и тянущія боли, парестезіи и болѣзненность мышцъ при давленіи. Анестезіи обыкновено не бываетъ, а если она бываетъ, то это значитъ, что мозгъ распространился съ передніхъ роговъ въ задніе отдѣлы. Какъ типъ poliomyelitis anter. subacuta et chronica, Erb считаетъ спинномозговый параличъ. Какъ разновидность этой болѣзненной формы, Erb описываетъ свою такъ-называемую межуточную форму, которая отличается отъ главной формы poliomyelitis subacuta 1) частымъ сохраненіемъ сухожильныхъ рефлексовъ и 2) сохраненіемъ электровозбудительности въ нервахъ при существованіи реакціи перерожденія въ мышцахъ. Форма эта, по Erb'у, отличается чрезвычайно благопріятнымъ теченіемъ.

Какъ мы уже говорили, анатомическою подкладкой этихъ формъ считались измѣненія различныя по длинѣ спинного мозга, въ противоположность тѣмъ формамъ, которыя обусловливаются отдѣльными гнѣздовыми измѣненіями въ спинномъ мозгу (poliomyelitis acuta infantum et adultorum). При этомъ для однихъ случаевъ допускалось пораженіе только переднихъ роговъ, для другихъ—большее или меньшее распространеніе пораженія въ толщѣ спиннаго мозга. Этотъ взглядъ нашелъ себѣ подтвержденіе и въ нѣкоторыхъ аутопсіяхъ, которыя показали, что эти диффузныя измѣненія состоятъ большею частью въ большей или меньшей степени атрофіи нервныхъ элементовъ пораженныхъ частей и развитіи соединительной ткани.

Съ тѣхъ поръ, какъ ученіе о множественномъ невритѣ сдѣлалось распространеннымъ, почти всѣ случаи, причислявшіеся прежде къ этимъ формамъ, стали описываться какъ множественные невриты, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ при вскрытіи можно было констатировать только неврить, а въ нервныхъ центрахъ никакихъ измѣненій не было. Напрасно Erb старался удержать значеніе пораженія спиннаго мозга въ этихъ случаяхъ, указывая, что измѣненія въ клѣткахъ спиннаго мозга могутъ быть, но только они не замѣтны, а находимыя въ нервахъ измѣненія суть явленія дегенераціи, происходящей вслѣдъ за пораженіемъ трофическихъ клѣтокъ спиннаго мозга, — ученіе о множественномъ невритѣ находило все болѣе и болѣе послѣдователей, такъ что въ настоящее время естественно является даже вопросъ: бываютъ ли и вообще когда-нибудь измѣненія въ спинномъ мозгу причиной клинической картины, подходящей къ описываемой, какъ poliomyelitis anterior subacuta, и не составляютъ ли находимыя въ спинномъ мозгу измѣненія только одно *слѣдствіе* пораженія периферическихъ первовъ?—Однако безпристрастное отношеніе къ предмету даетъ возможность убѣдиться, что при данной клинической формѣ, — назовемъ его подострый восходящій (или исходящій) атрофическій параличъ,—бываютъ самостоятельныя измѣненія и въ спинномъ мозгу. Въ пользу этого говорятъ аутопсіи Cornil et Lepine (1878 г.), Webber (1875 г.), Karl Ketty (1877 г.), которые констатировали воспалительныя и дегенеративныя измѣненія въ переднихъ столбахъ и переднихъ рогахъ спиннаго мозга *). Въ случаѣ атрофическаго паралича, у сифилитика, описаннаго Déjérine'омъ, о которомъ мы говорили, измѣненія были найдены и въ нервныхъ стволахъ, и въ корешкахъ, а также глубокія измѣненія въ спинномъ мозгу. Такія же глубокія измѣненія въ клѣткахъ переднихъ роговъ вдоль всего спиннаго мозга найдены были въ одномъ случаѣ атрофическаго паралича Bäumler'омъ **) и Neumann'омъ ***). Въ одномъ случаѣ, описываемомъ Dumenil'емъ подъ названіемъ neuritis ascendens, тоже на ряду съ измѣненіями въ нервахъ найдены и измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ переднихъ роговъ. Совершенно то же было констатировано въ нѣкоторыхъ случаяхъ спинальныхъ и дифтеритическихъ параличей, причемъ измѣненія въ спинномъ мозгу были настолько велики, что ихъ никакъ нельзя было считать только за послѣдствія измѣненій въ нервныхъ стволахъ, а нужно было признать за ними и самостоятельное значеніе.

Въ пользу этого говоритъ и то, что иногда эти измѣненія находятся и тогда, когда измѣненій въ периферическихъ нервахъ нѣтъ. Такъ, Landouzy и Déjérine ****) въ одномъ изъ своихъ случаевъ быстро восходящаго паралича, сопровождавшагося болями и измѣненіями электрической реакціи, при вскрытіи нашли нервы совершенно здоровыми, а въ спинномъ мозгу, кромѣ старинныхъ фокуса, соотвѣтствующаго бывшему у больнаго дѣтскому параличу, по всей его длинѣ найдены измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ. Въ виду этого авторы приписываютъ спинномозговое происхожденіе описываемымъ ими атрофическимъ параличамъ съ быстрымъ теченіемъ и съ наклонностью къ выздоровленію, къ которымъ близко стоятъ и описанные Déjérine'омъ въ томъ же году случаи атрофическихъ параличей болѣе медленнаго развитія, характеризовавшихся сохраненіемъ сухожильныхъ рефлексовъ и усиленіемъ механической реакціи мышцъ, а также наклонностью къ выздоров-

*) *Leiden*: „Ueber Poliomyelitis und Neuritis".

**) *Bäumler*: „Bericht der Naturforsch. Versamml." zu Baden-Baden 1879, p. 270. „Poliomyelitis anterior subacuta".

***) *Neumann*: „Poliomyelitis ant. subacuta complicirt mit Leptomeningitis chronica. — Deutsch. Arch. f. Kl. Medic." 28, 611, 589.—1881.

****) *Landouzy* et *Déjérine*: „Des paralysies générales spinales à marche rapide et curable.—Revue de Medic." 1882. Aout et Dec.

леніе. Онъ называетъ эти случаи — forme particulière et curable de myelite centrale diffuse chronique [*]).

Такимъ образомъ и въ новѣйшее время находится подтвержденіе того, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ атрофическихъ параличей бываютъ измѣненія въ спинномъ мозгу иногда одновременно съ измѣненіями въ периферическихъ нервахъ, иногда же и въ отсутствіи измѣненій периферическихъ нервовъ.

Paralysis ascendens acuta.

Параличъ Ландри.

Мы видимъ, что иногда теченіе алкогольнаго паралича, а также и другихъ токсическихъ параличей, и параличей связанныхъ съ тяжелыми общими болѣзнями—подходитъ, по своей клинической картинѣ, къ картинѣ остраго восходящаго паралича. Это обстоятельство заставляетъ насъ остановиться на этой болѣзни. По своей клинической картинѣ острый восходящій параличъ Ландри принимаетъ къ paralysie spinale générale antérieure subaigue Дюшена, только теченіе его очень остроe и въ наиболѣе типичныхъ случаяхъ его нѣтъ нѣкоторыхъ симптомовъ, существующихъ въ картинѣ подострaго паралича, и кромѣ того параличъ Ландри почти всегда кончается смертью. Характеризуется эта болѣзнь параличами, большею частью полными, быстро восходящими съ нижнихъ конечностей на туловище, потомъ на верхнія конечности, мышцы шеи и затылка, мышцы лица; наконецъ являются бульбарные симптомы (параличъ нёба, затрудненіе рѣчи, измѣненіе пульса и дыханія). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ передъ наступленіемъ паралича въ конечностяхъ въ нихъ наблюдается разстройство координаціи движеній (II-й случай Вестфаля). Почти всегда пателлярные рефлексы исчезаютъ. Большею частью все дѣло оканчивается смертью въ 7—14 дней, но иногда болѣзнь затягивается нѣсколько дольше; въ очень рѣдкихъ случаяхъ наступаетъ выздоровленіе. Въ наиболѣе типичныхъ случаяхъ параличъ конечностей бываетъ полный, разслабленный, безъ контрактуръ; атрофія мышцъ и электросократительность не падаютъ, чувствительность почти не разстраивается, развѣ только вначалѣ бываютъ нѣкоторыя разстройства чувствительности въ видѣ болей въ крестцѣ или парестезій. Обыкновенно болѣзнь начинается довольно неожиданно, но сопровождается симптомами общаго разстройства, потерей аппетита, чувствомъ общей разбитости, иногда лихорадочнымъ состояніемъ.

[*]) *Déjérine*: „Sur une forme particulière et curable de myelite centrale diffuse chronique (myelopathie ayant des symptomes analogues à ceux de la myelite central diffuse chronique et se terminant par la guérison).—Revue de Medicine". Mars—Avril 1882.

Таковы, какъ я сказалъ, наиболѣе типичные случаи восходящаго паралича Ландри. Но бываютъ случаи, которые имѣютъ всѣ эти признаки и по теченію вполнѣ подходятъ къ параличу Ландри, но въ нихъ есть тѣ или другіе уклоненія въ симптомахъ. Такъ, въ типичныхъ случаяхъ чувствительность обыкновенно не разстраивается, а въ этихъ случаяхъ бываетъ небольшая анестезія въ подошвахъ и кистяхъ рукъ. Затѣмъ въ типичныхъ случаяхъ электросократительность не исчезаетъ, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно тѣхъ, теченіе которыхъ доходитъ до 3 недѣль, подъ конецъ замѣтны и большіи или меньшіи измѣненія электросократительности. Наконецъ, въ типичныхъ случаяхъ функція мочеваго пузыря не поражается, а въ нѣкоторыхъ поражается.

Цѣлымъ рядомъ случаевъ съ такими добавочными симптомами и съ нѣсколько большею продолжительностью восходящаго паралича и, наконецъ, случаями этой болѣзни съ выздоровленіемъ устанавливается цѣлый рядъ постепенныхъ переходовъ отъ подострaго паралича Дюшена къ острому параличу Ландри.

Патологическая анатомія острaго восходящаго паралича тоже говоритъ въ пользу существованія такой постепенности переходовъ. Первоначально, какъ извѣстно, параличъ Ландри характеризовался какъ болѣзнь эссенціальная, въ основѣ которой не находятся никакія анатомическія измѣненія. Petitfils высказалъ было такое предположеніе, что параличъ Ландри есть poliomyelitis acuta; но противъ этого, во-первыхъ, высказано было, что poliomyelitis acuta (adultorum) не наклонна къ постепенному распространенію, какъ параличъ Ландри, и, во-вторыхъ, въ доставленномъ имъ Cornilʼомъ спинномъ мозгѣ больнаго, умершаго отъ паралича Ландри, измѣненій не было найдено. Подобные же совершенно отрицательные результаты получили и многіе другіе изслѣдователи. Между прочимъ Вестфаль [*]), изслѣдуя спинной мозгъ въ четырехъ случаяхъ, не нашелъ въ немъ никакихъ измѣненій. Въ одномъ случаѣ (наблюденіе II) найдены были измѣненія въ n. cruralis, сходныя съ измѣненіями, описанными Вестфалемъ-же въ n. radialis при свинцовомъ параличѣ. Нужно отмѣтить, что этотъ случай восходящаго паралича былъ послѣ дифтерита. Въ другихъ случаяхъ не сказано, были ли изслѣдованы периферическіе нервы или нѣтъ. Вестфаль однако самъ, повидимому, не придавалъ значенія найденному имъ измѣненію въ n. cruralis, такъ какъ въ концѣ концовъ приходитъ къ заключенію, что восходящій параличъ Ландри не обусловливается какими-нибудь замѣтными анатомическими измѣненіями въ первой системѣ.

[*]) *Westphal*: „Ueber einige Fälle von acuten tödtlichen Spinallähmung. — Arch. für Psych." V B., 765.

Однако другіе изслѣдователи находили нѣкоторыя измѣненія какъ въ спинномъ, такъ и продолговатомъ мозгу. Такъ, измѣненія въ спинномъ мозгу были найдены въ случаяхъ Kiener'a (описан. въ диссертаціи Chalvet) и въ случаѣ Valden'a (Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1877, p. 333). Нѣкоторыми авторами, впрочемъ, высказывалось сомнѣніе, что эти случаи принадлежатъ къ случаямъ паралича Ландри. Затѣмъ Eisenlohr *) нашелъ въ одномъ случаѣ многочисленныя мелкія кровоизліянія въ продолговатомъ мозгу, сконленіе круглыхъ клѣтокъ, образованіе экссудата. Кровоизліянія въ продолговатомъ мозгу находилъ и Kummel **) въ опубликованномъ имъ, правда не очень типичномъ, случаѣ восходящаго остраго паралича послѣ тифа. Рѣзко выраженныя измѣненія нашли также R. Schulz и Friedrich Schultze ***). Ихъ случай принадлежитъ, впрочемъ, тоже не къ самымъ типичнымъ случаямъ. Болѣзнь развилась у сифилитика, развилась не очень быстро; впрочемъ параличи распространялись совершенно такъ же, какъ при типическомъ параличѣ Ландри. Въ теченіе 3 недѣль дѣло дошло до асме развитія (бульбарные симптомы). При этомъ было пораженіе пузыря и измѣненіе электросократительности. Дойдя до асме развитія, параличныя явленія стали уменьшаться, но, вслѣдствіе присоединившагося остраго бронхита, больной скончался. Въ спинномъ мозгу нашли измѣненія различныя по всей длинѣ его; измѣненія были наиболѣе выражены въ переднихъ и боковыхъ отдѣлахъ спиннаго мозга (хотя были также въ заднихъ отдѣлахъ); особенно рѣзки были измѣненія въ пирамидныхъ пучкахъ. Измѣнена была соединительная ткань. Замѣтно было сконленіе круглыхъ клѣтокъ около сосудовъ и въ соединительной ткани, прилегающей къ pia. Сосуды были рѣзко измѣнены; нервные элементы представлялись также рѣзко измѣненными; замѣтно было много разбухшихъ осевыхъ цилиндровъ въ спинномъ мозгу и въ переднихъ (гораздо менѣе въ заднихъ) корешкахъ. Въ клѣткахъ переднихъ роговъ были дегенеративныя измѣненія. Подобныя-же измѣненія, но въ болѣе слабой степени, были найдены и въ продолговатомъ мозгу и въ его ядрахъ. На ряду съ измѣненіями въ существѣ мозга были рѣзко выраженныя измѣненія и въ оболочкахъ: интенсивный meningitis spinalis, распространявшійся и на продолговатый мозгъ.

Что касается до периферическихъ нервовъ, то въ нихъ измѣненія найдены, но небольшія. Правда, изслѣдованіе нервовъ повидимому произведено было очень поверхностно. Въ мускулахъ рѣзко выраженныя дегенеративныя измѣненія.

*) „Virchow's Arch". Bd. 73.

**) „Zeitschrift für Klin. Medicin". Bd. II, p. 273.

***) *R. Schulz und Fr. Schultze*: „Zur Lehre von der acuten aufsteigenden Paralyse. — Arch. für. Psychiatrie" XII, 457.

Авторы резюмируютъ найденныя ими измѣненія, какъ свѣжій мізлитъ, разлитой по всему спинному и отчасти продолговатому мозгу, наиболѣе рѣзко выраженный въ боковыхъ столбахъ и переднихъ рогахъ. На ряду съ этимъ стоитъ и самостоятельный интензивный менингитъ.

О подобныхъ же измѣненіяхъ, найденныхъ въ другомъ случаѣ, бывшемъ въ клиникѣ Фридрейха, коротко упоминаетъ Шульце въ той же статьѣ. Тоже констатированъ былъ meningitis средней интензивности и рѣзко выраженный свѣжій мізлитъ съ разбуханіемъ осевыхъ цилиндровъ, особенно въ боковыхъ столбахъ шейной и грудной части спиннаго мозга.

Вѣроятно этотъ же самый случаи былъ описанъ Hoffmann'омъ *). Параличъ въ этомъ случаѣ очень быстро поднимался съ нижнихъ конечностей на туловище, верхніи конечности и, наконецъ, на мышцы лица. Въ послѣдніе дни было задержаніе мочи, параличъ діафрагмы. Чувствительность не была разстроена; измѣненіе электрической реакціи было только въ лѣвомъ n. facialis. Болѣзнь кончилась смертью черезъ 15 дней послѣ начала болѣзни. Въ нервной системѣ были найдены рѣзко выраженныя измѣненія, которыя можно было резюмировать какъ myelomeningitis и bulbo-meningitis. Измѣненія эти были выражены по длинѣ всего спиннаго мозга и въ нижнемъ отдѣлѣ продолговатаго, главнымъ образомъ въ переднихъ и боковыхъ столбахъ. Скопленіе лимфоидныхъ элементовъ около сосудовъ существа мозга и оболочекъ было громадное. Кромѣ того было чрезвычайно много разбухшихъ осевыхъ цилиндровъ, превосходившихъ нормальные размѣры разъ въ 10. Соединительной ткани было больше, чѣмъ въ нормальномъ состоянiи. Во многихъ гангліозныхъ клѣткахъ ядро было мало замѣтно. Axencylindervorsätze — нормальны. Въ переднихъ корешкахъ совершенно такіе же осевые цилиндры. Повидимому, нервы были изслѣдованы не обстоятельно. Въ n. cruralis и n. facialis sin. (изъ Мюллеровой жидкости) измѣненій не было найдено. Въ n. facialis dext. найдены были дегенеративныя измѣненія. Авторъ видитъ существенное разстройство въ пораженіи оболочекъ и вещества спиннаго мозга, причемъ обращаетъ особенное вниманіе на пораженіе осевыхъ цилиндровъ и на содѣйствіе измѣненій въ боковыхъ и переднихъ столбахъ, т.-е. въ *путяхъ* проведенія волевыхъ импульсовъ, а не въ сѣромъ веществѣ.

Аналогичныя измѣненія найдены въ случаѣ остраго восходящаго паралича, описаннаго Судейкинымъ, о которомъ мы говорили. Какъ мы упоминали, въ этомъ случаѣ,—правда, уже очень уклоняющемся отъ типичныхъ случаевъ паралича Ландри (разстройство дефекаціи, функ-

*) „Arch. für. Psychiatrie". XV, 140.

ціи пузыря, аналгезіи и др.),—найдены различныя измѣненія, особенно рѣзко выраженныя въ поясничномъ отдѣлѣ, какъ въ сѣромъ, такъ и въ бѣломъ веществѣ. Тутъ было измѣненіе и въ первыхъ клѣткахъ переднихъ и заднихъ роговъ, и измѣненіе въ столбахъ, особенно въ заднихъ, касающихся и соединительной ткани, и осевыхъ цилиндровъ (неравномѣрность ихъ), и измѣненіи въ сосудахъ. Такое обширное распространеніе анатомическихъ измѣненій заставляетъ, конечно, назвать болѣзнь скорѣе острымъ диффузнымъ міэлитомъ, чѣмъ параличомъ Ландри, и только сходство по характеру съ измѣненіями, найденными Шульце-Шульцемъ и Гофманомъ, заставляетъ считать, что все-таки случай Судейкина входитъ въ группу болѣзней, которыя составляютъ переходъ отъ диффузныхъ міэлитовъ къ острому параличу Ландри.

Въ случаѣ Судейкина измѣнены были и первныя клѣтки, и осевые цилиндры. Какъ мы видѣли, измѣненій первныхъ клѣтокъ Гофманъ не находилъ и особенно обращаетъ вниманіе на то, что въ его случаѣ было пораженіе проводниковъ, а не центровъ. Это вприочемъ вридъ ли можно считать имѣющимъ какое-нибудь значеніе, такъ какъ, напримѣръ, Immermann приходитъ къ совершенно обратному заключенію. На съѣздѣ невропогоовъ въ Баденъ-Баденѣ въ іюнѣ 1885 года *) онъ сообщилъ тоже одинъ случай остраго восходящаго паралича съ позитивными данными аутопсіи. Параличныя явленія развивались у больнаго очень остро. При начальныхъ лихорадочныхъ явленіяхъ быстро парализовались ноги и руки, и черезъ 7 дней наступили уже бульварные симптомы. Первоначально было и затрудненіе мочеиспусканія. Чувствительность не разстроена. Дойдя до высшей степени, болѣзнь остановилась и параличныя явленія стали уменьшаться, причемъ разстройства электросократительности не было. На 4 недѣлѣ больной однако померъ отъ крупозной пневмоніи. Аутопсія показала существованіе воспалительныхъ явленій въ переднихъ рогахъ поясничнаго, грудного и шейнаго отдѣла спиннаго мозга: присутствіе зернистыхъ шаровъ, переполненіе сосудовъ кровью, измѣненіе гангліозныхъ клѣтокъ.

Авторъ приходитъ къ заключенію, что существуетъ такая форма poliomyelitis ant. acuta, которая по клинической картинѣ походитъ къ восходящему параличу Ландри, что прежде отрицалось.

Положительныя данныя при аутопсіи найдены были и Dejerine'омъ **), но въ другомъ родѣ. Въ одномъ его случаѣ, описанномъ вмѣстѣ съ Goetz'омъ въ 1876 г., явленія остраго восходящаго паралича развились съ повышеніемъ температуры до 39°, съ рѣзкими болями въ но-

*) „Neurologisch. Zentralblatt“ 1885, 8. 304.

**) *Dejérine.* „Recherches sur les lisions du systeme nerveux dans la paralysie ascendente aigue“. 1879.

гахъ и рукахъ. Затѣмъ боли уменьшились, но параличныя явленія увеличились, восходя снизу вверхъ. Было и пораженіе мочеваго пузыря. При появленіи бульварныхъ симптомовъ больной померъ. При аутопсіи въ спинномъ мозгу вездѣ нормальная картина. Только въ нѣкоторыхъ разрѣзахъ можно найти клѣтки, наполненныя субстанціей, похожею на коллоидную, не окрашивающеюся карминомъ; но въ нихъ все-таки можно было видѣть и ядро, и ядрышко. Рѣзкія измѣненія были найдены въ переднихъ корешкахъ: атрофія многихъ волоконъ, увеличеніе ядеръ межиучковой соединительной ткани.

Въ другомъ случаѣ, довольно типичномъ, но съ измѣненіемъ электросократительности въ пораженныхъ мышцахъ (на 17-й день болѣзни), былъ констатированъ рѣзко выраженный паренхиматозный неврить въ *переднихъ корешкахъ спиннаго мозга*. Въ *межмускульныхъ нервахъ* были такіе же измѣненія; крупные же стволы не были изслѣдованы. Въ мускулахъ были найдены небольшія измѣненія, указывавшія на начало жироваго перерожденія въ волокнахъ.

Въ спинномъ мозгу не найдено рѣшительно никакихъ измѣненій ни въ сѣромъ веществѣ, ни въ сосудахъ, ни въ соединительной ткани. Dejerine наиболѣе существенное значеніе придаетъ паренхиматозному невриту, найденному въ переднихъ корешкахъ; но, разсуждая о происхожденіи этого неврита, онъ склоняется къ тому, что измѣненія въ корешкахъ являются не болѣе какъ послѣдствіемъ динамическаго или химическаго измѣненія въ клѣткахъ переднихъ роговъ, хотя эти измѣненія и не открываются нашими методами изслѣдованія. Возможность первичнаго восходящаго пораженія переднихъ корешковъ одинъ за другимъ онъ отрицаетъ, также какъ и возможность первичнаго множественнаго неврита *).

Несмотря, однако, на этотъ взглядъ Dejerine'а, мы не можемъ не обратить вниманія на то, что все-таки существенныя измѣненія, найденныя имъ, сводятся только къ множественному невриту и совершенно такія же, какъ мы видѣли во многихъ случаяхъ, описаны въ литературѣ—какъ типичный множественный неврить, съ тою только разницей,—конечно, существенною въ теоретическомъ отношеніи,—что при типичномъ множественномъ невритѣ въ корешкахъ измѣненія всего менѣе замѣтны, а Dejerine ихъ констатировалъ и въ корешкахъ. Если мы обратимъ вниманіе на результаты Schultz'а, отчасти Hoffmann'а и Westphal'я, то замѣтимъ, что и тамъ было найдено пораженіе перифе-

*) Въ № 2, Arch. de Physiologie“ 1887 есть статья Fitres et Vaillard, въ которой авторы приводятъ одинъ случай остраго восходящаго паралича, развившагося послѣ тифа. Аутопсія показала цѣлость спиннаго мозга и корешковъ и рѣзко выраженныя измѣненія въ первыхъ („Contribution à l'étude de la paralysie ascendante aigue“).

рическихъ первовъ. У Вестфаля только въ n. cruralis и было найдено измѣненіе. Къ сожалѣнію, на нервы всѣ авторы менѣе всего обращали вниманіе, и потому во многихъ случаяхъ совсѣмъ не говорится о состояніи нервовъ; но во всѣхъ случаяхъ, гдѣ говорится, тамъ есть указанія, что разстройства въ нихъ, хоти бы небольшія и не во всѣхъ нервахъ, существуютъ.

Итакъ, эти измѣненія можно считать самыми частыми при восходящемъ параличѣ Ландри. При этомъ иногда бываютъ, а иногда не бываютъ измѣненія въ спинномъ мозгу: если они бываютъ, то являются въ видѣ диффузнаго мізлита, распространеннаго или почти по всей передней и боковой части спиннаго мозга (а иногда даже и въ задней: случай Судейкина), или только въ сѣромъ веществѣ. Иногда бываютъ при этомъ и воспалительныя измѣненія въ оболочкахъ.

Такимъ образомъ, мы въ концѣ концовъ приходимъ относительно патологической анатоміи паралича Ландри къ такому же выводу, какъ относительно многихъ формъ интоксикаціонныхъ и постфебрильныхъ, что наиболѣе частыя измѣненія заключаются въ периферическихъ нервахъ, но иногда бываютъ и самостоятельныя измѣненія въ спинномъ мозгу и оболочкахъ. Кромѣ того существуютъ случаи, гдѣ изслѣдованіе не констатировало никакихъ измѣненій, но во всѣхъ этихъ случаяхъ сомнительно—были ли тщательно изслѣдованы периферическіе нервы.

Это сходство данныхъ патологической анатоміи паралича Ландри съ патологическою анатоміей постфебрильныхъ параличей находитъ себѣ подтвержденіе и въ этіологіи паралича Ландри. Въ диссертаціи Chalvet *), изданной, впрочемъ, еще въ 1871 году, приводятся слѣдующія данныя относительно этіологіи восходящаго паралича:

Онъ встрѣчался послѣ			осны	въ 3 случаяхъ.
»	»	»	тифа	» 3 »
»	»	»	краснухи	» 2 »
»	»	»	пневмоніи.	» 5 »
»	»	»	остановки послѣродовыхъ очищеній	» 1 »
»	»	»	остановки менструацій . .	» 2 »
»	»	»	родовъ.	» 1 »

и т. д.

Считая даже, что многіе изъ этихъ случаевъ не принадлежатъ къ типичнымъ случаямъ восходящаго паралича Ландри, все-таки можно предположить, что хотя нѣкоторые относятся сюда. Одинъ изъ типичныхъ случаевъ Вестфаля былъ послѣ дифтерита.

Затѣмъ случаи восходящаго паралича Ландри наблюдались и при

*) См. у *Saiselair*, l. c.

интоксикаціяхъ, наприм. послѣ отравленія окисью углерода. Все это сближаетъ острый восходящій параличъ частію съ инфекціонными болѣзнями, частію съ интоксикаціями. Это обстоятельство и заставляетъ многихъ авторовъ (Hayem, Westphal, Erb) считать, что восходящій параличъ Ландри обусловливается интоксикаціей первыхъ элементовъ. Гдѣ нѣтъ въ этіологіи указаній на какую-нибудь интоксикацію, уже существующую въ организмѣ, т.-е. въ случаяхъ идіопатическаго восходящаго паралича Ландри, тамъ Westphal и Hayem предполагаютъ интоксикацію первыхъ элементовъ неопредѣленною инфекціей и такимъ образомъ считаютъ восходящій параличъ Ландри за инфекціонную болѣзнь. Въ пользу этого говоритъ то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ при вскрытіи находятъ измѣненія въ селезенкѣ, печени, лимфатическихъ железахъ и въ кишечныхъ фолликулахъ, свойственныя инфекціоннымъ болѣзнямъ. Наконецъ, Баумгартенъ находилъ въ крови и тканяхъ одного больнаго, умершаго отъ паралича Ландри, микрококковъ, хотя нужно прибавить, что это указаніе единичное.

Beriberi.

Къ той же группѣ болѣзней, къ которой принадлежитъ алкогольный параличъ, относится и болѣзнь, не встрѣчающаяся въ нашей мѣстности, но обратившая на себя вниманіе многихъ ученыхъ: это—beriberi.

Beriberi есть болѣзнь очень распространенная въ приморскихъ мѣстностяхъ Китая, Индіи, Зондскаго архипелага, нѣкоторыхъ острововъ Тихаго океана, Бразиліи и Японіи. Въ различныхъ мѣстностяхъ она носитъ различныя названія, но самое употребительное есть beriberi въ Индіи, Зондскомъ архипелагѣ, Бразиліи и Как-не въ Японіи.

Въ послѣднее время Dr. Scheube, констатировавшій множественный неврить при этой болѣзни, предложилъ для нея названіе neuritis multiplex endemica, a Baelz—panneuritis endemica.

Различные авторы довольно различно описываютъ эту болѣзнь. Наиболѣе ясную картину даютъ: Leroy de Mericourt et Foussagrives **), Wernich ***), Кудринъ ****), Scheube *****), Baelz ******) и Человскій *******). Болѣзнь характеризуется быстрымъ упадкомъ силъ, по-

**) *Leroy de Mericourt et Foussagrives*: „Memoire sur la caractérisation de... beriberi.—Arch. génér. de Medic.“ Sept. 1861.

***) „Virchow's Arch.“ LXXI, 3, 1877 и „Real Encyclopedie“ *Eulenburg's*.

****) *Кудринъ*: „Медицинск. прибавл. къ Морск. Сборн.“ 1878 г.

*****) *Scheube*: „Die Japonis Kak-ke.—Deutsch. Arch. für Klinische Medicin“, XXX, 1882, и „Virchow's. Arch.“ 1884, I.

******) *Baelz*: „Ueber das Verhältniss der Multiplen degenerativen Neuritis zur beriberi (Panneuritis epidemica).—Zeitschrift für Klin. Medic.“ 1882.

*******) *Человскій*: „Beriberi“. Диссертація. Спб., 1886 г.

явленіемъ восходящихъ паретическихъ и гидротическихъ явленій и очень часто кончается смертью. Большинство авторовъ, въ томъ числѣ и Чоловскій, смотря по преобладанію тѣхъ или другихъ симптомовъ, дѣлятъ различные случаи beriberi на три формы: водяночную, паралитическую и смѣшанную. По теченію болѣзни можно отличить острую, подострую и хроническую форму.

При острой формѣ явленія развиваются такъ: является слабость въ ногахъ, сердцебіеніе, одышка. Къ этому присоединяется отекъ около лодыжекъ и онѣмѣніе, чувство ползанія мурашекъ въ голени и стопѣ. Черезъ нѣсколько дней являются парезы мускуловъ ногъ вмѣстѣ съ сильною гипералгезіей мускуловъ при давленіи. Походка рѣзко мѣняется. Дальнѣйшее развитіе симптомовъ зависитъ отъ того, какая форма beriberi развовется. При водяночной формѣ быстро развиваются отеки, распространяющіеся иногда на все тѣло; является затрудненіе дыханія, измѣненіе пульса, шумы въ сердцѣ, уменьшеніе количества мочи, тошнота, рвота. При атрофической формѣ: параличи, бывшіе въ началѣ болѣзни въ незначительной степени, усиливаются, распространяются на мышцы верхнихъ конечностей и туловища, является атрофія мускуловъ, пораженіе дыхательныхъ мышцъ и смерть. Иногда смерть наступаетъ чрезвычайно быстро, черезъ 3 — 4 часа отъ начала болѣзни, при сильнѣйшей одышкѣ и сердцебіеніи. Это forme foudroyante, описанная Francois въ Гвіанѣ.

Болѣе частая форма теченія beriberi—подострая и хроническая. Объ эти формы, особенно хроническая, часто суть рецидивы бывшей когда-то и кончившейся выздоровленіемъ острой формы, но оставившей послѣ себя наклонность къ рецидиву. Обыкновенно развитію этихъ формъ предшествуетъ недомоганіе, слабость въ ногахъ, апатія. Черезъ 1—2 недѣли являются парестезіи, анестезіи голеней, гипералгезія мышцъ, характерная походка, незначительные отеки около внутреннихъ мыщелковъ, сердцебіеніе и одышка. Затѣмъ симптомы дѣлаются различны, смотря по тому, будетъ ли форма водяночная или паралитическая.

1. При водяночной формѣ на первый планъ выступаютъ отеки. Они поднимаются съ лодыжекъ вверхъ на голени, бедра и оттуда распространяются на все тѣло. Водянка сосредоточивается въ подкожной клѣтчаткѣ и только потомъ, въ послѣднихъ стадіяхъ болѣзни, является скопленіе жидкости въ перикардіи, плеврѣ и брюшной полости. Водянка бываетъ такъ велика, что больной кажется вдвое толще прежняго. (При этомъ описаніи нельзя не вспомнить нашего больнаго въ наблюденіи XII.) При такомъ распространеніи водянки однако многіе авторы замѣчаютъ, что въ ступняхъ отека почти никогда не бываетъ; также его часто не бываетъ въ кистяхъ рукъ.—На ряду съ отеками дѣлается чрезвычайная одышка, сердцебіеніе, увеличивающіяся при

каждомъ движеніи. Часто бываютъ систолическіе шумы при верхушкѣ: пульсъ иногда неправильный. Мочи выдѣляется чрезвычайно мало и бѣлка въ ней обыкновенно не находятъ.—Если болѣзнь принимаетъ благопріятное теченіе, всѣ симптомы слабѣютъ, количество мочи увеличивается, что всегда считается за поворотъ къ поправленію, наступающему черезъ 2—3 мѣсяца, а иногда и черезъ нѣсколько мѣсяцевъ и лѣтъ.

2. При паралитической формѣ на первый планъ выступаютъ параличическія явленія и разстройства чувствительности. Является анестезія на переднихъ поверхностяхъ голеней, на рукахъ въ отдѣльныхъ мѣстахъ, иногда на лицѣ, около рта (Чоловскій). Болѣе всего разстраивается чувство боли и температуры. Вмѣстѣ съ тѣмъ развиваются парезы мышцъ голени, главнымъ образомъ разгибателей: tendo Achillis напрягается, такъ что больной ходитъ только на пальцахъ. Мышцы большею частью очень болѣзненны. Параличи обыкновенно ограничиваются нижними конечностями, но иногда поражаются и верхніе. Въ мышцахъ развивается атрофія. Электросократительность падаетъ. Только въ наиболѣе тяжелыхъ случаяхъ параличъ распространяется на туловище; сфинктеры большею частью остаются цѣлы. При неблагопріятномъ теченіи являются бульбарные симптомы, дѣятельность сердца разстраивается, является одышка, наконецъ смерть. При благопріятномъ теченіи всѣ явленія понемногу уменьшаются и почти совсѣмъ исчезаютъ; однако напряженіе Ахиллова сухожилія очень долго остается, такъ что и послѣ выздоровленія сохраняется рез equinus, которая и обусловливаетъ характерную походку больныхъ.

3. Смѣшанная форма самая частая. При ней замѣчаются и парезы, и водяночныя явленія въ большей или меньшей степени. Иногда бываютъ глубокія боли въ суставахъ, судороги по ночамъ, не дающія спать.

Нѣкоторые авторы различаютъ еще 4-ю форму—полисаркозную, при которой чрезмѣрно развивается рыхлая подкожная клѣтчатка; но обыкновенно это явленіе составляетъ только одинъ изъ симптомовъ, наступающихъ уже при выздоровленіи, и соотвѣтствуетъ чрезмѣрному (иногда) возстановленію подкожной клѣтчатки и жира у лицъ перенесшихъ алкогольный параличъ или множественный неврить.

Beriberi обыкновенно протекаетъ безъ повышенія температуры; иногда даже температура падаетъ до 35°, но иногда бываютъ и кратковременныя повышенія до 39°.

Психическая сфера во многихъ случаяхъ принимаетъ участіе: съ самаго начала болѣзни является тоскливое чувство, безсонница, потомъ развивается вялость, апатія, отсутствіе всякихъ интересовъ, медленный процессъ мышленія. Очень вѣроятно, что бываютъ и болѣе глу-

бокія разстройства психической сферы, но они не достаточно характерно описываются.

Болѣзнь эта встрѣчается, какъ мы говорили, въ мѣстностяхъ тропическихъ. Въ Японіи она бываетъ только въ жаркое время года, когда условія близки къ тропическимъ. Существуетъ она въ мѣстностяхъ приморскихъ, а въ глубинѣ материка или острововъ ея нѣтъ. Этимъ пользуются и для лѣченія: самое лучшее средство—отправить больнаго подальше отъ моря, въ гористую мѣстность. Поражаются ею большею частью мужчины 20—40 лѣтъ, исключительно туземцы или живше уже въ данной мѣстности не менѣе года; только-что пріѣхавшіе не поражаются. Въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ beriberi существуетъ постоянно, въ другихъ она является періодами черезъ нѣсколько лѣтъ, причемъ иногда съ очень большою смертностью (до 60%). Обыкновенно поражаетъ она бѣдный классъ, питающійся плохою пищей, но бываетъ и въ классахъ достаточныхъ. Нѣкоторые авторы приписывали происхожденіе ея употребленію въ пищу особой сушеной рыбы (gelpke), но другіе не подтвердили этого. Другіе, находя въ кишечникѣ бериберниковъ различнаго рода глисты (чаще всего ankylostoma duodenale и trycocephalus dispar), приписываютъ ихъ вліянію на питаніе и происхожденіе первныхъ явленій. Большинство же склонны считать beriberi за миазматическую болѣзнь, и условія развитія миазмы видать въ сырости и жарѣ, а условія ея вліянія на организмъ—въ плохой пищѣ и обстановкѣ больныхъ. Въ подтвержденіе этой теоріи Dr. Guinon *) сообщаетъ, что Lacerda, бразильскій врачъ, нашелъ въ крови бериберниковъ бацилъ: онъ дѣлалъ у больнаго уколы на языкѣ и полученную кровь культивировалъ въ бульонѣ. Культура получалась. Кролики, привитые этою культурой, быстро умирали и въ органахъ ихъ была масса такихъ же бациллъ. Узнавъ, что больной передъ заболѣваніемъ ѣлъ испорченный рисъ, Lacerda подвергъ послѣдній бактеріоскопическому изслѣдованію и нашелъ тамъ тѣ же микроорганизмы. Крыса, накормленная этимъ рисомъ, погибла и въ ея органахъ найдены тѣ же бациллы. Изслѣдованія эти конечно требуютъ тщательной провѣрки, но она пока еще не сдѣлана. Впрочемъ, японскій врачъ Ogata **) сообщаетъ тоже, что онъ находилъ бациллъ въ крови бериберниковъ и культивировалъ ихъ.

Патологическая анатомія beriberi разработана только въ послѣднее время. Несмотря на частую смерть отъ этой болѣзни, вскрытія дѣлать не удается по мѣстнымъ условіямъ. Поэтому прежніе авторы описывали измѣненія при этой болѣзни довольно смутно. Обыкновенно находили отекъ въ подкожной клѣтчаткѣ, скопленіе жидкости въ плеврѣ,

*) *Dr. Guinon*: „Le progrès medical“ 1885, №№ 14 и 15.

**) „Centralblatt f. die medicin. Wissenschaften“ 1886, № 1.

брюшинѣ, перикардіи,—дряблость мышцъ, дряблость (иногда гипертрофію) сердца, гиперемію печени, почекъ и селезенки. Находили скопленіе жидкости между оболочками головнаго и спиннаго мозга, иногда гиперемію оболочекъ, бѣдность и отекъ существа мозга. Въ крови находили уменьшеніе красныхъ кровяныхъ клѣтокъ, измѣненіе ихъ способности собираться въ столбики. Pereira въ 1881 году кромѣ этого нашелъ распаденіе міэлина въ периферическихъ первахъ. Послѣднія изслѣдованія произведены Baelz'омъ, Scheube, Proust et Ballet *) и Чоловскимъ. Изъ всѣхъ этихъ изслѣдованій можно заключить, что въ первной системѣ существенное измѣненіе — множественный невритъ (распаденіе міэлина, увеличеніе ядеръ Шваиновой оболочки, исчезновеніе осеваго цилиндра, наконецъ сиденіе Шваиновой оболочки; соединительная ткань нерва увеличена, пропитана круглыми элементами). Эти измѣненія всего болѣе выражены въ первахъ нижнихъ конечностей, въ кожныхъ и двигательныхъ, а также въ n. vagus, phrenicus. Въ первахъ верхнихъ конечностей они выражены слабо, или ихъ совсѣмъ нѣтъ. Въ спинномъ мозгу Scheube иногда находилъ небольшую атрофію въ клѣткахъ переднихъ роговъ и амилоидныя тѣла въ переднихъ и заднихъ отдѣлахъ спиннаго мозга. Proust и Ballet описываютъ существенныя измѣненія въ переднихъ рогахъ въ различныхъ отдѣлахъ спиннаго мозга: уменьшеніе числа первныхъ клѣтокъ, измѣненіе ихъ формы, потерю ядра и переполненіе пигментомъ. Чоловскій также находилъ измѣненія въ переднихъ рогахъ сѣраго вещества, особенно въ полсничномъ отдѣлѣ: клѣтки попадались изгродованныя, наполненныя мутной, крайне зернистою протоплазмой, безъ ядеръ и отростковъ. Сосуды измѣнены; эндотелій иногда замѣненъ бесструктурной гомогенною оболочкой. Въ болѣе крупныхъ стволахъ adventitia утолщена, представляется блестящею, гомогенною. Въ головномъ мозгу измѣненія были небольшія и сводились исключительно къ атрофіи первныхъ клѣтокъ (объемъ уменьшенъ, но ядра видны довольно отчетливо). Вокругъ нѣкоторыхъ сосудовъ увеличеніе соединительной ткани.

Для объясненія причины смерти при сердечныхъ симптомахъ Чоловскій изслѣдовалъ и первные узлы сердца и нашелъ въ нихъ существенныя измѣненія: атрофію первныхъ узловъ и изгродованіе клѣтокъ. Въ мышцахъ обычныя дегенеративныя измѣненія.—Кромѣ пораженія первной системы существовали измѣненія почти во всѣхъ паренхиматозныхъ органахъ. Въ печени явленія атрофіи и жировое перерожденіе; изрѣдка явленія интерстиціальнаго, воспаленія.—Сердце представляло явленія жироваго перерожденія мускульныхъ волоконъ. Въ почкахъ сѣуженіе мочевыхъ канальцевъ, по мѣстахъ жировое перерожде-

*) „Archive de physiologie normal. et pathol.“ 1883.

ніе эндотеліальныхъ клѣтокъ. Селезенка иногда увеличена; въ ней замѣтно по мѣстамъ мелкозернистое помутнѣніе элементовъ.

На основаніи всего этого большинство новѣйшихъ авторовъ видитъ въ beriberi множественный неврить, развивающійся подъ вліяніемъ условій дѣйствующихъ на весь организмъ, т. е. какой-нибудь миазмы.— Измѣненія въ периферическихъ нервахъ ставятся на первый планъ, измѣненія же въ спинномъ мозгу считаются не существенными, второстепенными, послѣдовательными за множественнымъ невритомъ. Мы же съ своей стороны можемъ указать, что въ патологической анатоміи beriberi мы встрѣчаемся съ тѣмъ же фактомъ, который видѣли и при другихъ разсмотрѣнныхъ нами болѣзняхъ,—именно, что всегда поражается периферическая нервная система, но можетъ поразиться и центральная: спинной и головной мозгъ.

Этимъ мы и закончимъ разсмотрѣніе болѣзней близкихъ къ алкогольному параличу. Намъ слѣдуетъ теперь сопоставить полученныя слѣдѣнія съ нашими слѣдѣніями объ алкогольномъ параличѣ и изъ этого сопоставленія уяснить себѣ — можетъ ли алкогольный параличъ составлять отдѣльную болѣзненную форму—и составить себѣ нѣкоторое представленіе объ его патогенезѣ. Это мы и сдѣлаемъ въ слѣдующей главѣ.

VIII.

Теорія болѣзни.

„Обобщающіе полеты ума въ сферѣ патологическихъ явленій совершенно необходимы, такъ какъ запасъ детальныхъ фактовъ въ настоящее время очень великъ и получаетъ характеръ, за недостаткомъ обобщеній, тягостнаго уму балласта, съ которымъ едва можетъ справляться память. Само собою разумѣется, что при философскомъ отношеніи къ существующему фактическому матеріалу легко обнаруживается всякая односторонность нашихъ знаній и непобѣдимо всплываетъ новый рядъ вопросовъ, часто бьющихъ въ самую суть дѣла" (*Наунынъ*: „Курсъ общей и экспериментальной патологіи", т. I, стр. 39).

Кончивъ обзоръ болѣзней, сродныхъ съ алкогольнымъ параличомъ, мы можемъ придти къ заключенію, что въ большинствѣ изъ нихъ существеннымъ ядромъ является одинъ общій комплексъ симптомовъ. Дѣйствительно, во всѣхъ почти формахъ существуютъ своеобразныя паретическія явленія въ конечностяхъ, почти симметрическія, большею частью распространяющіяся снизу вверхъ, поражающія одну группу мускуловъ болѣе, чѣмъ другія, сопровождающіяся часто атрофіями и измѣненіями мышечной сократительности съ потерей сухожильныхъ рефлексовъ, сопутствуемыя иногда разстройствами чувствительности. Тазовые органы, мышцы туловища и мышцы лица часто остаются цѣлыми, но при извѣстныхъ условіяхъ и они поражаются. Этотъ комплексъ симптомовъ развивается подъ вліяніемъ всѣхъ причинъ, которыя мы только что разсмотрѣли, и наблюдается почти во всѣхъ только-что разсмотрѣнныхъ нами формахъ; вездѣ одна тема, но съ очень многочисленными варіаціями: тамъ—теченіе очень быстрое, всѣ явленія крайне интензивны, здѣсь—оно медленное, всѣ явленія существуютъ точно въ намекѣ; въ однихъ случаяхъ всѣ явленія сгружены въ одну только группу симптомовъ, наприм. въ разстройство движенія, въ другихъ—явленія разнородныѣе: есть разстройство движенія, разстройство чувствительности и вазоматорныя разстройства, отеки, иногда громадной степени. Въ однихъ случаяхъ всѣ явленія очень поверхностны, скороприходящи, въ другихъ—очень глубоки, остаются долго, влекутъ послѣдовательныя измѣненія; въ однихъ случаяхъ одинъ мышечныя группы поражаются болѣе, въ другихъ—

менѣе; въ однихъ эти явленія сопровождаются тѣми или другими симптомами со стороны головнаго мозга, чаще всего психическими разстройствами, въ другихъ—нѣтъ. Словомъ, множество различныхъ оттѣнковъ придаютъ болѣзни разнообразный видъ, но въ основѣ все-таки проходитъ рѣзкою чертой этотъ одинъ комплексъ симптомовъ. Этотъ основной комплексъ симптомовъ замѣченъ давно и отъ Дюшена получилъ названіе „paralysie générale spinale (subaigue)", а у нѣмецкихъ авторовъ называется чаще всего „атрофическимъ спиннымъ параличомъ" (atrophische Spinallähmung). Легко можно видѣть, что и въ симптоматологіи алкогольнаго паралича, т.-е. той формы, которую мы сдѣлали предметомъ нашей работы, рѣзкою чертой проходитъ тотъ же комплексъ симптомовъ: тотъ же paralysie générale spinale (subaigue) составляетъ ядро всѣхъ явленій, замѣчаемыхъ при алкогольномъ параличѣ. Значитъ, алкогольный параличъ принадлежитъ къ тому же семейству, къ которому принадлежатъ всѣ разсмотрѣнныя нами сейчасъ формы.

Спрашивается, стоитъ ли въ виду этого дѣлать изъ алкогольнаго паралича отдѣльную болѣзненную форму,—не правильнѣе ли описывать только этотъ основной комплексъ симптомовъ: paralysie générale spinale (subaigue) и, говоря объ его этіологіи, сказать, что онъ можетъ быть отъ дифтерита, отъ тифа, мышьяка, алкоголя и т. д.?—Это такъ и слѣдовало бы, еслибы при всѣхъ этихъ производящихъ причинахъ болѣзнь выражалась одинаково, еслибы вліяніе каждой изъ этихъ причинъ не клало своего отпечатка на комплексъ симптомовъ, еслибъ этотъ отпечатокъ не былъ свойственъ именно данной болѣзни. Но мы видѣли, что на дѣлѣ происходитъ такъ, что большинство изъ производящихъ причинъ кладетъ свой отпечатокъ на данную болѣзнь: наприм., beriberi даетъ особенную водяночную форму; дифтеритическій параличъ рѣзко обрисовываетъ мѣстное пораженіе исходнаго пункта болѣзни; парезъ при мелитуріи имѣетъ свои характерныя черты въ пораженіи поясницы, мышцъ глазныхъ, свинцовый параличъ—свои характерныя черты въ особенномъ пораженіи n. radialis и т. п. Обусловливается ли это нѣкоторою разницей въ локализаціи пораженія, или какими другими условіями, это все равно,—фактъ остается тотъ, что развившійся подъ вліяніемъ той или другой причины paralysie générale spinale носитъ характерныя черты, зависящія именно отъ вліянія этой причины, отличающія происхожденіе его отъ этой причины—отъ происхожденія его отъ другой. Въ виду этого и слѣдуетъ, мнѣ кажется, раздѣлять paralysie générale spinale на отдѣльныя болѣзненныя формы, смотря по тѣмъ оттѣнкамъ, которые онъ носитъ въ зависимости отъ производящей причины. Такимъ образомъ у насъ является дифтеритическая форма, послѣдизентерическая форма, арсе-

никальная, діабетическая и т. д. Правда, иногда оттѣнки, характеризующіе эти отдѣльныя формы, выражены ничтожно и вся болѣзнь сводится на одни только основные симптомы, общіе для всѣхъ формъ, и тогда установить различіе нѣтъ возможности; но въ наиболѣе типичныхъ случаяхъ эти оттѣнки ясно выражены, и этого достаточно, чтобъ установить дѣленіе на разновидности.—Есть ли въ симптоматологіи алкогольнаго паралича такіе оттѣнки, которые дѣлаютъ возможнымъ дѣлать изъ него отдѣльную разновидность, или нужно просто говорить: paralysie générale subaigue можетъ происходить, между прочимъ, и отъ злоупотребленія алкоголемъ? Мнѣ кажется, что мы имѣемъ достаточно данныхъ, чтобы сдѣлать изъ алкогольнаго паралича особую разновидность; какъ ни близко подходитъ клиническая картина его къ параличамъ мышьяковымъ, ко множественнымъ невритамъ послѣ тифа, послѣ пораженія тазовыхъ органовъ, но все-таки онъ носитъ свой особенный характеръ по преобладанію нѣкоторыхъ признаковъ: это постоянное и характерное пораженіе психической сферы, эта особенно выраженная гипералгезія, разстройство чувства температуры, распредѣленіе парезовъ по группамъ не совсѣмъ все-таки такимъ, какъ при другихъ сходныхъ параличахъ, это похуданіе мышцъ, предшествующее параличу, эти продромальные симптомы, тянущіеся иногда цѣлые годы и, наконецъ, характеръ развитія болѣзни—все это, вмѣстѣ взятое, даетъ алкогольному параличу особенный типъ, по которому можно поставить этіологическую діагностику, даже не имѣя точныхъ свѣдѣній относительно этого изъ анамнеза.

Такимъ образомъ мы имѣемъ право дѣлать изъ симптомовъ алкогольнаго паралича особую форму, составляющую разновидность paralysie générale spinale (subaigue).—Но въ виду того, что онъ есть только разновидность paralysie générale spinale, въ главѣ о патогенезѣ алкогольнаго паралича намъ прежде всего слѣдуетъ рѣшить вопросъ о патогенезѣ самого paralysie générale spinale.—Какъ мы видѣли, этимъ именемъ названъ извѣстный комплексъ симптомовъ. Первоначально этому комплексу симптомовъ приписывали спинномозговое происхожденіе, потомъ периферическое происхожденіе; сначала это былъ міэлитъ (poliomyelitis и myelitis diffusa), потомъ множественный невритъ. Мы видѣли, что дѣйствительно множественный невритъ можетъ вызвать всѣ симптомы этого паралича, что онъ можетъ обусловливать и самыя легкія формы, протекающія хронически, въ видѣ какихъ-нибудь pseudotabes; онъ же можетъ вызывать и самыя тяжелыя формы, протекающія какъ параличъ Ландри. Но мы также видѣли, что совершенно такіе же симптомы бываютъ при несомнѣнныхъ пораженіяхъ спиннаго мозга, притомъ какъ въ самыхъ легкихъ (наприм. pseudotabes при эрготизмѣ), такъ и среднихъ формахъ (myelite diffuse Déjériné и Landouzy), и самыхъ

острыхъ случаяхъ (случаи Шульце-Шульца, Гофмана, Иммермана). Наконецъ, еще есть много случаевъ, гдѣ бываютъ измѣненія одновременно и въ периферическихъ нервахъ, и въ спинномъ мозгу. Естественно, что возникаетъ вопросъ: пораженію чего же обязанъ своимъ происхожденіемъ данный комплексъ симптомовъ,—периферическимъ ли нервамъ, или спинному мозгу? — Теоретически разсуждая, всѣ почти приходили къ заключенію, что—спинному мозгу; но когда факты показали, что разстройства въ спинномъ мозгу иногда не находятъ, а находятъ измѣненія только въ периферическихъ нервахъ, то стали говорить, что этотъ комплексъ симптомовъ *всегда* обусловливается пораженіемъ периферическихъ нервовъ; а если рядомъ съ пораженіемъ периферическихъ нервовъ находили измѣненія въ спинномъ мозгу, то говорили, что эти измѣненія суть вторичныя, слѣдов., что paralysie générale spinale diffuse subaigue Дюшена есть всегда первичный множественный неврить, причемъ чаще всего исключительно паренхиматозный. На это защитники спиномозгового происхожденія болѣзни возражали, что то обстоятельство, что при вскрытіи встрѣчается только измѣненіе въ нервахъ, ничего не значитъ,—все-таки эти измѣненія, если они паренхиматозныя, суть послѣдствіе центральнаго страданія. „Гангліозныя клѣтки передніхъ роговъ спиннаго мозга,—говоритъ Erb *), —могутъ измѣниться только настолько, что *изъ бунчиля* ослабнетъ и сейчасъ произойдетъ нарушеніе въ питаніи того волокна, для котораго эта клѣтка служитъ трофическимъ центромъ, и это нарушеніе питанія именно и обнаружится прежде всего на самыхъ концахъ даннаго нервнаго волокна и въ мышцахъ, чѣмъ и обусловливается, что при существованіи паренхиматозныхъ измѣненій въ периферическихъ окончаніяхъ нервовъ корешки остаются непораженными".

Въ подтвержденіе этого мнѣнія Erb'a Eisenlohr **) приводитъ одинъ случай полуостраго восходящаго паралича у 23-лѣтняго туберкулезнаго, гдѣ при вскрытіи констатированъ былъ множественный дегенеративный неврить. Въ этомъ случаѣ былъ изслѣдованъ n. ischiadicus на всемъ протяженіи отъ окончанія до plex. sacralis и затѣмъ нервные стволы plex. sacralis до позвоночника. Было констатировано, что измѣненія рѣзче всего были выражены въ периферіи и почти отсутствовали въ корешкахъ. Вездѣ измѣненія носили характеръ паренхиматозныхъ измѣненій (только въ одномъ мѣстѣ ствола n. ischiadici были небольшія измѣненія въ эндоневріи). Вмѣстѣ съ этими измѣненіями въ нервахъ, въ спинномъ мозгу найдено измѣненіе въ мультиполярныхъ клѣткахъ переднихъ роговъ поясничнаго и шейнаго утолщенія; измѣненія эти заключались въ образованіи вакуоль во многихъ клѣткахъ, а въ нѣкоторыхъ—въ измѣненіи протоплазмы и ядра. Никакихъ измѣненій въ сосудахъ и неврогліи не было, корешки цѣлы. Авторъ смотритъ на эти измѣненія какъ на выраженіе мізнита и видитъ въ этихъ измѣненіяхъ первичное пораженіе, а въ измѣненіяхъ въ нервахъ—вторичное, послѣдовательное за измѣненіемъ трофическаго вліянія центровъ на исходящія изъ нихъ волокна, и распространяетъ это возрѣніе на происхожденіе большей части множественныхъ паренхиматозныхъ невритовъ. Однако, трудно съ этимъ безусловно согласиться уже потому, что почти невѣроятно, чтобы могло существовать такое измѣненіе трофическаго вліянія нервной клѣтки, которое въ продолженіе мѣсяцевъ и даже цѣлаго года вызывало бы только измѣненія въ периферическихъ окончаніяхъ нервовъ, а не вызывало бы измѣненія въ корешкахъ; съ другой стороны, тѣ измѣненія, которыя наблюдались въ спинномъ мозгу хотя бы въ случаѣ Eisenlohr'a, считаются очень незначительными, а нѣкоторые даже просто считаютъ образованіе вакуоль искусственнымъ продуктомъ (хотя это, впрочемъ, очень сомнительно); между тѣмъ бываютъ случаи, когда клѣтки переднихъ роговъ подвергаются очень серьезнымъ измѣненіямъ, не только функціональнымъ (какъ, наприм., при гемиплегіяхъ), но и прямо анатомическимъ (какъ, наприм., пигментному перерожденію), а вторичная дегенерація нервныхъ волоконъ все-таки не развивается (Schultze, „Arch. f. Psych." XVI, 1. c.). Зачѣмъ, почему же такъ a priori утверждать, что самостоятельный первичный паренхиматозный неврить невозможенъ? И Eisenlohr, и Strümpell *) указываютъ на то, что если возможны первичныя паренхиматозныя измѣненія въ нервныхъ волокнахъ спиннаго мозга (наприм., при системныхъ заболѣваніяхъ), такъ почему же не при вліяніи тѣхъ же условій они не могутъ развиться въ периферическихъ нервахъ? Да, кромѣ того, при множественномъ невритѣ далеко не всегда наблюдаются одни паренхиматозныя измѣненія,—очень часто наблюдаются и рѣзко выраженныя интерстиціальныя измѣненія, которыя уже несомнѣнно первичныя; но въ сущности нельзя вѣдь поставить и рѣзкой границы между паренхиматознымъ и интерстиціальнымъ невритомъ: переходы отъ самыхъ рѣзко выраженныхъ интерстиціальныхъ невритовъ къ чистымъ паренхиматознымъ чрезвычайно постепенны,—слѣдовательно, если для интерстиціальнаго неврита допускать, какъ дѣлаетъ самъ Erb, возможность первичнаго самостоятельнаго развитія, почему же его не допускать для паренхиматознаго неврита?

*) *Erb:* „Bemerkungen über gewisse Formen der neurotischen Atrophie und multiple degenerative Neuritis.—Neurologisches Zentralblatt" 1883, № 21.

**) *Eisenlohr:* „Ueber progressive atrophische Lähmungen ihre centrale oder periphere Natur. Neurolog.—Zentralblatt" 1884, №№ 7 и 8.

*) „Neurolog. Zentralblat." 1884, № 11: „Ueber Verhältniss der multiplen Neuritis zur Follomyelitis".

Такимъ образомъ нѣтъ достаточныхъ основаній считать множественный невритъ, даже паренхиматозный, за слѣдствіе измѣненія клѣтокъ передникъ роговъ всегда, даже если этихъ измѣненій нельзя найти. Но, съ другой стороны, также нѣтъ достаточныхъ основаній считать ихъ измѣненія, которыя иногда находятся въ спинномъ мозгу при paralysie générale spinale, *тоже за вторичныя* измѣненія, развившіяся отъ пораженія периферическихъ нервовъ. Во-первыхъ, это вторичное пораженіе спиннаго мозга вслѣдъ за поврежденіемъ нервовъ вслѣдствіе neuritis ascendens еще далеко не изучено; во-вторыхъ, измѣненія въ спинномъ мозгу иногда бываютъ такъ велики, что смѣшно приписывать имъ второстепенную роль. Особенно рѣзко это было выражено въ случаяхъ: Schultz-Schultze и Hoffmann'a. Аналогичныя измѣненія описаны и Déjérine'омъ и другими авторами. Въ этихъ случаяхъ мы, на основаніи теперешнихъ нашихъ свѣдѣній, должны признать первичное пораженіе спиннаго мозга.

Итакъ, къ какому же выводу мы приходимъ? Несомнѣнно, что при paralysie générale spinale бываютъ и первичныя пораженія периферическихъ нервовъ, бываютъ и первичныя пораженія спиннаго мозга. Если мы припомнимъ, что нами было сказано при изложеніи почти каждой отдѣльной формы токсическихъ параличей и паралличей при острыхъ и конституціональныхъ болѣзняхъ, мы можемъ сказать, что сейчасъ мы пришли къ тому же выводу, къ которому приходили въ то время: почти во всѣхъ случаяхъ, говорили мы, встрѣчаются пораженія периферическихъ нервовъ и могутъ быть также и измѣненія въ спинномъ мозгу; при этомъ пораженія периферическихъ нервовъ могутъ быть и первичныя, но, конечно, при существованіи фокуса въ переднихъ рогахъ они могутъ быть и вторичны.

Такимъ образомъ результаты autopsiй въ громадномъ большинствѣ случаевъ paralysie générale spinale subsigne приводятъ къ заключенію возможности пораженія спиннаго мозга и периферическихъ нервовъ независимо другъ отъ друга. Это впрочемъ и вполнѣ понятно: вѣдь интоксикація или вліяніе болѣзненнаго начала, будь то контагій дифтеритическій или миазма, обусловливающая beriberi, можетъ совершенно одинаково вліять и на периферическій нервъ, и на спинной мозгъ. Мы видѣли даже, что во многихъ случаяхъ поражается психическая сфера, слѣдовательно и головной мозгъ. Такимъ образомъ одна и та же причина можетъ повлять на всѣ части нервной системы и вызвать въ нихъ самостоятельныя измѣненія.

Если такъ, то возможно ли говорить, что всѣ эти интоксикаціонныя и постфебрильныя болѣзни или даже бери-бери суть не что иное какъ множественный невритъ?—Конечно нѣтъ. Это есть и невритъ, и міэлитъ, и, если хотите, энцефалитъ. Да и сама та болѣзнь, которая

носитъ теперь названіе „множественнаго неврита“, должна ли она называться такимъ именемъ? Не искусственно ли отдѣлена она отъ тѣхъ совершенно однородныхъ клиническихъ формъ, которыя, какъ мы видѣли, могутъ обусловливаться и диффузными міэлитами? Не должны ли случаи „множественнаго неврита“ вмѣстѣ съ этими формами, совершенно однородными съ ними по клинической картинѣ, составлять одну общую болѣзнь, при которой болѣзненная причина можетъ въ однихъ случаяхъ поразить больше периферическіе нервы, въ другихъ—спинной мозгъ, въ третьихъ, наконецъ, головной? Вѣдь мы видѣли, говоря о классическомъ множественномъ невритѣ, что при немъ бываютъ психическія разстройства, а въ случаѣ Oppenheim'а и самостоятельное разстройство въ спинномъ мозгу. Вѣдь нельзя же въ самомъ дѣлѣ объяснить эти психическія разстройства „рефлекторными“ вліяніями на головной мозгъ, аналогичными „dysphrenia neuralgica“ Шюле, и нельзя ихъ считать случайными по ихъ частотѣ и однообразію. Необходимо, слѣдовательно, допустить вліяніе и на головной, и на спинной мозгъ той же болѣзненной причины, какъ и на периферическіе нервы. Правда, периферическіе нервы почти *всегда* поражаются, а другія части не всегда, но это вѣроятно обусловливается большею доступностью периферическихъ нервовъ для болѣзненныхъ вліяній; поэтому если, по преобладанію симптомовъ, и можно называть болѣзнь „множественнымъ невритомъ“, то нужно помнить, что это—*условное* названіе, которое обозначаетъ только часть органовъ, пораженіе которыхъ возможно въ данной болѣзни. Въ этомъ отношеніи мы имѣемъ сходную болѣзнь—острый ревматизмъ суставовъ. Всякій знаетъ, что пораженіе суставовъ не есть сущность этой болѣзни, а только наиболѣе частое выраженіе, и что очень часто рядомъ съ пораженіемъ суставовъ бываетъ и пораженіе мышцъ, и пораженіе эндокардія и т. д.

Такимъ образомъ мы приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Paralysie générale spinale diffuse можетъ обусловливаться какъ первичнымъ пораженіемъ периферическихъ нервовъ, такъ и первичнымъ пораженіемъ спиннаго мозга, причемъ однако въ громадномъ большинствѣ случаевъ клиническая картина собственно параличныхъ явленій объясняется именно множественнымъ невритомъ.

2) Болѣзненныя причины, вызывающія появленіе этой болѣзни, могутъ вызывать первичныя измѣненія и въ периферическихъ нервахъ, и въ спинномъ мозгу, и даже въ головномъ.

3) Та болѣзнь, которая нынѣ эта теперь носитъ именемъ первичнаго множественнаго неврита, носитъ неправильное названіе, потому что оно указываетъ только на одну, хотя и главную, часть пораженія, оставляя безъ вниманія пораженія спиннаго и головнаго мозга, возможныя при этой же болѣзни. Поэтому названіе polineuritis или neuritis multiplex,

для обозначенія этой нозологической формы, нужно употреблять условно и лучше его замѣнить другимъ названіемъ, которое давало бы болѣе возможности предполагать пораженіе не только периферической нервной системы, но и другихъ отдѣловъ нервной системы.

Что касается до измѣненій въ мышцахъ, встрѣчающихся во многихъ случаяхъ разсматриваемой нами болѣзни, то въ большинствѣ случаевъ есть основаніе считать ихъ послѣдовательными; но изъ этого не слѣдуетъ, чтобы это и всегда такъ было,—нельзя отрицать, что подобно тому, какъ при разбираемой нами болѣзненной формѣ можетъ быть самостоятельное пораженіе периферической нервной системы и центральной, можетъ быть одновременно и самостоятельное пораженіе мышцъ. По крайней мѣрѣ случай свинцоваго паралича, описанный Фридлендеромъ, довольно много говоритъ за это.

Итакъ, болѣзнетворная причина, вліяющая въ paralysie générale spinale diffuse, можетъ локализировать свои вліянія и на периферическіе нервы, и на спинной мозгъ, и на головной, и можетъ-быть на мышцы. Какія измѣненія находимъ мы въ различныхъ отдѣлахъ нервной системы и мышцахъ подъ вліяніемъ этой причины?—Во многихъ случаяхъ мы находимъ только одни дегенеративныя паренхиматозныя измѣненія: въ периферическихъ нервахъ только паренхиматозный невритъ, въ спинномъ мозгу только небольшія отрофическія измѣненія въ клѣткахъ. При этомъ измѣненія въ периферическихъ нервахъ могутъ быть настолько необширны, что не поражаются даже всего нервнаго волокна, а поражаютъ только нѣсколько сегментовъ нервнаго волокна, или даже часть сегмента. Сегментарныя измѣненія, какъ мы видѣли, составляютъ частое явленіе и для многихъ болѣзненныхъ формъ даже наиболѣе характерны: они, напримѣръ, описаны въ свинцовомъ параличѣ, въ дифтеритическомъ и въ алкогольномъ. Но не ограничивается этимъ; рядомъ съ паренхиматознымъ невритомъ находятся и измѣненія свойственныя интерстиціальнымъ невритамъ, причемъ переходы чрезвычайно постепенны: сначала мы видимъ, что въ соединительной ткани около волокна въ эндоневріи скопляется значительное число лимфоидныхъ элементовъ; въ другихъ мѣстахъ инфильтрація лимфоидными элементами достигаетъ гораздо большей степени, является измѣненіе сосудовъ, является инфильтрація perineurii, сосуды наполнятся кровяными клѣтками, сдавлены, наконецъ являются мелкія кровоизліянія въ толщѣ нерва. То же самое мы видимъ и въ спинномъ мозгу: въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣтны только небольшія атрофическія измѣненія въ гангліозныхъ клѣткахъ, уменьшеніе величины, измѣненіе формы, неясность ядра, вакуолизація; въ другихъ—измѣненія въ клѣткахъ больше, онѣ изуродованы и вокругъ замѣтно участіе неврогліи и сосудовъ. Иногда и безъ измѣненія гангліозныхъ клѣтокъ замѣтны

измѣненія сосудовъ и соединительной ткани, инфильтрація лимфоидными элементами, переполненіе кровеносныхъ сосудовъ кровью, сдавленіе ихъ лейкоцитами, иногда масса кровоизліяній. Иногда въ этихъ случаяхъ изъ нервныхъ элементовъ разстраивается питаніе осевыхъ цилиндровъ: они или атрофируются, или разбухаютъ, дѣлаются громадной величины, какъ въ случаяхъ Шульце-Шульца и Гофмана. Отчасти эта разница измѣненій обусловливается разницей въ локолизаціи процесса, больше ли поражается сѣрое вещество или пучки бѣлаго. Иногда процессъ захватываетъ и оболочки спиннаго мозга и въ нихъ является тоже воспалительная инфильтрація. Пораженіе оболочекъ впрочемъ встрѣчается не часто и, сколько мы могли замѣтить, оно бываетъ чаще выражено при тѣхъ формахъ paralysie générale spinale, которыя обусловливаются вліяніемъ сильно-дѣйствующихъ контагіевъ: такъ, чаще описаны случаи пораженія оболочекъ при дифтеритическомъ параличѣ и при туберкулезныхъ разстройствахъ спиннаго мозга (Raymond). Иной разъ въ спинномъ мозгу мы не встрѣчаемся прямо съ рѣзко-выраженными воспалительными измѣненіями, но все-таки замѣтны глубокія нарушенія питанія: измѣненіе сосудовъ, развитіе соединительной ткани въ видѣ какъ бы начинающагося склероза, иногда при этомъ и мелкія кровоизліянія. Въ головномъ мозгу большею частью или ничего не находится, или находятся сравнительно-небольшія измѣненія: измѣненіе сосудовъ, нѣсколько-большее развитіе соединительной ткани, образованіе паукообразныхъ клѣтокъ и иногда атрофія нервныхъ элементовъ (случай алкогольнаго паралича Hun'a).

Въ мышцахъ измѣненія тоже сводятся или на простыя атрофическія измѣненія, или замѣтно и участіе соединительной ткани, увеличеніе ядеръ, чрезмѣрное развитіе ея.

Итакъ, во всѣхъ пораженныхъ частяхъ мы встрѣчаемся съ измѣненіями, указывающими на нарушеніе нормальнаго хода органическихъ процессовъ въ тканяхъ: во многихъ случаяхъ это—простая остановка питанія, иногда самаго малаго отдѣла нервной системы,—отдѣльнаго сегмента, отдѣльной части сегмента; иногда же нарушено питаніе цѣлой системы; иногда замѣтно не одно нарушеніе питанія, а также и воспалительныя измѣненія; иногда центръ тяжести переносится именно на эти воспалительныя измѣненія, гнѣздящіяся преимущественно около сосудовъ и выражающіяся въ болѣе или менѣе глубокомъ измѣненіи соединительной ткани около сосудовъ. Но почти всегда можно сказать, что эти измѣненія обнаруживаются въ *мельчайшихъ* сосудахъ, въ соединительной ткани, находящейся въ ближайшемъ отношеніи къ нервнымъ элементамъ: въ нервахъ—въ эндоневріи, въ спинномъ мозгу,—въ неврогліи. Только при большой интенсивности болѣзни захватывается perineurium, epineurium и оболочки спиннаго мозга. По всей

вѣроятности, происхожденіе всѣхъ этихъ измѣненій объясняется вліяніемъ какъ на нервные элементы, такъ и на соединительную ткань нервной системы—тѣхъ болѣзнетворныхъ агентовъ, которые вызываютъ paralysie générale spinale. Всего естественнѣе было бы приписать происхожденіе этихъ измѣненій непормальному составу крови, вліяющей какъ на нервные элементы, такъ и на соединительную ткань: вліяніемъ на нервные элементы обусловливались бы различныя степени перенхиматозныхъ измѣненій, а вліяніемъ на соединительную ткань объяснялись бы измѣненія воспалительнаго характера въ соединительной ткани, развивающіяся, какъ мы сказали, преимущественно вблизи сосудовъ. Предположеніе о непормальномъ составѣ крови тѣмъ болѣе вѣроятно, что въ этіологіи болѣзней этой группы всегда можно найти условія для измѣненія состава крови: значительная часть этихъ болѣзней прямо токсическаго происхожденія; затѣмъ, другая часть происходитъ или послѣ инфекціонныхъ болѣзней, или при такихъ болѣзняхъ, въ которыхъ составъ крови мѣняется; наконецъ, въ третьей группѣ болѣзней, болѣзней самостоятельныхъ, или предполагается инфекція, какъ причина болѣзни (предположеніе Вестфаля о миазматическомъ происхожденіи восходящаго паралича Ландри и предположеніе о миазматическомъ происхожденіи beriberi), или когда и этого нѣтъ, то можно, какъ, напримѣръ, въ случаяхъ множественнаго неврита, развившагося послѣ сильнаго утомленія *), допустить задержаніе продуктовъ утомленія,—слѣдовательно, тоже своеобразную автоинтоксикацію.

Однако, хотя всѣмъ только-что изложеннымъ и объясняется кое-что въ происхожденіи анатомическихъ измѣненій при paralysie générale spinale, но далеко не объясняется клиническая картина болѣзни. Собственно говоря, совокупность симптомовъ можно очень легко объяснить,—стоитъ только предположить, что болѣзнь локализируется во многихъ мѣстахъ: въ нервахъ чувствующихъ и двигательныхъ и въ спинномъ мозгу; тогда, конечно, не останется ни одного симптома необъяснимаго и различіе въ отдѣлкахъ отдѣльныхъ случаевъ найдетъ себѣ объясненіе въ болѣе или менѣе распространенномъ пораженіи различныхъ отдѣловъ нервной и мышечной системы. —Не такъ легко объяснить теченіе болѣзни. Какъ мы видѣли, болѣзнь очень часто развивается постепенно: болѣзненные симптомы сначала появляются въ одномъ мѣстѣ, потомъ въ другомъ; иногда развитіе болѣзни совершается въ нѣсколько недѣль, принимая или восходящій, или нисходящій ходъ. Очень часто болѣзнь, начавшись параличомъ въ тѣхъ мышцахъ, которыя ближе всего къ мѣсту, гдѣ была произвождая болѣзнь, напримѣръ въ мышцахъ мягкаго нёба при дифтеритической жабѣ, только черезъ нѣсколько дней является

*) Hirt: „Neurolog. Zentralblatt“ 1885, № 25.

въ мышцахъ конечностей. Какъ объяснить это, допуская, что параличныя явленія зависятъ отъ разстройствъ въ нервной системѣ вслѣдствіе нарушенія питанія ея, въ зависимости отъ дурнокачественнаго состава крови? Вѣдь, еслибы ядъ, циркулирующій въ крови, вызывалъ параличи непосредственнымъ отравленіемъ нервныхъ элементовъ, то странно было бы, что, циркулируя по всему организму, онъ сегодня отравитъ одну часть нервной системы, завтра—другую. Это тѣмъ болѣе невѣроятно, что при нѣкоторыхъ токсическихъ параличахъ параличныя явленія развиваются тогда, когда мы должны думать, что ядъ уже выдѣлился изъ крови: такъ, напримѣръ, параличи вслѣдствіе отравленія сѣроуглеродомъ являются уже тогда, когда сѣроуглерода и не бываетъ въ крови; къ такимъ же параличамъ принадлежатъ и алкогольные. Бываютъ случаи, что параличъ, разъ явившись подъ вліяніемъ интоксикаціи, затѣмъ вновь рецидивируетъ безъ всякой новой интоксикаціи этимъ же ядомъ: это, напримѣръ, бываетъ въ случаѣ отравленія окисью углерода (случай Гнаука), это бываетъ при хроническомъ отравленіи свинцомъ. Положимъ, что для свинца, для объясненія этого, придумано предположеніе, что свинецъ отлагается въ костяхъ больнаго и оттуда, какъ бы изъ кладовой, можетъ поступать въ кровь и производить этимъ путемъ новое отравленіе тканей. Но, съ одной стороны, это предположеніе не оправдывается результатами химическаго анализа нервной системы по отношенію къ содержанію свинца (случай, описанный Л. С. Миноромъ изъ клиники А. Я. Кожевникова), а съ другой — во многихъ случаяхъ летучихъ ядовъ такое предположеніе и сдѣлать невозможно. Все это приводитъ насъ къ заключенію, что невозможно объяснить себѣ развитіе токсическихъ и другихъ параличей того же семейства непосредственнымъ парализующимъ вліяніемъ ядa, циркулирующаго въ крови, такъ какъ симптомы со стороны нервной системы развиваются часто уже тогда, когда нельзя предполагать присутствіе его въ организмѣ. Для объясненія возможности появленія разстройствъ въ нервной системѣ тогда уже, когда ядъ изъ крови выдѣлился, нужно допустить, что ядъ во время пребыванія своего въ крови оставляетъ въ органахъ нервной системы такія измѣненія, которыя могутъ обнаруживаться не тотчасъ, а по истеченіи нѣкотораго времени. Эти измѣненія, по всей вѣроятности, должны заключаться главнымъ образомъ въ измѣненіи условій питанія или, лучше сказать, метаморфоза въ нервной системѣ. Если эти измѣненія будутъ очень интенсивны, то они быстро достигнутъ такой степени развитія, что равновѣсіе въ питаніи нервныхъ элементовъ нарушится, и произойдутъ въ нихъ тѣ или другія анатомическія измѣненія, клиническимъ выраженіемъ которыхъ будутъ параличи, боли, анестезіи, психическое разстройство и т. п. Въ другихъ случаяхъ, когда производящая причина дѣйствуетъ не съ такою интен-

зависимостью, измѣненія, оставляемыя ею въ нервной системѣ, будутъ до поры до времени оставаться въ латентномъ состояніи, но тѣмъ не менѣе они будутъ состоять въ крайней неустойчивости питанія нервныхъ элементовъ, вслѣдствіе чего какая-нибудь случайная причина будетъ въ состояніи нарушить равновѣсіе этого питанія и вызвать появленіе рѣзкихъ анатомическихъ измѣненій въ нихъ.—Такимъ образомъ мы должны допустить, что если не во всѣхъ, то во многихъ случаяхъ измѣненіе состава крови, какая-нибудь токсемія, въ то время какъ она существуетъ, оставляетъ въ нервной системѣ болѣе или менѣе глубокіе слѣды: слѣды эти заключаются существеннымъ образомъ въ неустойчивости питанія нервныхъ элементовъ, причемъ иногда эта неустойчивость до того велика, что вскорѣ вслѣдъ за токсеміей (обыкновенно черезъ нѣсколько дней) уже обнаруживаются глубокія измѣненія въ нервныхъ элементахъ, вслѣдствіе чего являются параличи; въ другихъ же случаяхъ она не ведетъ непосредственно къ появленію такихъ измѣненій, которыя вызывали бы параличи, а выражается въ тѣхъ или другихъ легкихъ признакахъ неправильности питанія нервной системы до тѣхъ поръ, пока какой-нибудь случайный толчокъ не нарушитъ сразу это неустойчивое питаніе настолько, что появятся рѣзкія анатомическія измѣненія въ нервныхъ элементахъ.

Такимъ предположеніемъ можно объяснить себѣ съ одной стороны то обстоятельство, что вслѣдъ за вліяніемъ той или другой причины, вызывающей параличи разматриваемой нами группы, они не являются тотчасъ же, а обыкновенно черезъ нѣсколько дней (отъ 3—15 дней), а съ другой стороны и то, почему иногда параличи рецидивируютъ и безъ новаго введенія яда. Этимъ же предположеніемъ объясняется и вліяніе хроническихъ интоксикацій, и вліяніе конституціональныхъ болѣзней: при нихъ тоже ненормальный составъ крови не сразу вызываетъ нервные симптомы въ видѣ параличей, а только по истеченіи иногда очень долгаго времени. Это можно объяснить себѣ только сдѣлавъ предположеніе, что все-таки ядъ, находясь въ крови, хотя и въ небольшомъ количествѣ, каждый разъ производилъ какое-нибудь вліяніе на нервную систему; сумма же этихъ вліяній и выразилась въ концѣ концовъ въ развитіи неустойчивости питанія нервныхъ элементовъ,—неустойчивости иногда настолько большой, что какое-нибудь ничтожное повидимому обстоятельство, подѣйствовавшее на организмъ, произведетъ очень быстро глубокое нарушеніе питанія нервныхъ элементовъ въ формѣ болѣе или менѣе глубокихъ анатомическихъ измѣненій.

Что предполагать существованіе неустойчивости питанія нервныхъ элементовъ при параличахъ этого семейства возможно, это видно уже изъ того, что при всѣхъ хроническихъ отравленіяхъ существуетъ цѣлый

рядъ симптомовъ, указывающихъ на неправильное питаніе нервной системы: раздражительность, утомляемость, боли, парестезіи и т. п. Въ пользу этого говоритъ и то, что не только въ нервной системѣ при этихъ хроническихъ интоксикаціяхъ питаніе элементовъ нарушено, но и въ большинствѣ другихъ органовъ: печени, почкахъ, кишечникѣ, въ кожѣ и т. д. Затѣмъ, очень часто прямо можно констатировать задержку метаморфоза въ организмѣ, вслѣдствіе чего является накопленіе жира. Наконецъ, въ большинствѣ случаевъ хроническая интоксикація ведетъ къ кахексіи, то-есть своеобразному нарушенію питанія всего организма.

Слово „кахексія“ должно напомнить намъ Gubler'а, который въ свое время чрезвычайно интересовался тѣмъ же типомъ параличей, которымъ мы занимаемся теперь, особенно тѣми формами этого типа, которыя бываютъ послѣ острыхъ болѣзней *). Въ то время не было констатировано анатомическихъ измѣненій при этихъ параличахъ, и потому они считались эссенціальными. Gubler старался доказать, что вовсе не особенное свойство яда вызываетъ эти параличи, а особенныя условія, возникающія при острыхъ болѣзняхъ въ самомъ организмѣ. Онъ приводилъ случаи, въ которыхъ, напримѣръ, параличъ мягкаго нёба развивался не вслѣдъ за *дифтеритическою* жабой, а вслѣдъ за *простой* ангиной, чтобы показать, что самъ по себѣ ядъ дифтеритической тутъ не при чемъ. Существенное условіе въ происхожденіи этихъ параличей онъ видѣлъ въ особенномъ состояніи организма, развивающемся подъ вліяніемъ острой болѣзни — въ кахексіи: „La convalescence est une cachexie temporaire“,—говорилъ онъ,—и она обусловливаетъ разстройство питанія нервныхъ элементовъ, клинически проявляющееся, какъ параличи. Въ виду того, что эти параличи суть проявленіе нарушеннаго (ослабленнаго) питанія нервныхъ элементовъ, онъ и называетъ эти параличи астеническими. По внѣшнему типу этотъ астенический параличъ Gubler'а совершенно подходитъ къ paralysie générale subaigue Дюшена. Мнѣ кажется, что въ нашемъ заключеніи мы не далеко ушли отъ Гюблера; мы только замѣнили слово „астенія“—„нарушеніемъ питанія“ и констатировали, что это нарушеніе питанія вызываетъ паренхиматозныя явленія въ органахъ, а его названіе кахексіи, которую онъ кладетъ въ основу астеніи, есть не что иное какъ обозначеніе нарушенія устойчивости питательнаго аппарата нервной системы подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ острыхъ болѣзней. Въ добавленіе къ словамъ Гюблера мы можемъ сказать, что значеніе кахексіи для произведенія формъ восходящаго паралича намъ уже извѣстно: намъ извѣстны

*) *Gubler*: „Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aigus et specialement des paralysies asthéniques, diffuses, des convalescents.—Arch. génér. de med.“ 1861, p. 506.

такіе параличи при чахоткѣ, при ракѣ, при старческомъ маразмѣ. Намъ извѣстно, что этого рода кахексіи вызываютъ рѣзкую наклонность къ появленію различныхъ разстройствъ въ нервной системѣ, напримѣръ—невритовъ отдѣльныхъ нервовъ, различныхъ склерозовъ въ спинномъ мозгу. Наконецъ, самый хронической алкоголизмъ можно разсматривать какъ своего рода кахексію и, сообразно съ этимъ, относиться и къ тѣмъ пораженіямъ нервной системы, которыя при немъ развиваются.

Итакъ, нужно допустить, что ненормальный составъ крови, токсемія въ той или другой формѣ, за которою слѣдуютъ параличи, производитъ эти параличи, вызывая болѣе или менѣе рѣзко выраженную неустойчивость питанія нервныхъ элементовъ. Этимъ объясняется, какъ мы видѣли, и тотъ латентный періодъ, который остается между моментомъ токсеміи и появленіемъ параличей, и возможность рецидивовъ. Но это еще не все: намъ нужно объяснить еще одну характерную особенность въ теченіи параличей этой группы. Мы видѣли, что параличныя явленія появляются при нихъ *въ извѣстной послѣдовательности*. Такъ, при дифтеритическихъ параличахъ сначала появляется параличъ мягкаго нёба, а потомъ уже другіе параличи; при параличахъ послѣ воспаленія тазовыхъ органовъ часто въ самомъ началѣ поражаются нервы plexus lumbalis и т. д. Вообще же, какъ мы говорили, эти параличи чаще всего имѣютъ восходящее теченіе: начинаются съ нижнихъ конечностей и потомъ распространяются на другія. Послѣдовательность въ развитіи болѣзненныхъ симптомовъ составляетъ характерную особенность разбираемой болѣзненной формы.

Эта особенность давно обратила на себя вниманіе клиницистовъ: для объясненія ея создалось ученіе о neuritis ascendens, главнымъ представителемъ котораго долгое время стоялъ Leyden; для многихъ параличей, послѣдовательныхъ за пораженіемъ какихъ-нибудь органовъ, онъ предполагалъ восхожденіе воспаленія по нервному стволу до центровъ, и послѣдовательное пораженіе центровъ. Подобный патогенезъ предполагалъ онъ для параличей послѣродовыхъ и для дифтеритическихъ. Въ этихъ послѣднихъ доказано было пораженіе нервовъ мягкаго нёба, и потому естественно было предположить, что, въ случаѣ распространенія паралича на конечности, воспаленіе по нервамъ мягкаго нёба, пораженнымъ непосредственно на мѣстѣ страданія, восходитъ до центровъ и вызываетъ соотвѣтствующія измѣненія въ центрахъ и въ оболочкахъ. Эту теорію болѣе подробно развилъ Sainclair въ своей диссертаціи, основанной на изслѣдованіи случая Pierret, гдѣ, по его выраженію, найденъ былъ „meningolymphite". Руководствуясь взглядами Ranvier'а на соединительную ткань, какъ органъ лимфатической системы, онъ предположилъ, что болѣзненторная причина (въ данномъ случаѣ

дифтеритическій ядъ), поражая на мѣстѣ нервы мягкаго нёба, по лимфатическимъ щелямъ нервовъ распространяется (аналогично рожистому процессу) до спиннаго мозга, тамъ поражаетъ преимущественно pia и arachnoidea, какъ тоже органы лимфатическаго аппарата. По отросткамъ оболочекъ, вникающихъ съ сосудами въ существо мозга, болѣзненное разстройство распространяется въ глубь, въ периваскулярныя пространства, и наконецъ въ ближайшее сосѣдство съ нервными элементами; отсюда—громадное скопленіе лейкоцитовъ, сдавливающихъ сосуды и нервныя волокна. По отросткамъ, даваемымъ pia въ нервные корешки, это же разстройство идетъ и въ нихъ, распространяется по нервнымъ стволамъ, вызываетъ и тамъ скопленіе лейкоцитовъ, измѣненіе кровообращенія и сдавленіе нервныхъ волоконъ. Отсюда — всѣ клиническія явленія: боли, параличи и анестезіи въ конечностяхъ. Какъ ни заманчива эта теорія постепеннаго распространенія болѣзни, но мы не имѣемъ достаточныхъ данныхъ, чтобы считать ее основательною. Во-первыхъ, уже то обстоятельство, что пораженіе оболочекъ arachnoideae и piae встрѣчается только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, а для пропагаціи, по Sainclair'у, ихъ участіе необходимо. Во-вторыхъ, на основаніи пропагаціи мы при генерализированныхъ дифтеритическихъ параличахъ должны бы были ожидать, что сначала поражаются верхнія конечности, а потомъ уже нижнія, на дѣлѣ же выходитъ, наоборотъ, что типъ паралича большею частью восходящій; а по правдѣ трудно предположить, чтобы воспаленіе перескочило со шейной части спиннаго мозга на *нервы* нижнихъ конечностей, а оттуда уже на нервы верхнихъ. Это легче бы было представить себѣ, еслибы не было надобности допускать первичное пораженіе *нервовъ* конечностей, а все дѣло могло бы быть объяснено пораженіемъ одного спиннаго мозга, то-есть еслибы мы имѣли основаніе допустить Эрбовскую теорію развитія многихъ пораженій клѣтокъ; тогда можно бы думать, что измѣненія могутъ происходить только въ спинномъ мозгу, а не прямо въ нервахъ, и, производя нарушеніе питанія гангліозныхъ клѣтокъ, вызывать послѣдовательные невриты. Но мы видѣли, что для этой теоріи нѣтъ достаточныхъ фактовъ, да кромѣ того она не объяснила бы появленія интерстиціальныхъ невритовъ, являющихся при тѣхъ же дифтеритическихъ параличахъ.

Поэтому мнѣ кажется, что теорія neuritis ascendens въ той формѣ, какъ ее предлагаетъ Sainclair, не имѣетъ достаточныхъ основаній и не объясняетъ всѣхъ явленій. Но, тѣмъ не менѣе, она очень интересна, потому что заставляетъ задуматься о значеніи соединительной ткани, какъ лимфатическаго аппарата нервной системы въ развитіи различныхъ заболѣваній ея.

Съ нашей точки зрѣнія объясненіе послѣдовательности въ развитіи симптомовъ болѣзни будетъ довольно просто. Мы должны только допустить, что въ то время, когда болѣзнетворная причина дѣйствовала,— другими словами, въ теченіе періодъ, когда тотъ или другой ядъ циркулировалъ въ крови,—она оставляла не одинакіе слѣды въ различныхъ отдѣлахъ нервной системы. Тамъ, гдѣ, по тѣмъ или другимъ условіямъ, ядъ оставался въ большемъ соприкосновеніи съ нервною системой,—тамъ и слѣдъ его долженъ былъ оставаться въ большей интензивности, а это значитъ, что въ этихъ отдѣлахъ неустойчивость питанія нервныхъ элементовъ должна быть больше, и, естественно, въ нихъ-то и произойдутъ первыя анатомическія измѣненія, которыя проявятся тѣми или другими симптомами. Поэтому при дифтеритическихъ параличахъ — параличъ обнаружится раньше всего въ мягкомъ нёбѣ, потому что первы мягкаго нёба больше другихъ подвергались вліянію непормальнаго состава питательной среды (крови и лимфы), — слѣдовательно, тѣ измѣненія, которыя лежатъ въ основѣ неустойчивости питанія, въ нихъ должны были развиться всего болѣе. Такимъ же образомъ объясняется и то, что при параличахъ, слѣдующихъ за другими мѣстными болѣзнями (phlegmone, отчасти дизентерія), параличныя явленія всего интензивнѣе въ мѣстахъ близкихъ къ мѣсту болѣзни. То, что паралячи принимаютъ обыкновенно восходящій типъ, объясняется, мнѣ кажется, вполнѣ ясно тѣмъ, что нервы нижнихъ конечностей, благодаря сравнительно неблагопріятнымъ условіямъ кровеобращенія и лимфообращенія въ нижнихъ конечностяхъ, подвергаются болѣе продолжительному вліянію ядя, циркулирующаго въ питающей жидкости, и потому измѣненія, ведущія къ неустойчивости питанія, въ нихъ будутъ болѣе развиты, чѣмъ въ другихъ отдѣлахъ, и, слѣдовательно, рѣзкое нарушеніе питанія, т.-е. появленіе анатомическихъ измѣненій, въ нихъ будетъ раньше, чѣмъ, наприм., въ верхнихъ конечностяхъ и, особенно, чѣмъ въ туловищѣ. Поэтому же всѣ измѣненія рѣзче выражены въ периферическихъ отдѣлахъ конечностей, чѣмъ въ болѣе близкихъ къ туловищу. Вѣроятно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣетъ значеніе и особенное „притяженіе“ даннаго ядя къ какому-нибудь органу. Вѣроятно, особеннымъ „притяженіемъ“ алкоголя къ головному мозгу объясняется то, что при алкогольныхъ параличахъ симптомы со стороны психической сферы являются часто даже ранѣе параличей нижнихъ конечностей; вѣроятно, особенное вліяніе алкоголя на головной мозгъ вызываетъ въ его питаніи тоже глубокую неустойчивость, вслѣдствіе чего при нарушеніи равновѣсія организма симптомы разстроеннаго питанія головнаго мозга, т.-е. симптомы со стороны психической сферы, являются одни изъ первыхъ.

Итакъ, мы приходимъ къ такому заключенію: всѣ явленія довольно хорошо объясняются, если мы представимъ себѣ, что присутствіе того

или другаго ядя въ организмѣ, токсемія, вызываетъ въ нервной системѣ измѣненія, которыя сводятся къ нарушенію правильности питанія нервныхъ элементовъ,—къ неустойчивости этого питанія. А при существованіи этой неустойчивости питанія легко уже могутъ развиться тѣ анатомическія измѣненія въ нервныхъ элементахъ, которыя лежатъ въ основѣ уже выраженныхъ параличей; эти анатомическія измѣненія могутъ развиться или непосредственно — вслѣдствіе дальнѣйшаго прогресса нарушенія питанія отъ дѣйствія того же ядя, или вслѣдствіе нарушенія равновѣсія, и безъ того почти нарушеннаго, питанія по какому-нибудь случайному поводу.

Спрашивается, въ чемъ же могутъ заключаться эти измѣненія, которыя составляютъ основу неустойчивости питанія нервныхъ элементовъ? Тѣ измѣненія, которыя составляютъ субстратъ уже выраженныхъ параличей, мы знаемъ: это суть невриты, паренхиматозные и интерстиціальные, міэлиты и другія измѣненія. Но мы не о нихъ теперь говоримъ, а о томъ, что ранѣе ихъ, т.-е. о тѣхъ измѣненіяхъ, которыя, выражаясь въ неустойчивости питанія нервныхъ элементовъ, будутъ при благопріятныхъ обстоятельствахъ давать поводъ къ развитію всѣхъ только-что перечисленныхъ измѣненій.

Вопросъ этотъ принадлежитъ къ самымъ труднымъ и, мнѣ кажется, неразрѣшимымъ въ настоящее время; мнѣ кажется, можно представить нѣсколько теорій, но каждая изъ нихъ вызоветъ нѣсколько серьезныхъ возраженій.

Первое мнѣніе будетъ такое, что эта неустойчивость коренится въ измѣненіи самихъ нервныхъ элементовъ, т.-е. клѣтокъ и нервныхъ волоконъ. За это говоритъ, во-первыхъ, то, что при большинствѣ вліяній, отъ которыхъ развиваются параличи данной группы, можно найти измѣненія въ нервныхъ элементахъ: такъ, напримѣръ, мутное набуханіе паренхиматозныхъ элементовъ составляетъ довольно извѣстное послѣдствіе какъ острыхъ болѣзней, такъ и разнообразныхъ интоксикацій. Затѣмъ многіе изъ ядовъ вліяютъ рѣзко на міэлинъ, такую важную составную часть нервнаго волокна. Такъ, напримѣръ, Herman Ludimar *), подвавляя къ крови алкоголь и другія анестезирующія вещества и вліяя такою кровью на нервную субстанцію, замѣчалъ раствореніе протагона міэлиновато вещества въ большей или меньшей степени. Естественно, конечно, предположить, что можетъ-быть и въ живомъ организмѣ введеніе ядовъ, дѣйствующихъ подобнымъ образомъ, будетъ вліять такъ же на міэлинъ, а нервная система съ такимъ измѣненнымъ міэлиномъ будетъ, конечно, не такъ устойчива, какъ

*) „Arch. für Anatomie und Physiologie“ 1866: „Ueber die Wirkungsweise einer Gruppe von *Giften*“.

нормальная. Мы говорили уже, что для теоріи мышьяковыхъ параличей Готье предположилъ, что мышьякъ замѣщаетъ фосфоръ въ лецитинѣ нервныхъ элементовъ. Предположеніе, что при болѣзняхъ разсматриваемой группы ядъ, циркулирующій въ крови, вліяетъ на міэлинъ, кажется тѣмъ правдоподобнѣе, что, какъ мы видѣли, измѣненіе міэлина въ нервныхъ волокнахъ при невритахъ, особенно періаксильныхъ, составляетъ самое частое явленіе при параличахъ разсматриваемой группы. Такимъ образомъ возможность происхожденія паралитическихъ явленій отъ непосредственнаго вліянія ядовъ, или вообще дурно-качественнаго состава крови, на нервные элементы легко предположить. И дѣйствительно, эта теорія была бы самая удобная, еслибы симптомы со стороны нервной системы являлись вскорѣ вслѣдъ за поступленіемъ яда въ организмъ. Но когда существуютъ факты, указывающіе на то, что эти симптомы являются иногда черезъ долгое время послѣ интоксикаціи, и, затѣмъ, когда говорятъ, что эти же симптомы могутъ явиться не только вслѣдствіе введенія яда, но и вслѣдствіе прекращенія привычнаго введенія яда, то становится очень труднымъ допустить объясненіе этою одною теоріей, потому что спрашивается: какъ же могла такъ долго функціонировать нервная система съ такимъ измѣненнымъ міэлиномъ, ничѣмъ не проявляя этого измѣненія? И, затѣмъ, какъ же при отнятіи яда, вкѣсто того, чтобы міэлинъ очистился отъ ненормальныхъ примѣсей къ нему, вдругъ наступаетъ полное нарушеніе его, бывающее при паренхиматозныхъ невритахъ? Итакъ, можетъ-быть эта теорія и имѣетъ значеніе, но во всякомъ случаѣ ею одною всѣхъ явленій объяснить нока нельзя.

По другой теоріи можно видѣть главное условіе измѣненій, лежащихъ въ основѣ неустойчивости питанія нервной системы, въ измѣненіяхъ въ кровообращеніи, частью въ измѣненіи кровеносныхъ сосудовъ, частью въ примѣсяхъ крови къ тѣмъ или другимъ отдѣламъ нервной системы подъ вліяніемъ интоксикацій.

Дѣйствительно, измѣненія въ кровеносныхъ сосудахъ нервной системы бываютъ иногда при болѣзняхъ разсматриваемой группы, а также и явленія гиперэміи и анэміи. Но, тѣмъ не менѣе, объяснить себѣ всю картину явленій ненормальными условіями кровеобращенія—очень трудно. Во-первыхъ, гиперэмія и анэмія и измѣненія кровеносныхъ сосудовъ бываютъ и при другихъ условіяхъ, а такихъ параличей, которые наблюдаются здѣсь, не влекутъ за собою. Во-вторыхъ, если видѣть въ основѣ только одну гиперэмію или анэмію, очень трудно объяснить развитіе самыхъ параличей. Если представить, что гиперэмія въ концѣ концовъ, подъ вліяніемъ какихъ-нибудь неблагопріятныхъ условій, переходитъ въ воспаленіе и этимъ вызывается появленіе паралитическихъ симптомовъ, то намъ придется допустить такую картину перехода гиперэміи въ воспаленіе, которую трудно себѣ и представить, потому что, какъ мы видѣли, анатомическія измѣненія, которыя лежатъ въ основѣ болѣзни, начинаются сначала во множествѣ периферическихъ нервныхъ волоконъ. Почему это сразу на всѣхъ пунктахъ привычная гиперэмія идетъ перейдетъ въ воспаленіе, такъ и остается неяснымъ; да и потомъ самый фактъ гиперэміи или анэміи тоже далеко нельзя считать вполнѣ доказаннымъ даже при хроническихъ интоксикаціяхъ: мы встрѣчаемся только съ явленіями разстройства питанія; иногда это связано съ гиперэміей, иногда съ анэміей, иногда же—ни съ тѣмъ, ни съ другимъ.

Третья теорія выставляетъ на первый планъ пораженіе того аппарата, который служитъ въ питаніи посредникомъ между кровью и тканевыми элементами, т.-е лимфатическій аппаратъ и, главнымъ образомъ, тотъ отдѣлъ его, который составляетъ соединительная ткань, ближайшая къ нервнымъ элементамъ. Эта теорія новая, и потому и остановлюсь на ней дольше. Она обращаетъ вниманіе на зависимость питанія нервныхъ элементовъ отъ той среды, на которую мало обращали вниманіе патологи. Между тѣмъ не обращать вниманія на лимфатическій аппаратъ при объясненіи происхожденія болѣзней, мнѣ кажется, нельзя уже потому, что ближайшимъ питательнымъ аппаратомъ для нервныхъ элементовъ, для клѣтокъ и нервныхъ волоконъ служитъ именно лимфатическій аппаратъ, то-есть та часть его, которую представляетъ соединительная ткань, проникающая своими отростками во всѣ мельчайшіе отдѣлы нервной системы и служащая посредницей между кровью и нервными элементами *); чрезъ ея посредство нервные элементы омываются питательною жидкостію, и изъ нихъ удаляются продукты метаморфоза. Уже теоретически разсуждая, можно ожидать, что измѣненія въ этой ткани должны отражаться на питаніи нервныхъ элементовъ, а съ другой стороны измѣненія въ питательной жидкости, ненормальный ея составъ вслѣдствіе содержанія того или другаго яда, должны вліять на строеніе и функціи этой ткани, такъ какъ, циркулируя въ питательной жидкости, этотъ ядъ съ соединительною тканью находится въ постоянномъ соприкосновеніи. И дѣйствительно, при изученіи анатомическихъ измѣненій, встрѣчающихся при той группѣ параличей, которую мы теперь разсматриваемъ, мы встрѣчали часто измѣненія въ соединительной ткани. Мы видѣли, что анатомическія измѣненія вообще сводились къ паренхиматознымъ измѣненіямъ въ нервныхъ элементахъ и *къ измѣненіямъ въ соединительной ткани*; измѣненія въ соединительной ткани выражаются то скопленіемъ лейкоцитовъ, преимущественно около сосудовъ, затрудненіемъ

*) См. *Ranvier*: „Leçons sur l'anatomie générale. — Progrès médical“ 1876, № 6.

въ обращеніи лимфы, выражающимся въ переполненіи лимфатическихъ сосудовъ, затѣмъ идетъ переполненіе кровеносныхъ сосудовъ и иногда кровоизліянія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ нѣтъ такого быстраго нарушенія обращенія лимфы и крови, влекущаго такія острыя явленія, а просто замѣтно усиленное развитіе соединительной ткани, развитіе паукообразныхъ клѣтокъ, развитіе новыхъ сосудовъ,—словомъ, картина склероза въ той или другой степени. Мнѣ кажется, что не будетъ большой натяжки съ моей стороны, если я предположу, что эти измѣненія въ соединительной ткани, которыя часто находятся параллельно съ паренхиматозными измѣненіями въ первныхъ элементахъ, иногда же и безъ нихъ, суть реактивныя измѣненія, вызываемыя присутствіемъ того или другаго яда въ питательной жидкости. Нарушая питаніе первныхъ элементовъ, причемъ этого яда вызываетъ въ нихъ паренхиматозныя измѣненія, а дѣйствуя съ нѣкоторою силой на соединительную ткань, вызываетъ въ ней реактивныя измѣненія въ видѣ только-что описанныхъ явленій.

Но эти измѣненія, какъ мы видѣли, хотя и могутъ быть, но бываютъ далеко не всегда; иногда ядъ, циркулируя въ крови и питательной жидкости, не оставляетъ въ соединительной ткани первной системы слѣдовъ въ видѣ только-что описанныхъ воспалительныхъ измѣненій. Тѣмъ не менѣе, однако, и въ этихъ случаяхъ трудно допустить, чтобы присутствіе яда въ питательной средѣ совсѣмъ не вліяло на соединительную ткань, и можно представить себѣ безъ большой натяжки, что вліяніе это есть, но оно не настолько сильно, чтобы быть подмѣчено нашими теперешними способами изслѣдованія; оно все-таки будетъ выражаться въ измѣненіи функціональной способности этой ткани, какъ лимфатическаго аппарата первной системы. Допустивъ это предположеніе, мы довольно рельефно можемъ представить себѣ, что будетъ напримѣръ при хроническихъ интоксикаціяхъ: повторное введеніе яда въ этихъ случаяхъ будетъ вызывать присутствіе этого яда въ питательной жидкости, достигающей по лимфатическимъ щелямъ до первныхъ элементовъ. Въ нихъ этотъ ядъ будетъ производить тѣ или другія измѣненія; но если лимфатическій аппаратъ въ порядкѣ, то продукты этого измѣненія первныхъ элементовъ не долго будутъ оставаться,—они будутъ удаляться изъ ткани и изъ организма. Но если подъ вліяніемъ того же яда произойдетъ хотя небольшое измѣненіе въ самихъ лимфатическихъ щеляхъ или другое какое-нибудь измѣненіе, нарушающее правильность функціи лимфатическаго аппарата, ближайшаго къ тканямъ, то съ одной стороны и продукты вліянія яда на самые первные элементы не будутъ такъ скоро удаляться, а съ другой—и безъ введенія яда питаніе первныхъ элементовъ будетъ поставлено въ сравнительно худшія условія. Это и будетъ выражаться различными симптомами разстройства питанія въ видѣ тѣхъ или другихъ явленій неврастеніи, являющейся при хроническихъ интоксикаціяхъ. Питаніе первныхъ элементовъ при этомъ будетъ неустойчиво, и достаточно будетъ сравнительно небольшаго толчка, чтобы нарушить равновѣсіе питанія въ томъ или другомъ отдѣлѣ первной системы и вызвать появленіе анатомическихъ измѣненій въ первныхъ элементахъ, напримѣръ, явленія паренхиматознаго неврита. Если это нарушеніе равновѣсія будетъ сильно, то разстройство питанія въ формѣ анатомическихъ измѣненій сразу выразится во многихъ частяхъ первной системы и появится та картина генерализированныхъ параличей, которую мы теперь разбираемъ; можетъ-быть при этомъ будетъ имѣть значеніе и прямое токсическое вліяніе нѣкоторыхъ вредныхъ продуктовъ метаморфоза, задерживающихся вслѣдствіе разстройства лимфатическаго аппарата. Такъ дѣло будетъ идти при хроническихъ интоксикаціяхъ. При острыхъ интоксикаціяхъ для поддержанія этой теоріи нужно допустить, что вліяніе яда, циркулирующаго въ крови и питательной плазмѣ, въ теченіе нѣсколькихъ дней производитъ тѣ измѣненія въ этомъ лимфатическомъ аппаратѣ, которыя ставятъ метаморфозъ тканей въ крайне дурныя условія, вслѣдствіе чего въ различныхъ отдѣлахъ первной системы и являются рѣзко выраженныя нарушенія этого метаморфоза въ видѣ паренхиматозныхъ измѣненій. Этимъ предположеніемъ объясняется и существованіе инкубаціоннаго періода, замѣчаемаго между токсеміей и появленіемъ параличей; этимъ можно объяснить и послѣдовательный ходъ развитія отдѣльныхъ симптомовъ въ зависимости отъ степени нарушенія функцій лимфатическаго аппарата въ тѣхъ или другихъ отдѣлахъ первной системы.

Итакъ, если допустить, согласно этой теоріи, что измѣненія, лежащія въ основѣ того, что мы назвали неустойчивостью питанія первныхъ элементовъ, заключаются въ разстройствѣ лимфатическаго аппарата ближайшаго къ первнымъ элементамъ, то многія явленія будутъ объяснены очень легко, и съ этой стороны эта теорія заслуживаетъ вниманія. Но, съ другой стороны, эта теорія вызываетъ и многочисленныя возраженія. Первое возраженіе то, что нельзя ясно доказать существованіе разстройства лимфатическаго аппарата, именно того отдѣла его, который составляетъ соединительная ткань; можно его предполагать, но этого еще мало,—нужно его доказать. Прямыхъ же доказательствъ этого нѣтъ. Затѣмъ, въ какой формѣ будетъ нарушеніе этого аппарата: простое ли нарушеніе функціи, или анатомическое измѣненіе,—съуженіе калибра лимфатическихъ щелей, или измѣненіе въ элементахъ плазмы? Все это очень не ясно. Въ виду этого, теорія эта не имѣетъ всѣхъ тѣхъ условій, которыя должна имѣть гипотеза, строго построенная; тѣмъ не менѣе я считаю нужнымъ ее привести, такъ какъ съ одной

стороны она обращаетъ вниманіе на возможность такой теоріи развитія болѣзни, на которую сравнительно мало обращали вниманія, а съ другой— и потому, что все-таки существуютъ нѣкоторыя данныя, указывающія на разстройства соединительной ткани, какъ лимфатическаго аппарата. Эти данныя заключаются, во-первыхъ, въ томъ, что при многихъ условіяхъ, при которыхъ развиваются параличи разсматриваемой нами группы, наприм. при интоксикаціяхъ, замѣтно разстройство соединительной ткани не только въ нервной системѣ, но и въ другихъ органахъ, какъ, наприм., въ печени, почкахъ и т. п. Затѣмъ признаки разстроеннаго метаморфоза организма существуютъ тоже въ большинствѣ случаевъ; это проявляется и въ замедленіи процесса обмѣна, и въ скопленіи жира въ подкожной клѣтчаткѣ, и, наконецъ, въ общемъ похуданіи при кахексіяхъ и нѣкоторыхъ формахъ отравленія. Наконецъ, самое появленіе параличныхъ симптомовъ сопровождается признаками рѣзкаго нарушенія метаморфоза въ видѣ часто быстро развивающагося общаго похуданія, уменьшенія количества мочи, измѣненія ея качества, причемъ иногда въ ней, какъ въ случаѣ свинцоваго паралича, описаннаго докторомъ Миноромъ изъ клиники профессора Кожевникова, находятся какія-то неизвѣстныя вещества. Но, все-таки, это только косвенныя доказательства въ пользу возможности этой теоріи, а не прямыя.

Такимъ образомъ мы привели 3 теоріи для объясненія того, что нужно разумѣть подъ измѣненіями, обусловливающими неустойчивость питанія нервныхъ элементовъ; но ни одна изъ этихъ теорій не удовлетворяетъ вполнѣ: одна—по недостаточности фактовъ, доказывающихъ ее, другія—потому, что не всѣ явленія ими объясняются. Очень можетъ быть, что въ дѣйствительности въ развитіи этихъ измѣненій имѣютъ значеніе всѣ три рода условій, которыя положены въ основѣ этихъ трехъ теорій; но въ какомъ взаимномъ отношеніи находятся вліянія этихъ условій, мнѣ кажется, теперь еще нельзя выяснить.

Всѣми этими теоріями мы старались объяснить механизмъ происхожденія той неустойчивости питанія нервныхъ элементовъ, которую мы кладемъ въ основу болѣзней разсматриваемой нами группы; по нашему предположенію, различные этіологическіе моменты, вызывающіе эти болѣзни, которые всѣ почти сводятся къ ненормальному составу крови, производятъ нервные симптомы, развивая бо́льшую или меньшую степень неустойчивости питанія.—Но возможно и другое объясненіе: одинаковость симптомовъ при различныхъ этіологическихъ моментахъ, одинаковая картина параличей при отравленіяхъ различными ядами и послѣ различныхъ острыхъ болѣзней—заставляютъ невольно дѣлать предположеніе о томъ, что можетъ-быть не сами эти яды (или ненормальныя составныя начала крови при острыхъ болѣзняхъ) отравляютъ нервную систему, а отравляетъ какой-нибудь одинъ ядъ или нѣсколько однородныхъ

ядовъ, развивающихся въ самомъ организмѣ, при дѣйствіи всѣхъ этіологическихъ моментовъ атрофическаго паралича, то-есть что разныя интоксикаціи, острыя болѣзни и кахексіи только ставятъ организмъ въ такія условія, при которыхъ въ организмѣ будутъ скопляться особенно вредные продукты, кои уже и будутъ отравлять нервные элементы. Это предположеніе, до послѣдняго времени не имѣвшее никакой опоры, въ послѣднее время можетъ, какъ мнѣ кажется, найти себѣ поддержку въ теоріи, которая въ будущемъ можетъ имѣть нѣкоторое значеніе. Я говорю о теоріи *птомаиновъ*, или вообще животныхъ ядовъ, развивающихся въ организмѣ. Какъ извѣстно, въ послѣднее время многими изслѣдователями открыты вещества, образующіяся при извѣстныхъ условіяхъ въ животныхъ тканяхъ и которыя подходятъ очень близко по своимъ свойствамъ къ растительнымъ алкалоидамъ. Вещества эти добыты при гніеніи животныхъ тканей (чаще всего безъ доступа воздуха) и названы птомаинами (πτόμα—трупъ). Подобныя же вещества найдены и въ нѣкоторыхъ выдѣленіяхъ живаго организма (слюна, моча) и часто называются тоже птомаинами, хотя Gautier *) для такихъ алкалоидовъ живаго организма предлагаетъ названіе левкомаиновъ. Нѣкоторые изъ этихъ алкалоидовъ не ядовиты, другіе же, наоборотъ, отличаются большою степенью ядовитости и, впрыснутые подъ кожу животнаго, вызываютъ глубокія разстройства нервной системы. При этомъ одни изъ нихъ дѣйствуютъ сходно съ атропиномъ, другіе—со стрихниномъ, морфіемъ, вератриномъ и т. п. Такъ какъ въ мочѣ нѣкоторыхъ больныхъ (тифозныхъ, пневмониковъ, при нѣкоторыхъ мозговыхъ болѣзняхъ) находили звачительное увеличеніе птамаиновъ, то уже давно явилась мысль о томъ, что они могутъ имѣть значеніе въ развитіи болѣзней у человѣка. И дѣйствительно, въ послѣднее время проф. Анрепомъ доказано **), что птомаинами вызывается болѣзнь, приписываемая рыбному яду. Пель ***) нашелъ птомаины въ загнившей мукѣ и объясняетъ ихъ вліяніемъ,—по крайней мѣрѣ часть,—явленій, наблюдаемыхъ при эрготизмѣ. Ихъ же нашли въ загнившемъ маисѣ, и ими нѣкоторые изслѣдователи объясняютъ происхожденіе пеллагры ****). Все это само собою наводитъ на мысль, не играютъ ли какой-нибудь роли птомаины или вообще животные яды въ развитіи другихъ токсическихъ и фебрильныхъ параличей. Дѣйствительно, то обстоятельство, что многіе яды, какъ мы видѣли, вызываютъ со стороны нервной системы довольно сходный комплексъ симптомовъ, заставляетъ ду-

*) *Gautier:* „Sur les alcoloides derivés de la destruction bacterienne ou phisiologique des tissus animaux (ptomaines et leucomaines)". 1886.

**) „Врачъ" 1885, стр. 213.

***) Ibidem, 1883 г., стр. 109.

****) *Пашутинъ:* „Общ. патолог." 1885, стр. 547.

мать, что яды эти не сами по себѣ вызываютъ измѣненія нервной системы, а только способствуютъ къ развитію въ организмѣ какого-то другаго яда, который и разстраиваетъ нервную систему. Съ другой стороны, сходство интоксикаціонныхъ параличей съ параличами при разныхъ болѣзняхъ заставляетъ думать, что можетъ-быть и при этихъ болѣзняхъ въ организмѣ развивается такой же ядъ. Отсюда уже только одинъ шагъ до теоріи, по которой разныя интоксикаціи и тяжелыя болѣзни ставятъ организмъ въ условія благопріятныя для развитія ядовитыхъ алкалоидовъ, и эти алкалоиды своимъ вліяніемъ на нервную систему и вызываютъ параличи. А такъ какъ всѣ почти атрофическіе восходящіе параличи имѣютъ въ своей этіологіи или отравленіе, или острую болѣзнь, или міазму, или чрезмѣрное утомленіе, то легко предположить, что при всѣхъ этихъ условіяхъ ядовитые животные алкалоиды развиваются въ большомъ количествѣ и отравляютъ нервную систему. Это отчасти находитъ себѣ подтвержденіе и въ томъ, что нѣкоторые изъ птомаиновъ вызываютъ у животныхъ явленія сходныя съ восходящими параличами (параличъ заднихъ конечностей, иногда съ потерею чувствительности и мышечной возбудительности, развитіе болѣзни въ теченіе нѣсколькихъ дней и смерть отъ пораженія дыханія и сердца). Припомнимъ при этомъ опыты Charrin'a, о которыхъ было сказано выше (стр. 348). Съ другой стороны, какъ мы говорили, и у человѣка нѣкоторыя интоксикаціонныя пораженія нервной системы объясняются птомаинами. Я съ своей стороны ничѣмъ не могу объяснить происхожденіе множественнаго неврита у той больной, у которой онъ развился вслѣдъ за родами разлагающимся плодомъ (стр. 357); въ этомъ случаѣ не было ни лихорадки, ни какого-нибудь мѣстнаго пораженія матки. И въ 1880 г., какъ я наблюдалъ больную, самое естественное объясненіе развитія болѣзни было то, что она произошла отъ поступленія въ кровь больной продуктовъ разложенія плода; теперь же, когда намъ извѣстны птомаины, это предположеніе нельзя считать безосновательнымъ. Далѣе, параличи послѣ отравленія рыбнымъ ядомъ по клинической картинѣ подходятъ къ параличамъ нашей группы, т. е. атрофическимъ восходящимъ параличамъ. Наконецъ, на то обстоятельство, что интоксикаціи различными ядами могутъ дѣйствовать черезъ посредство животныхъ алкалоидовъ, указываетъ отчасти и то, что птомаины въ довольно большомъ количествѣ были найдены Boutmy и Brouardel'емъ *) въ трупахъ людей, умершихъ отъ отравленія окисью углерода и мышьяковистою кислотой.

Все это хотя и не доказываетъ зависимости интересующей насъ формы болѣзни отъ животныхъ алкалоидовъ (или другихъ животныхъ

*) „Progrès Medical" 1880, p. 713.

ядовъ, развивающихся въ организмѣ), но все-таки заставляетъ насъ внимательнѣе отнестись къ тѣмъ общепатологическимъ воззрѣніямъ, которыхъ держатся ученые, изучавшіе вліяніе птомаиновъ. Готье высказываетъ относительно участія животныхъ алкалоидовъ такую мысль: они постоянно образуются въ организмѣ, частью въ кишечномъ каналѣ,—въ каловыхъ массахъ подъ вліяніемъ бактерій,—частью въ тканяхъ. Однако въ нормальномъ состояніи они не могутъ имѣть существеннаго значенія, потому что или выводятся (мочею, слюною и т. д.), или, благодаря быстрой способности къ окисленію, окисляются и распадаются еще въ организмѣ *). Но если вслѣдствіе какой-нибудь причины притокъ кислорода къ тканямъ нарушится или увеличится поступленіе животныхъ алкалоидовъ (вслѣдствіе присутствія гдѣ-нибудь въ организмѣ гніющихъ массъ или другихъ причинъ, напр. вліянія острыхъ болѣзней), то является возможность самоотравленія этими алкалоидами, вслѣдствіе чего разовьются тѣ или другіе симптомы со стороны нервной системы.

Какіе именно алкалоиды могутъ играть въ такомъ случаѣ роль, конечно, неизвѣстно. Но нельзя не упомянуть о томъ, что въ составъ нервной системы входитъ вещество, которое весьма легко можетъ сдѣлаться такимъ вреднымъ алкалоидомъ, это именно *невринъ*. Обыкновенно онъ въ нервной системѣ находится въ связанномъ состояніи, входя въ составъ лецетина. Но оказывается, что при распаденіи лецетина онъ легко появляется въ свободномъ состояніи, а невринъ, по изслѣдованіямъ Brieger'a **), принадлежитъ къ сильнымъ животнымъ ядамъ. Не утверждая, что это распаденіе лецетина и образованіе неврина играетъ какую-нибудь роль въ происхожденіи той болѣзненной группы, которую мы теперь изучаемъ, мы должны однако указать, что можетъ-быть всѣ тѣ условія, которыя вызываютъ появленіе атрофическихъ восходящихъ параличей (инфекція, острыя болѣзни, кахексіи, міазмы), ставятъ организмъ именно въ такія условіи, при которыхъ образованіе неврина изъ лецетина становится возможнымъ, и симптомы со стороны нервной системы зависятъ отъ непосредственнаго токсическаго дѣйствія неврина. Прбавимъ къ этому, что принятіе этого предположенія не заставляетъ безусловно отвергать высказанную нами выше теорію—пораженія лимфатическаго аппарата, а только дополняетъ ее, указывая путь, какимъ образомъ разстройство лимфатическаго аппарата вызываетъ появленіе симптомовъ со стороны нервной системы; оно по этой послѣдней теоріи будетъ существенно измѣнять условія обмѣна

*) Можетъ-быть даже нейтрализація этихъ продуктовъ можетъ составлять функцію отдѣльныхъ органовъ, на что указываютъ послѣднія работы, относящіяся къ изслѣдованію функцій щитовидной железы и hypophysis cerebri.

**) *Brieger*: „Microbes, ptomaines et maladis", traduit de l'allemand. 1886.

въ нервной системѣ и при нѣкоторыхъ условіяхъ являться причиной къ образованію въ нервной системѣ животныхъ ядовъ: неврина или другихъ. Можетъ-быть, впрочемъ, что эти животные яды образуются въ нѣкоторыхъ случаяхъ и не въ самой нервной системѣ, а въ другихъ органахъ (наприм. въ печени; припомнимъ, что невринъ по составу очень близокъ къ холину) и оттуда поступаютъ въ кровь и вліяютъ на нервную систему. Явленія, конечно, будутъ тѣ же самыя.

Какъ ни заманчива теорія болѣзни, основанная на изученіи птомаиновъ, однако мы должны сказать, что пока она принадлежитъ еще болѣе къ мечтаніямъ, чѣмъ къ дѣйствительнымъ научнымъ выводамъ. Еще самое ученіе о птомаинахъ находится въ младенчествѣ и нѣкоторые изслѣдователи критически относятся къ самому способу ихъ полученія, и именно въ настоящій моментъ оно, по словамъ Пашутина, переживаетъ критическій фазисъ. Поэтому неблагоразумно на такомъ неопредѣленномъ базисѣ строить теорію болѣзни, а достаточно только указать на возможность ея, если этотъ базисъ окажется прочнымъ.

Послѣ всего, что было сказано о патогенезѣ paralysie générale spinale вообще, уже не трудно представить себѣ и патогенезъ алкогольнаго паралича.

Клинически алкогольный параличъ отличается отъ другихъ сродныхъ параличей, главнымъ образомъ, теченіемъ и развитіемъ болѣзни и отчасти нѣкоторою комбинаціей симптомовъ, изъ которыхъ на первомъ планѣ стоитъ присутствіе психическаго разстройства почти во всѣхъ случаяхъ алкогольнаго паралича. Анатомически онъ почти не отличается отъ другихъ видовъ параличей; мы находимъ, какъ главный и наиболѣе частый субстратъ паралича, множественный невритъ и въ очень немногихъ случаяхъ измѣненія въ спинномъ мозгу. При дальнѣйшемъ накопленіи фактовъ, вѣроятно, будутъ найдены много разъ измѣненія въ спинномъ мозгу, но пока мы имѣемъ только тѣ измѣненія, которыя докторъ Миноръ констатировалъ въ нашемъ XI случаѣ, и слѣдовательно они и должны только подлежать нашему обсужденію, да еще измѣненія въ клѣткахъ переднихъ роговъ, констатированныя въ случаѣ Kahler и Pick'a, и, пожалуй, измѣненія найденныя Vierordt'омъ *). Что касается разстройства въ периферическихъ нервахъ, то оно, какъ мы видѣли, есть паренхиматозный невритъ. Измѣненія въ соединительной ткани почти не констатированы. Это впрочемъ объясняется, можетъ-быть, и тѣмъ, что ни при одномъ вскрытіи не изслѣдовался нервный стволъ на всемъ его протяженіи, а изслѣдовались только маленькіе кусочки. Какъ бы то ни было, пока найденъ только

*) Сюда же нужно отнести и измѣненія, найденныя Hyla-Greves'омъ.

паренхиматозный невритъ. По указаніямъ Gombault'a, этотъ невритъ начинается какъ сегментерный; но такое сегментарное пораженіе существуетъ на сравнительно небольшомъ протяженіи нервнаго волокна: въ какомъ-нибудь изъ сегментовъ цѣлость осеваго цилиндра нарушается,—тогда является обыкновенное Валлеровское перерожденіе всего нижележащаго отрѣзка нервнаго волокна. Въ виду присутствія этого сегментернаго пораженія, въ виду цѣлости корешковъ и гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ, въ большинствѣ случаевъ нужно считать паренхиматозный невритъ при алкогольномъ параличѣ — первичнымъ, т.-е. происходящимъ отъ мѣстнаго вліянія болѣзнетворной причины на самые нервные элементы, а не черезъ посредство спиннаго мозга. Что это возможно, что возможны невриты отъ мѣстнаго вліянія яда безъ посредства спиннаго мозга, на это указываютъ, между прочимъ, опыты Arnozan'a, который производилъ невриты въ одной изъ конечностей впрыскивая въ нее эфиръ. Выводъ изъ этихъ опытовъ можно съ большою вѣроятностью распространить и на возможность происхожденія мѣстныхъ невритовъ и подъ вліяніемъ алкоголя, циркулирующаго въ крови въ данной части тѣла. Другія измѣненія, которыя мы находили при алкогольномъ параличѣ, это—измѣненія въ спинномъ мозгу. Пока случаевъ съ измѣненіями спиннаго мозга три *): нашъ XI случай, спинной мозгъ котораго изслѣдованъ докторомъ Миноромъ, случай Vierordt'a и случай Kahler и Pick'a. Въ спинномъ мозгу, изслѣдованномъ докторомъ Миноромъ, найдены измѣненія въ сосудахъ и соединительной ткани. Измѣненія въ сосудахъ были глубоки, по мѣстамъ были мелкіе аневризмы и кровоизліянія, а измѣненія въ соединительной ткани представляли какъ бы самый начальный періодъ склероза. Этими измѣненіями нельзя было объяснить параличей, но они указывали на существованіе глубокаго нарушенія въ питаніи спиннаго мозга. На это же указываетъ и вакуолизація гангліозныхъ клѣтокъ въ случаѣ Kahler и Pick'a. Въ случаѣ Vierordt'a былъ склерозъ Голлевскихъ столбовъ въ полной степени. Vierordt смотритъ на него какъ на первичный, но мнѣ кажется, что онъ, ставя такое положеніе, недостаточно оцѣнилъ значеніе съ одной стороны того пораженія piae spinalis, которое было въ его случаѣ, а съ другой—и пораженія нѣкоторыхъ изъ заднихъ корешковъ.

Какъ бы то ни было, результаты этихъ трехъ вскрытій указали на возможность пораженія и спиннаго мозга при алкогольныхъ параличахъ (и атаксіяхъ). Возможность пораженія головнаго мозга доказана и результатами изслѣдованія нашего XI случая и въ случаѣ Hun'a, въ которомъ найдена атрофія клѣтокъ; кромѣ того атрофія извилинъ ма-

*) Нужно прибавить къ этимъ тремъ случаямъ еще два случая Hyla-Greves.

кроскопически отмѣчалась и другими авторами. Изъ всего этого слѣдуетъ, что при алкогольномъ параличѣ мы встрѣчаемся съ тѣмъ же выводомъ, какъ и при другихъ разновидностяхъ paralysie générale spinale, что пораженія могутъ быть и въ периферическихъ нервахъ, и въ спинномъ и въ головномъ мозгу одновременно и независимо другъ отъ друга. Всѣ симптомы алкогольнаго паралича легко объяснить существованіемъ этихъ измѣненій. Такъ, параличныя явленія вполнѣ объясняются периферическимъ невритомъ. Преимущественное пораженіе въ периферическихъ концахъ конечностей обусловливается, можетъ-быть, тѣмъ, что условія развитія невритовъ на периферіи лучше вслѣдствіе большей легкости возникновенія разстройствъ питанія нервной системы въ этихъ мѣстностяхъ. Боли, анестезіи, вазомоторныя разстройства—легко объяснить пораженіемъ периферическихъ нервовъ. Болѣе трудно объяснить усиленіе болевой чувствительности и замедленіе въ проведеніи ощущеній. Можетъ-быть для объясненія этого явленія придется допустить, хотя послѣдовательное, функціональное измѣненіе сѣраго вещества спиннаго мозга, какъ проводника болевой чувствительности. Подобное же послѣдовательное функціональное измѣненіе въ клѣткахъ сѣраго вещества нужно признать для объясненія контрактуръ. Объ этомъ мы уже говорили довольно подробно. Довольно трудно объяснить особенности разстройства чувства температуры, между прочимъ нечувствительность къ горячимъ раздраженіямъ и чувствительность къ холоднымъ. Можетъ-быть объясненіе для этого найдется въ допускаемой теперь возможности существованія отдѣльныхъ нервовъ и отдѣльныхъ центровъ для воспринятій и тепловыхъ и холодныхъ ощущеній (Eulenburg, Herzen). То обстоятельство, что анестезія вообще бываетъ менѣе выражена, чѣмъ разстройство движеній, несмотря на то, что анатомическія измѣненія чрезвычайно рѣзко выражены и въ кожныхъ нервахъ, объясняется тѣмъ, что съ одной стороны и въ кожныхъ нервахъ всегда попадаются здоровыя волокна, могущія приводить раздраженія къ центру, а съ другой—чувствительность при периферическихъ пораженіяхъ всегда почти гораздо болѣе удерживается, чѣмъ движенія; припомнимъ здѣсь хоть paralysis n. radialis a frigore: параличъ часто бываетъ очень глубокій, а чувствительность разстраивается очень мало.

Периферическимъ пораженіемъ вполнѣ удобно объяснить и атрофію мышцъ, и измѣненіе электросократительности, и трофическія измѣненія кожи.

Пораженія важныхъ для жизни функцій: дѣятельности сердца, дыханія, глотанія, можно объяснить частью пораженіемъ периферической нервной системы (n. vagi, phrenici, сердечныхъ узловъ, какъ при beri-beri, можетъ-быть и пораженіемъ самой сердечной мышцы) или

пораженіемъ продолговатаго мозга. Пораженіе глазныхъ мышцъ можетъ-быть тоже зависитъ или отъ пораженія соотвѣтствующихъ нервовъ, или даже ихъ центровъ (т.-е. ядеръ abducentis, или той части головнаго мозга, отъ пораженія которой бываютъ разстройства глазныхъ мышцъ, т.-е. области близъ Сильвіева водопровода и дна 3-го желудочка). Психическія измѣненія объясняются измѣненіями питанія коры, на что есть указанія въ случаѣ Hun'a и нашемъ XI случаѣ. Впрочемъ, нужно отмѣтить, что полнаго изслѣдованія коры произведено не было, и потому трудно сдѣлать какой-нибудь выводъ относительно наибольшей локализаціи пораженія въ той или другой части мозга. Теоретически разсуждая, пораженія должны быть наиболѣе выражены въ тѣхъ частяхъ головнаго мозга, которыя по отношенію устройства лимфатическаго аппарата поставлены въ наиболѣе худшія условія относительно питанія. Такую часть представляетъ вообще выпуклая поверхность полушарій и особенно переднихъ частей ихъ, т.-е. лобныя доли *). Можетъ-быть этою локализаціей можно будетъ объяснить и характерныя особенности разстройства памяти. Затѣмъ обстоятельныхъ изслѣдованій о состояніи ассоціаціонной системы коры тоже не было сдѣлано, что̀ тоже составляетъ существенный пробѣлъ.

Итакъ, совокупность симптомовъ, наблюдаемыхъ при алкогольномъ параличѣ, можно объяснить, хотя не особенно подробно, частью находимыми анатомическими измѣненіями, частью предположеніями, не требующими большой натяжки. Труднѣе объяснить развитіе болѣзни.

Развитіе алкогольнаго паралича, какъ мы знаемъ, такое: онъ развивается у лицъ долго злоупотреблявшихъ алкоголемъ, у *хроническихъ* потаторовъ; обыкновенно задолго до паралича существуютъ явленія, указывающія на ненормальное питаніе нервной системы, какъ головнаго мозга, такъ и периферическихъ нервовъ (кошмары, разнообразныя боли и парестезіи); подъ вліяніемъ какого-нибудь условія, нарушающаго равновѣсіе экономіи организма, начинаютъ выступать параличныя явленія, которыя, разъ начавшись, совершаютъ обычный ходъ „атрофическаго спинальнаго" паралича съ большею или меньшею интензивностью и экстензивностью. Наблюденія показываютъ, что для того, чтобы развился параличъ, вовсе не нужно, чтобы больной передъ этимъ ввелъ въ себя новое количество алкоголя; напротивъ, бываютъ случаи, гдѣ больной за нѣсколько времени до болѣзни пересталъ пить,—слѣдовательно, въ немъ не осталось уже алкоголя и нельзя, слѣдовательно, приписать прямому парализующему вліянію алкоголя развитіе параличей. Повидимому, условія развитія алкогольнаго паралича лежатъ въ тѣхъ измѣненіяхъ, которыя произведены были алкоголемъ въ организмѣ

*) См. *Робертъ Пфунгенъ*: „О разстройствѣ ассоціацій", перев. Ліона. Харьковъ 1885 г. стр. 81.

ранѣе. Какъ мы видѣли въ общемъ патогенезѣ, это можно представить себѣ такъ, что подъ вліяніемъ хроническаго злоупотребленія алкоголемъ нарушилась правильность питанія нервной системы и въ ней произошли какія-то измѣненія, вслѣдствіе которыхъ устойчивость ея противъ болѣзнетворныхъ вліяній стала ничтожна; достаточно небольшаго вліянія на организмъ, чтобы нормальный ходъ питательной функціи прекратился и развились рѣзко-выраженныя измѣненія въ строеніи нервныхъ элементовъ и затѣмъ соотвѣтствующія явленія. Сначала эти явленія разовьются въ тѣхъ областяхъ нервной системы, которыхъ питаніе поставлено въ худшія условія вслѣдствіе тѣхъ или другихъ причинъ (вслѣдствіе ли болѣе долгаго вліянія алкоголя или вслѣдствіе худшихъ условій дѣятельности лимфатическаго и кровеноснаго аппарата), а потомъ распространятся и въ другія области. Распространеніе будетъ совершаться по степени устойчивости ткани: чѣмъ болѣе устойчивости, тѣмъ болѣе будетъ держаться функція данной области не пораженною. Такимъ образомъ для алкогольнаго паралича мы видимъ, что наибольшая неустойчивость представляется со стороны головнаго мозга и нижнихъ конечностей, такъ какъ явленія со стороны этихъ областей являются раньше всего. Это становится понятнымъ, если припомнить, что алкоголь имѣетъ большое притяженіе къ головному мозгу *) и вліяніе остраго отравленія алкоголемъ на головной мозгъ выражается очень сильно,—слѣдовательно, подъ вліяніемъ частаго употребленія алкоголя можетъ легко разстроиться устойчивость питанія головнаго мозга. Въ данномъ случаѣ, слѣдовательно, головной мозгъ будетъ въ такихъ же условіяхъ для дѣйствія яда, какъ и нервы мягкаго нёба для дѣйствія дифтеритическаго яда при дифтеритической ангинѣ. Преимущественное пораженіе нижнихъ конечностей обусловливается, вѣроятно, тѣмъ, что, вслѣдствіе болѣе худшихъ условій дѣятельности лимфатическаго и кровеноснаго аппарата въ нижнихъ конечностяхъ, болѣе возможно проявленіе нарушенія питанія въ нервахъ нижнихъ конечностей, чѣмъ въ другихъ областяхъ. Что именно неустойчивость нервной системы и ея питающаго аппарата составляетъ въ данномъ случаѣ существенную роль, это доказывается ничтожностью того толчка, который можетъ вызвать проявленіе паралича: какое-нибудь небольшое кровотеченіе уже бываетъ иногда достаточнымъ для этого; какой-нибудь простой гриппъ появится у алкоголика и вызываетъ всѣ явленія паралича. Конечно, еще легче разовьются всѣ яв-

*) Припомнимъ кстати, какъ Gubler предполагалъ, что особенное притяженіе алкоголя и другихъ анестезирующихъ ядовъ можетъ быть объяснено тѣмъ, что „центральная нервная система, благопріятствуемая бѣдною бѣлкомъ цереброспинальною жидкостью, всасываетъ, на подобіе губки, анестезирующія вещества и этимъ даетъ имъ возможность дѣйствовать на нервные элементы“ („Schmidt's Jahrbücher“ 142, p. 227).

ленія, если на организмъ подѣйствуетъ такая причина, которая сама по себѣ можетъ вызвать тотъ же комплексъ симптомовъ, наприм. если больной перенесетъ тифъ или заболѣетъ туберкулезомъ. Но во всякомъ случаѣ всѣ эти условія дѣйствуютъ въ данномъ случаѣ потому, что питаніе нервной системы находится въ крайне неустойчивомъ состояніи. На эту неустойчивость питанія указываетъ и то, что еще задолго до появленія алкогольнаго паралича наблюдается цѣлый рядъ симптомовъ разстройства питанія, алкогольная неврастенія, а у нѣкоторыхъ больныхъ развиваются отдѣльныя, рѣзко выраженныя нарушенія питанія въ видѣ появленія отдѣльныхъ невритовъ или невритовъ многихъ нервовъ, принимающихъ характеръ pseudotabes'а. Иногда, наконецъ, и безъ всякаго замѣтнаго повода обнаруживается несостоятельность организма и всѣ симптомы алкогольнаго паралича развиваются непосредственно отъ алкоголизма безъ вліянія случайной производящей причины. Такіе случаи, конечно, должны быть самые тяжелые.

Въ заключеніе я долженъ еще прибавить нѣсколько словъ о происхожденіи нѣкоторыхъ особенныхъ симптомовъ, встрѣчающихся при алкогольномъ параличѣ. Не всѣ симптомы, которые обозначены у насъ въ главѣ симптоматологіи, составляютъ слѣдствіе разстройства нервной системы,—нѣкоторые симптомы имѣютъ другую анатомическую подкладку. Такъ, наприм., упадокъ половой способности обусловливается, по Lanceraux, главнымъ образомъ измѣненіемъ въ самихъ половыхъ органахъ; общее похуданіе, отчасти даже и похуданіе мышцъ и потомъ отложеніе жира тоже врядъ ли можно связать непосредственно съ разстройствомъ нервной системы. Можетъ-быть и отеки, наблюдающіеся при алкогольныхъ параличахъ, не всегда обязаны своимъ происхожденіемъ нервной системѣ: хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ они, по всей вѣроятности, обязаны своимъ происхожденіемъ разстройству вазомоторныхъ нервовъ, но можетъ-быть въ нѣкоторыхъ случаяхъ они составляютъ проявленіе мѣстнаго разстройства лимфатическаго аппарата подкожной клѣтчатки. Въ самомъ дѣлѣ, такіе громадные отеки, которые наблюдались въ нашемъ XII-мъ случаѣ, трудно объяснить вазомоторнымъ вліяніемъ. Припомнимъ, что въ одной изъ сродныхъ алкогольному параличу болѣзней, въ бери-бери, тоже бываютъ громадные отеки, которые какъ-то трудно объяснить одними вазомоторными разстройствами и которые соединены съ значительнымъ уменьшеніемъ выдѣленія мочи. Изъ другихъ симптомовъ, являющихся часто при алкогольномъ параличѣ, мы обратимъ вниманіе на измѣненіе качества и количества мочи: въ первое время болѣзни моча иногда чрезвычайно интензивно окрашена и ея очень мало. При могихъ аналогичныхъ алкогольному параличу болѣзняхъ мы встрѣчаемся съ тѣмъ же явленіемъ. Такъ, при бери-бери уменьшеніе количества мочи составляетъ характерное явленіе, имѣющее важное

значеніе для прогностики. Интензивно окрашенная моча встрѣчается также очень часто, особенно въ первое время болѣзни. Въ одномъ случаѣ свинцоваго паралича, какъ мы говорили, эта окраска была совершенно своеобразна. Принимая во вниманіе, что въ то время въ организмѣ больнаго уже не было повидимому свинца, мнѣ кажется, что вѣрнѣе будетъ отнести объясненіе этой окраски мочи не на непосредственное вліяніе свинца на качество мочи, а на измѣненіе обмѣна во всемъ организмѣ,—измѣненіе, которое бываетъ не только при свинцовомъ параличѣ, но и во всѣхъ другихъ параличахъ той же группы.

Къ такимъ же симптомамъ, мнѣ кажется, нужно отнести и рвоту. Обыкновенно при алкогольномъ параличѣ она объясняется какъ одинъ изъ такихъ симптомовъ хроническаго алкоголизма, который можетъ быть и помимо паралича. Это дѣйствительно такъ относительно утренней рвоты пьяницъ, но этого нельзя сказать объ упорной рвотѣ, которая иногда бываетъ въ началѣ паралича. Совершенно такая же упорная рвота бываетъ и въ началѣ другихъ множественныхъ невритовъ не алкогольнаго происхожденія (см. наблюденіе Озерецковскаго *). Правда, она бываетъ не всегда, но очень часто, и потому, мнѣ кажется, ее нужно отнести къ симптомамъ „множественнаго неврита", а не исключительно алкоголизма. Составляетъ ли она симптомъ нервнаго разстройства (напримѣръ вліяніи на п. vagus или головной мозгъ), или составляетъ выраженіе болѣе или менѣе глубокаго разстройства питанія (можетъ-быть измѣненіе состава крови), я не имѣю данныхъ рѣшить. То обстоятельство, что она почти всегда бываетъ рѣзко выражена при тѣхъ формахъ множественнаго неврита, при которыхъ замѣтно болѣе или менѣе глубокое разстройство психической дѣятельности, мнѣ кажется, можетъ отчасти указывать, что она можетъ быть начальнымъ признакомъ разстройства питанія головнаго мозга, или одного изъ головныхъ нервовъ, т.-е. n. vagi.

Нѣсколько словъ намъ остается еще сказать о патогенезѣ другихъ алкогольныхъ разстройствъ нервной системы, близкихъ къ алкогольному параличу.

Объ алкогольной невратеніи мы уже говорили: она есть выраженіе разстроеннаго питанія нервной системы, обусловленнаго частымъ и продолжительнымъ присутствіемъ алкоголя въ питающей нервные элементы средѣ; она есть выраженіе тѣхъ измѣненій въ нервной системѣ, которыя лежатъ въ основѣ неустойчивости въ питаніи нервныхъ элементовъ, которыя характеризуютъ хронической алкоголизмъ и о происхожденіи которыхъ мы говорили. Противодѣйствіе нервныхъ элементовъ болѣзнетворнымъ причинамъ дѣлается подъ вліяніемъ этой

*) „Врачъ" 1884, стр. 91.

неустойчивости очень незначительнымъ. Вслѣдствіе этого при сравнительно-небольшой причинѣ являются или невриты отдѣльныхъ нервовъ, или разстройства психической сферы чаще всего въ формѣ delirii trementis. Иногда разстройство питанія периферическихъ нервовъ будетъ настолько сильно, что развовются хроническіе невриты во многихъ нервахъ, что дастъ симптомъ-комплексъ,—то съ преобладаніемъ разстройства чувствительности (разнообразныя боли—ланцинирующія, ломящія,—парестезіи), то съ преобладаніемъ разстройства движеній (шаткость походки, трисепіе)—словомъ, тотъ комплексъ симптомовъ, который можетъ быть названъ алкогольною атаксіей. Въ этихъ случаяхъ алкогольная атаксія является выраженіемъ хроническаго неврита многихъ нервовъ. Въ другихъ случаяхъ алкогольная атаксія является быстро, какъ выраженіе быстраго упадка питанія нервной системы, аналогичнаго тому, который вызываетъ появленіе алкогольныхъ параличей, но, по всей вѣроятности, въ болѣе слабой степени, такъ какъ въ такихъ случаяхъ всѣ явленія проходятъ въ нѣсколько дней.

Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ мы видѣли, симптомъ-комплексъ алкогольной атаксіи является въ періодъ поправленія отъ алкогольнаго паралича и, слѣдовательно, по патогенезу подходитъ къ общему типу.

Патогенезъ геми-анестетической формы представляется мнѣ не совсѣмъ яснымъ, такъ какъ типичной формы этого рода я не встрѣчалъ. Очень можетъ быть, что при ней, кромѣ невритическихъ явленій, имѣетъ значеніе и разстройство питанія головнаго мозга въ зависимости отъ алкогольной невратеніи, и тогда патогенезъ геми-анестетической формы будетъ подходить къ патогенезу геми-анестетическихъ формъ истеріи.—Въ другихъ случаяхъ, можетъ-быть вслѣдствіе какихъ-нибудь мѣстныхъ условій, невриты располагаются преимущественно на одной сторонѣ, и тогда обычный алкогольный параличъ принимаетъ характеръ гемиплегическаго. На возможность такихъ случаевъ указываетъ одно приведенное нами изъ казуистикѣ наблюденіе Oppenheim'a. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно, впрочемъ, допустить существованіе какого-нибудь фокуса размягченія (или склеротическаго) въ головномъ мозгу, существующаго одновременно съ множественнымъ невритомъ. Аналогію съ этимъ мы видимъ въ отравленіяхъ вслѣдствіе угара, гдѣ могутъ развиваться и невриты, и, кромѣ того, очень часто развиваются и фокусы размягченія въ головномъ мозгу. Да, кромѣ того, мы имѣемъ положительныя указанія на то, что и при алкоголизмѣ могутъ развиваться ограниченные размягченія. Въ одномъ случаѣ, сообщенномъ профессоромъ А. Я. Кожевниковымъ *), у одного потатора было найдено

*) Это сообщеніе было сдѣлано въ неврологической секціи 2-го съѣзда Русскихъ врачей въ память Пирогова (см. „Медиц. Обозрѣніе" 1887, кн. 2 и 3).

красное размягченіе въ области дна 4-го желудочка и стѣнокъ 3-го желудочка. Мѣсто пораженія было при жизни діагностировано благодаря рѣзко-выраженной офтальмоплегіи. Кромѣ того, у больнаго былъ характерный бредъ и отсутствіе пателлярныхъ рефлексовъ, что указывало на отношеніе заболѣванія къ алкоголизму.

Но, какъ бы то ни было, хотя возможность фокусныхъ пораженій въ центральной нервной системѣ при хроническомъ алкоголизмѣ можно считать вполнѣ доказанною, нужно всегда помнить, что иногда бываютъ случаи, гдѣ клиническая картина вполнѣ симулируетъ фокусное пораженіе, а между тѣмъ все-таки фокуснаго пораженія нѣтъ, да и вообще нельзя замѣтить никакихъ рѣзко-выраженныхъ измѣненій въ центральной нервной системѣ. Образцомъ такихъ случаевъ служитъ упомянутый выше (стр. 282) случай Томсена изъ клиники Вестфаля, въ которомъ при жизни были всѣ данныя предполагать фокусное страданіе, а результаты вскрытія были отрицательные, вслѣдствіе чего и геми-анестезія и гемипарезъ, бывшіе въ этомъ случаѣ, были причислены къ истерическимъ. Это дастъ до нѣкоторой степени право и большинство случаевъ геми-анестетической формы Маньяна причислить къ случаямъ такъ-называемой истерической геми-анестезіи, предоставляя будущимъ изслѣдованіямъ опредѣленіе условій, при которыхъ такого рода „истерическія формы“ могутъ развиваться при хроническомъ алкоголизмѣ.

Заканчивая эту главу, я считаю не лишнимъ бросить взглядъ на историческую часть нашей работы и сравнить нѣкоторые изъ результатовъ, къ которымъ мы пришли, съ тѣмъ, что было сказано о началѣ развитія ученія объ алкогольномъ параличѣ. Когда мы говорили о томъ, что именно называли алкогольнымъ параличомъ авторы, первоначально описавшіе эту болѣзнь, мы должны были сказать, что они называли такъ параличи движенія (и сопутствующія разстройства другихъ функцій нервной системы), которые не вызываются *опредѣленными* анатомическими измѣненіями, но находятся въ такой зависимости отъ злоупотребленія спиртными напитками, какъ мышьяковые параличи отъ употребленія мышьяка, свинцовые—отъ свинца. При этомъ мы говорили, что еслибы параличъ, хотя бы у алкоголика, зависѣлъ отъ кровоизліянія въ мозгъ, то это не былъ бы алкогольный параличъ, а была бы apoplexia cerebri у потатора. Такимъ образомъ, въ опредѣленіе болѣзни въ то время входило условіемъ, чтобы болѣзнь подходила къ общему типу интоксикаціонныхъ параличей и чтобъ ее нельзя было подвести въ опредѣленныя, для того времени извѣстныя анатомическія формы. Однако мы видимъ въ исторіи развитія ученія объ алкогольномъ параличѣ, что цѣль развитія этого ученія главнымъ образомъ сводится на то, чтобъ именно найти анатомическій субстратъ для болѣзни и такимъ образомъ какъ бы

разрушить первоначальную исходную точку: одни хотѣли бы назвать эту болѣзнь myelitis potatorum, другіе—иначе, пока, наконецъ, большинство согласилось, на основаніи очень многихъ данныхъ, что это есть множественный неврить и что, слѣдовательно, можно бросить такое темное названіе, какъ „алкогольный параличъ“, и говорить: neuritis multiplex potatorum. Но, какъ мы видѣли, оказывается, что названіе neuritis multiplex не исчерпываетъ всего, что входитъ въ понятіе объ алкогольномъ параличѣ,—что, называя болѣзнь только „невритомъ“ и понимая это названіе въ буквальномъ смыслѣ, мы не будемъ знать куда дѣвать разстройства головнаго и спиннаго мозга, наблюдаемыя при этой болѣзни. Однако сейчасъ, который освѣтилъ всю темную сторону ученія объ алкогольномъ параличѣ со времени открытія при немъ множественнаго неврита, не оказался ложнымъ: осталось несомнѣннымъ, что дегенеративныя измѣненія въ нервныхъ стволахъ существуютъ при алкогольномъ параличѣ,—слѣдовательно, это прежде всего не эссенціальная болѣзнь, какъ думали вначалѣ, а болѣзнь съ анатомическими измѣненіями, притомъ очень характерными. Въ виду этого легко согласиться оставить за алкогольнымъ параличемъ названіе „множественнаго неврита потаторовъ“, если только помнить, что при этомъ множественномъ невритѣ могутъ быть и пораженія другихъ отдѣловъ нервной системы. Это тѣмъ болѣе правильно, что, какъ мы видѣли, и вообще для большинства изъ тѣхъ формъ, которыя называются теперь множественнымъ дегенеративнымъ невритомъ, названіе „невритъ“ не исчерпываетъ всѣхъ свойствъ болѣзни, что для многихъ называемыхъ такъ болѣзней это есть условное названіе того ненавѣстнаго, того x, который обусловливаетъ и измѣненія въ периферическихъ нервахъ, и разстройство въ питаніи головнаго и спиннаго мозга, а можетъ-быть и во всемъ организмѣ. Въ чемъ заключается этотъ x, мы не знаемъ: мы указали, что можетъ-быть здѣсь имѣетъ значеніе разстройство лимфатическаго аппарата ближайшаго къ элементамъ нервной системы, можетъ-быть развитіе въ организмѣ птомаиновъ или лейкомаиновъ. Но это есть только попытка какъ-нибудь представить себѣ дѣло, а не настоящая теорія болѣзни; мы можемъ сказать только, что это неизвѣстное разстройство находится въ ближайшемъ отношеніи къ непосредственному питанію отдѣльныхъ элементовъ нервной системы, и этимъ можемъ объяснить, что старые клиницисты, какъ M. Huss, не считали эту болѣзнь анатомическою. Дѣйствительно, одною стороной это ненавѣстное намъ по сущности разстройство входитъ въ область тѣхъ болѣзней, которыя мы привыкли называть эссенціальными, а другою—въ область анатомическихъ разстройствъ; но эти анатомическія разстройства въ большинствѣ случаевъ довольно тонки, разсѣяны по всѣмъ отдѣламъ организма и не бросаются сразу въ глаза.

Какъ бы то ни было, хотя разстройство это по сущности остается намъ неизвѣстнымъ, но теперь, зная одно изъ его наиболѣе частыхъ проявленій—множественный неврить, мы можемъ надѣяться, что оно не будетъ ускользать отъ нашего изслѣдованія, и неизвѣстное сдѣлается извѣстнымъ. Благодаря этому же присутствію множественнаго неврита, мы и для алкогольнаго паралича можемъ сдѣлать болѣе точное опредѣленіе, чѣмъ это было въ началѣ нашей работы: *Алкогольный параличомъ мы назовемъ теперь такое разстройство нервной системы, проявляющееся въ параличѣ движеній и разстройствѣ другихъ функцій нервной системы, которое развивается на почвѣ хроническаго алкоголизма и вызывается разстройствомъ питанія различныхъ отдѣловъ нервной системы, причемъ это разстройство питанія въ периферическомъ отдѣлѣ нервной системы проявляется въ формѣ перифериче-скаго множественнаго, но большей части дегенеративнаго, неврита.*

IX.

Діагностика.

Когда всѣ симптомы алкогольнаго паралича рѣзко выражены, когда анамнезъ и бывшее злоупотребленіе алкоголемъ хорошо извѣстны,—діагностику поставить не трудно: характеръ паралича, его симметричность, преобладаніе параличныхъ явленій въ концахъ конечностей и особенно въ разгибателяхъ, отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ, мускульныя боли, гипералгезія кожи, похуданіе мышцъ и измѣненіе электросократительности, цѣлость мочеваго пузыря и, наконецъ, разстройство психической дѣятельности, которое есть на-лицо, или о которомъ сообщаютъ въ анамнезѣ,—вся эта совокупность симптомовъ даетъ возможность узнать болѣзнь почти сразу.

Нѣтъ надобности излагать признаки, отличающіе алкогольный параличъ отъ различныхъ органическихъ страданій спиннаго мозга, такъ какъ эти признаки излагаются въ учебникахъ въ главѣ о дифференціальной діагностикѣ множественнаго неврита. Съ острымъ міэлитомъ болѣзнь нельзя смѣшать по отсутствію лихорадочнаго состоянія, по отсутствію въ большинствѣ случаевъ разстройства тазовыхъ органовъ, отсутствію пролежней и по всей вообще картинѣ болѣзни. Хронической ограниченный міэлитъ (myelitis circumscripta) отличается тоже болѣе или менѣе глубокимъ разстройствомъ мочеваго пузыря, большею частью сохраненіемъ или даже усиленіемъ сухожильныхъ рефлексовъ. Различнаго рода менингиты отличаются главнымъ образомъ своимъ теченіемъ, сильными болями въ позвоночникѣ, также сохраненіемъ сухожильныхъ рефлексовъ и напряженіемъ мышцъ спины и затылка. Труднѣе поставить дифференціальную діагностику относительно малоизученныхъ съ клинической стороны болѣзней, какъ, наприм., peripachymeningitis spinalis, или myelitis centralis diffusa. При первой болѣзни тоже впрочемъ большею частью сохраняются рефлексы, парезы не распредѣляются такъ, какъ при алкогольномъ параличѣ, и похуданіе мышцъ не бываетъ такое рѣзкое. При myelitis centralis diffusa нѣтъ психическаго разстройства, характернаго для алкогольнаго паралича.

Съ мышечною атрофіей и склерозомъ боковыхъ столбовъ, мнѣ кажется, нельзя смѣшать болѣзнь.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мнѣ приходилось видѣть, что смѣшивали алкогольный параличъ съ истерическимъ. Въ этихъ случаяхъ особенно сбивали съ толку своеобразное психическое разстройство и гипералгезія. Конечно, эта ошибка сразу обнаруживается изслѣдованіемъ пателлярныхъ рефлексовъ и электросократительности.

Чаще можетъ быть смѣшеніе болѣзни съ tabes dorsalis, но и то не при типично-выраженномъ алкогольномъ параличѣ, а при алкогольной атаксіи. Смѣшеніе это на практикѣ происходитъ довольно часто: когда больной приходитъ жалуясь на сильную утомляемость ногъ, на чувство онѣмѣнія въ нихъ, особенно въ подошвахъ, на стрѣляющія боли въ ногахъ—и при изслѣдованіи оказывается и небольшое разстройство чувствительности, и Ромберговскій симптомъ, и отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ, то врачъ очень легко поставитъ діагностику tabes dorsalis, если какое ему и извѣстно, что больной порядочно злоупотреблялъ спиртными напитками. Однако, при внимательномъ отношеніи къ дѣлу, дифференціальную діагностику поставить не трудно:

1) Боли при алкогольной атаксіи хотя и похожи на табетическія, но бываютъ почти исключительно въ голеняхъ и ступняхъ. Затѣмъ приступы ихъ вообще бываютъ чаще, чѣмъ при tabes dorsalis, и усиливаются они почти всегда ночью. Обыкновенно при этомъ бываютъ и судороги въ икрахъ, и ломящія боли.

2) Чувства пояса при алкогольной атаксіи почти никогда не замѣчается.

3) Разстройство походки совершенно не похоже на табетическое: разбрасыванія, излишней экстензіи ногъ совершенно незамѣтно при алкогольной атаксіи. Характеръ походки при алкогольной атаксіи нами описанъ и повторять его мы не будемъ; напомнимъ только, что во многихъ случаяхъ при алкогольной атаксіи замѣтно, что мускулы разгибающіе ступню и пальцы ногъ нѣсколько слабѣе дѣйствуютъ, чѣмъ въ нормальномъ состояніи.

4) Разстройства мочевыхъ органовъ при алкогольной атаксіи почти никогда не бываетъ.

5) Точно также разницы въ зрачкахъ при алкогольной атаксіи не бываетъ. Хотя реакція зрачка на свѣтъ и на аккомодацію довольно вяла при алкоголизмѣ, но все-таки она почти всегда совершается.

6) Если есть амбліопія, то обыкновенно офтальмоскопическое изслѣдованіе при алкогольной атаксіи даетъ результаты или негативные, или указываетъ на незначительное разстройство сосочковъ зрительнаго нерва, тогда какъ при tabes dorsalis atrophia pap. n. optici выражена рѣзко. Затѣмъ при алкоголизмѣ большею частью страдаетъ центральное зрѣніе, а при tabes dorsalis начинается уменьшеніе поля зрѣнія съ периферіи. Указываютъ еще на то, что при алкогольномъ параличѣ бываетъ neuritis optica, а при tabes dorsalis этого не бываетъ (Bernhardt).

7) Теченіе болѣзни при алкогольной атаксіи часто гораздо болѣе быстрое, чѣмъ теченіе настоящей tabes dorsalis.

8) Исходы tabes dorsalis большею частью неблагопріятны, исходы же алкогольной атаксіи большею частью благопріятны.

9) При алкогольной атаксіи часто можно замѣтить реакцію перерожденія въ мышцахъ, а при tabes этого большею частью не замѣтно.

На основаніи всѣхъ этихъ признаковъ можно почти всегда поставить дифференціальную діагностику. Если дѣло идетъ о той алкогольной атаксіи, которая есть остатокъ алкогольнаго паралича, то тутъ дифференціальную діагностику поставить еще легче, потому что можно замѣтить или остатки паралича, или остатки измѣненія электрической реакціи, да, наконецъ, и анамнезъ укажетъ въ чемъ дѣло.

Но бываетъ очень часто, что анамнезъ не ясенъ, и о злоупотребленіи алкогольными напитками не сообщаютъ врачу; это дѣлается не всегда изъ желанія скрыть настоящую причину болѣзни, а потому, что больные сами часто находятся въ такомъ состояніи, что отъ нихъ нельзя получить вѣрныхъ свѣдѣній, а родственники и окружающіе или не придаютъ этому значенія, или сами объ этомъ не знаютъ. Дѣйствительно, бываютъ, особенно изъ женщинъ, такіе больные, которые пьютъ тайно, такъ что ихъ близкіе и не подозрѣваютъ этого; затѣмъ иногда совсѣмъ не считаютъ злоупотребленіемъ то количество вина, которое выпивается; большинство больныхъ вовсе не ведетъ счета рюмкамъ, которыя выпиваются, и если подробно распрашивать ихъ и точно опредѣлить количество выпиваемаго вина, онѣ сами удивятся, какъ много выпито. Эта ошибка дѣлается тѣмъ болѣе часто, что при ежедневномъ употребленіи довольно большаго количества вина опьяненія почти не бываетъ, или оно выражается только въ нѣкоторой тяжести, въ отуманеніи головы, которое не похоже на то, что окружающіе больнаго считаютъ обычнымъ проявленіемъ опьяненія.

Въ виду этого, родственники больнаго часто вовсе и не подозрѣваютъ, что больной очень сильно злоупотребляетъ спиртными напитками, и только точнымъ счетомъ выпиваемаго вина, водки или пива можно констатировать, что дѣйствительно было злоупотребленіе. Если и это не удается, нужно освѣдомиться, не подвергается ли больной вліянію винныхъ паровъ (служба на винокуренномъ заводѣ, квартира надъ винными складомъ, житье въ магазинѣ духовъ и лаковъ и т. п.). Если все-таки не получается удовлетворительныхъ свѣдѣній, то нужно обратиться къ симптомамъ, которые представляетъ больной до появленія паралича: тутъ можетъ оказаться, что уже давно онъ сталъ страдать утреннею рвотой, давно жаловался на желудокъ, руки стали трястись особенно по утрамъ, такъ что, наприм., больной съ утра, пока не позавтракаетъ (и не выпьетъ рюмки водки), не можетъ писать, что его характеръ и энергія рѣзко измѣнились и т. п.

Наконецъ, можетъ помочь діагностикѣ и внѣшній видъ больнаго:

нѣсколько одутловатое лицо, расширенныя мелкія вены на щекахъ и носу, значительное сохраненіе жира, несмотря на истощеніе.

Къ такого рода старательному допытыванію слѣдуетъ относительно злоупотребленія спиртными напитками приходится прибѣгать всегда, когда при изслѣдованіи больнаго встрѣчаешься съ признаками паралича отъ множественнаго неврита и не знаешь, какого происхожденія этотъ множественный невритъ. Существенные признаки этого паралича заключаются, какъ мы много разъ говорили, въ пораженіи (неполномъ) четырехъ конечностей, съ потерей сухожильныхъ рефлексовъ, похуданіемъ мышцъ, сохраненіемъ мышцъ туловища, лица, пузыря. Разъ мы встрѣтили эти симптомы, мы всегда должны обратиться съ вопросомъ къ родными обо всѣхъ возможныхъ причинахъ этого множественнаго неврита и, между прочимъ, объ алкоголизмѣ. Нужно конечно также произвести тщательное объективное изслѣдованіе, которое при алкогольномъ параличѣ почти всегда даетъ какія-нибудь указанія на то, что въ организмѣ есть существенныя разстройства подъ вліяніемъ алкоголя: бываетъ, наприм., страданіе печени. Затѣмъ мы должны анализировать и самые симптомы паралича у даннаго больнаго и поставить дифференціальную діагностику паралича вслѣдствіе алкогольнаго неврита отъ невритовъ другаго происхожденія. Это далеко не всегда возможно, но все-таки нѣкоторые отличительные признаки есть: мы видѣли эти отличительные признаки, когда говорили обо всѣхъ этихъ болѣзняхъ, сходныхъ съ алкогольнымъ параличомъ.

Здѣсь намъ придется сдѣлать только краткій перечень отличительныхъ свойствъ.

Отъ *арсеникальнаго* паралича отличается алкогольный параличъ 1) тѣмъ, что арсеникальный параличъ большею частью развивается вслѣдствіе острато отравленія и, слѣдовательно, долгаго продромальнаго періода при немъ не бываетъ; 2) психическое разстройство если бываетъ иногда выражено, то только въ началѣ болѣзни.

Отъ *свинцоваго паралича* алкогольный параличъ отличается 1) тоже постоянствомъ психическаго разстройства, 2) отсутствіемъ свинцовыхъ колики въ анамнезѣ. 3) Параличи при свинцовомъ параличѣ, даже генерализированномъ, имѣютъ иное распредѣленіе и всегда мышцы иннервируемыя n. radiale (кромѣ m. supinator), пораженныя болѣе другихъ. Затѣмъ мышцы плеча при свинцовомъ параличѣ парализуются и атрофируются часто, а при алкогольномъ только въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ. 4) Эклампсія при свинцовомъ параличѣ несравненно чаще, чѣмъ при алкогольномъ. 5) При свинцовомъ параличѣ существуетъ характерная кайма на деснахъ.

Присутствіе зеленой каймы составляетъ отличительный признакъ *мѣднаго* паралича. Впрочемъ, свойства мѣднаго паралича настолько

мало извѣстны, что указать основы дифференціальной діагностики нельзя.

На отличіе отъ алкогольнаго паралича параличей вслѣдствіе *отравленія уграмъ* указываетъ анамнезъ, изъ котораго можно узнать о коматозномъ состояніи, съ котораго началась болѣзнь, объ отсутствіи продромальныхъ симптомовъ, свойственныхъ алкогольному параличу. Впрочемъ, случаи, гдѣ параличи послѣ угара принимаютъ форму похожую на алкогольные параличи, очень рѣдки; большею частью параличи при угарѣ происхожденія церебральнаго.

Отличіе отъ паралича вслѣдствіе отравленія *сѣроуглеродомъ* по симптомамъ не легко; но такъ какъ отравленіе сѣроуглеродомъ бываетъ почти исключительно профессіональное, то діагностика обыкновенно не бываетъ трудна. Нужно впрочемъ замѣтить, что она нѣсколько затрудняется тѣмъ, что параличи вслѣдствіе отравленія сѣроуглеродомъ чаще всего бываютъ у тѣхъ работниковъ на каучуковыхъ заводахъ, которые пьянствуютъ.

Нервныя разстройства вслѣдствіе отравленія *этилью* даютъ поводъ къ смѣшенію съ алкогольными только вслѣдствіе трясенія, разстройства походки и психическихъ симптомовъ. Обыкновенно, впрочемъ, трясеніе при ртутномъ отравленіи гораздо обширнѣе, чѣмъ при алкогольномъ; затѣмъ большею частію есть саливація, стоматитъ и пр.

Атактическія разстройства при *эрготизмѣ* можно смѣшать съ алкогольными (атаксіями) по внѣшней картинѣ, но обыкновенно присутствіе судорожныхъ припадковъ, анамнестическія свѣдѣнія и наконецъ эпидемическое проявленіе болѣзни даютъ ясныя указанія на сущность ея.

Параличи вслѣдствіе отравленія другими ядами—*опіемъ*, *морфіемъ*—хотя и могутъ принимать форму похожую на алкогольные параличи, но обыкновенно больной самъ, или его окружающіе указываютъ сами на злоупотребленіе однимъ изъ этихъ ядовъ, чѣмъ и разъясняютъ дѣло.

Иногда довольно трудно бываетъ поставить дифференціальную діагностику алкогольнаго паралича отъ параличей послѣострыхъ болѣзней или при конституціональныхъ болѣзняхъ. Это особенно трудно бываетъ тогда, когда изъ анамнеза мы знаемъ, что больной и пилъ, и перенесъ какую-нибудь болѣзнь. Въ такихъ случаяхъ иногда совершенно невозможно рѣшить, какой же изъ этихъ двухъ причинъ параличъ обязанъ своимъ происхожденіемъ. Рѣшающимъ моментомъ здѣсь является отвѣтъ на вопросъ: есть ли у больнаго на-лицо признаки алкоголизма вообще и были ли они до того, какъ больной заболѣлъ какою-нибудь острою болѣзнью? Затѣмъ остаются нѣкоторые особенные симптомы, составляющіе отличіе каждаго рода паралича: такъ,

дифтеритическій параличъ можно отличить отъ алкогольнаго присутствіемъ паралича мягкаго нёба и аккомодаціи и отсутствіемъ психическихъ разстройствъ; параличъ послѣ *дизентеріи* — иногда рѣзко выраженнымъ параличомъ прямой кишки или мочеваго пузыря.

При паралячахъ послѣ *энтеритовъ* почти всегда есть указанія на бывшія въ началѣ болѣзни сильныя боли въ животѣ.

При *параличахъ послѣ больныхъ тазовыхъ органовъ*—большею частію есть на-лицо тѣ или другіе слѣды этихъ болѣзней и параличъ нижнихъ конечностей часто начинается съ паралича аддукторовъ бедеръ. Трудно отличить параличи *вслѣдствіе тифа*, такъ какъ большею частью при этомъ бываютъ только признаки генерализованнаго паралича и психическія разстройства рѣзко выражены. Тутъ дифференціальная діагностика основывается исключительно на анамнезѣ, да еще на томъ, что при паралячахъ послѣ тифа почти всегда бываетъ ослабленіе слуха.

Нервныя разстройства *послѣ осны* отличаются большею частію большимъ выраженіемъ разстройства координаціи движеній, чѣмъ парезы, скандированіемъ рѣчи и т. п.

Паличи послѣ *родовъ* большею частію бываютъ не такъ правильно распредѣлены, какъ алкогольные параличи, потому что обыкновенно бываетъ пораженіе мышцъ туловища, или плеча, или другихъ мышцъ, близкихъ къ тому мѣсту, гдѣ рожистый процессъ былъ особенно локализированъ.

При паралячахъ вслѣдствіе *флегмонозныхъ воспаленій* большею частію параличныя явленія въ частяхъ ближайшихъ къ мѣсту флегмонознаго воспаленія бываютъ сильнѣе всего выражены (случай Roth'a).

При параличахъ вслѣдствіе различныхъ *конституціональныхъ страданій* діагностика ставится преимущественно на основаніи присутствія этихъ страданій. Чаще всего бываетъ соединеніе алкогольнаго паралича съ туберкулезомъ и, вѣроятно, въ этихъ случаяхъ объ эти причины дѣйствуютъ вмѣстѣ, вызывая появленіе невритовъ.

При нервныхъ разстройствахъ *при діабетѣ* отличительнымъ признакомъ служитъ то, что параличи въ конечностяхъ бываютъ не такъ интензивны, а мышцы поясницы поражаются сильнѣе, чѣмъ при алкогольномъ паралячѣ. Чтобы не смѣшивать алкогольнаго паралича съ этою формой болѣзни, нужно сесть за правило—дѣлать анализъ мочи на сахаръ при всякихъ признакахъ, напоминающихъ множественный неврить, или невритическую атаксію.

Отъ самостоятельныхъ болѣзней сходнаго типа, наприм. отъ *diffusino mielitis*, намъ довольно трудно отличить алкогольный параличъ. Существенныя основанія для діагностики будутъ заключаться

въ анамнезѣ и въ постоянствѣ психическаго разстройства при алкогольныхъ паралячахъ.

Острый восходящій параличъ Ландри отличается отъ алкогольнаго паралича: быстротою теченія, пораженіемъ послѣдовательнымъ туловища всѣхъ за нижними конечностями, полнотою паралича, отсутствіемъ ригидности въ мышцахъ, отсутствіемъ боли при давленіи на мышцы, отсутствіемъ анестезій, атрофій и психическаго разстройства (въ большинствѣ случаевъ не алкогольнаго происхожденія).

Отъ *beriberi* отличать алкогольный параличъ намъ врядъ ли представится надобность,—указанія для этого найдутся въ изложеніи симптомовъ этой болѣзни.

Такова дифференціальная діагностика алкогольнаго паралича. Конечно, дифференціальную діагностику на основаніи всѣхъ этихъ соображеній возможно только ставить тогда, когда всѣ симптомы алкогольнаго паралича хорошо выражены. Но иногда они выражены такъ слабо, что сразу и не бросаются въ глаза. Тогда діагностика представляетъ иногда порядочныя затрудненія. Чаще всего эти затрудненія встрѣчаются въ тѣхъ случаяхъ, когда психическое разстройство очень рѣзко выражено и когда вмѣстѣ съ тѣмъ существуетъ общая слабость организма. Тогда больной по слабости лежитъ въ постели и никто не замѣчаетъ, что у него есть параличъ, тѣмъ болѣе, что все вниманіе обращено на психическое состояніе. Если при этомъ параличъ хотя въ нѣкоторыхъ мышцахъ полный, или есть контрактуры, то при изслѣдованіи врачъ, конечно, натолкнется на этотъ симптомъ и дастъ ему надлежащую оцѣнку. Но если параличъ не рѣзко выраженъ, тогда сдѣлать діагностическую ошибку очень легко. Чтобъ избѣжать ея, нужно всегда помнить возможность сочетанія нѣкоторыхъ психическихъ разстройствъ, особенно выражающихся въ заблужденіяхъ относительно мѣста и времени и въ глубокомъ упадкѣ памяти, съ алкогольными невритами, и при изслѣдованіи такихъ больныхъ не ограничиваться тѣмъ, чтобы констатировать, что всѣ мышцы дѣйствуютъ: нужно попытаться поставить больнаго—и тогда окажется, что онъ не можетъ стоять вслѣдствіе того, что ноги подгибаются въ колѣнахъ.

Драгоцѣнные признаки составляетъ отсутствіе пателлярныхъ рефлексовъ и болѣзненность при сдавленіи мышцъ, прямо указывающія существованіе дѣла. Затѣмъ часто бываетъ отекъ въ ступняхъ при отсутствіи бѣлка въ мочѣ и пораженіи сердца. Наконецъ, прислушиваясь къ бреду больнаго, можно придти къ заключенію, что у него существуютъ различныя парестезіи въ конечностяхъ, дающія матеріалъ для различныхъ бредовыхъ представленій.

Благодаря этимъ признакамъ, можно поставить діагностику и въ затруднительныхъ случаяхъ, которые безъ этого иногда были бы смѣ-

шаны или съ обычною старческою деменціей, или даже съ прогрессивнымъ параличомъ.

Въ заключеніе я долженъ прибавить, что на практикѣ часто встрѣчается смѣшеніе алкогольнаго паралича съ ревматизмомъ. Это, конечно, грубая ошибка, которая невозможна для врача, читавшаго что-нибудь не только объ алкогольномъ параличѣ, но и о множественномъ неритѣ. Такую же грубую ошибку составляетъ смѣшеніе алкогольнаго паралича съ сифилисомъ на основаніи только того, что боли въ конечностяхъ при алкогольномъ параличѣ ожесточаются особенно къ ночи,—такъ же, какъ боли сифилитическаго происхожденія.

X.

Прогностика.

Прогностика, которую приходится ставить въ отдѣльныхъ случаяхъ алкогольнаго паралича, весьма различна. Болѣзнь всегда нужно считать серьезною, потому что даже въ легкихъ случаяхъ появленіе ея указываетъ на глубокій вредъ, причиненный алкоголемъ организму, и, слѣдовательно, на возможность ждать тѣхъ или другихъ вредныхъ послѣдствій этого. Особенно это важно потому, что рѣдко можно разсчитывать, что больной, вылѣчившись отъ алкогольнаго паралича, перестанетъ пить. Большею частію энергія и сила характера такихъ больныхъ настолько невелика, что удержаться отъ употребленія спиртныхъ напитковъ они не могутъ, а при этихъ условіяхъ разсчитывать на прочность поправленія нельзя.

Мы уже видѣли, что по теченію болѣзни алкогольные параличи можно раздѣлить на легкіе, средніе и тяжелые; это дѣленіе будетъ имѣть значеніе и по отношенію къ прогностикѣ.

По отношенію къ прогностикѣ всѣ случаи можно раздѣлить на серьезные, опасные и смертельные. Къ этому нужно еще прибавить раздѣленіе на излѣчимые и неизлѣчимые, а также случаи очень длительные.

Случаи *смертельные* бываютъ большею частію, когда алкогольный параличъ присоединяется къ такой болѣзни, существующей въ организмѣ, которая сама по себѣ ведетъ къ смерти, наприм. къ туберкулезу. Иногда случаи смертельные бываютъ и безъ присутствія какой-нибудь посторонней болѣзни въ организмѣ, а единственно вслѣдствіе высокой степени хроническаго алкоголизма. Въ этомъ отношеніи особенно опасны тѣ случаи, въ которыхъ параличъ въ тяжелой формѣ развился или безъ всякой видимой причины, или вслѣдствіе какого-нибудь ничтожнаго повода; появленіе паралича въ тяжелой формѣ въ такихъ случаяхъ указываетъ на глубокую несостоятельность организма, при которой ходъ жизненныхъ отправленій совершаться не можетъ. Наконецъ, къ смертельнымъ случаямъ относятся и тѣ, въ которыхъ болѣзнь принимаетъ теченіе похоже на параличъ Ландри, т.-е. очень острое, и гдѣ вслѣдъ за параличомъ нижнихъ конечностей развивается не параличъ верхнихъ, а параличъ мышцъ туловища.

Случаи *опасные* тѣ, въ которыхъ алкогольный параличъ или самъ по себѣ достигаетъ такого распространенія, что захватываются важныя для жизни функціи, — дыханіе, дѣятельность сердца, — или когда алкогольный параличъ развивается на очень ослабленной почвѣ. Слѣдовательно сюда относятся такіе случаи, въ которыхъ вслѣдъ за на-

раличомъ конечностей большей, или меньшей интенсивности появляется разстройство глотанія, нулькъ сдѣлается крайне часть, неправильнѣ, явится затрудненіе дыханія, признаки паралича діафрагмы. Въ этихъ случаяхъ жизнь больнаго виситъ нѣсколько дней на волоскѣ: если сама болѣзнь сдѣлаетъ шагъ впередъ, или присоединится какая-нибудь новая болѣзнь, наприм. бронхитъ, то больной легко можетъ помереть. Обыкновенно это опасное положеніе длится недѣлю, много 2—3 недѣли, а большею частію только нѣсколько дней, и затѣмъ явленія начинаютъ уменьшаться, дыханіе и глотаніе возстановляются; дольше держится разстройство въ дѣятельности сердца—слабый, неправильный пульсъ; но когда болѣзненныя явленія уже стали уменьшаться, это обстоятельство не должно очень тревожить. Затѣмъ, опасные случаи бываютъ тогда, когда алкогольный параличъ развивается при такомъ состояніи организма, которое само по себѣ внушаетъ опасность за жизнь, наприм. послѣ тифа, при разстройствѣ компенсаціи при болѣзняхъ сердца, когда оно присоединяется къ травмѣ, и т. д. Тутъ обыкновенно дѣло зависитъ съ одной стороны отъ экстенсивности параличныхъ явленій, а съ другой—отъ направленіи, какое принимаетъ теченіе этихъ основныхъ болѣзней. Если ихъ теченіе неблагопріятно, то алкогольный параличъ распространяется, и дѣло кончается смертью вслѣдствіе разстройства важныхъ для жизни функцій. Если же основныя болѣзни принимаютъ благопріятное теченіе, то и паралличныя явленія начинаютъ мало-помалу уменьшаться и больной выходитъ изъ опасности.

Случаи *серьезные*—тѣ, въ которыхъ опасность не является, т.-е. гдѣ дѣло ограничивается только пораженіемъ конечностей, иногда однѣхъ только нижнихъ. Въ такихъ случаяхъ серьезность болѣзни заключается, во-первыхъ, въ томъ, что болѣзнь сама по себѣ требуетъ довольно продолжительнаго времени для того, чтобы всѣ симптомы исчезли, а во-вторыхъ—и въ томъ, что требуетъ радикальнаго измѣненія образа жизни.

По отношенію къ *излечимости* случаи можно раздѣлить на излѣчимые, на неизлѣчимые и случаи длительные, но съ наклонностію къ поправленію.

Излѣчимые случаи составляютъ главнымъ образомъ тѣ, въ которыхъ болѣзненные симптомы сосредоточиваются почти исключительно въ нижнихъ конечностяхъ и мало выражены въ верхнихъ. Большею частію при этомъ электросократительность мышцъ не падаетъ, глубокихъ атрофій не развивается. Степень паралича можетъ быть различна: иногда больные все время болѣзни могутъ ходить, иногда параличъ настолько интенсивенъ, что больной лежитъ. Обыкновенно такіе случаи паралича проходятъ въ 2—6 мѣсяцевъ. Иногда бываютъ

случаи болѣе быстраго исхода въ выздоровленіе, но большею частію въ такихъ случаяхъ до паралічей обыкновенно дѣло не доходитъ, а ограничивается однимъ разстройствомъ координаціи движеній. Такіе случаи (если больной бросаетъ пить) могутъ кончиться выздоровленіемъ въ двѣ-три недѣли. Однако не всегда, види такую степень паралича, можно поставить благопріятную прогностику; нужно обратить вниманіе на состояніе психической дѣятельности, и если мы отмѣтимъ то характерное забвеніе всего, что дѣлалось за минуту до даннаго момента, то, несмотря на легкость собственно параличныхъ явленій, нужно прогностику поставить съ большою осторожностію.

Затѣмъ кончаются иногда выздоровленіемъ и такіе случаи, въ которыхъ параличныя явленія были въ періодѣ развитія болѣзни и очень распространены и больной въ извѣстное время болѣзни находился въ опасности: такъ, наприм., больная въ наблюденіи XIV представляла параличи ногъ, рукъ, туловища, разстройство рѣчи, небольшое разстройство глотанія, разстройство двигающихъ глаза нервовъ, разстройство психической дѣятельности, общій упадокъ силъ,—такъ что можно было опасаться за ея жизнь,—а между тѣмъ она поправилась. Въ такихъ случаяхъ все зависитъ отъ глубины пораженія, а она опредѣляется съ одной стороны стойкостью всѣхъ явленій, наприм. стойкостью психическаго разстройства, болей и др., и глубиною пораженія мышцъ. Для опредѣленія глубины пораженія мышцъ, признакомъ служитъ атрофія и необходимо изслѣдованіе электросократительности. Если электросократительность не измѣняется, или измѣняется незначительно, т.-е. замѣтно только ея уменьшеніе, или есть только промежуточная форма реакціи перерожденія, то можно разсчитывать, что возстановленіе пораженныхъ мышцъ пойдетъ сравнительно скоро. Вирочемъ, въ всякомъ случаѣ нужно считать, что на поправленіе пойдетъ 6—9 мѣсяцъ, иногда и болѣе. Таковы случаи излѣчимые. Нужно однако прибавить, что излѣченіе часто бываетъ *неточное*; большой большею частію продолжаетъ пить, и рано или поздно у него параличи опять обнаруживаются. Я долженъ здѣсь еще прибавить, что иногда врача можетъ спутать такое обстоятельство: онъ сказалъ, что болѣзнь зависитъ отъ злоупотребленія спиртными напитками, вслѣдствіе чего больной прекращаетъ употреблять вино въ тяжелое время болѣзни; но затѣмъ, когда ему становится лучше, начинаетъ пить. Врачъ ждетъ, что состояніе больнаго ухудшится, однако бываетъ наоборотъ,—состояніе все улучшается и улучшается, что ободряетъ больнаго и онъ перестаетъ вѣрить, что его болѣзнь находится въ связи съ пьянствомъ. Такіе случаи бываютъ; ихъ надо имѣть въ виду и, несмотря на кажущуюся безвредность вина, предупреждать больнаго, что рано или поздно онъ за это поплатится,—и дѣйствительно, большею частію, или выздоровле-

ніе въ этихъ случаяхъ бываетъ не полное, или черезъ нѣсколько времени, вслѣдствіе какой-нибудь случайной причины, является возвратъ болѣзни въ болѣе тяжелой формѣ. Иногда, впрочемъ, вредъ вина обнаруживается сейчасъ же послѣ перваго повторенія злоупотребленія: являются исчезнувшія боли, безсонница, рвота,—словомъ, всѣ продромальные симптомы алкогольнаго паралича.

Затѣмъ, если даже больной совершенно выздоровѣлъ отъ алкогольнаго паралича и перестаетъ пить, все-таки нельзя считать его безопаснымъ отъ рецидива: расположеніе къ множественному невриту у него остается и онъ можетъ явиться при сравнительно ничтожныхъ поводахъ. Кромѣ того, у больнаго большею частію остаются все-таки нѣкоторые слѣды перенесенной болѣзни, частію въ видѣ порядочной утомляемости, частію въ видѣ психической вялости и, наконецъ, очень часто (хотя не всегда) въ видѣ безплодія.

Случаи *длительные*, по съ наклонностью къ поправленію составляютъ тѣ, въ которыхъ параличныя явленія распространены и глубоки, но въ организмѣ нѣтъ условій, которыя сами по себѣ вели бы къ смерти. Сюда принадлежатъ такіе случаи, гдѣ болѣзнь развилась у людей молодыхъ, жизнеспособныхъ, подъ вліяніемъ повода, который уже исчезъ,—напримѣръ, послѣ сильнаго кровотеченія, послѣ острой болѣзни или моральнаго потрясенія. Въ такихъ случаяхъ параличъ можетъ первое время представлять очень тяжелые и опасные симптомы; затѣмъ опасность исчезаетъ, нѣкоторые симптомы исчезаютъ, но параличъ остается очень распространеннымъ и глубокимъ. Большею частію въ такихъ случаяхъ рано развивается мышечная атрофія, электросократительность падаетъ, или совершенно пропадаетъ, развиваются контрактуры, психическое разстройство бываетъ рѣзко выражено. Въ такихъ случаяхъ долгое время болѣзнь стоитъ какъ будто стаціонарно, но большею частію все-таки понемногу начинаетъ проявляться наклонность къ поправленію; психическая дѣятельность улучшается, боли становятся меньше, анестезія меньше, мышцы менѣе пораженныя начинаютъ функціонировать и т. д. Но дѣло идетъ очень медленно: иногда проходятъ годы, прежде чѣмъ больной можетъ встать съ постели, а до полнаго выздоровленія дѣло почти никогда не доходитъ; чаще всего въ концѣ концовъ остается уродливость стопы, слабость конечностей, шаткость походки, умственная слабость въ большей или меньшей степени.

Къ *неизлѣчимымъ случаямъ* относятся такіе, которые или прямо оканчиваются смертью,—о нихъ мы уже говорили,—или которые переходятъ въ длительное, стаціонарное состояніе. Сюда относятся такіе случаи алкогольныхъ параличей, которые развиваются или у пожилыхъ людей, или у больныхъ, у которыхъ существуетъ болѣзнь хотя не ведущая прямо къ смерти, но постоянно поддерживающаяся и ослабляющая организмъ, наприм. экссудативный плевритъ, хроническій катаръ желудка и кишекъ въ рѣзкой степени и т. п. Обыкновенно у такихъ больныхъ болѣзнь, дойдя до извѣстной степени, можетъ вызвать опасные симптомы, но потомъ опасные симптомы исчезнутъ, а другіе останутся въ стаціонарномъ состояніи; въ большинствѣ случаевъ при этомъ бываетъ болѣе или менѣе значительное психическое разстройство и небольшія контрактуры. Больные въ такомъ состояніи могутъ жить годы, пока не явится какая-нибудь случайная болѣзнь, прекращающая жизнь.

Вообще прогностику при алкогольномъ параличѣ нужно ставить осторожно и не торопиться съ нею, такъ какъ въ первое время нельзя еще опредѣлить теченіе болѣзни и насколько глубоки будутъ излеченія.

Видя чрезвычайное распространеніе болѣзни, тѣмъ не нужно торопиться съ дурнымъ предсказаніемъ: мнѣ приходилось видѣть случаи, гдѣ прогностика была поставлена абсолютно дурная, а въ концѣ концовъ больные выздоравливали, и, наоборотъ, случаи, казавшіеся въ началѣ легкими, кончались летально. Всегда при постановкѣ прогностики нужно взвѣсить всѣ симптомы, жизнеспособность организма и состояніе различныхъ органовъ. Необходимо обстоятельно наслѣдовать легкія, сердце и почки. Если въ этихъ органахъ существуетъ неизлѣчимая болѣзнь, притомъ съ прогрессивнымъ теченіемъ, прогностика будетъ очень дурная. При болѣзняхъ почекъ особенно часто бываютъ сюрпризы, такъ какъ при нихъ часто параличныя явленія не достигаютъ очень высокой степени, иногда все дѣло ограничивается одной атакісей, а какое-нибудь случайное обстоятельство вдругъ вызоветъ рѣзкую перемѣну къ худшему. Возрастъ больнаго тоже имѣетъ значеніе; форма, излѣчимая у молодаго человѣка, окажется неизлѣчимою у пожилаго. Собственно общая слабость въ періодѣ наибольшаго развитія паралича не имѣетъ особенно дурнаго значенія: всѣ больные въ это время имѣютъ такой видъ, что жизнь ихъ виснетъ на волоскѣ; но если это человѣкъ молодой, не страдающій неизлѣчимою болѣзнью легкихъ, сердца и почекъ, и вообще жизнеспособный, то мало-помалу силы прибавляются и дѣло можетъ кончиться вполнѣ благопріятно.

Кромѣ этого, для прогностики имѣетъ значеніе преобладаніе тѣхъ или другихъ симптомовъ при алкогольномъ параличѣ.

Мы уже говорили, что случаи, гдѣ психическая дѣятельность глубоко разстроена, принадлежатъ къ тяжелымъ случаямъ. Если все дѣло съ этой стороны ограничивается галлюцинаторною спутанностью, то это большею частію указываетъ на не очень глубокое пораженіе. Если же при относительной ясности мысли является глубокій упадокъ

памяти, то это случаи тяжелые, если даже паралитичныя явленія и слабо выражены. Конечно, еще тяжелѣе тѣ случаи, гдѣ развивается полная картина слабоумія.

Затѣмъ существенное значеніе имѣетъ атрофія мышцъ и потеря электровозбудительности. Если это замѣчается во многихъ мышцахъ, то прогностика дѣлается значительно хуже. Долговременное присутствіе рѣзко выраженныхъ болей и само по себѣ ухудшаетъ прогностику, но оно особенно важно для больнаго, такъ какъ дѣлаетъ его положеніе особенно тяжелымъ, тѣмъ болѣе, что боли часто сопровождаются психозомъ тяжелымъ, тѣмъ болѣе, что боли часто сопровождаются психозомъ тяжелымъ, тѣмъ болѣе, что боли часто сопровождаются психозомъ важно бываетъ опредѣлить, долго ли они продолжатся. Въ этомъ отношеніи случаи различны: есть случаи, гдѣ съ началомъ поправленія боли прежде всего уменьшаются; въ другихъ, наоборотъ, боли сначала бываютъ не такъ сильно выражены, какъ въ теченіе 3—4 мѣсяца болѣзни. Въ этихъ случаяхъ въ первое время бываетъ порядочная анестезія конечностей, а потомъ анестезія уменьшается и вмѣсто нея наступаетъ мучительная гипералгезія, продолжающаяся иногда цѣлый годъ и болѣе. Впрочемъ, обыкновенно черезъ 5—6 мѣсяцевъ отъ начала болѣзни боли становятся меньше, особенно въ рукахъ; при этомъ особенно уменьшаются онѣ въ лѣтніе мѣсяцы, когда больной можетъ долгое время находиться на воздухѣ. Во всякомъ случаѣ, долговременное существованіе упорныхъ болей рѣзко выраженной гипералгезіи въ теченіе многихъ мѣсяцевъ бываетъ при такихъ случаяхъ, которые ко полнаго выздоровленія почти не доходятъ.

Присутствіе довольно глубокой анестезіи ухудшаетъ прогностику; если она замѣтна въ случаѣ съ пораженіемъ однѣхъ только нижнихъ конечностей, то это можетъ служить признакомъ, что болѣзнь затянется на довольно долгое время. Контрактуры всегда почти указываютъ на то, что случай будетъ длительный; въ кольнахъ обыкновенно онѣ проходятъ въ теченіе перваго года болѣзни, а въ ступняхъ чаще всего держатся многіе годы.

Присутствіе пораженія мочеваго пузыря заставляетъ всегда относить случай къ нелегкимъ; но самъ по себѣ этотъ признакъ особеннаго ухудшенія не имѣетъ, не составляетъ указанія на неизлѣчимость. Присутствіе разстройства глазныхъ нервовъ, глотанія, разстройство рѣчи и т. д. указываютъ на большую опасность случая, но излѣчимость, или неизлѣчимость случая отъ этого не зависитъ.

Что касается *до алкогольной атаксіи*, то та форма ея, которая развивается быстро, какъ слабое проявленіе алкогольнаго паралича, проходитъ обыкновенно очень благопріятно,—въ нѣсколько дней исчезаетъ шаткость походки, боли уменьшатся. По случаи хронической алкогольной атаксіи бываютъ иногда очень упорны, хотя, все-таки,

если больной воздерживается отъ вина, большею частію кончаются выздоровленіемъ. Во всякомъ случаѣ, прогностика можетъ быть поставлена болѣе благопріятная, чѣмъ при настоящей tabes.

Алкогольная невростенія можетъ совсѣмъ пройти при воздержномъ образѣ жизни, а съ другой стороны она крайне упорна, если больной не оставляетъ употребленія вина.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ является надобность рѣшить вопросъ—разовется ли у данаго больнаго алкогольный параличъ, или нѣтъ. Представимъ себѣ, что какой-нибудь потаторъ, заболѣвъ, положимъ, гриппомъ, обнаруживаетъ явленія алкогольнаго бреда. Зная, какъ часто вслѣдъ за этимъ развивается алкогольный параличъ, мы можемъ его бояться каждый разъ въ такихъ случаяхъ. По походкѣ въ этихъ случаяхъ нельзя сдѣлать прогностику—походка бываетъ шаткая и безъ того, чтобы впослѣдствіи алкогольный параличъ развился. Боли въ конечностяхъ и боли при сдавленіи мышцъ тоже бываютъ, но паралича все-таки не развивается. Болѣе довѣрять можно состоянію пателлярныхъ рефлексовъ. Если они сохранены и продолжаютъ сохраняться недѣли три послѣ начала болѣзни, то паралича, вѣроятно, на этотъ разъ не разовется; если же рефлексы довольно рано начинаютъ дѣлаться лѣнивы, а потомъ и совсѣмъ исчезаютъ, нужно ждать развитія алкогольнаго паралича въ большей или меньшей степени.

XI.

Лѣченіе.

1. Профилактика.

На основаніи условій развитія алкогольнаго паралича можно представить себѣ тѣ мѣры, которыя слѣдуетъ предпринимать для предупрежденія этой болѣзни.

Во-первыхъ, какъ мы сказали, алкогольный параличъ развивается у лицъ постоянно пьющихъ вино, а не у тѣхъ, кто напивается изрѣдка, хотя и до пьяну. Въ виду этого, онъ бываетъ и у тѣхъ лицъ, которые, не будучи пьяницами, пріучили себя употреблять ежедневно вино безъ всякаго особеннаго повода. Въ этомъ отношеніи врачи должны строже относиться къ непонимающей публикѣ, чѣмъ это обыкновенно дѣлается. Съ пороками бороться конечно трудно, но предупреждать, чтобы не дѣлали глупостей, вполнѣ возможно: у насъ очень многіе пьютъ ежедневно водку вовсе безъ всякой въ этомъ надобности и мало-помалу втягиваются. Иногда даже и врачи, не взвѣсивши всѣхъ послѣдствій, назначаютъ ежедневное употребленіе водки, которое потомъ переходитъ въ злоупотребленіе. Иногда даже дѣтей пріучаютъ къ водкѣ съ малыхъ лѣтъ, будто бы для ихъ пользы. Мнѣ кажется, необходимо каждый разъ строго внѣшивать, есть ли дѣйствительная необходимость предписывать такое опасное (для будущности) лѣченіе, и, во всякомъ случаѣ, если назначать употребленіе спиртныхъ напитковъ, то въ видѣ виноградного вина, а не водки. И вообще врачамъ слѣдовало бы возставать противъ распространеннаго правила, что водка помогаетъ пищеваренію; хотя для нѣкоторыхъ случаевъ это можетъ быть и такъ, но опытъ показываетъ, что у большинства лицъ не пьющихъ пищевареніе совершается лучше, чѣмъ у пьющихъ, а именно это-то питье передъ ѣдой и переходитъ часто въ обычное ежедневное отравленіе алкоголемъ, которое больной и не замѣчаетъ. Онъ выпьетъ рюмки по 3 передъ завтракомъ, обѣдомъ и ужиномъ—и не считаетъ себя пьющей; а между тѣмъ каждый разъ при этомъ онъ чувствуетъ легкое затуманеніе головы, которое, повторясь три раза въ день, конечно должно въ общемъ давать результаты не хорошіе. Вообще желательно было бы, чтобы безъ правильно обдуманной надобности вино ежедневно не употреблялось и особенно для лицъ съ невропатическою наслѣдственностью. Если уже нельзя избѣжать ежедневнаго употребленія вина вообще, то слѣдуетъ заботиться, чтобъ это была по крайней мѣрѣ не водка, а чистое виноградное вино, которое сравнительно очень рѣдко ведетъ къ алкоголизму. Употребленіе ежедневно большаго количества пива, какъ мы видѣли, дѣйствуетъ тоже вредно.

Но разъ привычка къ вину существуетъ, конечно уже очень трудно дѣйствовать противъ нея. Сила воли обыкновенно не дѣйствуетъ, а всѣ средства противодѣйствія въ домашней обстановкѣ непримѣнимы. Въ такихъ случаяхъ, конечно, наиболѣе раціональнымъ средствомъ является помѣщеніе потатора въ спеціальные пріюты для потаторовъ. Къ сожалѣнію, у насъ въ Россіи нѣтъ такихъ пріютовъ, а въ спеціальныя лѣчебницы для душевно-больныхъ такіе больные и не должны поступать, да и не могутъ по дѣйствующимъ у насъ законамъ.

Второе условіе развитія паралича есть не пьянство само по себѣ, а тѣ поводы, которые его вызываютъ. Въ виду этого, врачъ можетъ иногда предупредить развитіе алкогольнаго паралича, давъ вовремя надлежащій совѣтъ: напримѣръ, лучше не дѣлать у пьющихъ операцій, если это не вызывается необходимостью, такъ какъ алкогольный параличъ развивается вслѣдъ за травмой; безъ крайней надобности не нужно ставить піявокъ, даже давать сильно дѣйствующихъ слабительныхъ.

Простуды потаторъ долженъ беречься болѣе, чѣмъ другіе, общеніе съ чахоточными тоже,—словомъ, вниманіе должно быть направлено на то, чтобы по возможности избѣжать поводовъ, отъ которыхъ алкогольный параличъ развивается.

2. Лѣченіе алкогольнаго паралича.

Разъ симптомы алкогольнаго паралича обнаружились, то дѣйствія врача будутъ различны, смотря по преобладанію тѣхъ или другихъ симптомовъ.

Прежде всего является вопросъ: возможно ли задержать развитіе разъ начавшихся явленій? Вопросъ этотъ рѣшить, конечно, очень трудно, потому что трудно взвѣсить, насколько въ каждомъ случаѣ удавшагося въ этомъ отношеніи лѣченія дѣйствовали принятыя мѣры и насколько вліяла интенсивность самой болѣзни.

Относительно сродной болѣзни—пуэрперальныхъ параличей—y Leroy d'Etiolles приведенъ случай, гдѣ пристановленіе піявокъ ad anum купировало болѣзнь; насколько это вѣрно, это еще сомнительно, но при алкогольномъ параличѣ такія мѣропріятія во всякомъ случаѣ невозможны, потому что пристановленіе піявокъ само по себѣ вызываетъ появленіе алкогольнаго паралича (см. случай Paul Veron—№ 48 нашей казуистики).

Судя по сообщенію Sorgenfrey *), который думаетъ, что онъ оста-

*) *Sorgenfrey*: „Fall von Landry'scher Paralyse, geheilt durch Ergotin.— Neurologisch-Zentralblatt" 1885, стр. 198.

новилъ развитіе восходящаго паралича Landry употребленіемъ ergotin'a, можетъ-быть и при алкогольномъ параличѣ это средство будетъ имѣть значеніе въ первое время. Облегченіе симптомовъ алкогольнаго паралича при употребленіи эрготина мнѣ случалось видѣть. Мнѣ случалось также видѣть, что всѣ явленія, грозившія перейти въ алкогольный параличъ (бредъ, шаткость походки, боли, вялость пателлярныхъ рефлексовъ), прекращались при употребленіи порядочныхъ дозъ оніи (отъ 1 до 2 gr. 3 раза въ день).

Когда симптомы болѣзни уже на-лицо, то обыкновенно въ первое время наибольшее вниманіе должно быть обращено на психическую сферу; обыкновенно въ это время больной находится въ возбужденномъ состояніи: волнуется, иногда галлюцинируетъ и бунтуетъ, почти всегда не спитъ. Дать сонъ является при этомъ первымъ показаніемъ; дается при этомъ или chloral. hydrat., или оній. Если дѣятельность сердца хороша, то лучше дать хлоралъ, потому что онъ дѣйствуетъ вѣрнѣе. Почти всегда приходится давать большія дозы отъ 3j до 3j β, даже болѣе, иначе пріемъ проходитъ безъ всякаго эффекта.

Если большую дозу хлорала нельзя дать въ виду страданія сердца, то нужно прибѣгнуть къ опію, причемъ на сонъ трудно разсчитывать даже отъ двухъ граммъ. Но вообще при такомъ психическомъ состояніи, которое представляютъ въ это время больные, показанія для опія существуютъ. Маньяки присоединяютъ къ нему еще хининъ, а многіе другіе врачи—препараты стрихнина. Поэтому всегда почти въ первый періодъ алкогольнаго паралича, характеризующійся возбужденною галлюцинаторною спутанностью, приходится назначать хининъ, или стрихнинъ и оній. Если оній нельзя ввести черезъ желудокъ, то употребляютъ впрыскиванія морфія. Нѣкоторые изъ врачей рекомендуютъ при этомъ zincum aceticum, zincum oxydatum, extr. cannabis indic. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кромѣ этого требуется принимать мѣры противъ упорной рвоты. Въ этомъ отношеніи помогаетъ тотъ же оній и cerium oxalycum въ пріемахъ отъ gr. β до gr. j β—раза 3 въ день. Иногда помогаетъ и кокаинъ. Черезъ нѣсколько дней возбужденное состояніе и рвота прекращаются и тогда конечно являются другія показанія.

Эти показанія могутъ быть какъ со стороны психической, такъ и со стороны физической.

Со стороны психической часто на мѣсто возбужденія является вялость умственной жизни, упадокъ памяти. Иногда эти явленія со стороны психической дѣятельности являются и съ самаго начала. Тогда обыкновенно нѣтъ показаній давать оній или хлоралъ, а назначаютъ обыкновенно средства считающіяся полезными при разстройствахъ нервной системы при хроническомъ алкоголизмѣ, именно препараты стрихнина вмѣстѣ съ какими-нибудь тоническими средствами.

Со стороны физической въ первое время показанія могутъ быть со стороны распространяющагося паралича. Когда начинаютъ появляться признаки разстройства дѣятельности сердца, глотанія, дыханія и рѣчи, то приходится прибѣгать къ возбуждающимъ средствамъ, изъ которыхъ на первомъ планѣ стоятъ вдыханіе кислорода и средства сердечныя. Изъ сердечныхъ средствъ часто умѣстнымъ оказываетъ coffeinum natro-salycilicum, который въ то же время дѣйствуетъ уменьшающимъ образомъ — на боли, такъ часто бывающія въ это время. Конечно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится прибѣгать и къ препаратамъ мускуса, и другимъ возбуждающимъ: при глубокомъ подавленіи психической дѣятельности—къ обливанію головы холодною водой, употребленію камфоры, препаратовъ арники и др.

Въ первое время является иногда вопросъ—давать ли больному вино или нѣтъ. Обыкновенно, впрочемъ, этотъ вопросъ рѣшается самъ собою,—больнаго рветъ отъ каждаго пріема вина и, слѣдовательно, его не вводится совершенно. Когда этого нѣтъ, то въ тѣхъ случаяхъ, когда нѣтъ чрезмѣрной слабости дѣятельности сердца, лучше сразу оставить вино, замѣнивъ его возбуждающее дѣйствіе, къ которому организмъ привыкъ, или пріемами эфирныхъ капель, или пріемами tinctur. arnicae, или оніи. Въ тѣхъ же случаяхъ, въ которыхъ дѣятельность сердца слаба,—лучше не прекращать употребленіе вина сразу, а свести его до очень небольшаго количества. Когда бурныя явленія стихнутъ, и это уменьшенное количество вина должно быть оставлено. Въ такихъ случаяхъ приходится конечно въ первое время наблюдать за состояніемъ мочевого пузыря, выводить мочу катетеромъ, смотрѣть за чистотою, чтобы предупредить развитіе пролежней, и т. п.

Если первый опасный періодъ прошелъ и больной переходитъ въ періодъ стаціонарный, или періодъ поправленія, то тутъ являются уже другія показанія. Наркотическія должны быть по возможности оставлены и замѣнены другими средствами. Главнымъ существеннымъ показаніемъ является въ это время старательное питаніе больнаго. Въ первое время это обыкновенно не удается, а потомъ аппетитъ является, и питаніе идетъ хорошо. Въ смыслѣ питательнаго матеріала слѣдуетъ особенно рекомендовать употребленіе молока. При употребленіи молока въ большомъ количествѣ (отъ 6—15 стакановъ въ день) теченіе алкогольнаго паралича лучше, чѣмъ при какомъ бы то ни было другомъ режимѣ. Въ одномъ случаѣ (XII) при почти исключительно молочномъ лѣченіи исчезли чрезвычайно большіе отеки, въ другомъ (XIII) больнаго быстро уменьшалась. Затѣмъ слѣдуетъ заботиться о томъ, чтобы больные находились въ просторной комнатѣ, а въ лѣтнее время по возможности болѣе были на воздухѣ.

Кромѣ этого нужно бываетъ употреблять и фармацевтическія сред-

ства. Кромѣ препаратовъ стрихнина обыкновенно употребляются tonica, желѣзо, мышьякъ. Какъ только является возможность, нужно начать лѣченіе ваннами. Сначала обыкновенно употребляютъ тепловатыя ванны въ 28°, въ первое время ароматическія, а потомъ простыя или съ прибавленіемъ соли (въ лѣтнее время).

Альтерирующія средства, какъ іодистый калій или натрій, обыкновенно не приносятъ существенной пользы, хотя нѣкоторые авторы описываютъ случаи выздоровленія при лѣченіи этими средствами. Въ случаяхъ, гдѣ есть пораженіе легкихъ, употребленіе іодистаго натра или калія можетъ быть даже прямо вредно (XII наблюд.).

Кромѣ этого постояннаго метода, направленнаго противъ самой болѣзни, почти всегда приходится прибѣгать къ симптоматическому лѣченію. Главный поводъ къ этому даютъ боли и гипералгезія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ боли такъ сильны, такъ мучительны, что рѣшительно невозможно съ ними справиться. При рѣзко выраженной гипералгезіи приходится прибѣгать къ особеннымъ пріемамъ. Такъ, надъ ногами придѣлываются обручи, на которые кладется одѣяло, такъ какъ его непосредственное прикосновеніе раздражаетъ больныхъ. Въ виду крайней гипералгезіи къ холоду, нужно бываетъ окутывать конечности крайне мягкими пуховыми покрышками, комната большею частью должна быть очень тепло натоплена. Изъ лѣкарственныхъ средствъ не многіе приносятъ пользу. Natrum salycilicum обыкновенно существенной пользы въ затяжныхъ случаяхъ не приноситъ. Иногда впрочемъ мнѣ приходилось видѣть пользу отъ пріемовъ natri salycilici—при невритическихъ болихъ алкоголиковъ; но это еще до наступленія паралича. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ боли уменьшаются при употребленіи coffeini natro-salycilici.

Большею частью приходится въ первое время противъ болей давать наркотическія: опій, морфій, хлоралъ. Но если эти средства не приносятъ быстро пользы, напримѣръ въ теченіе мѣсяца боли не станутъ гораздо рѣже, то лучше оставить совсѣмъ наркотическія, такъ какъ мнѣ случалось видѣть, что привычка къ наркотическимъ средствамъ у такихъ больныхъ очень легко развивается и, благодаря этому, боли не только не уменьшаются, но даже увеличиваются.

Изъ наружныхъ средствъ иногда бываютъ полезны согрѣвающіе компрессы съ 2—4% растворомъ acidi carbolici, но далеко не всегда,—они помогаютъ преимущественно при глубокихъ боляхъ, а при гипералгезіи кожи часто не переносятся. (По возможности чаще испражнять мочу при употребленіи этихъ компрессовъ.) Въ этихъ случаяхъ лучше переносятся маслянистыя средства съ наркотическими (ol. hyosciami).

Къ подкожнымъ впрыскиваніямъ морфія я никогда не прибѣгалъ. Помазываніе іодомъ большею частью не ведетъ ни къ чему. Отвлекающія (мушки) къ позвоночнику, или вообще на мѣстѣ, гдѣ нѣтъ гипералгезіи, приносятъ небольшой эффектъ, а въ большинствѣ случаевъ очень раздражаютъ больныхъ. Прижиганія термокатеромъ дѣйствуютъ такъ же.

Иногда приносятъ пользу ароматическія ванны, но во многихъ случаяхъ перенесеніе больнаго въ ванну сопровождается такими мученіями, что не только ванна бываетъ безъ пользы, но еще послѣ нея является особенно раздраженное состояніе, ночь безъ сна, боли усиливаются и т. д., такъ что приходится ихъ оставлять.

То же самое и относительно электричества: боли при употребленіи его въ первое время обыкновенно не уменьшаются, а увеличиваются, и является общее раздраженное состояніе. Изъ наблюденія многихъ случаевъ я пришелъ къ тому заключенію, что все-таки самое надежное средство и противъ затянувшихся болей—укрѣпленіе организма пріемами arsenic'а и особенно молочнымъ лѣченіемъ. Чрезвычайно большую пользу приноситъ возможность продолжительнаго пребыванія на воздухѣ, особенно лѣтомъ. Всѣ же симптоматическія средства большею частью бываютъ безполезны, а долгое употребленіе наркотическихъ даже вредно.

Присутствіе болей мѣшаетъ часто выполненію тѣхъ показаній, которыя ставятся другими симптомами: такъ, вслѣдствіе болей, нѣтъ возможности употреблять электричество и массажъ, которые могли бы благодѣтельно дѣйствовать на мышцы. Обыкновенно приходится довольно долго выжидать, пока можно будетъ прибѣгнуть къ этимъ средствамъ; иногда, начавши ихъ употреблять, приходится потомъ оставлять, потому что оказывается, что каждый разъ послѣ массажа или электричества больной дѣлается раздражительнымъ, не спитъ по ночамъ и т. п. Наконецъ, все-таки наступаетъ періодъ, когда можно начать правильное лѣченіе этими способами.

Электричество употребляется или въ видѣ электрическихъ ваннъ, или гальваническаго и индуктивнаго тока. Сеансы электричества должны быть во всякомъ случаѣ не продолжительны и токъ не очень силенъ; то же самое и относительно массажа; очень болѣзненный и продолжительный массажъ часто раздражаетъ больныхъ.

Одну изъ большихъ заботъ могутъ представить контрактуры: сведеніе иногда бываетъ такъ сильно и такъ упорно, что внушаетъ сомнѣніе, можетъ ли оно исчезнуть само собою; между тѣмъ искусственное вытяженіе трудно бываетъ примѣнить въ виду гипералгезіи кожи и мышцъ. Впрочемъ очень часто даже самыя большія контрактуры въ колѣнныхъ расходятся безъ всякаго механическаго средства, такъ что я думаю, что вообще спѣшить съ ортопедическими пріемами для контрактуры колѣнъ нѣтъ надобности: обыкновенно вмѣстѣ съ развитіемъ мышечной силы и контрактуры въ колѣнныхъ проходятъ. Сведенія въ

ступнѣ (въ затяжныхъ случаяхъ) остаются гораздо дольше, и для того, чтобы дать возможность больному ходить, приходится дѣлать особые аппараты или приспособленія къ обуви; обыкновенно впрочемъ съ этимъ приходится уже имѣть дѣло тогда, когда боли исчезли, и потому можно употреблять и довольно энергическія ортопедическія мѣры.

Когда больной настолько поправился, что его можно вывозить, полезно предпринять поѣздку въ мѣстность съ теплымъ климатомъ, гдѣ онъ можетъ быть цѣлый день на воздухѣ. Въ это время для нѣкоторыхъ больныхъ приносятъ пользу лѣченіе ваннами различныхъ источниковъ, преимущественно соленыхъ, купанье въ лиманахъ и употребленіе грязей. Изъ нихъ Сакскія грязи могутъ быть очень полезны, но онѣ возможны только для тѣхъ больныхъ, дѣятельность сердца у которыхъ въ порядкѣ и которые не расположены къ обмороканъ.

Въ это же время приносить пользу и лѣченіе холодною водой. Въ литературѣ (особенно французской) есть случаи, гдѣ лѣченіе холодною водой примѣнялось съ успѣхомъ и въ первый періодъ болѣзни, но это возможно только тогда, когда нѣтъ сильной гипералгезіи; при гипералгезіи же, особенно при свойственной этой болѣзни гипералгезіи кожи, особенно при свойственной этой болѣзни гипералгезіи совершенно непримѣнимъ. Напротивъ, къ холоду, этотъ методъ лѣченія совершенно непримѣнимъ. Напротивъ, къ холоду, этотъ методъ лѣченія совершенно непримѣнимъ. Напротивъ, при алкогольной атаксіи гидротерапевтическій методъ лѣченія, соединенный съ массажемъ, даетъ самые лучшіе результаты.

XII.

Вопросы судебно-медицинскіе по поводу алкогольнаго паралича.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ по поводу алкогольнаго паралича могутъ возникнуть и вопросы судебно-медицинскіе. Конечно, эти вопросы касаются только психической сферы больнаго. Въ случаяхъ, гдѣ есть рѣзко выраженныя галлюцинаціи, бредовыя идеи,—судебно-медицинскіе вопросы рѣшаются легко на основаніи общихъ правилъ. Совсѣмъ не такъ легко рѣшать тѣ вопросы, которые возникаютъ при психическихъ разстройствахъ, выражающихся глубокимъ разстройствомъ памяти при относительно хорошемъ сохраніи разсудочной дѣятельности. Въ самомъ дѣлѣ, очень часто такіе больные рѣшительно не высказываютъ ни одной бредовой идеи и правильно оцѣниваютъ все то, что находится передъ ихъ глазами; но между тѣмъ они совершенно не помнятъ того, что дѣлалось за нѣсколько минутъ передъ этимъ. Поэтому они легко могутъ подписать одну и ту же бумагу два или три раза, что можетъ подать поводъ къ уголовному дѣлу. Такъ, я зналъ одного больнаго, занимавшаго отвѣтственное мѣсто на государственной службѣ, находившагося въ такомъ состояніи; онъ продолжалъ подписывать всѣ бумаги, между прочимъ требованія казенныхъ денегъ, и могъ бы очень свободно подписать нѣсколько разъ требованіе на одну и ту же цѣль, чѣмъ и могъ бы воспользоваться кто-либо изъ его подчиненныхъ.

Спрашивается, какъ относиться къ этому больному: какъ къ вмѣняемому, или нѣтъ? Само собою разумѣется, что если этотъ поступокъ былъ слѣдствіемъ болѣзненнаго разстройства, то онъ не можетъ быть вмѣненъ и больной дѣлается неотвѣтственъ. Но вопросъ этотъ, большею частію легко рѣшающійся въ дѣлахъ уголовныхъ, вовсе не такъ легко рѣшить въ дѣлахъ гражданскихъ; напримѣръ: въ вопросахъ о завѣщаніяхъ, о выдачѣ довѣренностей, векселей и т. д. Вѣдь хотя больные эти и позабываютъ все, что съ ними происходитъ, но личныя ихъ отношенія большею частію остаются все такія же, какъ они были въ здоровомъ состояніи, и притомъ разъ всѣ данныя находятся у нихъ на-лицо, они могутъ разсуждать довольно хорошо, да и притомъ память ослаблена у нихъ только относительно недавняго, а все давнишнее, т.-е. все то что устанавливаетъ отношеніе данной личности къ окружающимъ, остается прежнее. Слѣдовательно, съ этой стороны они обладаютъ способностью въ нѣкоторыхъ случаяхъ и правильно распорядиться своимъ имуществомъ.

Наконецъ, при обычномъ свидѣтельствованіи губернскимъ присутствіемъ, такихъ больныхъ обыкновенно не признаютъ неправоспособными, такъ какъ на всѣ предлагаемые вопросы они отвѣчаютъ совершенно правильно.

А съ другой стороны, они однако рѣшительно не могутъ одни управлять своими имущественными интересами: во-первыхъ, вслѣдствіе забывчивости они могутъ просто растерять деньги; во-вторыхъ, при обсужденіи какого-нибудь денежнаго вопроса больные не могутъ сопоставить свои желанія съ тѣми перемѣнами, которыя произошли за время ихъ болѣзни и о которыхъ они хотя знали, но позабыли: кто-нибудь прямо можетъ сообщить больному ложный фактъ, которому больной по слабости своей памяти повѣритъ и сдѣлаетъ, благодаря этому, неправильное распоряженіе: больной, напримѣръ, получивъ одинъ разъ деньги, можетъ выдать 2—3 векселя, и т. д.

Наконецъ, обыкновенно такіе больные настолько мало всѣмъ интересуются, что окружающіе легко могутъ взять больнаго въ руки, управлять всѣми его распоряженіями, даже побудить составить завѣщаніе не такое, какое онъ составилъ бы, не подчиняясь чужой волѣ. Всѣ эти обстоятельства заставляютъ меня думать, что такіе больные не могутъ быть вполнѣ правоспособны. Конечно, съ другой стороны, наложеніе обычной опеки для такого больнаго является тоже въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ нецѣлесообразнымъ, потому что онъ не утратилъ вполнѣ нормальной способности опредѣлять свои отношенія къ другимъ людямъ, и было бы несправедливо лишать его возможности дѣйствовать сообразно съ этою особенностью. Напримѣръ, представимъ себѣ такого больнаго живущаго внѣ брака и имѣющаго незаконныхъ дѣтей, которымъ онъ и предполагалъ оставить свои средства. Это желаніе его самое естественное, и онъ продолжаетъ проявлять его и въ болѣзненномъ состояніи, хотя память его относительно недавняго и утратилась. Справедливо ли будетъ лишить его права на это?—Конечно нѣтъ, потому что это желаніе его обусловливалось не болѣзнью, и его забывчивость ко всему недавнему рѣшительно нисколько не вліяетъ на это рѣшеніе, хотя будетъ въ то же время вліять на массу мелкихъ рѣшеній. Между тѣмъ, при наложеніи опеки обычнымъ образомъ, исполненіе воли больнаго уже становится невозможнымъ и даже выборъ опекуна будетъ зависѣть не отъ него. Мнѣ кажется, что справедливость требовала бы для такихъ больныхъ установленія особаго modus vivendi, соотвѣтствующаго качеству болѣзни, именно учрежденія попечителей, которые и обязаны бы были охранять имущество больныхъ и одобрять своею подписью акты, составляемые больными, причемъ выборъ попечители долженъ быть предоставленъ, въ большинствѣ случаевъ, самому больному: умственныхъ силъ больнаго для выбора попечителя, соотвѣтствующаго его личнымъ свойствамъ и интересамъ, большею частію бываетъ достаточно; если же ихъ и для этого не достаточно, то конечно ничего не остается, какъ считать его неправоспособнымъ вполнѣ.

20 сентября 1886 года.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Алкогольный параличъ въ типичной своей формѣ есть атрофическій „спинальный“ параличъ съ восходящимъ теченіемъ, съ разстройствомъ чувствующихъ нервовъ и съ характернымъ разстройствомъ психической сферы.
2. Анатомическимъ субстратомъ алкогольнаго паралича въ настоящее время долженъ считаться множественный невритъ, хотя есть много основаній предполагать, что при этой болѣзни могутъ быть измѣненія и въ спинномъ мозгу и въ головномъ.
3. Кромѣ алкогольнаго паралича въ тѣсномъ смыслѣ слова невриты алкоголиковъ могутъ проявляться и въ формахъ съ другимъ комплексомъ симптомовъ.
4. Какъ по совокупности симптомовъ, такъ и по развитію болѣзни, алкогольный параличъ имѣетъ много общаго съ параличами при другихъ интоксикаціяхъ и съ параличами послѣ острыхъ и при нѣкоторыхъ хроническихъ тяжелыхъ болѣзняхъ.
5. При нѣкоторыхъ формахъ множественнаго неврита не алкогольнаго происхожденія наблюдается своеобразное разстройство психической сферы.
6. Устройство лѣчебныхъ пріютовъ для пьяницъ необходимо.

Объясненіе рисунковъ.

Рис. 1. Стопа больнаго, описаннаго въ наблюденіи X (схематично).

Рис. 2. Слѣдъ подошвы лѣвой ноги того же больнаго.

Рис. 3. Слѣдъ подошвы правой ноги того же больнаго.

Рис. 4. Слѣдъ подошвы здоровой ноги.

Рис. 5. Сфигмографическая кривая пульса больнаго, описаннаго въ наблюденіи X.

Рисунки 6, 7 и 8 перепечатаны изъ „Étude sur les paralysies alcooliques“ par Oettinger:

Рис. 6 представляетъ очень сильно измѣненныя нервныя волокна при алкогольномъ параличѣ: a, a—оболочки, совершенно пустыя, съ ихъ ядрами; b, b—оболочки, содержащія нѣсколько капель міэлина.

Рис. 7 представляетъ нервныя волокна изъ n. tibialis, въ которомъ измѣненія были не такъ сильны:

a—волокно, въ которомъ міэлиновая оболочка представляетъ варикозныя расширенія.

b, b—сегментація міэлина въ шары; по мѣстамъ міэлинъ дѣлается зернистымъ.

c, c—дальнѣйшее измѣненіе міэлина.

d, d, d—пустыя Шванновы оболочки съ ихъ ядрами.

Рис. 8. Волокна изъ поясничныхъ корешковъ. Нервныя волокна почти здоровы (по Oettinger'y).

Рисунки 9—10 перепечатаны изъ статьи Vierordt'a: „Degeneration der Gollischen Stränge bei einem Potator.—Arch. f. Psych.“, XVIII.

Рис. 9. Поперечный разрѣзъ тѣйнаго утолщенія.—Затушеванныя мѣста соотвѣтствуютъ перерожденію.

Рис. 10. Поперечный разрѣзъ верхняго отдѣла грудной части спиннаго мозга.

Рисунки 11—12 перепечатаны изъ „Beiträge für Pathologie und pathologischen Anatomie des Central-Nervensystems“ von Kahler und Pick 1879. Изображаютъ клѣтки переднихъ роговъ спиннаго мозга съ образованіемъ вакуолъ (у нотатора).

Рисунки 13, 14, 15 и 16 рисованы съ препаратовъ д-ра Л. С. Минора. Изображаютъ различныя измѣненія въ спинномъ мозгу больнаго, описаннаго въ наблюденіи XI.

Рис. 13. Поперечный разрѣзъ грудной части спиннаго мозга. Три расширенные сосуда въ лѣвомъ заднемъ рогѣ. Дегенерація въ боковыхъ и заднихъ столбахъ (болѣе интензивная окраска).

Рис. 14. Тѣ же три сосуда въ лѣвомъ заднемъ рогѣ при большемъ увеличеніи (окул. 2, объект. 7).

Рис. 15. Разрѣзъ изъ грудной части спиннаго мозга. Кровоизліянія въ правомъ заднемъ рогѣ, въ правомъ боковомъ столбѣ и переднихъ столбахъ.

Рис. 16. Развитіе соединительной ткани и паукообразныя клѣтки въ области дегенерированныхъ боковыхъ столбовъ.

Хаск. Институт
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА
683/7
НБ ХНМУ

Рис. 4



Рис. 1

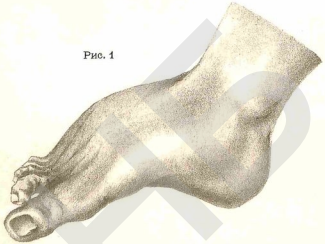


Рис. 2



Рис. 3



Рис. 5



ПБХНМУ

Рис. 6.

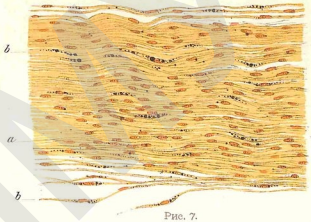
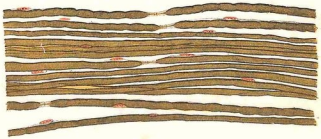


Рис. 7.



Рис. 8.

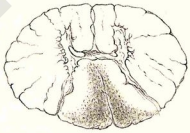


НБ ХНМУ

Рис. 9.



Рис. 10.



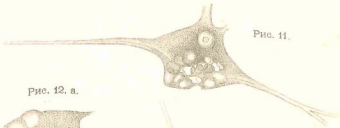


Рис. 11.

Рис. 12. a.



Рис. 12. b.



НБ ХНМУ

Рис. 13



Рис. 14

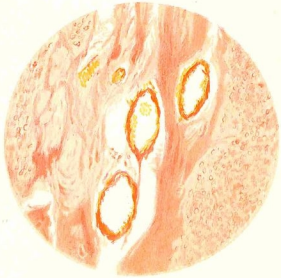


Рис. съ нат. А. Рогозинно

НБ ХНМУ

Рис. 15



Рис. 16



Рис. съ нат. А. Россолимо

НБ ХНМУ