

# МЕДИЦИНСКІЯ ОБЩЕСТВА.

Изъ научныхъ собраній врачей при клиникѣ нервныхъ болѣзней Казанскаго университета.

(Засѣданіе 25-го Октября 1903 г.)

Д-ръ А. В. Фаворскій *показалъ спинносухоточнаго больного, страдающаго спинносухоточнымъ поражениемъ суставовъ ногъ, главнымъ образомъ, тазобедренныхъ.*

Больной, крестьянинъ, 33-хъ лѣтъ отъ роду, холостой, бывший гвардеецъ, родился здоровымъ ребенкомъ отъ здоровыхъ родителей. Въ семьѣ не было ни сифилиса, ни алкоголизма, ни туберкулеза. Въ дѣтствѣ больной ничѣмъ серьезнымъ не болѣлъ, съ 14 лѣтъ сталъ имѣть сношенія съ женщинами, причѣмъ, по его словамъ, онъ часто злоупотреблялъ этимъ. Въ это же время началъ пить водку и нерѣдко напивался до пьяна. На 15-мъ году получилъ трипперъ. На 23-мъ году получилъ сифилисъ. Лечился отъ послѣдняго очень плохо (употреблялъ 12 ртутныхъ ножныхъ пластырей). Черезъ 7 лѣтъ послѣ этого сталъ чувствовать общую слабость, опѣмѣніе на груди и ногахъ, стрѣляющія боли въ ногахъ и дѣтородномъ членѣ. Вскорѣ же появилось недержание мочи и половое безсиліе что заставляло его искать помощи у специалистовъ. Послѣдними было распознано начало сухотки спинного мозга и назначенъ курсъ ртутныхъ выпрыскиваній. Осенью 1901 года поступилъ подъ наблюденіе докладчика, причѣмъ было обнаружено отсутствіе атаксіи, недержание мочи и задержка, отсутствіе эрекціи члена, отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ, неравенство зрачковъ, расстройство чувствительности на ногахъ по типу периферическому и на груди—по корешковому. На рукахъ—нормальна. Сдѣланъ курсъ инъекцій *patrii nitrosi*. Весною 1902 года сдѣланъ курсъ ртутныхъ выпрыскиваній. Въ это время у больного появились на подошвенной сторонѣ пальцевъ ногъ пузыри, наполненные серозною, а иногда и кровянистою жидкостью. Появился циститъ. Спустя мѣсяца 1½ эти трофическія расстройства исчезли. Осенью того же года циститъ и пузыри снова появились, причѣмъ ногтевая ложа стали синебагроваго цвѣта, ногти ломкими и въ концѣ

концовъ ногти нѣкоторые выпали, и съ теченіемъ времени замѣнились новыми. Циститъ исчезъ черезъ мѣсяць при примѣненіи в. Боржома. При наличности такихъ трофическихкихъ растройствъ на пальцахъ ногъ въ январѣ 1903 года появилось вдругъ, безъ всякой видимой причины, безъ повышенія температуры тѣла, опуханіе праваго голеностопнаго сустава, которое при примѣненіи ихтіоловой мази и согрѣвающихся компрессовъ постепенно въ теченіе 2½ недѣль прошло, не оставивъ послѣ себя никакихъ послѣдствій въ сочлененіи.

Въ апрѣлѣ, безъ всякой видимой причины, но съ повышеніемъ температуры тѣла, доходившей въ иные дни даже до 39°C, появляется очень сильное опуханіе праваго тазобедреннаго сустава, причемъ больной теряетъ способность владѣть правой ногою. Спустя 1½ недѣли, температура приходитъ къ нормѣ, суставъ же остается въ прежнемъ видѣ, причемъ въ окружающихъ его частяхъ появляется окольный отекъ. Въ правомъ колѣнномъ и голеностопномъ сочлененіяхъ тоже появляется небольшое опуханіе, безъ повышенія температуры тѣла. Черезъ 2 недѣли колѣнный и голеностопный суставы приходятъ къ нормѣ. Опуханіе праваго тазобедреннаго сустава черезъ 3 мѣсяца отъ начала своего появленія постепенно исчезаетъ, но при пассивныхъ движеніяхъ, которыя можно совершать во всѣхъ направленіяхъ сверхъ нормы и при томъ безъ всякой боли, какъ это было и при самомъ возникновеніи заболѣванія сустава, можно замѣтить, что сочленовныя поверхности костей тазобедреннаго сустава сильно измѣнены, благодаря чему легко происходитъ подвывихъ головки тазобедренной кости. За все время заболѣванія сустава болей въ немъ не наблюдалось.—Въ концѣ августа 1903 года больного, весьма возможно, продуло на вѣтру, послѣ чего у него повысилась температура и появилась неловкость при движеніи въ лѣвомъ тазобедренномъ суставѣ. Въ теченіе недѣли развилось сильное опуханіе этого сустава съ окольнымъ отекомъ окружающихъ частей, а равно сильное опуханіе замѣчалось въ лѣвомъ голеностопномъ суставѣ и въ меньшей степени въ колѣнномъ. Болей въ пораженныхъ суставахъ не было ни самостоятельныхъ, ни при движеніи. Движенія пассивныя были очень обширны по объему. Спустя недѣлю, послѣ дачи внутрь хинина, температура пришла въ норму. 27 сентября 1903 г. больной поступилъ въ мѣстную нервную клинику. Status praesens 30/ix 903 г. Черепные нервы въ порядкѣ. Движенія шеи, рукъ и туловища нормальны. Движенія въ правой ногѣ ограничены по объему и по силѣ ослаблены, причемъ поднять ногу кверху больной можетъ, только поворачивая ее кнаружи и напругая *m. sartorius*, который представляется гипертрофированнымъ. *M. quadriceps* дѣйствуетъ очень слабо. Въ колѣнномъ и голеностопномъ сочлененіяхъ движенія менѣе ограничены. Въ лѣвой ногѣ въ тазобедренномъ суставѣ движенія отсутствуютъ. Въ колѣнномъ и голеностопномъ ограничены по объему и ослаблены по силѣ. Сидѣть можетъ. Ходить не можетъ. Сухожильные рефлексы

на рукахъ нормальны. Westphal. Съ Ахиллова сух. нѣтъ рефлекса. Кожные—подмышковый и брюшной оживлены, съ подошвы—нѣтъ.

Рефлексы съ слизистой оболочки носа и глотки норм., съ глотки сильно пониженъ. Неравенство зрачковъ, плохая реакція на свѣтъ. Недержаніе мочи постоянное и легкая задержка. Запоры. Анэстезія тотальная на ногахъ по периферическому типу, на туловищѣ по корешковому. На рукахъ гиперэстезія болевая по периферическому типу. Органы высшихъ чувствъ норм. Атрофія мышцъ бедеръ и отчасти голеней. Фаралитическая и гальваническая возбудимость четырехглавыхъ мускуловъ понижена, характеръ сокращенія—вяловатый. Въ остальныхъ мышцахъ—нормальна. Въ *m. sartorius dex.* повышена. Тазовой поясъ при осмотрѣ сзади походить на женскій, благодаря опуханію лѣваго тазобедреннаго сустава и выстоянію головки праваго бедра. Колѣнные и голеностопные суставы нормальны. Оба сустава тазобедренные позволяютъ дѣлать очень обширные размахи, далеко превосходящіе по объему нормальные, причемъ ощущается ясный хрустъ. Движенія эти безболѣзненны. Температура тѣла нормальна. Моча мутна, содержитъ осадокъ солей фосфорно-кислой извести, трипельфосфатовъ и мочекислыхъ солей; небольшое количество бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; реакція слабая щелочная. Бѣлка и сахара нѣтъ. Катарральное воспаленіе верхушекъ легкихъ. Исслѣдованіе мокроты на Коховскія палочки дало отрицательный результатъ. Селезенка не увеличена.—За время нахожденія въ клиникѣ опухоль лѣваго тазобедреннаго сустава опала, но еще не совсѣмъ. Моча представляла колебанія по своей реакціи и количеству осадка; по временамъ она была совершенно нормальной.

Докладчикъ исключаетъ здѣсь ревматическое пораженіе суставовъ, такъ какъ нѣкоторые суставы распухали, не давая повышенія температуры, и относить это страданіе къ остроразвившемуся трофическому разстройству въ области суставовъ, съ характеромъ синовиальнаго выпота, на почвѣ существующей у больного спинной сухотки, вызвавшей цѣлый рядъ другихъ трофическихъ явленій (пузыри на пальцахъ ногъ, циститъ). Докладчикъ отмѣчаетъ сравнительную рѣдкость пораженія тазобедренныхъ суставовъ при спинной сухоткѣ. Такъ по даннымъ Казанской нервной клиники, за послѣдній 10 лѣтній періодъ, на 700 табиковъ данный случай приходится первымъ.

Въ преніяхъ приняли участіе.

проф. Ковалевскій. Я позволилъ бы себѣ предположить въ данномъ случаѣ скорѣе гуммозное разрошеніе въ области сустава.

Мнѣ не разъ приходилось видѣть табиковъ съ пораженіемъ суставовъ, гдѣ по наличности клинической картины нужно было признать гуммозную инфильтрацію сустава, что и подтверждалось очень благопріятнымъ успѣхомъ специфическаго леченія.

Докладчикъ. Развитие болѣзненнаго процесса въ суставѣ и все его теченіе говорило противъ этого предположенія; тѣмъ болѣе, что, наприм., голено-

стопный суставъ пришелъ къ нормѣ безъ всякаго специфическаго леченія. При наличности же различныхъ трофическихъ разстройствъ кожи въ видѣ пузырей, наполненныхъ серозной жидкостью, въ видѣ цистита естественнѣе было думать что и въ суставахъ мы имѣемъ такое-же трофическое разстройство.

Д-ръ Левчаткинъ замѣтилъ, что множественность пораженія суставовъ въ сравнительно короткій промежутокъ времени едва-ли говорить здѣсь о гумозной инфильтраціи суставовъ.

Д-ръ Скуридинъ спросилъ, какая примѣнялась здѣсь терапия.

Докладчикъ отвѣтилъ, что больному днемъ на пораженный суставъ клались компрессы согрѣвающие, а на ночь втиралась ихтиоловая мазь; внутрь—юдь.

Д-ръ Борманъ спросилъ, чѣмъ докладчикъ объясняетъ здѣсь циститъ.

Докладчикъ отвѣтилъ, что въ данномъ случаѣ циститъ былъ ничто иное, какъ такое же трофическое разстройство слизистой оболочки, какое наблюдалось на кожѣ ногъ.

Д-ръ Борманъ. Въ такомъ случаѣ терминъ «циститъ» едва-ли здѣсь подходить. Если же здѣсь на самомъ дѣлѣ существовалъ циститъ, то можно допустить, что онъ обязанъ какому нибудь инфекціонному началу, проникшему въ пузырь изъ кишечника.

Д-ръ Первушинъ. Принимая во вниманіе, что заболѣваніе суставовъ сопровождалось повышенной температурой и развивалось остро вполне законно предположить, что у данного больного было какое-то инфекціонная, можетъ быть даже, ревматическое пораженіе суставовъ, которое и повлекло за собою такую полиартропатію.

Докладчикъ. Я не могу вполне согласится съ Вашимъ предположеніемъ такъ какъ, не смотря на ежедневное наблюденіе за больнымъ, я не замѣтилъ у него повышенія температуры при заболѣваніи праваго голеностопнаго сочлененія. Затѣмъ, если бы это повышеніе температуры зависело отъ остраго ревматизма суставовъ, то мнѣ непонятно, почему оно быстро проходило послѣ нѣсколькихъ дозъ хинина. По моему мнѣнію эта температура есть, скорѣе, явленіе случайное, далеко необязательное для данного заболѣванія суставовъ. Чѣмъ ее объяснить, я затрудняюсь; но мы иногда встрѣчаемъ у одного и того же табука желудочные кризы, одинъ разъ съ повышенной температурой, а въ другой—безъ этого, при всѣхъ прочихъ равныхъ условіяхъ. Отыскать здѣсь причину повышенія температуры тоже совершенно не удаеся.

Д-ръ Борманъ сказалъ, что при подкожныхъ переломахъ костей наблюдается нерѣдко повышеніе температуры, хотя здѣсь и не бываетъ никакого зараженія.

Д-ръ Илговскій высказалъ предположеніе, что изученіе температурной кривой данного случая могло бы выяснить характеръ пораженія суставовъ.

Д-ръ Клячкинъ привелъ аналогичный случай припуханія большихъ суставовъ у одного табука.

Д-ръ Осокинъ выразилъ желаніе, чтобы въ данномъ случаѣ была произведена рентгеноскопія для выясненія характера поврежденія костей сочлененій.

Д-ръ Тихомировъ спросилъ, въ чемъ здѣсь выражался циститъ.

Докладчикъ отвѣтилъ, что у больного моча была мутна, содержала хлопья слизи, небольшое количество плоскихъ клѣтокъ пузыря,—кристаллы трипель фосфатовъ и фосфорнокислой извести

Проф. Даркшевичъ резюмируя пренія, сказалъ, что относительно природы заболѣванія суставовъ здѣсь слѣдуетъ присоединиться къ мнѣнію докладчика, что у данного больного пораженіе суставовъ табического характера, а не инфекционнаго, ибо нѣкоторые суставы заболѣвали безъ всякаго повышенія температуры.

2. Д-ръ **А. В. Фаворскій**. *О нисходящихъ системахъ при поврежденіи передняго двухолмія въ связи съ физиологическими явленіями.*

Докладчикъ приводитъ результаты своихъ 27 опытовъ на собакахъ съ разрушеніемъ двухолмія. Поврежденіе производилось платиновой петлею, накаливаемой электрическимъ токомъ. Черезъ трепанационное отверстіе въ затылочной части затылочныя доли большого мозга приподнимались изогнутою деревянною лопаткою, послѣ чего становились ясно видимыми заднее и переднее двухолмія. Поврежденіе дѣлалось на различной глубинѣ, причемъ окружающіе части оставались совершенно неповрежденными; поврежденіе двухолмія получалось очень чистое, строго ограниченное, безъ кровоизліянія.—Животное оставалось жить не болѣе мѣсяца, послѣ чего его убивали и мозгъ обрабатывали по Marchi и Weigert—Pahl. Дѣлалась непрерывная серія срѣзовъ, начиная съ уровня передней  $\frac{1}{3}$  зрительнаго бугра и кончая 1-мъ шейнымъ отрѣзкомъ (сегментомъ). Затѣмъ, шла непрерывная серія изъ 3-го и 7-го шейныхъ, 3-го, 7-го и 13-го грудныхъ, 2-го и 6-го поясничныхъ и одного крестцоваго отрѣзковъ. Облѣдованіе микроскопическихъ препаратовъ показало, что разрушеніе пластинки передняго двухолмія влечетъ за собою нисходящее перерожденіе нѣсколькихъ системъ. Одна система (*fasc. tectobulbaris praedorsalis*) перерождается одинаково при поврежденіи какъ проксимальныхъ, такъ и дистальныхъ отдѣловъ пластинки передняго двухолмія, между тѣмъ какъ другія системы короткіе пути по Müllzer и Wiener и Павлову выступаютъ, главнымъ образомъ, тогда, когда поврежденіе помѣщается въ самомъ заднемъ отдѣлѣ передняго двухолмія. Всѣ эти системы перерождаются только

при разрушеніи глубокаго сѣраго слоя передняго двухолмія. Поврежденіе поверхностныхъ слоевъ не влечетъ за собою нисходящаго перерожденія, если только это поврежденіе не находится на мѣстѣ перехода передняго въ заднее двухолміе, гдѣ короткія системы, собираясь въ пучки, лежатъ очень поверхностно. Короткіе пути, начавшись въ сѣромъ глубокомъ слоѣ передняго двухолмія, главнымъ образомъ, въ заднихъ его отдѣлахъ, спускаются внизъ, описывая при этомъ дугу, выпуклую кнаружи. Наружняя часть этихъ путей, въ области задняго двухолмія, собирается въ сравнительно толстый пучекъ, лежащій очень поверхностно и занимающій самый наружный отдѣлъ покрывки. Большая часть этихъ волоконъ оканчивается на различныхъ уровняхъ въ сѣрыхъ массахъ моста, нѣкоторыя же волокна, принимая постепенно стрѣловидное направленіе, присоединяются къ волокнамъ слѣдующей части путей. Внутренняя часть короткихъ путей меньшая по количеству, спускается разбросанными волокнами внизъ, въ область сѣтевиднаго вещества покрывки и принимая стрѣловидное направленіе надъ наружнымъ концомъ медиальной петли значительно истощается на различныхъ уровняхъ этого вещества, но нѣкоторыя волокна, спускаются ниже, около наружной стороны пирамиды, къ области трапецевиднаго тѣла и даже нѣсколько ниже.

— Признать эту часть короткихъ путей за самостоятельную систему, какъ это предлагаетъ Павловъ, пока нѣтъ особенныхъ основаній. Кромѣ того, докладчикъ наблюдалъ на многихъ препаратахъ волокна, идущія кнаружи отъ границы, отдѣляющей сѣрое полостное вещество отъ внутренней поверхности передней части ядра задняго двухолмія. Волокна эти шли кнаружи къ короткимъ путямъ передняго двухолмія, тотчасъ подъ началомъ ядра задняго двухолмія или немного снизу, перерѣзая его на своемъ пути. Перерождались эти волокна только при поврежденіи задняго отдѣла передняго двухолмія, причемъ заднее двухолміе, ядро боковой петли и церебральный корешокъ тройничнаго нерва при этомъ задѣты не были.

— Слѣдующая система (*fasc. tecto bulbaris praedorsalis*, по Павлову), начинаясь изъ глубокихъ слоевъ передняго двухолмія имѣетъ вначалѣ различный ходъ: одна часть волоконъ отъ мѣста происхожденія идетъ радіарно кпереди и къ средней линіи къ границѣ сѣраго полостнаго вещества, и затѣмъ поворачиваетъ книзу, огибая дугою и отчасти пересѣкая задній продольный пучекъ (брюшную часть его), переходитъ шовъ и ложится сбоку его, подъ заднимъ продольнымъ пучкомъ въ области перекреста Мейнерта. Другая часть волоконъ идетъ отъ мѣста своего происхожденія прямыми волокнами къ средней линіи, къ границѣ сѣраго полостнаго вещества, гдѣ сразу загибается книзу и спускается во фронтальной плоскости нѣсколько ниже брюшнаго конца церебральнаго корешка тройничнаго нерва, а затѣмъ поворачиваетъ кпереди и пройдя нѣкоторое расстояние, въ области перехода передняго двухолмія въ зрительный бугоръ, снова идетъ дугою во фронтальной плоскости къ перекресту Мейнерта, какъ и первая часть

волоконъ, съ которой она и смѣшивается здѣсь. Третья часть волоконъ идетъ прямо къ средней линіи, къ границѣ сѣраго полостнаго вещества, гдѣ загибаясь книзу, спускается во фронтальной плоскости дугою и подъ заднимъ продольнымъ пучкомъ достигаетъ шва, переходитъ его и ложится тамъ, гдѣ и двѣ предыдущія части. Подходя къ перекресту Мейнерта эта система частью своихъ волоконъ перерѣзаетъ самый дорзальный отдѣлъ красного ядра, къ которому даетъ иногда отдѣльныя волоконца. Перейдя на другую сторону шва, она вскорѣ принимаетъ стрѣловидное направленіе, занимая дорзальный отдѣлъ шва, идетъ далѣе къ продолговатому мозгу и по мѣрѣ приближенія къ ядру слуховаго нерва уменьшается въ объемѣ, на уровнѣ же ядра язычнаго нерва совершенно исчезаетъ. Перейдя на противоположную сторону шва, система эта посылаетъ толстыя волокна вверхъ къ промежутку между задними продольными пучками. Мнѣніе Эрнста, что это—коллатерали къ заднему продольному пучку представляется сомнительнымъ: очень великъ калибръ волоконъ для коллатералей.

На нѣкоторыхъ препаратахъ можно было видѣть поперечныя тонкія волокна, идущія отъ перекреста Мейнерта кнаружи въ область сѣтевиднаго вещества покрывки. Какой системѣ принадлежатъ эти волокна трудно сказать, но во всякомъ случаѣ не волокнамъ петли, описаннымъ Held'омъ.

Очень небольшая часть волоконъ *fascic. tectobulbaris praedorsalis* шла надъ Сильвиевымъ водопроводомъ и кончалась, не доходя нѣсколько ядра противоположнаго двухолмія. При поврежденіи *nuclei intratrigeminalis* никогда не удавалось прослѣдить волоконъ, переходящихъ надъ Сильвиевымъ водопроводомъ на другую сторону къ перекресту Мейнерта, какъ это рисуетъ *K o n s t a m m*.—При поврежденіи полномъ красного ядра докладчикъ наблюдалъ перерожденіе т. н. *M o n a k o v*'скаго пучка. Отъ красного ядра волокна направляются къ перекресту Фореля, переходятъ черезъ шовъ на противоположную сторону и ложатся косо между краснымъ ядромъ и чернымъ веществомъ *Soemeringii*. Почти тотчасъ послѣ перекреста они принимаютъ стрѣловидное направленіе и въ области средней части задняго двухолмія поднимается выше и лежитъ кнутри отъ боковой петли, нѣсколько ниже наружнаго края *bindarm*. На уровнѣ появленія верхней оливы онъ дѣлаетъ рѣзкій загибъ книзу и нѣсколько кнаружи и спускается, на подобіе толстаго корешка между оливой и общимъ корешкомъ тройничнаго нерва къ брюшной поверхности ствола, причемъ нѣкоторыя волокна входятъ и окружаютъ двигательное ядро  $\gamma$  пары. При появленіи ядра  $\gamma$  пары волокна снова принимаютъ стрѣловидное направленіе и лежатъ между ядромъ лицевого нерва и брюшнымъ краемъ спинальнаго корешка  $\gamma$  пары, причемъ много волоконъ входитъ и окружаетъ ядро лицевого нерва, а нѣкоторыя волокна идутъ вверхъ къ сѣтевидному веществу надъ этимъ ядромъ, а равно встрѣчаются здѣсь и послѣ исчезанія этого ядра. На всемъ протяженіи продолговатого мозга онъ не отхо-

дять отъ брюшнаго конца спинальнаго корешка у пары, и въ такомъ положеніи переходить въ спинной мозгъ, занимая на уровнѣ появленія перекреста пирамидъ, среднюю и отчасти внутреннюю часть бокового столба. Въ шейной части онъ располагается въ средней и отчасти внутренней части бокового столба, начинаясь отъ задняго рога и простираясь кпереди почти до пучка Говерса. На остальномъ протяженіи спинного мозга онъ, удерживая описанное расположеніе, постепенно уменьшается, такъ что въ крестцовой части остается нѣсколько волоконъ, расположенныхъ въ задней части бокового столба, на границѣ съ заднимъ рогомъ. Перехода волоконъ въ рогъ авторъ не наблюдалъ.

Не наблюдалось также восходящаго перерожденія при разрушеніи передняго двухолмія, а равно не было перерожденія и въ п. opticus.

Клинически при разрушеніи передняго двухолмія слѣпоты, разстройства реакціи зраковъ на свѣтъ и вообще какихъ-либо ненормальныхъ явленій у животныхъ не встрѣчалось. При разрушеніи же краснаго ядра наблюдались вынужденныя движенія и атаксія при ходьбѣ. (Докладъ сопровождался демонстраціею препаратовъ помощью проэкціоннаго аппарата и демонстраціею схемы хода путей).

Въ преніяхъ приняли участіе.

Д-ръ Клячкинъ отмѣтилъ большую чистоту техники поврежденія намѣченныхъ докладчикомъ областей, благодаря чему у него не остается сомнѣнія въ точности полученныхъ докладчикомъ результатовъ.

Проф. Даркшевичъ. Въ настоящее время, когда мы изучаемъ детали хода извѣстныхъ системъ, чистота техники при экспериментахъ имѣетъ огромную важность. Чистота опытовъ, приводимыхъ докладчикомъ, даетъ намъ возможность разобратся въ тѣхъ противурѣчивыхъ результатахъ, которые имѣются въ литературѣ по разбираемому докладчикомъ вопросу.

*А. Оаворскій.*

---