

К материалам о боле-пальцевом рефлексе Гроссмана.

Проф. А. А. Сухова (Ленинград).

В № 4 „Врачебной Газеты“ за текущий год проф. И. Б. Гроссман описал новый патологический рефлекс, названный им „пальцевым болевым“. Этот феномен заключается в следующем: сильное, почти до боли, нажатие ногтевой фаланги большого пальца ноги больного вызывает у него плантарную флексию всех остальных пальцев ее; такое же нажатие ногтевых фаланг всех последних дает длительную резкую экстензию (дорзальную) большого пальца. Рефлекс Гроссмана наблюдался им при органических заболеваниях нервной системы, развивающихся, главным образом, при поражении боковых столбов; по выводам автора, он служит ранним признаком поражения пирамидного пути, причем появляется до появления феномена Babinsk'ого и угасает после исчезания его, т. е. отличается большим постоянством.

Проф. Гроссман наблюдал свой рефлекс в резко выраженной степени при *myelitis transversa*, *sclerosis disseminata*, амиотрофическом боковом склерозе, болезни Littl'я, геморрагиях различного генеза и т. д. Ставя описание его предварительным сообщением, автор тем самым кладет начало общей проработке вопросов описанного им рефлекса и накоплению материала о нем. Исходя из этого, приведу 4 клинических случая данного рефлекса из материала Ленинградского Бюро Научно-врачебной Экспертизы, добавив к ним 5-й случай, где этот рефлекс отсутствовал.

1) Ш., 54 лет, слесарь, с 23-летним стажем службы. В анамнезе сосудистая наследственность (апоплексия), в личном анамнезе ничего особенного, в частности интоксикаций не было. 1/X 25 г. острый инсульт с правосторонним параличем, стационарно лечился в больнице. Status 20/IV 26: средних роста, сложения и питания; климактерическая астения; хронический миокардит и артериосклероз, при нормальности остальных внутренних органов (д-р А. А. Смирнов); соматическая иннервация: правосторонний гемипарез с участием нижней ветви n. facialis dex., со следами моторной афазии, с понижением всех видов чувствительности и мышечного чувства в правых конечностях, с небольшим повышением сухожильных рефлексов их, с понижением правых брюшных и подошвенного рефлексов; рефлекса Babinsk'ого нет; ясно выраженный справа рефлекс Гроссмана, слева нет. Психика пресенильная.

2) Р., 60 лет, портной, с 12-летним стажем; в анамнезе наследственности нет, личный анамнез чистый; 3 года назад инсульт с последовательным параличем левой половины; лечился стационарно в 1924 г. Status 20/IV 26: астеническая конституция, сенильная дистрофия, хронический миокардит и артериосклероз (д-р А. А. Смирнов); иннервация: левосторонний спастический гемипарез, с понижением всех видов чувствительности и фотоэстетического ощущения, с повышением сухожильных рефлексов, повышенных здесь больше, чем в правых конечностях, где они также несколько повышены, и с понижением кожных рефлексов; рефлекса Babinsk'ого нет; слева ясный Гроссман; со стороны дна глаз—слегка сероватые соски. Психика ясно сенильная.

3) М., 54 лет, служащий, с 15-летним стажем. В анамнезе наследственности нет, в личном анамнезе: много курил. Болен с 24/VI 24 г.; после острого инсульта развился левосторонний паралич, лечился стационарно в больнице. Status 20/IV 26: средних роста, сложения и питания; артериосклероз и хронический миокардит (д-р А. А. Смирнов). Иннервация: левосторонний гемипарез с равномерной паретичностью верхней и нижней конечностей, с понижением всех видов чувстви-

тельности, с повышением сухожильных рефлексов и с понижением кожных: В а b i n s k i отсутствует; слева ясный Г р о с с м а н. Психика неврастеничная.

4) В., 53 лет, свердловщик, с 24-летним стажем. Наследственности нет. Личный анамнез чист. Болен 15 лет. Status 20/IV 26: климактерическая астения с большой выраженностью гипотиреоза; хронический миокардит и артериосклероз (д-р А. А. Смирнов). Иннервация: мидриаз, вялая реакция зрачков на свет, повышенные и неравномерные коленные и Ахилловы рефлексы, намек на R o m b e r g'a, небольшая атаксия нижних конечностей, глазное дно нормально. двухсторонний хронический отит; психика ясно сенильная.

5) Р., 70 л., фармацевт, с 30-летним стажем. Анамнез плохо помнит, за последние 2 года быстро дряхлеет. Status 20/IV 26: средних роста и сложения; старческая астения с преобладанием гипотиреозных явлений; хронический миокардит и артериосклероз (д-р А. А. Смирнов); иннервация: вялость всех кожных рефлексов, заметное повышение всех сухожильных рефлексов; из патологических нельзя отметить ни одного, нет и рефлекса Г р о с с м а н а. Психика—глубоко сенильная деменция.

Описанные случаи могут быть вкратце охарактеризованы так: 1-ый, 2-ой и 3-ий случаи представляют атероматозно-тромботическое поражение моторной зоны коры cerebri, 4-ый дает синдром развивающегося tabes'a, 5-ый, приведенный дополнительно,—синдром сенильного артериосклероза центральной нервной системы с явлениями сенильной деменции. Интересно, что в последнем случае со склерозной атрофичностью коры cerebri и с дементностью в клинической картине не было констатировано рефлекса Г р о с с м а н а. Это подтверждает выводы проф. Г р о с с м а н а, который, считая свой кожный рефлекс в отношении проводящих путей корковым, заключает, что разрушения коры психомоторной области центральных извилин или перерыв проводников внутри головного мозга выявляют спинномозговую натуру рефлекса: „дорзальная экстензия большого пальца, являясь рефлексом преформированным из области спинального автоматизма, подчиняется вполне деятельности высших центров“, истощивание которых и выявляет рефлекс Г р о с с м а н а.

Накопление клинического материала в литературе по вопросам рефлекса Г р о с с м а н а, особенно в формах психо- и невропатологических, может помочь диагностированию органических форм их и дифференциальному отграничению последних от форм функциональных. В частности, при помощи его можно, как и при помощи симптома проф. Р о т а, дифференцировать диагностику сложных случаев истерических гемипарезов от органических. Поэтому не мешает, чтобы психиатры и невропатологи усиленно проработали вопросы рефлекса проф. Г р о с с м а н а в психиатрических и неврологических учреждениях.

Prof. A. A. S s u c h o w (Leningrad). Ein Beitrag zum Finger-schmerz-Reflex von Grossmann.

Prof. I. B. Grossmann hat in diesem Jahre einen neuen pathologischen Reflex beschrieben, welcher darin besteht, dass fast bis zum Schmerz starkes Aufdrücken auf die Endphalange der grossen Zehe beim Kranken eine plantarë Flexion aller anderer Finger hervorruft, während das Aufdrücken auf alle übrigen Endphalangen eine langdauernde Extension (dorsale) der grossen Zehe zur Folge hat. Der Autor beobachtete diesen Reflex in 3 Fällen von atheromatös-trombotischer Veränderung der motorischen Zone der Hirnrinde, in 1 Falle einer beginnenden Tabes und in 1 Falle von seniler Arteriosklerose des zentralen Nervensystems mit Erscheinungen der Dementia senilis.
