

К вопросу о гемиплегиях.

И. И. Русецкого.

Невропатологический материал последних лет изобилует случаями гемиплегии, превзойдя в этом отношении количеством многолетние периоды старого времени. Ближайшей задачей современного невропатолога является более совершенная топическая диагностика поражений сообразно с наблюдаемой симптоматологией. Предлагаемая рабочая схема именно и имеет своей целью облегчить эту задачу, разбивая пораженные мозговые участки на пять этажей и проводя параллель с наблюдаемыми моторными, чувствительными и другими явлениями. Основание схемы — личный и литературный материал ближайшего времени.

Взяты (по горизонтальной линии) этажи: 1) cortex, 2) centrum semiovale, 3) capsula interna, 4) capsula и субкортикальные ганглии и 5) capsula, субкортикальные ядра и hypothalamus (corpus hypothalam.). По вертикали рассматриваются симптомы. Волевые движения дают maximum паралича для капсулы. Из рефлексов: наиболее выраженная сухожильная гиперрефлексия — при капсулярных поражениях; при захвате процессом и ядер имеется наиболее выраженное уменьшение сочленовных рефлексов, отсутствие брюшных (арефлексия) и резкая мышечная и костная гиперрефлексия. Из дискинезий: корковый clonus и ядерные симптомы. Сявкинезии выражены при вовлечении ядер. Объективная чувствительность не дает постоянного порога чувствительности (поражений) при корковом очаге, — он имеется при захвате ядер. Тогда же наблюдается и выраженная чувствительная гиперреакция на раздражения аффективного характера, как бы аналогия с моторными явлениями миастазии. Ядерное поражение дает и парестезии проксимальных отделов конечностей. Вазомоторные явления и секреторные (пот, саливация) наиболее выражены в том же этаже. Трофические расстройства — при таламо-гипоталамическом поражении.

Церебральные

МЕСТО ПОРАЖЕНИЯ.	Волевые движения.	Рефлексы.
Cortex cerebri.	Паралич мышечных отделов.	Сухож. р. несильно увеличены. Вавинский неполный. Оррнгейм часто abest.
Centrum semiovale (regio supracapsularis).	Большой объем параличей, сначала вялых, затем спазмодичных.	Сухож. р. более выражены, тенденция к рефлексогенной диффузии. Вавинский. Оррнгейм.
Capsula interna.	Тотальная гемиплегия, спазмодичность.	Сухож. р. очень живы, clonus. Брюш. р. ослаблены на пораженной стороне, контралатеральные имеются. Вавинский, Оррнгейм. Мышеч. р. повышены. Сочленовые (Leri, Mayer)—понижены.
Capsula interna cum nucl. subcortical.	Idem, контрактуры.	Сухож. р. менее живые, чем только что, иногда повышены и с другой стороны. Брюш. р. absunt, контралатеральные—резкие. Мышеч. р.—резкие. Сочленов. р. почти absunt. Кост. р. повышены, Бехтерева с ключицы—билатеральный для пораженной стороны.
То же и hypothalamus.	Idem.	Idem.

Г Е М И П Л Е Г И И.

Синкинезии, дискинезии.	Объективная чувствительность.	Субъективная чувствительность.	Другие явления.
Возможны клонические судороги.	Нет определенного порога чувствительности (гл. обр. g. parietalis asc.). Чаще стереогностич. расстройства и глубокой чувствительности.		Двигательная афазия—основание E ₃ , operculum и перед. часть insulae.
	Чувств. поражения мало выражены.		Апраксия—комиссуральные волокна corp. callosi.
Синкинезии гл. обр. имитации, затем координации. глобальные слабы.	Нет чувств. поражений.		Начальный парез вазоконстрикторов на пораж. стороне.
Myastasia—nucleolaris. Choreoathetosis — чистый таламический синдром. Синкинезии—тенденция к генерализации.	Постоянный уровень чувствительности, гл. обр. тактильной. Болев. ощущения плохо локализуются. Чувств. гиперреакция на раздражения аффективного характера.	Парестезии, альгии, гл. обр. в проксимальных отделах конечностей.	Длительный парез вазомоторов, гипергидроз—на пораж. стороне. Насильственный смех и плач—thalamus.
	Idem.	Idem.	Диффузная атрофия — таламо-гипоталамическое поражение.