

разнообразной величины пустот. С внутренней поверхности к этой волокнистой стенке прилегает желтоватая мелко-зернистая масса; повидимому, это распад ткани. Нигде ни в стенке, ни в прилегающих к ней массах распада совершенно не обнаружено ядер клеток, сколексов и крючьев. Препараты, которые подвергались слабой декальцинации, имеют слоистость в виде отдельных тяжей, а также скопления извести, окрашенные гематоксилином Вöhmеr'a в темно-лиловый цвет; при дополнительной окраске эозином кое-где видны в виде узких полос среди тканей тяжи однообразной безъядерной волокнистой ткани. В мазке, сделанном из содержимого дочерних пузырей, крючья и сколексы не обнаружены. В стенке дочернего пузырька под микроскопом различаются: наружный слой, имеющий слабую слоистость и внутренний зернистый слой.

Из Петергофской горбольницы. (Заведующий проф. М. П. Никитин).

Случай одностороннего паралича конечностей с загадочным патогенезом ¹⁾.

А. П. Фридман.

Встречающиеся в клинике нервных болезней различного рода заболевания обычно делятся на две главные категории: органические и функциональные. Это деление имеет огромное не только диагностическое, но и терапевтическое, и прогностическое значение.

Не всегда, однако, легко можно провести демаркационную линию между параличами этих двух родов и установить истинную природу заболевания; на практике часто встречаются затруднения при дифференциальной диагностике заболеваний н. с. Одним из примеров затруднений подобного рода служит моя больная, к изложению истории болезни которой я перехожу.

Больная 31 г., по профессии судомойка-уборщица в столовой. 10-го сентября 1927 г. в 10 час. утра участвовала в похоронах своей тети, и несла гроб рядом со своей сестрой. Недалеко от кладбища почувствовала слабость в левой ноге: она подвернулась и стала волочиться. Сразу же ослабела и левая рука. Едва успев сообщить об этом своей сестре, она упала и дальше продолжать свой путь уже не могла. Сознания при этом она не теряла ни на одну минуту. Затруднения в речи она также не могла отметить. Накануне и с утра б-я сильно волновалась, много плакала. Но, до случившегося с нею, она не замечала каких-либо нарушений в состоянии своего здоровья и ни на что не жаловалась. Окружающие также не наблюдали перемен в б-й до наступления паралича.

Родилась в срок, росла хилым ребенком, перенесла детские болезни: корь, скарлатину и дифтерию. Однако, со времени появления мenses, окрепла и не болела до 1925 г., когда перенесла катарральное воспаление легких. В 1926 г. после психической травмы, покушаясь на самоубийство, выпила нашатырного спирта, пострадала при этом незначительно. Социально-бытовые условия б-й неблагоприятны: у нее тяжелые материальные условия жизни и неблагоприятно в семейном отношении. Menses с 14 лет, правильны, безболезненны. Замужем с 18 лет, имеет 4-х детей, перенесла несколько аборт. Муж и дети здоровы. Выкидышей не имела. Отец был алкоголиком, умер 59 лет от мозгового инсульта. Мать жива, здорова, отличалась всегда нервностью. Брат и две сестры — здоровы.

Status praesens от 10/IX: б-я на вид совершенно спокойна, толково рассказывает о случившемся с ней; утверждает, что совершенно не может владеть левыми конечностями. Доставлена на исследование на носилках. Каких-либо субъективных жалоб (головную боль, головокружение и т. д.) не заявляет.

¹⁾ Доложено в Ленингр. обществе невропатологов 16/II 28 г. и в Научном заседании врачей нервной клиники Лен. мед. ин-та от 10/XI 27 г.

Объективно: Зрачки правильной формы, среднего диаметра, равномерны; все виды реакций—живые. Движения глазных яблок совершаются без ограничений. Конъюнктивальные р-сы ослаблены с обеих сторон. Корнеальные—равномерно живые. Имеется легкая асимметрия лица, но при активной иннерации лицевые мышцы заметной разницы не обнаруживают. Язык высовывается достаточно, не девирует. Зрение, слух, вкус (субъективно)—в порядке. Пульс—60 в 1', правильный. Границы сердца—в пределах нормы, тоны чистые. Активные движения в правых конечностях совершаются без ограничений, слева—они отсутствуют (полный левосторонний паралич). Тонус мышц—без изменений с обеих сторон. Сухожильные и периостальные р-сы в обеих верхних конечностях—равномерно низкие. Коленные и Ахилловы рефлексы—живые с обеих сторон. Подошвенный р-с справа—живой, слева—ослабленный. Патологических рефлексов—не было. Брюшные р-сы—равномерно живые. При исследовании чувствительности—каких-либо расстройств заметить не удалось.

На основании данных анамнеза и исследования б-й, я принял сразу паралич за функциональный и решил тут же применить активную психотерапию. Погрузив б-ю в состояние гипноза—что удалось сравнительно легко посредством фасциации и словесного воздействия—я внушил ей, что проснувшись, она будет владеть своими левыми конечностями так же, как и правыми. Выйдя из гипноидного состояния, б-я, действительно, могла производить активные движения своей левой рукой (слабость в ней все же оставалась) и кое-какие движения левой ногой. При моей помощи она подвиглась с носилок и с трудом прошла по кабинету, вполза за собою левую ногу (походка Toddal).

Через день, 12/IX, исследуя б-ю, я нашел опять полный паралич левой ноги и парез левой руки, а также ясно выраженную левостороннюю *гемипарезию*, проходящую строго по средней линии. Но зато сухожильные рефлексы казались выше на пораженной стороне, особ. коленный и Ахиллов, тонус мышц без изменений. Брюшные р-сы, особенно надчревный—слева были ниже (анестезия?) Подошвенный р-с слева—с ясностью не вызывался. С. Vabinsky, Oppenheim и др.—отсутствовали.

14/IX отчетливо выявилось общее *повышение сухожильных р-в* на нижних конечностях и *неравномерность* их: коленные и Ахилловы р-сы слева были выше, чем справа. Кроме того, слева вызывался *клонус* стопы. Изменение чувствительности носило тот же характер. Все эти данные вызвали во мне сомнение в правильности моего первоначального диагноза и заставили заподозрить наличие органического поражения ц. н. с.

На следующий день—15/IX я заболел и б-я находилась под наблюдением невропатолога д-ра М. Ф. Максимовой в течение 4-х дней. Д-р Максимова настолько была уверена в органической природе данного паралича, что намеревалась назначить б-й специфическую терапию. Вернувшись к больной 19/IX, я обнаружил ясную левостороннюю анестезию функционального типа, гемипарез на той же стороне, более выраженный в нижней конечности, повышение глубоких рефлексов слева и истинный клонус стопы. R. W. в крови отрицат. Глазное дно (д-р А. А. Краснопецев) норма, гинекологическое исследование (д-р Н. А. Соловьев) не дало никаких отклонений от нормы. Не отрешившись окончательно от сомнений в дифференциальном диагнозе, я все-таки решил отдать предпочтение первоначальному диагнозу и возобновил энергичную активную психотерапию, *не давая никаких лекарств*. На 9-й день заблуждения я подверг б-ю гипнозу, который оказался глубокой степени с явлениями сомнабулизма (по классификации Фореля). Уже во время этого сеанса мне удалось внушением снять полностью расстройство чувствительности. На следующий день, 20/IX, таким же путем восстановлена функция левой руки в полной мере, а последующими внушениями (21 и 22 сент.)—и функция ноги. Б-я в IV сеансе могла уже самостоятельно подняться с постели и сделать несколько шагов. В VI сеансе я внушил б-й, что отныне она здорова и никаких затруднений в пользовании своими конечностями испытывать не будет. С тех пор (10/X б-я выписалась из б-цы) и поныне (прошло уже 6 месяцев) она больше не жаловалась на какие-либо расстройства движения в конечностях.

Однако, за все время моего наблюдения в б-це и до сих пор, амбулаторно, я мог всегда констатировать общее повышение рефлексов, неравномерность их: коленный и Ахиллов р-сы, также р-с с triceps'a и периостальные слева были выше, чем справа. Клонус стопы, хотя и быстро исчезающий, неизменно вызывался слева, справа—он был в намере. Рецидива же в двигательной и чувстви-

тельной сфере отметить ни разу не удавалось. Эта стойкая неравномерность глубоких рефлексов с клонусом стопы, возникшая во время болезни, заставила меня все-таки усомниться в функциональной природе паралича. Через месяц после выписки из б-цы, 10/XI, я демонстрировал б-ю на научном совещании врачей нервной клиники Лен. мед. ин-та. В прениях голоса разделились: прив. доц. д-р В. В. Люстрицкий и д-р Г. Б. Геренштейн признали функциональный характер паралича, а ст. ассистент д-р Е. Л. Вендерович и проф. М. П. Никитин, предварительно удостоверившись в наличии разницы в рефлексах (лев. коленный и Ахилл. р-с слева оказались выше, чем справа) и клонуса стопы, склонны были принять паралич за органический. По их предложению, я проделал люмбальную пункцию и графическое исследование клонуса стопы. Цереброспинальная жидкость вытекала под нормальным давлением, прозрачная, бесцветная. Протокол исследования: форменные элементы,—общее количество белка по *Roberts-Stolnikoff*—0,4%, глобулиновые реакции—*Nonne-Apelt*, *Pandy*, *Weichbrodt*, *Braun-Hussler*—отрицательны. *R. W.* отрицательна. Коллоидные реакции *Langé*, *Mastix* и *Takata-Aga* нормального типа. Нами умышленно поставлено несколько коллоидных реакций, как наиболее чувствительных, улавливающих изменения *liquora* при негативных других реакциях.

Клонус стопы был заснят в Госуд. травматологическом институте д-ром *Баранцевичем* на сконструированном им приборе. Полученную клонусограмму я сравнивал с кривыми клонуса стопы (как органического, так и функционального характера), представленными в работе проф. М. П. Никитина «Клонус стопы функционального происхождения», в которой автор, на основании своего материала¹⁾, пришел к выводу, что кривая органического клонуса обнаруживает приблизительно *равенство* амплитуды отдельных колебаний и ритмичность последних, кривая же функционального клонуса показывает значительную неравномерность амплитуды отдельных колебаний и иногда отсутствие правильного ритма.

Что касается клонусограммы нашей б-й, то она по постоянству явлений не дает права отнести клонус к типу функционального. Скорее тип ее графически приближается к органическому. Следует только отметить, что сам клонус выражен нерезко и быстро истощается.

Этикриз. Описанный нами случай одностороннего паралича конечностей несколько напоминает случай *Dejean*, доложенный им совместно с *Nogeno* в Парижском Неврологическом Обществе в 1906 г. (по проф. М. П. Никитину). У б-й, 35 лет, вслед за падением на улице, спустя несколько дней, развился левосторонний паралич конечностей с ослаблением чувствительности на той же стороне. Больная через 3 недели после развития паралича была помещена в клинику, где у нее было обнаружено, кроме явлений гемипареза слева, общая анестезия всех видов чувствительности слева, повышение сухожильных рефлексов на всей левой половине тела, клонус стопы и коленной чашки слева. Справа—быстро исчезающий клонус, состоящий из 3—4 подергиваний; подошвенные рефлексы нормального типа. Авторы свой случай рассматривали как случай истерии, а имевшийся у больной паралич как истеро-травматический.

Большинство оппонентов согласилось с выводами докладчиков, а выступивший в прениях *Raumont* сообщил о наблюдавшемся им аналогичном случае травматического невроза с левосторонним параличом и анестезией кожи и органов чувств на всей левой половине тела. У б-й имелся 2-х сторонний клонус, резко выраженный справа, т. е. на противоположной стороне.

В том же 1906 г. *Van-Gehuchten* опубликовал два случая истерических параличей с повышением сухожильных рефлексов и клонусами стоп. В 1907 г. тот же автор сообщил об одном случае левосторонней гемиплегии, несомненно истерического происхождения, у которой вначале, в течение 2-х месяцев было *понижение* глубоких рефлексов, а затем обнаружилось *повышение* левого коленного рефлекса с клонусом левой стопы.

Об ослаблении или даже временной потере глубоких рефлексов имеются наблюдения французских (*P. Marie*) и немецких авторов (*Nonne*, *Wigand*, *Köster* и др.). Однако *Babinsky* категорически высказывается против возможности повышения сухожильных рефлексов и развития клонусов при истерии. Проф. *Блюменау* также пишет: „*Не свойственными* для истерических параличей надо считать *изменения рефлексов*. Потеря рефлекса, так же как резкое повышение его и, в особенности, появление патологических рефлексов

1) Обзорение Психиатрии, 1911.

(Babinsky, Oppenheim и др.) должны всегда вызывать мысль об осложнении органическим заболеванием*.

Возвращаясь к нашему случаю, мы должны особо отметить то обстоятельство, что возникшее во время паралича общее повышение сухожильных рефлексов и *неравномерность их*: с клonusом стопы остается стойким в течение ряда месяцев без тенденции к исчезновению. Естественно напрашивается мысль, не являются ли все-таки они симптомами органическими. Некоторым подкреплением может служить графическое изображение клonusа стопы, а также ослабление подошвенного рефлекса слева в начале заболевания.

Однако, 1) развитие болезни, связанное с аффектом, 2) лицо и язык не участвовали в параличе, 3) нога была больше поражена, чем рука, 4) расстройство чувствительности функционального типа, 5) негативные данные исследования Liquor'a крови, 6) чрезвычайно легкое погружение 6-й в глубокий гипноз (фасцинацией в 2—3 секунды)—что продемонстрировано дважды в клинике и в О-ве Невропатологов; 7) снятие симптомов паралича и анестезии внушением в гипнозе—все это заставляет нас признать истерический характер паралича, но с имитацией органических симптомов, каким несомненно является повышение сухожильных рефлексов и, особенно, *неравномерность их*. Это-то и делает наш случай интересным.

Из клиники нервных болезней Астраханского гос. мединститута (Директор проф. И. Б. Гроссман).

К лечению идиопатической эпилепсии введением брома в спинномозговой канал.

Ассистента А. И. Шейман.

Стремясь облегчить положение больных, страдающих эпилепсией, и исходя из тех соображений, что бром, как и большинство других медикаментозных средств, принимаемых per os, до всасывания перетерпевает различные метаморфозы и вступает в кровь в виде совсем неизвестных нам химических соединений, мы решили вводить бром эпилептикам в спинномозговой канал, где этот препарат сразу попал бы в спинномозговую жидкость без предварительных химических изменений. Всего с 1926 года мы подвергли такому лечению 25 случаев идиопатической эпилепсии: 22 мужч. и 3 женщ. Все больные, подвергавшиеся лечению, страдали частыми припадками (по разу и даже несколько раз в сутки, одна с status epilepticus) и лишь одна по одному разу в месяц. Вводили мы в спинномозговой канал 5% и 10% бромистого натра от 5,0 до 10,0. Прежде чем вводить бромистый раствор, мы предварительно выпускали не менее такового же количества спинномозговой жидкости; большей частью мы выпускали вдвое больше liq. ser. spin., чем вводили Sol. natr. bromati, так как в большинстве случаев давление было заметно, а иногда и сильно, повышено. Стерильный раствор бромистого натра вводился в спинномозговой канал шприцем через Бировский троакар между 4-м и 5-м поясничными позвонками. Каждому больному пункция делалась раз в неделю.

Всем больным всего было сделано 141 пункция. Больные после пункции оставались в клинике лежать в течение 2—4-х часов, а затем отпускались домой. В четырех случаях наблюдался легкий менингизм в течение 3—4 дней после пункции.

Больных в возрасте от 8 до 15 лет было 17; от 16 до 22-х лет было 5; одна женщина 28 лет, одна 30 лет и одна 23-х лет.

Больным до 15 лет вводилось первый и второй раз по 5,0—5% бромистого натра, 3-й и 4-й раз по 7,5—5%; 5-й и 6-й раз по 5,0—10%. Больным старшего возраста вводилось первый и второй раз по 5,0—10%; третий и четвертый раз по 7,5—10%; пятый и шестой раз по 10,0—10% бромистого натра.

Часть больных находилась в течение значительного времени (полгода—год) под наблюдением, причем некоторые указывали на полное исчезновение припадков (трое больных), другие отмечали значительное уменьшение количества припадков, равно как выявление их в менее интенсивной форме. Б-ая со status epilepticus облегчения не получила. Некоторые исчезли из-под наблюдения вследствие отъезда. Таблица влияния брома при введении в спинномозговой канал прилагается (см. стр. 436).