

Сделанные нами наблюдения дают нам право думать, что действие искусственного света сопровождается как улучшением общей клинической картины, так и параллельно протекающим повышением ферментативной деятельности крови (липазы, каталазы и амилазы).

Нарастание липолитических ферментов крови под влиянием светолечения выразилось более энергично по сравнению с увеличением количества каталазы и амилазы крови.

В заключение я должна сказать, что ориентировочные опыты были поставлены совместно с д-ром Половинковой.

Литература: 1) Тимошек. Диссертация, С.П.Б., 1912 г.—2) Марутаев. Диссерт., С.П.Б., 1912 г.—3) P e s m ö l l e r. Strahlentherapie, 1925.—4) Hess u. Zundagen. Americ. Med. Assoc.—5) Сморозинцев. Ферменты растительн. и животного мира. Врачебная газета, 1923 г., 1924 г. и 1928 г. 6) Сураг. Диссертация, 1928.

Из Нервной клиники Государственного института для усоверш. врачей им. В. И. Ленина в г. Казани (Завед. проф. А. В. Фаворский).

К вопросу о воспалении пояснично-крестцового сплетения.

Ассистента клиники Г. В. Первушина.

Невропатологи до последнего времени уделяют большое внимание заболеваниям периферической нервной системы. Среди этих болезней нередко встречаются случаи поражения плечевого и пояснично-крестцового сплетения. Воспаления плечевого сплетения наблюдаются чаще, чем пояснично-крестцового, и их изучению посвящен целый ряд работ (Duchene, Erb, Oppenheim, Flaubert, Dejerine-Klumpke, Dejerine, Gysi, Bernhardt, Unger, Kramer и др.). Вопрос о воспалении пояснично-крестцового сплетения беден литературой и, по нашему мнению, недостаточно разработан до настоящего времени.

Как известно, пояснично-крестцовое сплетение образуется из пяти поясничных, пяти крестцовых и одного копчикового нервов. Само сплетение распадается, в свою очередь, на четыре второстепенных: поясничное, крестцовое, срамное и копчиковое. Отсюда берут начало 15 пар нервов для иннервации нижних конечностей и органов малого таза. В зависимости от локализации болезненного процесса здесь обычно встречаются: радикулиты, фуникулиты, плекситы и невриты. Воспаление сплетений отличается от других перечисленных форм благодаря характерной симптоматологии, что можно легко проследить на наших наблюдениях, к описанию которых мы и переходим.

*Случай I*¹⁾. Б-ой А., 40 лет, женат, детей не имел, рабочий г. Ижевска. Происходит из здоровой семьи. Спиртные напитки употреблял с 19-ти лет в большом количестве, за последнее время употребление их значительно сократил. 15 лет тому назад у него была язвочка на penis, которая под влиянием местного лечения быстро зажила. Сифилис и триппер отрицает. Родился в срок, но затем страдал золотухой и стал ходить самостоятельно только лишь на 4-м году. Физически и психически развивался нормально и от сверстников не отставал. 17 лет ему пришлось поднять груз в 10—12 пудов, после чего у него появилась сильная боль

¹⁾ Случай 1 сообщен в заседании О-ва невропатологов и психиатров при Каз. ун-те 4/II 1925 г.

в пояснице, так что он принужден был на месяц лечь в кровать. 22 лет перенес воспаленные легкие. В 1914 г. у него был брюшной тиф, в следующем году—возвратный, а в 1919—сыпной тиф. В 1920 г. больной перенес вторично возвратный тиф, после которого он в течение месяца страдал малярией. Как-то раз, в феврале 1924 г., больной колот на дворе дерева. В это время вдруг он почувствовал резкую боль в области поясницы, „как будто там что-то оборвалось“: по выражению больного. Вскоре боль перешла и на всю левую ногу. В течение двух недель он не мог ходить и лишь по прошествии двух месяцев приступил к своим обычным занятиям. В июне месяце того же года у него после простуды в течение 3-х дней была боль в пояснице и левой ноге—главным образом в бедре. Боль и слабость мышц ноги прогрессировали, что заставило его вначале обратиться в местную больницу, а затем искать помощи в Казани.

При поступлении в клинику 12 сентября 1924 г. бо-й жаловался на слабость мышц левой ноги, боль и похудание левого бедра. Объективно: ограничение произвольного движения в области мышц, иннервируемых левым пояснично-крестцовым сплетением. Сгибание ноги вверх в тазобедренном суставе возможно в пределах 30—40°, поднять ногу с полу на кровать больной не может. Отведение наружи левой ноги ограничено, также он не может положить левую ногу на правую в лежачем положении. Неполное сгибание голени в коленном суставе. Пассивные движения во всех суставах—норма. Сила значительно ослаблена в сгибателях бедра, в разгибателях голени, а также при отведении и приведении ноги. Сила менее ослаблена в мышцах сгибателей голени и стопы и разгибателях стопы. При ходьбе стопа отвисает, везет ее пяткой по полу, походка неуверенная. Поднимать левую ногу на ступеньки лестницы не может. Левый коленный рефлекс отсутствует, рефлекс с *m. cremaster*'а слева понижен. В мышцах левого бедра констатируется понижение тонуса.

Общая поверхностная чувствительность понижена на левой ноге. В области *n. n. cutaneus femoris lateralis, medius et internus, obturatorius* и *lumbo-inguinalis*—анестезия. В области *n. n. cutaneus femoris post., saphenus, ilioinguinalis* и *ilio hypogastricus*—гипоэстезия. Боль и болезненность при давлении на *n. n. femoris, obturatorius* и незначительно выраженная на *n. ischiadicus*. При приведении ноги внутрь появляется сильная болезненность по ходу *n. obturatorius sin.* *S. Wassermann*'а слева резкий, а *s. Lasague* слева слабый, *s. Bonnet* с левой стороны слабо выражен. При кашле боль отдает по ходу седалищного и бедренного нервов левой стороны.

У б-ого имеется заметное похудание мышц левой ноги: в бедре на 7 см., в голени—на 1½ см. по сравнению со здоровой ногой. Электровозбудимость *n. femoralis* слева на фарадический ток понижена на 30 мм. В мышцах левого бедра также имеется понижение возбудимости: *rectus femoris* на 30 мм., *adductor mag.*—25 мм., *tensor fasciae lat.* на 30 мм., *vastus med.*—10 мм. расстояния спирали санного аппарата *Du-Bois-Raymond* по сравнению с одноименными мышцами правой ноги. Реакция на гальванический ток почти нормальна, имеется лишь легкая намечающаяся вялость в сокращении перечисленных мышц. Кожные покровы левой ноги несколько холоднее правых. Спинально-мозговой жидкости нормальна. Реакция *Wassermann*'а и *S. Georgi* в крови и спинно-мозговой жидкости отрицательны. Внутренние органы без патологических отклонений. Уплотнение простаты. Б-му были назначены вначале общие ванны в 29—30°, которых он принял около 30, затем 15 грязевых ванн в 36—40°. Внутрь принимал иодистые препараты. В течение 2-х недель б-ному делались массаж и фарадизация мышц бедра.

За два с половиной месяца пребывания б-ого в клинике наступило незначительное улучшение. Сила в мышцах левой ноги несколько прибыва: он уже мог класть ногу с пола на постель. Боли уменьшились, болезненность при давлении на седалищный нерв и *n. obturatorius* слева отсутствуют. В остальном без перемен.

У нашего первого больного впервые появилась болезнь после физического напряжения и охлаждения тела. В последующем повторное охлаждение вызвало настоящее заболевание, выражающееся парезом и атрофией мышц левого бедра и отчасти голени, отсутствием левого коленного рефлекса и понижением рефлекса на *m. cremaster*. Боли и болезненность по ходу *n. n. femoralis, obturatorius* и слабее *n. ischiadicus*. Кроме этого имеется расстройство чувствительности в области этих нервов.

Случай II. Б-ой Б., 75 лет, русский, женат, детей не имел. Литератор. Со стороны наследственности отмечается алкоголизм у отца. Б-ой родился в срок, развивался физически нормально. В детстве перенес скарлатину и корь. Спиртные напитки употребляет в умеренном количестве с 24 лет, курит с 22 лет. На 25-м году жизни б-ой заразился сифилисом. Лечился, приняв в том же году два курса ртутных инъекций и втираний. С тех пор противосифилитическое лечение не проводил, другие венерические болезни отрицает. В 1890 г., будучи на охоте, б-ой случайно прострелил себе правую руку, раздробив кости и суставной аппарат предплечья и кисти. За последние два года у него были два инсульта с кратковременной афазией и легким правосторонним полупарезом. Кроме этого, в это же время у него развилась односторонняя гемипарезия. В последующем часть этих явлений сгладилась. В прошлом году перенес воспаление легких.

В начале декабря м-ца 1926 г. б-го сильно продуло на сквозняке. К вечеру этого же дня он почувствовал тупую боль в области поясничных мышц. На следующий день у него была уже сильная боль в правой ноге и пояснице. Через день он не мог совершенно двигать ногой из-за постоянных сильных болей и находил лишь временное успокоение от приема наркотиков. На четвертый день болезни—11 декабря—б-ой поступил в нервную клинику с жалобами на жестокие боли в правой ноге по ее передней, внутренней и частью задней поверхности бедра. Малейшее движение усиливало болезненное ощущение.

При объективном обследовании нервной системы: произвольные движения в правом тазобедренном суставе резко ограничены по объему: б-ой не может сгибать, разгибать и приводить бедро, поднять ногу с полу и положить ее на кровать. Все доступные движения в правой ноге значительно ослаблены по силе. Правый коленный рефлекс отсутствует, а равно и нижний брюшной с этой стороны. Рефлекс на *m. cremaster* вызывается с обеих сторон одинаково, но движения *testis* очень вялые (червеобразные). Со стороны зрачков: легкое их неравенство и вялость световой реакции. В мышцах правого бедра имеется понижение тонуса.

Со стороны чувствительной сферы: кожная гиперестезия по передней поверхности правого бедра, верхняя граница ее проходит на четыре пальца выше Пупартовой связки и нижняя—доходит до середины внутренней поверхности голени. Незначительное давление на нервные стволы бедра и мышц вызывает моментально острую боль. Вызывание симптомов *Wassermann'a*, *Lasegue*, *Bonnet*, *Sicaud* дает быстро болевую реакцию. На коже бедер и голени имеются следы зарубцевавшихся язв с фестончатыми краями. Общий артериосклероз, миокардит с явлениями недостаточной сердечной деятельности. *R. Wassermann'a* и *S. Georgi* в крови отрицательны. Моча нормальна.

Б-ой принимает внутрь аспирин, кроме того ему вначале назначены сухо-воздушные ванны.

15-го декабря у больного отмечается появление гипоэстезии, тактильного и болевого чувства в области правого бедренного нерва (*hypoesthesia dolorosa*), но он воспринимает всякое прикосновение чрезвычайно болезненно. 20-го декабря в области *nn. femoralis, obturatorius, lumbinguinalis* на правой ноге имеется кожная гипоэстезия. Кожные покровы правой ноги холоднее, чем на левой. Со стороны электровозбудимости имеются начальные явления частичной реакции перерождения в мышцах, иннервируемых правым бедренным нервом (легкое понижение фарадической возбудимости, приближение полюсов и вялый характер сокращения на гальванический ток). Спинно-мозговая жидкость нормальна. В дальнейшем наступает медленное улучшение в состоянии здоровья б-го. Боли утихают, болезненность при давлении на нервные стволы и мышцы уменьшается. Парез мышц правого бедра, отсутствие коленного и нижебрюшного рефлексов справа, гипотония, гипоэстезия в области *n. n. cutaneus femoris lateralis, medialis et internus, obturatorius et ilioinguinalis* на пр. ноге, атрофия мышц (похудание правого бедра на 4,5 см. и голени на 0,5 см. по сравнению со здоровой стороной), с реакцией перерождения в них—все это остается без перемен в течение более года нашего наблюдения за больным. За это время он стал немного вставать с постели и ходить.

Во втором случае у больного с сифилисом в анамнезе, общим артериосклерозом и остатками тромбоза сосудов головного мозга после значительного охлаждения быстро появилась боль в пояснице и правой ноге. Здесь, как и в первом случае, имеется парез мышц бедра, отсутствие коленного, и нижебрюшного рефлексов справа. Далее находим

расстройство чувствительности, атрофию мышц с реакцией перерождения в области правого бедренного нерва.

Случай III. Б-ой Н., 48 лет, русский, женат. Детей имел восемь, из них один умер, выкидышей у жены не было. Служит стрелочником на жел. дороге. Происходит из крестьянской здоровой семьи. Отец у него умер на 75 году жизни, а мать—67-м от простуды. В детстве развивался и рос нормально. Из инфекционных болезней перенес сыпной тиф и малярию в 1922 г. Спиртные напитки употребляет в умеренном количестве с 20 лет. Венерические болезни отрицает. В начале августа месяца 1926 г. б-ой попал под сильный холодный дождь, сильно промок и озяб. Через 2—3 дня у него появилась боль в пояснице, а еще через 3 дня и в левой ноге.

Поступил в нервную клинику 8-го сентября того же года, жалуясь на боль в области поясничных мышц и левого бедра.

При исследовании нервной системы: резкое понижение силы в движениях левой ноги при сгибании и разгибании в тазобедренном и коленном суставах: больной не может вставать на ноги и ходит с посторонней помощью, с трудом поднимает левую ногу на кровать и приподнимается на пальцах. Понижение левого рефлекса с Ахиллова сухожилия и подошвенного. Тонус мышц в левой конечности понижен. Чувствительность не расстроена. Имеется боль и болезненность при давлении по ходу левых бедренного и седалищного нервов. С левой ноги получают выраженные с. Wassermann'a, Lasegue, Bonnet и Sicard. Отмечается похудание мышц левого бедра на 2 см. с частичной реакцией перерождения в ш. *quadriceps femoris*. Спинно-мозговая жидкость нормальна. Р. Wassermann'a и S. Georgi в крови и люмбальной жидкости—отрицательны. Внутренние органы, органы малого таза и позвоночник в пределах нормы. В течение полутора-месячного пребывания б-го в клинике отмечено улучшение в смысле уменьшения субъективных ощущений, но в тоже время левый рефлекс с Ахиллова сухожилия постепенно угасал.

Итак у б-го, на третий день после охлаждения, появилась боль в пояснице, а затем и в левой ноге. При обследовании обнаружено парез мышц бедра с атрофией и изменением электровозбудимости, а также понижение Ахиллова и подошвенного рефлексов на этой же стороне. Болезненность при давлении на нервные стволы и при их вытяжении.

Случай IV. Б-ной Г., 23 лет, холостой, служащий железной дороги. Отец умер на 52-м году жизни. Патологической наследственности не имеется. В детстве развивался нормально. Перенес в 1919 г. сыпной и возвратный тифы, после которых болел цынгой. Алкогольные напитки употребляет в умеренном количестве, не курит. Венерические болезни отрицает.

13-го января 1925 г. б-ой ехал с поездом, когда внезапно произошло его крушение. В это время б-ой спал на полке, он упал на пол, был завален обломками вагона и получил сильный удар в спину. В дальнейшем он потерял сознание и пришел в себя лишь через сутки в больнице. Там у него сильно болела спина и левая нога, а также, он говорит, была повышена температура и была легкая задержка мочи. Помещен в нервную клинику 26-го февраля того же года. Жаловался на болезненность мышц спины, боли по ходу бедренно-седалищных нервов левой ноги и в брюшной области в области желудка.

Со стороны нервной системы: ограничение объема активного движения мышц в левом тазобедренном суставе: не может поднять ногу вверх, лежа на кровати, положить ее с полу на кровать. Отмечается слабость брюшных мышц слева и их легкое расхождение при напряжении брюшной стенки и понижение силы в мышцах левого бедра (*quadriceps femoris*). Стоит ровно, не качаясь, опираясь больше на правую ногу. При ходьбе усиливающаяся боль по ходу бедренного нерва; б-му трудно подниматься на лестницу, так как левая нога не может быть занесена на следующую ступеньку. Отсутствует левый коленный рефлекс, понижены нижний брюшной и с ш. *cremaster'a* рефлексы на той же стороне. В мышцах левого бедра понижение тонуса. Тазовые органы в порядке. Общая чувствительность понижена на левой ноге, главным образом по ходу левого бедренного нерва, частично гипостезия заходит на живот и в область, иннервируемую левым седалищным нервом. При давлении на крупные нервные стволы сильная болезненность, а также с. Wassermann'a, Sicard, Lasegue. Болезненность

при давлении на паравертебральную точку позвоночника в области L. 1—2. В мышцах левого бедра похудание на 2 см. по сравнению со здоровой стороной с частичной реакцией перерождения в брюшных мышцах и в *m. quadriceps femoris*. Спинно-мозговая жидкость нормальна. Р. Wassermann'a в крови и жидкости отрицательна. Внутренние органы: повышенная кислотность желудочного содержимого; органы малого таза в порядке. Позвоночник в пределах нормы.

За два с половиной месяца пребывания 6-го в клинике наступило лишь некоторое улучшение в субъективном состоянии больного.

Больной Г. подвергся травме, вследствие чего был без сознания в течение суток. В последующем у него появилась боль в спине и в левой ноге. Обнаружен парез мышц бедра и слабость мышц левой брюшной стенки, отсутствие слева коленного рефлекса и понижение нижебрюшного и с *m. cremaster*'а рефлексов. Расстройство чувствительности в области пораженных нервов.

Случай V. Б-ой Д., 33 лет, женатый. Имеет двух детей в живых, трое умерло от детских болезней. Служит электромонтером. Со стороны наследственности отмечается алкоголизм отца и смерть родителей от легочного заболевания. Развился физически и духовно нормально. В детстве перенес оспу и воспаление легких, а в 1924 г. страдал в течение 5 месяцев перемежающейся лихорадкой. Спиртные напитки употребляет с 20 л. в умеренном количестве, курит много. Венерические болезни отрицает.

В 1922 году у 6-го впервые было воспаление правого седалищного нерва, которое он впоследствии залечил. В марте месяце 1925 г., вскоре после простуды, у 6-го появилась боль в спине и в правой ноге. Вначале он мог еще ходить, но затем лег в клинику 7-го апреля того же года. При поступлении жаловался на боли в области поясничных мышц и в правой ноге. При исследовании нервной системы обнаружено: в мышцах правого бедра имеется легкий парез при сгибании ноги в тазобедренном суставе, ослабление силы. Стоит, опираясь на левую ногу, ровно, не качаясь; ходит медленно с посторонней помощью. Со стороны рефлексов: понижение коленного рефлекса и рефлекса на *m. cremaster* справа. Общая чувствительность понижена на правой ноге в области, главным образом, левого бедренного нерва и немного заходит до середины голени по латеральной его поверхности. С. Wassermann'a, Lasegue, Sicard, Bonnet справа выражены. Со стороны позвоночника отмечается лишь незначительное искривление его в правую сторону. Болезненность при давлении на правую бедренную и седалищный нервы, а также и поясничные мышцы. Спинно-мозговая жидкость нормальна. Р. Wassermann'a и S. Georgi в крови и жидкости отрицательны. Внутренние органы в порядке. За трехнедельное пребывание 6-го в клинике наступило некоторое улучшение. Рефлексы с обеих сторон почти сравнялись, боли значительно уменьшились, с. Lasegue, Bonnet и Sicard менее выражены.

В последнем случае у 6-го после охлаждения появились боли в спине и правой ноге. Здесь три года тому назад у 6-го был правосторонний ишиас. Настоящее заболевание выражалось легким парезом мышц бедра, понижением коленного рефлекса и рефлекса на *m. cremaster*; понижение чувствительности в области бедренного и частью седалищного нервов.

Приведенные выше наблюдения объединяются в один общий симптомомкомплекс с небольшими вариациями в каждом случае. Возраст наших больных был около 40—44 лет. По профессии они в большинстве своем представители физического труда и по роду своей службы связаны с частыми охлаждениями тела в зависимости от перемены погоды и часто подвергаются травме.

Во всех случаях заболевание развилось остро, в течение от 3 до 10 дней, после того или иного этиологического момента. В первые дни болезни страдание выражается невралгическими болями как в области самого сплетения, так и больших нервных стволов. В это время объек-

тивно удается обнаружить гиперэстезию кожных покровов, болезненность при давлении на нервные стволы и мышцы. В частности боль и болезненность поясничных мышц является одним из ранних признаков заболевания пояснично-крестцового сплетения. В это время можно легко вызвать те или иные симптомы, которые характеризуют поражение определенных нервов. Симптом Wassermann'a для бедренного нерва и симптомы Lasegue, Bonnet, Sicard для седалищного нерва. Для определения невралгии *n. obturatorius*'а мы пользовались следующим приемом: быстрое отведение бедра кнаружи сейчас же вызывает болевое ощущение в области этого нерва. Кроме этого можно пользоваться общеизвестным приемом для определения двигательной функции этого нерва: заставляют больного положить больную ногу поверх здоровой, в это время больные чувствуют боль по ходу нерва. Эти два симптома были неоднократно проверены нами при невралгии *n. obturatorius*'а.

За невралгическим периодом наступает период невритический. Тогда обнаруживаются у больного параличи в области тех или иных нервов, наблюдается глубокое расстройство чувствительности и изменение трофики. Для паралича бедренного нерва является характерным отсутствие коленного рефлекса, невозможность поднять ногу вверх в лежащем положении, положить ногу с полу на кровать. При ходьбе в таких случаях нога пораженной стороны кажется несколько длиннее, и больной должен немного перекачивать туловище в другую сторону. Иногда удается обнаружить *la signe de la rotule*, описанный Fromet et Gardigé. Затруднение при беге и поднятии на лестницу является частой жалобой больных. Поражение *n. obturatorius*'а делает невозможным приведение ноги, и больные в таких случаях не в состоянии положить больную ногу на здоровую. Для неврита седалищного нерва все симптомы хорошо и давно уже известны: отсутствие рефлекса с Ахиллова сухожилия, невозможность сгибания и разгибания стопы и пальцев, „*marche en steppant*“, „*griffe des orteiles*“ и др.. Далее известно, что мышцы живота, иннервируемые грудными нервами, получают ветви от поясничного сплетения *n. n. iliohypogastricus* и *ilioinguinalis*; в случае поражения этих нервов обнаруживается слабость мышц и расхождение их волокон.

Параллельно наступлению паралича, но запаздывая обычно более чем на неделю, в мышцах идет атрофический процесс с изменением реакции на электрический ток.

Анализируя расстройства двигательной сферы у наших больных, мы находим преимущественно более тяжелое страдание бедренного нерва. В случаях I, II, IV были все невритические симптомы в области бедренного нерва. В наблюдении V было нами отмечено понижение коленного рефлекса, а в III мы имели парез и атрофию мышц в области бедренного нерва. Поражение *n. obturatorius*'а мы имели в случаях I, II, IV. Еще слабее изменения со стороны седалищного нерва (случай I и III). Наконец в одном случае (IV) мы констатировали слабость мышц живота вследствие пареза *n. iliohypogastricus* и *ilioinguinalis*.

В этой стадии заболевания обычно обнаруживаются и более глубокие изменения со стороны чувствительной сферы. На смену гиперэстезии кожных покровов невралгического периода—теперь появляется гипоэстезия, а в некоторых случаях анестезия. Во время переходного момента иногда удается подметить *hypoesthesia dolorosa*, которая довольно

долго может быть иногда констатирована у больного (случай II). Граница кожной чувствительности обычно совпадает с периферической иннервацией нервов пояснично-крестцового сплетения. Понижение кожной чувствительности в наших случаях в большинстве своем было в области бедренного нерва, реже со стороны других нервов: obturatorius, ischiadicus, iliohypogastricus, ilioinguinalis и genitofemoralis.

Что касается рефлексов, то коленный отсутствовал в трех случаях, рефлекс с Ахиллова сухожилия—в одном случае. Особенный интерес представляет изменение кожных рефлексов. Рефлекс с m. cremaster'a был понижен на стороне поражения в четырех случаях (I, II, IV, V), он все же вызывался там, где была анестезия кожных покровов в зоне вызывания этого рефлекса. Этот рефлекс на болевое раздражение при давлении на мышцу также вызывается. Кроме того, было отмечено понижение ниже-брюшного рефлекса в двух случаях (II, IV) и подошвенного в III случае на стороне поражения. Во всех случаях была сделана спинно-мозговая пункция, причем жидкость оказалась нормальна.

В четырех случаях непосредственной причиной заболевания явилось охлаждение тела, причем в двух из этих случаев у больных было в прошлом то или иное заболевание периферических нервов. Так, в случае I у больного дважды появлялась боль в пояснице и левой ноге, а через 4 месяца после последнего заболевания, непосредственно за охлаждением тела, развилось настоящее заболевание на той же стороне. В случае V три года тому назад у больного был ишиас на стороне настоящего заболевания. Таким образом предшествующие заболевания являются в своем роде показателем locus minoris resistentiae для развития здесь в последующем стойкого и тяжелого страдания периферической нервной системы. В этиологии двух случаев сыграла большую роль травма.

Характерным для всех наших случаев является преимущественное поражение болезненным процессом одного нервного ствола из всего сплетения. Другие соседние нервы вовлекаются в воспалительный процесс частично. Это явление давно было помечено в наблюдениях Remak, Erb и Bernhardt'a. Интерес нашего наблюдения заключался в том, что именно бедренный нерв избирательно страдает тяжелее всех других.

В большинстве своем болезненный процесс вызывал глубокие воспалительные изменения со стороны сплетения и периферических нервов. За это говорит и то, что проведенная в некоторых случаях интенсивная терапия привела лишь к незначительному изменению в состоянии здоровья больных.

Казалось бы, что эти заболевания не относятся к числу редких в наших амбулаториях и клиниках, однако из доступной литературы мне известно лишь несколько подобных наблюдений. Так, Bernhardt описал в 1825 г. случай, где было двухстороннее поражение сплетений опухолью, обнаруженной при вскрытии. Hartmann (1900 г.) описал два случая воспаления сплетения. Oppenheim (1923 г.) наблюдал три случая поражения сплетения вследствие огнестрельного и холодного ранения. Подобный случай описан Ferrari (1921 г.). Gensel (1912) описал травматическое повреждение сплетения у ребенка. Наконец, ряд авторов описали невралгии в области пояснично-крестцового сплетения

(A. Thomas et J. Philipeau, 1927, и др.). Поэтому-то я и решил остановить внимание специалистов на этом вопросе из забытой главы клинической невропатологии и пополнить отечественную литературу своими наблюдениями.

Из Клиники кожных и венерических болезней Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани (Заведующий— проф. М. С. Пильнов).

Малярия в клинике гонорреи ¹⁾.

Старшего ассистента Я. Д. Печникова.

В настоящий момент клиническая медицина занята ревизией старой узко специальной точки зрения на заболевания и расширяет понимание местных болезненных расстройств изучением влияния на местные заболевания общих условий в заболевшем организме. Этот путь, имеет целью внести большую ясность в наши обычно туманные и неопределенные представления о почве, предрасположении, индивидуальности—в зависимости от которых один и тот же местный процесс в различных случаях дает чрезвычайно различные картины.

В клинике гонорреи мы подробно изучаем клиническую картину в узко специальном направлении, и должны сознаться, что мало и вернее почти совсем незнакомы с влиянием заболеваний всего организма на течение гоноррейных процессов. Существуют лишь отдельные попытки изучить влияние конституции (Закс и Шишов), профессии (Левант и Мкртычянц).

Между тем совершенно не разработан вопрос о влиянии даже наиболее распространенных общих заболеваний—туберкулеза, сифилиса и малярии. Насколько мне известно, вопросу о влиянии малярии лишь за последние 2 года в нашей русской литературе были посвящены две работы (Кожневников, Тер-Гаспарьян). Оба автора приходят к выводу о неблагоприятном влиянии малярии на течение гонорройного процесса. В своих прежних работах мы также неоднократно указывали на угнетающее влияние малярии на защитную реакцию организма против гонорреи. К настоящему времени наши клинические наблюдения в этом направлении значительно увеличились.

За последние годы в клинике мужской гонорреи бросалось в глаза одно общее распространенное явление—вялое, торпидное течение гонорройных процессов и чрезвычайная частота осложнений, особенно в форме простатитов, сперматоциститов и артритов.

Объяснение этого массового явления факторами социально-экономического характера не могло иметь места по следующим соображениям. Мы констатировали этот клинический факт не только в годы голода в Поволжье, но и в последние годы, в которые общие условия питания населения достаточно удовлетворительны; это явление мы наблюдали в массах людей, стоявших на самых разнообразных ступенях социального положения.

¹⁾ Доложено в научном собрании врачей Каз. гос. инст. для усовер. врачей 5/VI 1928 г.