**Алексей Яковлевич**

**КОЖЕВНИКОВ**

**(1836—1902)**

**А. Я. Кожевников — выдающийся русский невропатолог, один из основоположников невропатологии в России. Профессор Московского университета. Открыл особую форму корковой эпилепсии — «кожевниковскую эпилепсию». Изучал морфологию ядер мозга и проводящих путей, один из первых в мире описал многие невропатологические синдромы (алкогольный паралич, сенсорная афазия, миастения и т. д.). Автор классического труда «Особый вид кортикальной эпилепсии» (1894) и учебника «Курс нервных болезней» (1889).**

**Об алкогольном параличе (paralysis alcoholica)[[1]](#footnote-1)**

Более точные сведения об алкогольном параличе принадлежат исключительно новейшему времени; но так как болезнь эта встречается нередко и представляет очень много интереса как в практическом, так и в научном отношении, то нет ничего удивительного, что литература этого предмета уже теперь сделалась очень богата: не только описано очень много отдельных случаев, но существуют полные монографии об этой болезненной форме. Тем не менее и до сих пор многие вопросы, касающиеся алкогольного паралича, остаются еще неразрешенными или спорными; ввиду этого мне казалось нелишним опубликовать и некоторые из собственных наблюдений. При этом из довольно большого числа случаев алкогольного паралича, которые мне пришлось наблюдать в последние годы, я остановлюсь только на тех, которые окончились летально и где было возможно не только наблюдать клинические явления, но и сделать подробное анатомическое исследование. Таких случаев у нас было пять[[2]](#footnote-2). Я сначала опишу эти наблюдения, а потом перейду к общим замечаниям относительно их.

**Наблюдение 1-е.** Мужчина 45 лет; многолетний abusus spirituos.[[3]](#footnote-3); было delirium tremens; медленное развитие параличных явлений. При поступлении в клинику — глубокое изменение психической деятельности, паралич нижних конечностей; paresis et ataxia верхних; слабая деятельность сердца; кровавая рвота; быстро наступивший летальный исход. Начинающееся перерождение мышечных волокон; резко выраженная neuritis multiplex paren- chymatosa нервов конечностей, а также п. vagi; разбухание осевых цилиндров в спинном мозгу; атрофические изменения мозговой коры в небольшой степени; жировое перерождение сердечной мышцы; cirrhosis hepatis.

Карл В., 45 лет, служащий на Курской железной дороге смотрителем кладовой (старший кладовщик), поступил в нервную клинику 13 декабря 1885 г. с очень значительным расстройством движений в конечностях, особенно нижних, и с глубоким изменением психической деятельности. Вследствие этого последнего обстоятельства нам удалось собрать только самые скудные анамнестические данные о нашем больном, да и то главным образом благодаря любезности лечившего его некогда д-ра графа Ив. Андр. Мамуны. Данные эти следующие: родился В. в Рязанской губернии в достаточной семье и до 20 лет прожил в деревне, занимаясь только охотою, которую он очень любил до самого последнего времени. Он женат и имеет взрослого сына; сифилиса у него не было, а также и излишеств в половых отправлениях. Но уже лет с 20 он начал употреблять спиртные напитки и в последние годы в очень большом количестве; окружавшие его люди передавали, что он выпивал в день более двух бутылок водки и кроме того много пива. Кроме того, как на охоте, так и при исполнении своих служебных обязанностей он часто подвергался действию холода и сырости. По рассказам жены, лет 12 тому назад с ним была, по-видимому, белая горячка.

В последние лет пять он все более и более жаловался на боль, а потом и на слабость в ногах. В 1884 и 1885 гг. В. по временам обращался за советами к доктору; при этом у него наблюдалась упорная диспепсия, болезненная и увеличенная печень и в 1884 г. — явления delirii trementis. В ноябре 1885 г. слабость в ногах настолько увеличилась, что он перестал выходить на службу, причем и общее состояние его стало быстро ухудшаться. В конце ноября 1885 г. д-р Мамуна нашел, что психическая деятельность у В. значительно изменилась, он был вял, апатичен, заговаривался; пульс был слабый, живот вздут, появились отсутствие аппетита, запор, затрудненное мочеиспускание, очень большая слабость ног, так что он не мог стоять; руками же он, по-видимому, мог двигать свободно; сон был очень плох. С этих пор болезнь все усиливалась.

Status praesens. 13 декабря 1885 г. при исследовании больного прежде всего обращает на себя внимание глубокое изменение психической деятельности у него. Сознание его значительно изменено: хотя он может дать короткий ответ на самые простые вопросы, но он совсем не сознает своего положения, не знает, где он; время совершенно не существует для него; он не сознает даже своих естественных потребностей. Оставаясь постоянно в мире своих фантазий, он утверждает, что он дома, что он сегодня только занимался своими делами, ходил в то или другое место и т. п. Он ел только тогда, когда кормили, испражнялся и мочился бессознательно. Внешние впечатления доходили до него крайне смутно, и он тотчас же их забывал. Ослабление памяти у больного было чрезвычайно большое: из давно прошедшего он мог еще кое-что вспомнить; недавних же событий решительно не помнит; при этом у него постоянно смешивались настоящее и прошлое, и очень часто давно бывшее он считал за настоящее. Но кроме того у него были несомненные галлюцинации как слуха, так и зрения, и он часто говорил о том, что он видел или слышал, принимая это за действительность.

Большею частью он был апатичен, и только при разговоре о его любимых предметах он несколько оживлялся. Сон его был тревожный: он чаще дремал днём, ночью же не спал и тихо бредил. Кроме расстройства психической деятельности было резко выражено и расстройство движений, он оставался неподвижным частью от слабости, частью же от боли, и его нужно было поворачивать. В ногах произвольные движения были почти совершенно уничтожены, больной едва мог шевелить ими; ноги были тонки сравнительно с туловищем, но атрофии отдельных мышц не было заметно; при давлении мышцы ног были очень болезненны. При попытке сделать какое-нибудь пассивное движение являлась такая сильная боль, что он стонал и кричал.

Пателлярные рефлексы были уничтожены; но также нельзя было вызвать рефлекторных движений ни уколом, ни щекотанием подошв.

Электровозбудимость мышц нижних конечностей при поступлении больного в клинику была вполне сохранена как относительно гальванического, так и индукционного тока, и только в musc. quadriceps femoris при обыкновенном токе не получалось сокращений; более же сильные индукционный и гальванический токи вызывали очень сильную боль. Чувствительность кожи как тактильная, так и болевая, оказалась значительно пониженной; но более точное измерение ее было невозможно вследствие психического состояния больного; во всяком случае полной анестезии не было; вместе с тем местами была hyperalgesia кожи, хотя не в очень высокой степени. Нервные стволы как ischiadicus, так и cruralis, а также их ветви были очень болезненны при давлении. Такая же болезненность мышц при давлении, а также при пассивных движениях существовала на туловище и на животе; дыхательные мышцы как наружные, так и диафрагма функционировали правильно.

Движение верхних конечностей также было глубоко расстроено: больной мог делать движения руками, но сила их была ничтожна, и при этом было заметно, что разгибатели рук гораздо слабее сгибателей. При каждом произвольном движении рук кроме нужных движений являлся целый ряд беспорядочных излишних движений: эти последние были очень разнообразны и объёмисты, так что они нисколько не походили на трясение, а скорее на хореические или сильно выраженные атактические движения, только в них был очень резко выражен характер бессилия, слабости. И на верхних конечностях как нервные стволы, так и мышцы были очень болезненны при давлении; атрофии мышц не было; электровозбудимость и здесь была вполне сохранена, и только в musc. triceps brachii несколько понижена; сухожильные рефлексы в triceps и biceps brachii уничтожены. Чувствительность на руках была тоже понижена, хотя в меньшей степени, нежели на ногах.

Органы высших чувств не представляли уклонений от нормы.

Относительно общего состояния и внутренних органов при исследовании: оказалось следующее: питание больного хорошее; подкожный жировой слой, особенно на животе, развит очень сильно, общее состояние безлихорадочное. Аппетит плох; язык обложен; возникает болезненность при давлении под ложечкой; печень ясно прощупывается из-под ребер и слегка болезненна, она ровна, но тверда, край ее несколько округлен; живот раздут, скопления жидкости в нем нет. Больного несколько дней не слабило; возникло задержание мочи, так что нужно было ввести катетер. Моча очень насыщена; ни белка, ни сахара в ней нет. При перкуссии и аускультации найдены признаки хронического бронхита и легочной эмфиземы в небольшой степени. Сердце увеличено, толчок его слаб, пульс около 100, слабоват; первый тон аорты не чист, второй акцентирован; особой жесткости в артериях не замечается.

После поступления в клинику больной прожил только 11 дней. Первые два дня мочу нужно было выпускать катетером; но потом больной мочился сам по нескольку раз в день, но бессознательно; собственно недержания мочи у него не было. Температура постоянно была ниже нормы и доходила иногда до 35,8 °С; дыхание было довольно свободно; пульс оставался слабым, около 100. Психическая деятельность оставалась без перемены, только затемнение сознания и апатия постепенно увеличивались. Произвольные движения в ногах скоро совсем прекратились, но болезненность нервных стволов и мышц при давлении оставалась по-прежнему; чувствительность кожи сделалась еще хуже. Электровозбудимость мышц как нижних, так и верхних конечностей стала быстро понижаться, и в некоторых мышцах уже нельзя было вызвать сокращений, но качественного изменения электровозбудимости и признаков реакции перерождений мышц за все время не было.

Беспорядочные атактические движения верхних конечностей оставались всё время; но так как мышечная сила рук с каждым днём все падала, и произвольные движения делались все более ограниченными, то и атактические движения делались все менее резкими. 24 декабря без видимых причин сделалась кровавая рвота; его рвало несколько раз жидкостью, которая имела характерный цвет кофейной гущи. Хотя количество извергаемой жидкости было не велико, тем не менее больной быстро стал слабеть: пульс сделался очень слаб, 120; конечности похолодели и посинели, и к вечеру больной скончался.

Из протокола вскрытия, составленного весьма подробно, я приведу только резюме относительно внутренних органов и более подробно опишу результаты исследования нервной системы и мышц.

Diagnosis anatomic a: Atheromasia arcus aortae et petrificatio valvularum aortae; atheromasia levis valvula bicuspidalis. Dilatatio cordis; degenerato myocardii adiposa et adipositas summa epicardii. Emphysema pulmonum marginale; hypostasis et oedema pulmonum. Cirrhosis hepatis alcoholica. Dilatatio et catarrhus ventriculi chronicus, haemorrhagia levis in cavitatem ventriculi et intestinorum. Adipositas summa omenti, mesenterii et capsulae renum. Adipositas totius cadaveris.

Форма черепа нормальна, dura mater плотно приросла к костям черепа и по направлению продольной расщелины мозга сращена с мягкою оболочкой. Pia mater легко снимается с мозга; венозные сосуды ее сильно наполнены кровью. На разрезах мозга ничего ненормального не было заметно; серое вещество извилин нормальной толщины; белое вещество бледно. В 4-м желудочке, мозжечке, продолговатом мозгу и варолиевом мосту никаких уклонений от нормы не было. Спинной мозг, его оболочки, а также и нервные корешки макроскопически представлялись нормальными. Мышцы как туловища, так и конечностей имели нормальный цвет и объём.

Периферические нервы также макроскопически не представляли заметных уклонений от нормы; от многих нервов конечностей как верхних, так и нижних, а также от п. vagus были вырезаны кусочки, часть их тотчас же была положена в раствор осмиевой кислоты, часть же — в мюллеровскую жидкость.

При микроскопическом исследовании мышц конечностей оказалось, что большинство волокон представлялось вполне нормальным, и только в некоторых из них заметны были первые признаки перерождения: увеличенное количество ядер сарколеммы и утончение волокон, причем поперечная полосатость была большей частью ясно выражена. Из периферических же нервов большинство оказалось резко измененным и представляло ясные признаки паренхиматозного воспаления и перерождения нервных волокон, а в неврилемме и сосудах не было заметно никаких изменений. Степень же повреждений была различна в различных нервах: п. vagus представлял несомненные признаки перерождения нервных волокон, но не в очень высокой степени. В нервах же конечностей особенно глубоко были поражены части их, наиболее удаленные от центра: так, в п. dorsi pedis почти все волокна были более или менее повреждены, в п. tibialis уже более встречалось волокон нормальных; еще более их было в п. ischiadicus, а в нервах крестцового сплетения только кое-где попадались волокна несколько измененные.

То же самое должно сказать и о нервах верхних конечностей: nn. radialis, ulnaris и medianus представляли очень глубокие изменения, а в plexus brachialis большинство волокон было вполне нормально. Степень изменений волокон была чрезвычайно различна, и в каждом отдельном кусочке нервного ствола и на различных препаратах можно было встретить все возможные степени перерождения — от волокон почти нормальных до полного их исчезания, так что видна была только шванновская оболочка с ее ядрами, и разве только кое-где были еще заметны мелкие капельки миелина в окружности того или другого ядра. В корешках же спинных нервов как передних, так и задних, ничего ненормального не найдено.

При исследовании спинного мозга в свежем состоянии зернистых шаров в нем не удалось найти; после уплотнения его (в двухромовокислом калии) было сделано большое количество разрезов, которые были окрашены различными красками и обработаны обыкновенными способами. При первом взгляде все эти разрезы казались вполне нормальными, так как белые столбы представляли нормальную окраску, а в сером веществе клеточки были в нормальном количестве и имели правильную форму; но при более внимательном исследовании в этих разрезах найдены были патологические образования, которые оказались расширенными осевыми цилиндрами. Они встречались почти исключительно в поясничном утолщении, в грудной части их не было видно, а в шейном утолщении — в очень небольшом количестве. Расширения эти имели разнообразную форму—то веретенообразную, то четкообразную, то в форме ленты; при этом и размер их был очень различен; в иных местах осевой цилиндр был в 2 или 3 раза шире нормального, в иных же — в 5 и более раз. Расширения эти особенно ясно были видны на карминных препаратах, причем они окрашивались в яркий красный цвет и встречались как в сером веществе, главным образом в передних рогах, так и в белом, и притом как на волокнах, идущих горизонтально, так и на вертикальных, что особенно хорошо было видно на продольных разрезах спинного мозга. В корешковых же волокнах как передних, так и задних их не удалось найти; в сосудах и соединительной ткани спинного мозга также не оказалось ничего ненормального. В продолговатом мозгу, несмотря на тщательное исследование, а также в варолиевом мосту, в ножках мозга и больших ганглиях никаких уклонений от нормы не было заметно.

При исследовании мозговой коры было найдено следующее: нервные волокна как входящие в нее, так и тангенциальные представлялись нормальными; нервные же клетки ее, особенно в лобной и теменной долях, по-видимому, были изменены: они содержали слишком много пигмента и представлялись мелкозернистыми; многие из них не имели ясного очертания, а некоторые были расширены, и вокруг них, особенно на границе между серым и белым веществом, видно было большое количество ядер невроглии.

**Наблюдение 2-е.** Женщина 47 л., последние 7 лет abusus spirit.; 4 г. назад delirium tremens. Довольно быстрое развитие паралича ног, потом рук и наконец диафрагмы. Глубокое изменение психической деятельности; pneumonia hypostatica. При вскрытии: neuritis parenchymatosa нервов конечностей и п. phrenici; myelitis diffusa chronica: небольшие изменения коры мозговой. Adipositas generalis. Жировое перерождение сердечной мышцы.

Cirrhosis et degeneratio adiposa hepatis.

Анна П., 47 л., мещанка, замужняя, поступила в психиатрическое отделение Александровской больницы 3 февраля 1886 г. с явлениями глубокого расстройства психической деятельности и с параличом нижних конечностей.

Анамнез. Отец больной злоупотреблял спиртными напитками и последние годы жизни страдал припадками, по-видимому эпилептическими; мать же ее, братья и сестры здоровые и не подвержены пьянству. Больная замужем около 29 лет, имела только одного ребёнка; регулы у нее почти всегда были очень обильны; семь лет тому назад они прекратились. До 40-летнего возраста больная употребляла спиртные напитки понемногу; со времени же прекращения регул она стала пить очень много, так что года четыре назад она была в Старо-Екатерининской больнице с явлениями delirii trementis. После этого она продолжала пить много: почти каждый день она была в состоянии опьянения. Постепенно стало расстраиваться и здоровье ее: у нее часто являлась рвота, память ее постепенно слабела и изменился характер; каждый раз, когда она выпивала, начинала ругаться, придиралась к мужу и упрёкала его в распутстве. С конца 1885 г. пьянство её усилилось еще более, стала еще более расстраиваться и психическая деятельность; с половины января 1886 г. у нее стали довольно быстро слабеть ноги, так что через неделю она уже не могла ходить; вместе с этим память совсем ослабела и явилась большая спутанность в ее разговорах, что и заставило поместить ее в больницу.

Status praesens. Больная крепкого телосложения, сильно ожиревшая; температура несколько повышена: утром — 37,5, вечером — 38 °С. Главнейшее расстройство представляется со стороны психической, прежде всего очень большое ослабление памяти: больная совершенно не помнит событий последнего времени; вместе с этим замечается большая спутанность сознания: она смутно сознает, где она; время для неё не существует; она постоянно смешивает настоящее с давно прошедшим.

Умственные ее способности очень ослаблены: она не может связать и пяти слов, хотя на короткие вопросы дает большею частью правильный ответ. Галлюцинаций и иллюзий не заметно, а только ошибки памяти. Сон тревожный. Со стороны высших чувств не заметно уклонений от нормы. Язык при высовывании несколько дрожит, соответственно этому и речь ее изменена — дрожащая. Со стороны конечностей следующие расстройства: обе руки слабы, в них резко выражено дрожание; больная жалуется на зуд в руках и чувство ползания мурашек, вследствие чего она почти постоянно чешет руки. Уколы больная ощущает на руках; более же точное исследование чувствительности невозможно вследствие психического расстройства.

Исследование электровозбудимости, произведенное 5 февраля, не показало в верхних конечностях никаких уклонений от нормы. В нижних конечностях слабость выражена гораздо больше: больная едва может двигать ноги в постели, стоять же совершенно не в состоянии. Чувствительность ног видимым образом значительно понижена; больная и здесь ощущает ползание мурашек; на боль она не жалуется, но при сдавлении мышц, особенно на икрах, есть болезненность, хотя не очень сильная. Похудания мышц не заметно. Пателлярные рефлексы уничтожены. Исследование электровозбудимости нижних конечностей, сделанное тоже 5 февраля, показало, что в m. quadriceps femoris, tibialis anticus и extensor digitorum longus и brevis она понижена для индукционного тока; а при действии гальваническим током получались вялые сокращения, причем замыкание анода преобладало над замыканием катода, словом, были признаки реакции перерождения. Аппетит у больной довольно хороший; имеется болезненность под ложечкой, наклонность к запору; печень увеличена и болезненна при давлении. Мочеиспускание свободно; в моче не было ни сахара, ни белка. Со стороны легких не было найдено ничего особенного. Пульс постоянно ускорен, около 100, среднего наполнения. В первые дни пребывания в больнице не было особых перемен с больной, только конечности её как нижние, так и верхние постепенно становились слабее. Вместе с этим было замечено, что больная почти постоянно двигает пальцами рук: по-видимому, это было частью произвольное чесание тыльной поверхности рук, где она чувствовала зуд и ползание мурашек, частью же это были непроизвольные ритмические движения в виде сгибания и разгибания первой фаланги пальцев. 22 февраля к прежним явлениям присоединились признаки паретического состояния диафрагмы: движения ее были ограничены, и затруднилось отхаркивание мокроты; глотание при этом оставалось нормальным. 24 февраля в нижней части шеи появилась флегмонозная краснота и припухлость. С этих пор состояние больной стало быстро ухудшаться: конечности слабели еще более — ногами она уже почти совершенно не могла шевелить, руки тоже были очень слабы. Электровозбудимость мышц верхних конечностей была значительно уменьшена; на нижних же конечностях m. quadriceps femoris, tibialis anticus, extensor communis digit. longus et brevis и extensor hallucis — от индукционного тока вовсе не сокращались, а от постоянного давали вялые сокращения с преобладанием влияния анода над катодом; в остальных мышцах ноги было равномерное понижение электровозбудимости. Движения диафрагмы при дыхании совсем были незаметны, при этом отмечено высокое стояние ее, слабый голос, затрудненное дыхание и невозможность отхаркивать; пульс слабый, 120—130 в мин, 28 февраля к этому присоединилось воспаление нижней доли левого легкого. Дыхание сделалось еще труднее; пульс очень слаб; развился общий упадок сил, и 1 марта больная скончалась.

Из протокола вскрытия, произведенного ординатором нашей клиники д-ром Гр. Ив. Россолимо[[4]](#footnote-4), я приведу только главнейшие данные:

значительное общее ожирение; мышцы несколько бледны; на передней части шеи phlegmone, при разрезе вытекло небольшое количество гноя; но воспаление это ограничивалось только подкожной клетчаткой и не шло далеко вглубь. В полости груди — старые рубцы в верхушках обоих легких и плотное сращение здесь плевр легочной и реберной; в нижней части правого легкого — краевая эмфизема и отёк, а в нижней части левого — pneumonia hypostatica. Значительное отложение жира вокруг сердца; сердечная мышца представляла несомненные признаки жирового перерождения. Endoarteriitis deformans nodosa. Cirrhosis et degeneratio adiposa hepatis. Induratio cyanotica renum. Fibromyoma uteri parietalis.

Череп не представлял уклонений от нормы; в сосудах на основании его атероматозные изменения не в очень большой степени. Мягкая оболочка головного мозга мутна и отечна; довольно значительное скопление жидкости в желудочках мозга; в существе мозга не заметно ничего ненормального. Спинной мозг макроскопически представлялся нормальным.

При микроскопическом исследовании оказалось, что мышцы конечностей, особенно нижних, представляли ясные признаки перерождения;

многие из мышечных волокон были мелкозернисты, поперечная полосатость их сглажена, количество ядер сарколеммы увеличено, и встречалось много очень тонких волокон. Периферические нервы были исследованы частью при помощи расщипывания и окраски осмиевой кислотой и пикрокармином, частью же — на разрезах; при этом оказалось, что большинство исследованных нервов представляло ясные признаки паренхиматозного воспаления и перерождения. Но степень этого изменения в различных нервах была очень различна; более всего были поражены нервы нижних конечностей и именно в частях, наиболее удаленных от центра; здесь только изредка можно было встретить волокна, имевшие нормальный вид, тогда как в частях, ближе к центру лежащих, в сплетениях и корешках большинство волокон представлялись нормальными, и только немногие были изменены; это особенно ясно было видно на поперечных разрезах нервных стволов. N. phrenicus представляет очень резкие признаки перерождения, и большинство его волокон было более или менее изменено. Что касается характера изменений нервных волокон, то в некоторых нервах встречались по преимуществу или исключительно волокна, представлявшие все признаки перерождения: распадение миелина и осевого цилиндра, размножение ядер шванновской оболочки, причем, на различных волокнах можно было проследить все степени этого перерождения вплоть до полного исчезновения миелина и осевого цилиндра, такие изменения встречались более всего в нервных стволах, наиболее удаленных от центра, и притом, чем дальше нерв лежал от центра, тем больше было в нем волокон измененных и в более высокой степени. Но кроме таких перерожденных волокон встречались другие, изменения которых характеризовались утолщением и разбуханием осевого цилиндра, который местами представлялся вдвое, втрое шире нормального. Такое утолщение в различных местах имело различную форму, то цилиндрическую, то веретенообразную, то в виде крупных четок и т. п. Волокна с расширенными осевыми цилиндрами встречались только в нервах, мало измененных, где атрофированных волокон или вовсе не было, или очень мало, — а именно: в нервах, лежащих близко к центру, в сплетениях поясничном и плечевом, а также в корешках преимущественно передних поясничных нервов. При исследовании спинного мозга в свежем состоянии в различных его отделах были найдены зернистые шары, впрочем в небольшом количестве.

На разрезах же, сделанных из уплотненного спинного мозга и обработанных обыкновенными способами, оказалось, что серое вещество везде имеет нормальный вид: клетки как передних, так и задних рогов и С1агke'овских столбов на всех разрезах не представляли уклонения от нормы. Белые же столбы более или менее на всем протяжении спинного мозга оказались измененными. Изменение это не было очень резко, но при помощи различных окрасок видно было несомненно; оно касалось задних столбов и боковых, особенно правого. На карминных препаратах они имели более интенсивную окраску, а на вейгертовских представлялись светлее и имели желтоватый цвет. В задних столбах изменение было выражено главным образом в Годлевских столбах: в шейном отделе оно только ими и ограничивалось; в поясничном же и в нижнем грудном оно захватывало и бурдаховские столбы.

В боковых же столбах оно захватывало пирамидный пучок, но также и внутренний, прилегающий к серому веществу отдел, а отчасти и прямой мозжечковый пучок; эти изменения резче всего были выражены в нижнем грудном и в поясничном отделе. Исследуя более точно эти изменения и сравнивая между собою различные разрезы, можно было убедиться, что они зависели от расширения кровеносных сосудов, утолщения их стенок, а также и тех перегородок (septa), по которым проходят сосуды; при этом некоторые из нервных волокон представлялись утонченными и атрофированными; коротко сказать, можно было убедиться, что мы имеем дело с хроническим разлитым (интерстициальным) миелитом не в очень высокой степени.

В продолговатом мозгу и варолиевом мосту, несмотря на тщательное исследование очень многих препаратов, не было найдено никаких изменений, кроме некоторого расширения кровеносных сосудов. При исследовании извилин головного мозга из разнообразных отделов его найдено было, что как кровеносные сосуды, так и периваскулярные пространства артерий значительно расширены; в этих последних во многих местах видно было большое количество зерен пигмента или лимфоидных телец. Количество ядер вокруг многих сосудов несомненно увеличено. Клетки мозговой коры значительно пигментированы.

**Наблюдение 3-е.** Женщина 32 лет. Продолжительный abusus spirituosorum. Постепенно развивавшаяся слабость ног; резкое ухудшение после купания; паралич нижних и верхних конечностей. Глубокое расстройство психической деятельности; ослабление сердца. По вскрытии: Neuritis multiplex parenchymatosa; значительное изменение п. vagi. Вакуолизация клеток спинного мозга.

Крестьянка Екатерина Ф., 32 лет, поступила в нервную клинику 21 октября 1887 г., умерла 9 ноября 1887 г. Происходит из здоровой семьи; в семействе, по-видимому, не было ни пьянства, ни нервных болезней. В ранней молодости пользовалась хорошим здоровьем; замужем 16 лет, имела 2 детей, последнего —14 лет назад; выкидышей не было; сифилиса не имела.

После последних родов была тяжело больна месяца два; после того долго продолжались сильные боли; сама похудела, стала кашлять, так что явилось опасение относительно чахотки. В это время по совету врача стала употреблять вино; сначала она пила в очень небольшом количестве, а потом все больше. Здоровье ее поправилось, она очень пополнела; но употребление вина постепенно перешло в злоупотребление, последние 5 лет она выпивала ежедневно бутылки по 2 водки. Сначала здоровье ее было все-таки хорошо; но года два назад она стала чувствовать боль в ногах и слабость в них при ходьбе; вместе с этим она сделалась очень раздражительна, легко волновалась и плакала и за последнее время с нею были раза три обмороки. Нынешним летом она выкупалась в реке, причем ноги ее очень озябли; после этого слабость в них заметно увеличилась; тем не менее больная продолжала очень много пить. Неделю спустя после купания явились очень сильные боли в ногах — в стопах и голенях, так что она могла с трудом ходить по комнате. Слабость ног и боль в них все увеличивались явился отёк на стопах, и вскоре ноги совсем парализовались; явилась слабость и в верхних конечностях, и больная стала заговариваться. В таком состоянии её поместили в городскую больницу; но и здесь болезнь все прогрессировала; слабость рук до того увеличилась, что больная не могла сама есть.

В конце сентября ее взяли из больницы, лечили дома; но так как болезнь все усиливалась, то и поместили в нервную клинику 21 октября 1887 г.

Status praesens. При поступлении в клинику она представляла болезненные явления трех родов: паралич конечностей, глубокое расстройство психической деятельности и расстройства внутренних органов, главным образом сердца и органов пищеварения. Нижние конечности парализованы, больная может только с трудом согнуть ноги в коленях и несколько привести их к животу; разгибание ног для неё уже невозможно, а стопами и пальцами она совершенно не может сделать никакого движения. Подкожный жирный слой развит значительно; но мышцы ног очень дряблы и заметно похудели. Сухожильные рефлексы уничтожены; кожные же, и именно от укола, сохранены, скорее повышены. Электровозбудимость мышц стопы и голени совершенно уничтожена как для индукционного, так и для гальванического тока; на бедре же она для обоих токов значительно понижена, причем получаются вялые сокращения. Больная очень жалуется на боли в ногах — острые, жгучие и колющие — «как на раскаленной плите» или «колются горячими проволоками». Вместе с этим резко выраженная гипералгезия: малейшее давление на ноги заставляет ее кричать и плакать; болезненно давление на кожу стопы и голени; но еще болезненнее давление на мышцы, особенно икроножные, и на нервные стволы. Легкое же прикосновение к коже не болезненно; больная его ощущает; но определить состояние чувства осязания невозможно вследствие большой спутанности сознания у неё.

В верхних конечностях — те же явления паралича, но в меньшей степени, нежели в нижних; причем левая рука много слабее, нежели правая. В обеих руках особенно ослаблены движения пальцев и кисти; в плечевом же и локтевом суставах больная может производить движения, хотя сила их очень уменьшена. Когда она поднимает левую руку, то кисть бессильно спускается вниз, и больная может её поднять, а также и развести пальцы, но и сгибание пальцев и кисти этой руки тоже почти невозможны. Правую кисть она может сгибать и разгибать, а также и двигать пальцами, но далеко не вполне, и при этом сила ничтожно мала. Дрожания в руках нет. Мышцы рук, именно кисти и предплечия, заметно похудели; электровозбудимость в них значительно понижена для обоих токов, а во многих мышцах и совершенно уничтожена, особенно на левой руке. При действии гальваническим током, где ещё получаются сокращения, они имеют характер вялый, и при этом замечается равенство сокращений от замыкания катода и анода.

Сухожильные рефлексы верхних конечностей значительно понижены. На боли в руках больная не жалуется, а также здесь нет и такой резкой гипералгезии, хотя давление на нервные стволы и мышцы очень болезненно.

Относительно осязания и здесь нельзя было получить определенных результатов, хотя несомненно то, что полной анестезии у больной не было. Мышцы туловища ослаблены, но не очень много: больная может свободно держать голову, с небольшою поддержкою может сидеть. Дыхательные мышцы, в том числе и диафрагма, не представляют уклонений от нормы, а также и мышцы лица, глазных яблок и языка нормальны. Тазовые органы—vesica и rectum функционируют правильно; больная может удерживать мочу и испражнения, и по произволу мочится и испражняется. Органы высших чувств в нормальном состоянии. Психическая же сфера представляет глубокие и очень резкие уклонения от нормы. Прежде всего обращают на себя внимание галлюцинации и иллюзии больной: то она видит кошек и собак, то слышит, как они мяукают и лают; видит тараканов, клопов и т. п.

Существуют также и галлюцинации осязания и общего чувства: жалуется, что около неё лежит то или другое, что под нее подкладывают горячие трубы и т. п. Все эти галлюцинации усиливаются ночью — больная тогда беспокойна, кричит и жалуется; но во всяком случае галлюцинации у неё далеко не были так многочисленны и ярки, как при delirium tremens. Память больной чрезвычайно ослаблена: она ничего не помнит о своей последней болезни; время для неё не существует, и она постоянно перемешивает недавнее с давно прошедшим. Сознание затемнено: больная не дает себе отчёта, где она и что её окружает. Соображение тоже очень ослаблено: с ней решительно нельзя вести разговора, хотя на короткие вопросы она иногда дает правильные ответы. Настроение духа большею частью апатичное — больная совершенно равнодушно относится ко всему окружающему и к своему состоянию, или же она плачет, жалуясь на боли в ногах или на свои мнимо-ощущения. Соответственно этому и выражение лица её характерно: лицо одутловатое, то плаксивое, то с выражением благодушного бессмыслия. Со стороны других органов найдено было следующее: язык обложен (аппетит очень плох, после еды бывает рвота; в последние дни — понос, прежде был запор); печень увеличена, выдается из-под ребер, несколько болезненна; желтухи не было. Моча — в небольшом количестве, очень насыщена, мутна; сахара и белка не содержит. Кашля нет; легкие ничего ненормального не представляют. Сердце заметно увеличено; толчок его слаб; по временам перебои; тоны чисты; пульс слаб, около 70 в минуту. Первую ночь в клинике больная провела очень беспокойно: много галлюцинировала и жаловалась на боли и различные неприятные ощущения. Затем при помощи опия сон сделался спокойнее, прибавился аппетит и сознание стало несколько яснее; но деятельность сердца, несмотря на возбуждающие средства, в том числе и вино, делалась все слабее. Потом явилась сонливость: больная спала почти целый день, хотя narcotica были уже оставлены; аппетит совершенно исчез; больная мочилась и испражнялась под себя; пульс делался все слабее; конечности холодны; больная впала в коматозное состояние и скончалась 9 ноября 1887 г. При вскрытии главнейшие изменения состояли в следующем:

довольно значительное скопление жира как в подкожной клетчатке, так и во внутренних органах. Катар зева, хронический катар желудка; печень значительно увеличена, тестоватой консистенции — infiltratio adiposa; остатки бывшей perimetritis. Стояние диафрагмы нормальное; имеется краевая эмфизема легких; в обеих верхушках их маленькие узелки, состоящие частью из уплотневших бронхов (перибронхит), частью же — из свежих бронхопневмонических фокусов величиною с маленький орех. Под epicardium большое количество жира; сердце расширено; жировое перерождение сердечной мышцы. В endocardium и на внутренней поверхности аорты ничего ненормального не найдено. Головной и спинной мозг и их оболочки макроскопически представлялись нормальными.

При микроскопическом исследовании оказалось, что мышцы нижних конечностей представляли значительные изменения: в некоторых волокнах поперечная полосатость была слабо выражена или совсем исчезла, эти волокна представлялись мелкозернистыми; количество ядер сарколеммы было увеличено. Особенно резко измененным оказался m. peroneus: в нём встречались волокна, представлявшие резко выраженное восковидное перерождение; они были утолщены; мышечное вещество их представлялось однообразным с матовым блеском; поперечной и продольной полосатости в них совсем не было. Периферические нервы оказались очень глубоко измененными в смысле характерного паренхиматозного неврита — в неврилемме и здесь не было заметно никаких изменений. Но степень повреждения нервных волокон была очень различна в различных нервных стволах: и здесь более всего были поражены нервы нижних конечностей и особеннно те, которые далеко удалены от центра. Так, в п. dorsi pedis почти вовсе не видно было нормальных волокон; напротив, от большинства из них осталась только шванновская оболочка с небольшим количеством мелких миелиновых капелек. Почти то же самое представлял п. peroneus; в седалищном же нерве (на бедре) видно было гораздо более нормальных или мало измененных волокон, хотя и здесь встречалось немало глубоко измененных. В нервах, представлявших большие изменения, при расщипывании встречалось очень большое количество распавшегося миелина в виде более или менее крупных капель, и между ними видны были зернистые шары: по-видимому, здесь изменение нервных волокон, т. е. распадение миелина шло быстрее, нежели в других случаях. Совершенно другую картину представляли поясничные корешки как передние, так и задние: здесь волокна имели нормальный вид, и только при внимательном исследовании можно было найти между ними небольшое число несколько измененных. Нервы верхних конечностей оказались менее пораженными, нежели нижних, и из них более всего п. radialis; в шейных же корешках нельзя было найти никаких патологических изменений. В п. phrenicus большинство волокон было нормально, и только немногие были несколько перерождены, а п. vagus был изменен довольно значительно: в нем очень многие волокна были глубоко повреждены, а некоторые представляли полное перерождение.

При исследовании спинного мозга в свежем состоянии найдены рассеянные зернистые шары, но в очень небольшом количестве. На разрезах уплотненного спинного мозга белое вещество его на всем протяжении оказалось вполне нормальным. Количество клеток в сером веществе, по-видимому, тоже везде было нормально; большинство их представляло вполне нормальную форму, и только в некоторых из них были видны вакуоли — в иных одна, в других же от 2, 3, 5 и даже более. Такие измененные клетки более всего встречались в шейном утолщении; в поясничном утолщении они встречались, но в очень небольшом числе, а в грудном отделе их совсем не удалось найти. В продолговатом мозгу, варолиевом мосту, в больших ганглиях и белом веществе мозга ничего ненормального не было.

При исследовании коры головного мозга из различных ее отделов ни в клетках, ни в нервных волокнах нельзя было найти никаких доказательных уклонений от нормы; видно было только расширение кровеносных сосудов.

**Наблюдение 4-е.** Мужчина 30 лет. Продолжительный abusus spirituosorum; lues; ранение, после него постепенное развитие паралича нижних конечностей, отчасти и верхних, и ослабление психической деятельности, особенно памяти. Приступ dyspnoe, упадок деятельности сердца, exitus letalis.

При вскрытии: жировое перерождение сердца; neuritis parenchymatosa multiplex; спинной мозг нормален; очень незначительное изменение мышц конечностей.

Владимир Н., дворянин 30 лет, поступил в нервную клинику 8 февраля 1888 г. с параличом конечностей, преимущественно нижних, и с расстройством психической деятельности. Умер 11 февраля 1888 г. Больной происходит из довольно богатой семьи; относительно его родителей и родственников не удалось собрать никаких сведений. От 16 до 26 лет был на военной службе, а потом жил большей частью в деревне без определенных занятий.

С самой ранней юности Н. вел неправильный образ жизни: уже с 12—13 лет он начал пить вино, курить и иметь сношения с женщинами, — и всю жизнь свою постоянно предавался всяким излишествам: постоянные кутежи и пьянство, abusus in venere, бессонные ночи и вполне беспорядочная жизнь. Соответственно этому перенес целый ряд болезней: несколько раз повторяющийся уретрит, который сделался хроническим; несколько раз — ulcera mollia penis et bubones; на 19-м году — epididymitis, от которого осталось затвердение правого придатка; на 20-м году — ulcus induratum и затем вторичные явления сифилиса, от которого он лечился втираниями и впрыскиваниями. Уже несколько лет у него бывает по утрам рвота, один раз была желтуха; несколько раз после пьянства делались галлюцинации зрения и слуха — по-видимому, delirium tremens. Он женат, но детей не имеет: два раза жена была беременна, но оба раза выкинула. В мае 1887 г. во время ссоры больной наш получил колотую рану в подчелюстной области, причем была перерезана art. lingualis: кровотечение было очень большое, понадобилось расширить рану, чтобы перевязать артерию (соответственно этому месту и теперь виден рубец). Вскоре после этого здоровье Н. стало быстро расстраиваться: он стал замечать боль, неловкость, а потом и слабость в ногах; эти явления усиливались, и в начале ноября 1887 г. он уже не мог ходить и должен был слечь в постель. Приблизительно с этого же времени стала изменяться и психическая деятельность его: постепенно стала слабеть память, по временам делались галлюцинации, преимущественно слуховые, очень часто была бессонница, что и заставило поместить его в клинику.

Status praesens. 8 февраля 1887 г. Больной хорошего телосложения, общее питание удовлетворительно; мышцы развиты хорошо; подкожного жира достаточно, но не очень много; общее состояние безлихорадочное.

Ни ходить, ни стоять он не может вследствие слабости ног, сидеть же может, хотя не очень долго. Аппетит плох; беспокоит жажда, язык обложен; жалуется на дурной вкус во рту; после еды — тяжесть и кислая отрыжка. Живот несколько вздут, но не болезнен при давлении. Печень слегка увеличена в объёме и немного болезненна; границы селезенки нормальны. Отправления на низ неправильны — то запор, то понос; по временам являются геморроидальные кровотечения. Больной жалуется на одышку и по времени — на боли в груди. При аускультации и перкуссии груди легкие оказались нормальными, дыхание неровно: то замедляется, то учащается. Границы сердца в пределах нормы; тоны его чисты, но слабы; пульс 112 в минуту, слабоват, не совсем правильный, иногда заметны перебои; цианоза нет. Мочеиспускание свободно; моча соломенно-желтого цвета, без белка и сахара, суточное количество ее 1200 см3.

Психическая деятельность резко изменена, больной несколько ажитирован и говорлив, настроение духа слегка веселое, главным же образом беспечное. Хотя больной дает правильный ответ на каждый предлагаемый вопрос, но к продолжительному и точному разговору он не способен: он слишком легкомыслен, и суждения его слишком поверхностны. Но особенно резко выражено ослабление памяти: о событиях, давно бывших, больной сохранил ещё воспоминания, о недавних же (в особенности начиная с мая 1887 г.) он вспоминает отрывочно; а мелкие события ежедневной жизни тотчас же забывает, и очень часто не помнит того, что он делал или говорил час или полчаса тому назад. По временам, особенно вечером и ночью, у него бывают галлюцинации как слуха, так и зрения, но не особенно резкие; большею частью—бессонница. Органы чувств, а также речь не представляют уклонений от нормы; со стороны головных нервов тоже не заметно ничего ненормального.

Больной жалуется на ломящие боли в нижних конечностях, на онемелость в ногах и отчасти в пальцах рук, на чувство покалывания, ползания мурашек и жара преимущественно в стопах и подошвах. При исследовании нижних конечностей оказалось следующее: питание мышц несколько понижено, хотя явно выраженной атрофии их не заметно, но мышцы дряблы, особенно на левой ноге. Пассивные движения ног вполне возможны и безболезненны; произвольные же движения их очень ослаблены; мышечная сила ног значительно уменьшена, а в экстензорах стопы и пальцев почти равна нулю. Сухожильные рефлексы нижних конечностей совершенно отсутствуют, но и рефлексы подошвы тоже почти уничтожены. Фарадическая возбудимость нервных стволов и мышц на нижних конечностях вполне уничтожена; гальваническая же возбудимость сохранена, но ниже нормы, причем сокращения мышц крайне вялы. Исследование чувствительности ног показало значительное понижение всех видов ее, причем анестезия увеличивалась по мере удаления от центра. Вместе с этим заметно было ослабление и мышечного чувства. Более точное исследование чувствительности было невозможно вследствие неспособности больного сосредоточить внимание.

Мышцы нижних конечностей очень болезненны при давлении, очень болезненны также и нервные стволы как cruralis, так и ischiadicus и их ветви.

Мышцы верхних конечностей, особенно на предплечиях и кистях, также несколько дряблы, но заметной атрофии нет. Произвольные движения рук свободны и правильны, но сила их уменьшена, особенно в правой руке; сухожильные рефлексы здесь существуют. Электровозбудимость мышц верхних конечностей как от гальванического, так и от индукционного тока сохранена, только сокращения несколько вялы. Чувствительность и в верхних конечностях понижена, особенно в пальцах, но гораздо меньше, нежели в ногах; болезненности при давлении на мышцы и нервы рук почти нет.

Мышцы туловища тоже, по-видимому, несколько ослаблены: больной долго сидеть не может, является усталость в спине. Рефлексы мышц брюшных стенок и кремастера слабо выражены.

Первые два дня больной провел без особенных перемен, пульс и дыхание были удовлетворительны; ночь с 10-го на 11-е он провел хорошо; утром 11-го пил чай с аппетитом, но вскоре после этого без видимой причины у него сделалось затруднение дыхания. Больной стал метаться и жаловался на недостаток воздуха — все дыхательные мышцы, в том числе и диафрагма, работали усиленно; вместе с этим пульс стал слабеть, конечности сделались холодны и синеваты, явилась тоскливость и страх смерти; сознание же было вполне сохранено. Были употреблены всевозможные возбуждающие средства. По временам деятельность сердца и дыхание улучшались, но затем снова пульс слабел, дыхание делалось еще труднее, и увеличивался цианоз. Так продолжалось с колебаниями до 9 час вечера, когда деятельность сердца совсем прекратилась и больной скончался.

Главнейшие результаты вскрытия следующие. Количество подкожного жира небольшое; диафрагма стоит нормально; легкие здоровы, отечны; плевры нормальны. Жировое перерождение мышцы сердца. Стенки левого желудочка атрофированы, правый желудочек расширен. Атероматозные изменения полулунных заслонок аорты в небольшой степени. Селезенка нормальной величины; печень несколько увеличена, особенно левая доля её, в разрезе ткань желтовато-мраморного цвета — жировая печень. Почки нормальны. Явления хронического катара желудка и кишок.

В центральной нервной системе, кроме малокровия и отечности, никаких макроскопических изменений не найдено. Мышцы как туловища, так и конечностей макроскопически представлялись нормальными. При исследовании спинного мозга в свежем состоянии найдено было в нем несколько зернистых шаров, но в очень небольшом количестве.

Микроскопическое исследование мышц конечностей как при помощи расщипывания, так и на разрезах показало очень незначительные изменения в них: утончение некоторых волокон и увеличение ядер сарколеммы;

в некоторых волокнах и поперечная полосатость была выражена неясно; большинство же волокон имело вполне нормальный вид. Из периферических нервов подвергнуты были тщательному исследованию ischiadicus, peroneus, dorsi pedis, cruralis, medianus, ulnaris, а также и передние и задние корешки нервов, выходящих из спинного мозга (к сожалению, кусок п. vagi, взятый для исследования, был утрачен и остался неисследованным).

Микроскопическое исследование их показало резко выраженные явления паренхиматозного воспаления. Степень этих изменений была очень различна в различных нервах: наиболее были изменены нервы нижних конечностей и именно в частях, наиболее удаленных от центра — в п. dorsi pedis и в peroneus; на бедре же в п. ischiadicus и cruralis изменения были в гораздо меньшей степени. Нервы верхних конечностей — medianus и ulnaris представляли также явления паренхиматозного воспаления, но меньше, нежели нервы нижних конечностей, — и здесь встречалось гораздо больше волокон, вполне сохранившихся. Корешки спинных нервов как передние, так и задние, исследованные из различных мест, оказались нормальными. В спинном мозгу, несмотря на тщательное исследование многочисленных разрезов из всех его отделов, нельзя было найти ничего ненормального ни в белом, ни в сером веществе его. Из продолговатого мозга тоже было сделано очень большое количество разрезов, но ни в одном из них не оказалось ничего ненормального: в ядрах п. vagi никаких изменений не было. Варолиев мост, ножки мозга и большие ганглии тоже без изменений. В коре мозговой как нервные клетки, так и волокна имели нормальный вид; в невроглии тоже не было заметно ничего патологического, за исключением венозной гиперемии.

**Наблюдение 5-е.** Мужчина 45 л., давнишний abusus spirituosorum.

Паралич конечностей, особенно нижних. Слабость сердца. Паралич диафрагмы.

При вскрытии neuritis ,parenchymatosa multiplex, очень резко выраженная.

Myelitis diffusa interstitialis в довольно значительной степени.

Андрей О., 45 лет., дворянин, по профессии музыкант и композитор, поступил в нервную клинику 15 сентября 1888 г. вследствие паралича конечностей и некоторого расстройства психической деятельности. Из расспросов лиц, окружавших его, выяснилось, что уже с давнего времени О. злоупотреблял спиртными напитками в виде частых кутежей и ежедневного употребления разных вин и пива в довольно большом количестве. Это злоупотребление усилилось еще более в последние 4 года вследствие различных семейных неприятностей, а с лета 1888 г. О. после неудач на артистическом поприще стал уже пить без перерыва. Сифилиса у него не было; лет семь у него существует паховая грыжа, легко вправимая. Как видно, здоровье его стало расстраиваться постепенно: уже года два или три тому назад он лечился от болей в ногах, что он считал за «ревматизм». В течение последнего года окружающие стали замечать в нем перемену, выражавшуюся апатичностью и отсутствием энергии. С августа же этого года апатичность его стала быстро увеличиваться и к этому присоединилась слабость и боль сначала в ногах, а потом и в руках. В первых числах сентября слабость ног увеличилась до того, что он слег в постель; в то же время и психическое его состояние значительно ухудшилось, явились некоторое возбуждение и спутанность мыслей вместе с галлюцинациями зрительными и слуховыми. Было и задержание мочи, так что пришлось прибегать к катетеру.

Status praesens. Больной очень хорошего сложения и представляется значительно ожиревшим. Обыкновенно он лежит; сидеть может, но с трудом; стоять же и ходить совсем не может вследствие слабости ног.

Общее состояние безлихорадочное. Психическая сфера его представляется резко измененной: прежде всего заметна смутность сознания, мысли его часто спутываются, вместе с этим у него существует крайнее ослабление памяти по отношению к недавним событиям. По временам он может правильно вести непродолжительные разговоры, но очень скоро утомляется; по временам же он заговаривается, утверждает, например, что к нему приходили и разговаривали люди, которых у него совсем не было. Несомненно, что у него бывают галлюцинации как зрения, так и слуха, а с другой стороны он, очевидно, смешивает произведения своей фантазии, а может быть и сновидения с действительностью. Что касается настроения духа, то по временам он был несколько возбужден и говорлив, по временам же являлись тоскливость и плаксивость; большею же частью настроение его было апатическое. Последние ночи была бессонница. Что касается нижних конечностей, то пассивные движения в них были вполне возможны, активные же крайне ограничены; больной мог двигать бедра, хотя сила при этом была очень ни незначительна, в голеностопном же суставе и пальцах ног он совершенно не мог сделать произвольных движений. Мышцы ног представлялись несколько дряблыми; сухожильные рефлексы вполне уничтожены, кожные с подошвы значительно ослаблены. Гальванический ток вызывал во всех мышцах сокращения, близкие к норме; от индукционного же тока получались только слабые и вялые сокращения, а в мышцах передней половины бедра и вовсе не получалось сокращений. Больной постоянно чувствовал в ногах то боль, то «сплошное тоскливое нытье», то по временам более острые разнообразные боли. Давление на мышцы, особенно же на нервные стволы было значительно болезненно, вместе с этим была и некоторая гипералгезия кожи. Чувствительность кожи ног была заметно понижена во всех ее видах, но точное исследование ее было невозможно. Движения верхних конечностей были гораздо свободнее, хотя сила и в них была заметно уменьшена; похудания мышцы не видно; электровозбудимость несколько понижена, но существует во всех мышцах верхних конечностей как относительно постоянного, так и индукционного тока. Мышцы и нервные стволы и здесь болезненны при давлении, но немного; сухожильные рефлексы верхних конечностей понижены; и здесь существует некоторое понижение чувствительности, но небольшое. Со стороны головных нервов и зрачков ничего ненормального нет. Аппетит плох, язык обложен; чувствует тяжесть под ложечкой и болезненность при давлении. Печень приподнята раздутыми кишками, по-видимому, несколько увеличена, но не прощупывается. Запор.

Выделение мочи несколько затруднено, хотя теперь больной все-таки мочится произвольно; белка и сахара нет. При исследовании легких ясно заметны признаки хронического катара бронхов. Сердце значительно увеличено в объёме; толчок его слаб, по временам перебои; шумов не слышно; пульс слаб, большею частью ускорен (88—110).

Первую ночь в клинике больной провел без сна, много говорил, видимым образом галлюцинировал, стонал и был беспокоен; пульс слаб. Назначено: стрихнин, вино и опий на ночь. 17 сентября явился отёк ног; дыхание несколько затруднено. 18 сентября отёк ног увеличился: явились признаки паралича диафрагмы, высокое стояние ее, изменение типа дыхательных движений; голос слаб, кашель бессильный, много крупных хрипов. 19 сентября — общая слабость; отхаркивание очень затруднено; диафрагма справа по мамиллярной линии доходит до верхнего края 4-го ребра, слева до промежутка между 4-м и 5-м ребрами; 36 дыханий в мин.; пульс 104, слаб, с перебоями. 20 и 21 сентября слабость все увеличивается; дыхание и отхаркивание — еще труднее; вечером 21-го больной скончался при явлениях упадка сил.

Вскрытие. Главнейшие изменения, найденные в трупе, состояли в следующем. Общее ожирение. Hernia scrotalis. Хронический катар желудка.

Печень увеличена и жирно-перерождена. Селезенка мала. Почки нормальны.

Мышцы груди, а также и конечностей имеют нормальный вид. Высота диафрагмы справа — на верхнем, а слева — на нижнем крае 4-го ребра. В легких — резко выраженный хронический бронхит и краевая эмфизема. Сердце увеличено в объёме раза в полтора, преимущественно в поперечном размере; мышца сердца представляет признаки жирового перерождения; в дуге аорты и выходящих из нее главных ветвях — endarteriitis nodosa. Кости черепа тонки; мягкая мозговая оболочка отечна, местами мутна и утолщена.

Сосуды основания мозга сильно склерозированы. Ткань мозга полнокровна и несколько отечна. В спинном мозгу и его оболочках макроскопически ничего ненормального не заметно. Некоторые из нервов нижних конечностей представлялись несколько бледными и дряблыми, п. phrenicus, к сожалению, не был исследован.

При микроскопическом исследовании спинного мозга в свежем состоянии зернистых шаров не удалось найти. На разрезах же, сделанных из уплотненного спинного мозга, оказалось следующее: в сером веществе его на всем протяжении, а также в спинномозговых участках корешков как передних, так и задних никаких патологических изменений нельзя было заметить. Белое же вещество его уже при малом увеличении представлялось ненормальным: оно окрашивалось кармином слишком интенсивно, при вейгертовской же окраске имело желтоватый оттенок. Наиболее была изменена грудная и шейная часть, поясничная же — менее; изменение это резче всего было выражено в боковых столбах, но захватывало также передние и задние; в шейном отделе особенно выдавалось изменение голлевских столбов. В боковых столбах был изменен пирамидный пучок, но также и пограничная часть и мозжечковый путь, причем изменение без резких границ переходило на передние и задние столбы, — словом, ясно было видно, что изменение это разлитое. При более тщательном исследовании ясно было видно, что при этом главную роль играло разрастание соединительной ткани: кровеносные сосуды были расширены, стенки их утолщены, а также и сопровождающая их соединительная ткань; местами видно было большое количество паукообразных клеток. Что касается нервных волокон боковых столбов, то большинство их имело совершенно нормальный вид, но по близости утолстевших перегородок видны были также очень тонкие, очевидно, атрофированные волокна, а, с другой стороны, между ними встречались и очень толстые, очевидно, патологически разбухшие, осевой цилиндр которых представлялся ненормально толстым. Судя по всем этим данным, должно думать, что в этом случае было разлитое хроническое воспаление спинного мозга, по преимуществу в боковых, а отчасти в передних и бурдаховских столбах. Что же касается голлевских столбов, то здесь видимым образом главную роль играло последовательное восходящее перерождение нервных волокон. В нижней части пирамид продолговатого мозга оказались такие же интерстициальные изменения, как и в боковых столбах спинного, только в меньшей степени; эти изменения кверху постепенно уменьшались, и в варолиевом мосту и ножках мозга их уже нельзя было заметить. Ядра продолговатого мозга оказались нормальными, а также в белом веществе большого мозга и больших ганглиях никаких изменений не было найдено.

Извилины мозга были хорошо развиты и имели нормальный вид; при микроскопическом исследовании коры мозговой найдено было: расширение кровеносных сосудов, большая пигментация нервных клеток и, по-видимому, увеличенное количество ядер невроглии, особенно на границе между белым и серым веществом.

Что касается периферических нервов, то большинство их оказалось патологически измененными и представляло резкие явления neuritis paren-chymatosa. Наиболее поражен был п. dorsi pedis: в нём почти не было нормальных волокон, все более или менее были изменены, и от многих осталась только шванновская оболочка с большим количеством ядер.

Несколько менее были изменены п. peroneus и еще менее п. ischiadicus на бедре; здесь было видно много волокон нормальных, но рядом с ними были и волокна в различной степени измененные. Почти столько же были изменены и волокна в п. cruralis на бедре; в корешках же крестцовых и поясничных как передних, так и задних ничего ненормального не было найдено. Нервы верхних конечностей — radialis, ulnaris и medianus тоже были изменены, но меньше, нежели нижних. N. vagus представлял глубокие изменения: почти все его волокна были более или менее изменены, а от некоторых осталась только шванновская оболочка. В мышцах конечностей нижних и верхних были найдены изменения, но не очень значительные: большинство волокон имело нормальный вид, но некоторые из них представлялись мелкозернистыми, и поперечная полосатость их была неясно видна. Кроме того, были исследованы диафрагма и сердце: в диафрагме некоторые из волокон были изменены и представляли признаки начинающегося перерождения, в мышце же сердца в очень многих волокнах и в очень резкой степени было выражено жировое перерождение их.

Эти пять случаев представляют так много сходства между собою и в этиологическом, и в клиническом, и в анатомо-патологическом отношениях, что не оставляют сомнения в том, что все они относятся к одной и той же болезненной форме, и именно к той, которая теперь известна под именем paralysis alcoholica. Так, в отношении этиологии, хотя больные наши находились в различных жизненных условиях, но для всех них было одно общее — это продолжительное злоупотребление спиртными напитками, и притом не в виде временного кутежа или запоя, а в виде более или менее постоянного и продолжительного пьянства. Соответственно этому у всех наших больных уже задолго до наступления их последней болезни был целый ряд расстройств, свойственных хроническому алкоголизму, а у некоторых из них был вполне выраженный delirium tremens. Что же касается собственно параличных явлений, то у некоторых из них они развились без особой новой причины, — по-видимому, исключительно только от того, что злоупотребление спиртными напитками усилилось у них еще более, дошло до крайних размеров и вызвало соответствующий ряд явлений: обострение катара желудка, рвоту, отсутствие аппетита, бессонницу и т. п. симптомы, ослабившие уже подготовленный организм, — так было, по-видимому, в 1-м, 2-м и 5-м наблюдениях. В других же случаях поводом к появлению параличей служили еще новые неблагоприятные условия, сильно подействовавшие на организм; таким поводом в 3-м наблюдении служило неосторожное купание в реке, а в 4-м — обильное кровотечение вследствие ранения. Должно впрочем заметить, что во всех тех случаях, где удавалось собрать более точные анамнестические данные, можно было убедиться, что болезнь развивалась мало-помалу, и что задолго — за несколько месяцев, а иногда даже лет — до появления вполне выразившейся болезни был ряд явлений, ясно указывавший на её начало.

Основываясь на собственных наблюдениях, особенно из частной практики, я думаю, что такое очень медленное развитие болезни встречается гораздо чаще, нежели острое. Так, мне нередко приходилось видеть больных, которые обращались с жалобами на некоторую слабость ног и на боли в них, что они обыкновенно называли ревматизмом; при исследовании же оказывалось, что сверх того существует некоторое понижение чувствительности в нижних конечностях, отсутствие пателлярных рефлексов и ясно выраженная болезненность при давлении нервных стволов и мышц, преимущественно икряных; из расспросов же выяснилось, что здесь существует давнишнее злоупотребление спиртными напитками. Если такой больной переменял свой образ жизни, переставал пить и делал соответствующее лечение, то явления эти проходили или, по крайней мере, уменьшались; если же больной снова начинал пить или присоединялось какое-нибудь новое неблагоприятное условие, то болезнь быстро усиливалась и нередко доходила до тяжелой формы алкогольного паралича. При этом, видимым образом, особенно важную роль играет всякое ослабление деятельности сердца.

У алкоголиков, как известно, очень часто развивается жировое перерождение сердечной мышцы — у всех наших больных мы нашли это перерождение в очень высокой степени. Уже вследствие этого кровообращение, и именно в частях, наиболее удаленных от центра, должно затрудняться; если же к этому присоединится новый момент, ослабляющий деятельность сердца, то условия питания частей, удаленных от центра, сделаются особенно неблагоприятными.

Со стороны клинической, все эти больные во время поступления их в больницу представляли сложную и тяжелую картину болезни, и все имели очень большое сходство между собою, различаясь только постепенно. При этом всю совокупность симптомов можно было разделить на три группы: расстройства внутренних органов, параличи и изменения психической деятельности. Совокупность явлений первой категории ясно указывала на хронический алкоголизм; хронический катар зева, желудка и кишок; изменения печени—гиперемия, жировое перерождение или цирроз её;

хронический катар бронхов; жировое перерождение сердца: в некоторых случаях — атероматозное изменение сосудов и общая ожирелость. Психическое расстройство тоже у всех наших больных представляло замечательное сходство: прежде всего обращало на себя внимание ослабление и спутанность сознания, — больные наши крайне слабо воспринимали внешние впечатления и совершенно не могли ориентироваться относительно времени и места.

Память их была так значительно ослаблена, что они тотчас же забывали то, что говорили или слышали; при этом более или менее у всех были иллюзии и галлюцинации то слуха, то зрения, то осязания или общего чувства. Соответственно этому больные наши постоянно находились в своем фантастическом мире — воспоминания прошлого, слабые впечатления настоящего, сновидения, иллюзии и галлюцинации перемешивались между собою, хотя все это было слабо и бледно. Душевные движения тоже были слабы: большею частью больные находились в апатично-благодушном настроении, что ясно обнаруживалось и в чертах их лица, и только изредка и в слабой степени они или оживлялись или делались плаксивы. Эти изменения психической деятельности слабее всего были выражены в нашем 4-м наблюдении, хотя и здесь они были очень заметны; во всех же остальных случаях они достигали очень высокой степени[[5]](#footnote-5).

Параличи, наблюдавшиеся у наших больных, во всех случаях представляли очень типическую картину: парализованы были все четыре конечности, но нижние гораздо более, нежели верхние; части, наиболее удаленные от центра, поражались раньше и сильнее частей, ближе к центру лежащих, экстензоры более флексоров. Во всех этих случаях были очень ясно выражены характеры периферического паралича: вместе с расстройством движений почти в такой же мере были и расстройства чувствительности — анестезии и вместе с этим — гипералгезии, парестезии, боли и очень большая болезненность при давлении как нервных стволов, так и мышц. Сухожильные, а позднее и кожные рефлексы уничтожались.

Во многих случаях мышцы представлялись дряблыми и, по-видимому, уменьшенными в объёме. Это похудание мышц не достигало впрочем высокой степени, и в большинстве наших случаев маскировалось сильно развитым подкожным жиром.

Электровозбудимость постепенно падала, а потом и совершенно исчезала, во многих мышцах можно было заметить хотя неполную реакцию перерождения. Должно впрочем заметить, что как дряблость мышцы, так и падение в ней электровозбудимости наступали гораздо позднее паралича: в некоторых случаях паралич ног был уже почти полный, а электровозбудимость была ещё сохранена, и только впоследствии, так сказать, на наших глазах постепенно понижалась и исчезала. Но несмотря на то, что паралич занимал не только нижние, но и верхние конечности, тазовые органы оставались не парализованными, и если у наших больных и являлись задержание или недержание мочи и испражнений, то это было явление временное, и, по-видимому, оно стояло в связи частью с местными изменениями тазовых органов, главным же образом зависело от затемнения сознания. Зато в двух наших наблюдениях был ясно выражен паралич п. phrenici со всеми его последствиями. Из головных нервов в наших случаях был поражен только п. vagus; пo всей вероятности, учащенный пульс и неправильная деятельность сердца, по крайней мере отчасти, находились в зависимости от этого изменения блуждающего нерва. Другие же головные нервы, в том числе и глазодвигательные, в наших случаях оставались в нормальном состоянии. Кроме собственно параличей в 1-м нашем случае мы наблюдали очень резко выраженные беспорядочные, излишние движения в верхних конечностях: движения эти были очень своеобразны и мало походили на обыкновенные атактинеские движения при спинной сухотке. Весьма вероятно, что они зависели от неравномерного распределения паралича в различных мышцах верхних конечностей, причем, сгибатели как более сохранившиеся резко преобладали над разгибателями; может быть при этом играло роль и изменение чувствительности, особенно мышц. Явление это у нашего больного наблюдалось недолго: по мере того, как увеличивался паралич, беспорядочные движения уменьшались и, наконец, заменялись неподвижностью[[6]](#footnote-6).

Все наши больные уже при поступлении в больницу находились в крайне тяжелом состоянии, и притом болезнь всё прогрессировала: паралич все усиливался как интенсивно, так и экстенсивно; вместе с этим все более расстраивалась психическая деятельность, и увеличивалась общая слабость. Особенно грозным симптомом была слабость сердца — она все увеличивалась и служила главною причиною летального исхода. Ближайшим поводом к этому исходу в 1-м наблюдении была кровавая рвота, очевидно вызванная застоем крови в пищеварительных органах вследствие слабой деятельности сердца. В случаях 2-м и 5-м таким моментом служил паралич диафрагмы; в 4-м причиною смерти был своеобразный приступ удушья, продолжавшийся часов 7 или 8; весьма вероятно, что он был вызван ослаблением деятельности сердца и вследствие этого — неправильным оживлением дыхательного центра; наконец, в 3-м случае смерть наступила вследствие постепенного развивавшегося упадка сил и слабости сердца.

Анатомо-патологические изменения, найденные в наших случаях, можно разделить на две группы: с одной стороны, изменения внутренних органов, а с другой — изменения нервной и мышечной системы. Первые изменения по своей совокупности носили на себе характер хронического алкоголизма: хронический катар зева, желудка и кишки; жировое перерождение или цирроз печени; хронический бронхит; жировое перерождение сердечной мышцы; более или менее выраженное атероматозное изменение сосудов и почти во всех случаях — общая ожирелость. Что касается мышц, главным образом, конечностей, то при микроскопическом исследовании оказались признаки начинающегося перерождения их: мелкозернистость, местами исчезание поперечной полосатости, увеличенное количество ядер сарколеммы и утончение волокон. Должно заметить, что изменения эти во всех наших случаях не были очень глубоки: очевидно, это было только начало болезненного процесса, и только в 3-м наблюдении мы нашли более крупные повреждения мышечных волокон, а именно: восковидное перерождение их в m. peroneus. В нервной системе изменения оказались и в головном мозгу, большей частью и в спинном, и в периферических нервах: изменение этих последних было самым постоянным и наиболее резко выраженным явлением. Во всех случаях изменение периферических нервных стволов носило характер чисто паренхиматозный: были изменены нервные волокна, в сосудах же и в неврилемме никаких уклонений от нормы нельзя было заметить. Степень этих изменений была очень различна: более всего были поражены нервы нижних конечностей, но и здесь была очень большая разница между частями периферическими и лежащими ближе к центру одного и того же нервного ствола. Так, почти во всех случаях в п. dorsi pedis нельзя было найти ни одного нормального волокна, а в п. ischiadicus уже большинство волокон имело нормальный вид; в сплетениях же и еще более в корешках или вовсе не было изменений, или — самые незначительные. В некоторых случаях глубокие изменения представлял п. phrenicus; блуждающий же нерв во всех наших случаях оказался более или менее сильно измененным; напротив, другие головные нервы были нормальны. Что касается характера изменений нервных волокон, то главным образом они имели сходство со вторичным, валлеровским перерождением их: распадение миелина и осевого цилиндра во всевозможных степенях, размножение ядер шванновской оболочки, утончение волокон. Но кроме этого, в некоторых местах можно было видеть те изменения, которые описаны Gombault под именем сегментарного периаксиллярного неврита; эти последние встречались только в центральных отделах нервных стволов, где изменения вообще были мало выражены — в сплетениях и в некоторых случаях в корешках как передних, так и задних. Должно, впрочем, заметить, что такие изменения я находил гораздо реже и в гораздо меньшей степени у наших алкоголиков, нежели в других случаях множественного неврита неалкогольного происхождения — при септицемии, при остром туберкулезе и пр.

На исследование спинного мозга было обращено нами особенное внимание, и оказалось, что почти во всех наших случаях оно представляло более или менее значительные изменения, и только в 4-м наблюдении, несмотря на повторные и самые тщательные исследования, в спинном мозгу нельзя было найти никаких уклонений от нормы. В 1-м наблюдении мы нашли разбухание осевых цилиндров как в белом, так и в сером веществе; разбухание это было сходно с тем, которое нередко наблюдается при остром миелите или при сдавлении спинного мозга; нервные клетки, а также сосуды и невроглия в этом случае оказались нормальными. В 3-м наблюдении нами были найдены вакуоли в клетках передних рогов, главным образом, в шейном утолщении; в остальном спинной мозг представлялся нормальным. Наконец, во 2-м и 5-м наблюдениях мы нашли myelitis diffusam chronicam, хотя не в большей степени: расширение кровеносных сосудов, утолщение их стенок, а также и соединительнотканных перегородок спинного мозга, паукообразные клетки и последовательные изменения нервных волокон. Изменения эти занимали главным образом боковые стволы, но переходили и на передние и задние; вместе с этим было и перерождение Годлевских столбов.

Что касается мозговой коры, то найденные нами изменения вообще были нерезки: расширение кровеносных сосудов и их периваскулярных пространств, увеличение ядер вокруг сосудов, усиленная пигментация нервных клеток и в некоторых случаях, по-видимому, начинающаяся атрофия их. Весьма вероятно, что эти изменения обусловливались главным образом нарушенным кровообращением и измененным состоянием сосудистых стенок. Другие же отделы центральной нервной системы оказались нормальными.

Теперь рождается вопрос: в каком отношении между собою находятся эти изменения нервной и мышечной системы? Что касается мышц, то едва ли может быть сомнение в том, что изменения их были явлением вторичным, происшедшим вследствие болезни нервной системы. В пользу этого говорит то обстоятельство, что изменения эти были выражены очень слабо сравнительно с повреждением периферических нервов, а также и клиническое наблюдение: в некоторых из наших случаев, хотя паралич был уже выражен очень резко, электровозбудимость мышц была ещё нормальна, и только впоследствии на наших глазах постепенно падала, представляя признаки реакции перерождения. Наоборот, изменение в коре головного мозга мы должны считать за явление самостоятельное: нет никаких данных в пользу того мнения, что они обязаны своим происхождением изменению периферических нервов или спинного мозга; на них скорее мы должны смотреть как на следствие одной и той же причины, которая очевидно действовала вредным образом на всю нервную систему. Гораздо труднее вопрос о взаимном отношении изменений спинного мозга и периферических нервов: составляет ли каждое из них явление самостоятельное, или же одно из них обусловлено другим? Во всех наших случаях изменение периферических нервов было очень резко; напротив, повреждение спинного мозга, если оно и было найдено, в общем было неглубоко. Тем не менее слишком мало вероятно, чтобы повреждение спинного мозга могло быть последовательным и произойти вторично вследствие страдания периферических нервов: во всех наших случаях в периферических нервах болезненный процесс был один и тот же. В спинном же мозгу в разных случаях оказались различные изменения: в некоторых — чисто паренхиматозные, в других же — интерстициальные, а в одном случае их вовсе не было, хотя изменения нервов и здесь были выражены очень резко. Но нет достаточных оснований и для обратного заключения, т. е. для того, чтобы считать изменения спинного мозга первичными, а изменения периферических нервов — последовательными. Что изменение периферических нервов в наших случаях не было обыкновенным вторичным перерождением их, в этом, мне кажется, нет сомнения. Против этого говорит, во-первых, то, что изменение чувствующих нервов было приблизительно одинаково, как и двигательных; во-вторых, то, что нами найдены сегментарные, периаксиллярные изменения;

в-третьих, отсутствие всякой пропорциональности между изменениями спинного мозга и периферических нервов, и, наконец,

в-четвертых, клинические явления: во всех наших случаях была очень большая болезненность при давлении как в нервных стволах, так и в мышцах. Таким образом, мы по необходимости должны смотреть на эти изменения не как на простое перерождение нервов, а как на воспаление их — neuritis. Но нет доказательств и на то, чтобы смотреть на это воспаление нервов как на последствие измененного трофического влияния спинного мозга: если бы это было так, то мы гораздо чаще встречали бы воспаление периферических нервов при различных разлитых страданиях спинного мозга, однако обыкновенно этого не бывает. Таким образом, мы должны думать, что изменение периферических нервов в наших случаях представляет собою явление самостоятельное и не зависит от изменений спинного мозга, и что следовательно под влиянием алкоголизма может развиться самостоятельно neuritis multiplex parenchymatosa. Мало того, на основании собственных и многочисленных чужих наблюдений мы приходим к заключению, что при болезненной форме, известной под именем алкогольного паралича главную и самую существенную роль играет именно это воспаление периферических нервов: те параличи, которые при этом наблюдаются, происходят именно вследствие множественного неврита.

Само собою разумеется, что не всякий паралич у алкоголика обязан своим происхождением невриту; мы говорим исключительно о той болезненной форме, которая в настоящее время известна клиницистам под именем алкогольного паралича, и главным образом о тех параличах конечностей, которыми она чаще всего обнаруживается. Под влиянием алкоголизма могут быть параличи самого разнообразного происхождения: могут быть и спинальные, и бульбарные, и церебральные. Особый интерес представляют те случаи, где они происходят вследствие polioencephalitis anterior acuta, тем более, что, как показали наблюдения, этот болезненный процесс может быть вместе с множественным алкогольным невритом.

Как известно, эта болезнь впервые описана Wernicke в 1882 г.[[7]](#footnote-7) на основании трёх случаев, из которых два последние относятся к алкоголикам. В январе 1887 г. на Втором Съезде русских врачей я сделал сообщение еще об одном случае, наблюдавшемся в нашей клинике[[8]](#footnote-8). Больной наш с давних времен, особенно же незадолго до его последней болезни, крайне злоупотреблял спиртными напитками; при жизни у него между прочим была ophthalmoplegia exterior, а при вскрытии найдено острое воспаление того центрального серого вещества, которое окружает заднюю часть 3-го желудочка, сильвиев водопровод и отчасти — дно 4-го желудочка.

В том же 1887 г. Thomsen описал два случая этой болезни тоже у алкоголиков[[9]](#footnote-9), причем, как клиническая картина болезни, так и анатомические изменения представляли замечательное сходство как с описанием Wernicke, так и с нашим случаем. Затем Thomsen в 1890 г. описал еще один случай алкоголизма[[10]](#footnote-10), где вместе с polioencephalitis anterior acuta было и глубокое изменение в продолговатом мозгу и именно в ядре п. vagi; в этом случае был найден и neuritis multiplex parenchymatosa. Таким образом, в настоящее время не подлежит сомнению, что polioencephalitis anterioracuta чаще всего развивается вследствие алкоголизма и что он может быть одновременно с множественным невритом. Весьма возможно, что и параличи отдельных глазодвигательных нервов, нередко наблюдаемые при paralysis alcoholica, по крайней мере в некоторых случаях, происходят вследствие повреждения не периферических нервных стволов, а соответствующих центров.

Наконец, наши наблюдения показывают, что у алкоголиков, видимым образом, вследствие одной и той же причины изменения периферических нервов могут быть одновременно и с изменениями спинного мозга. В большинстве случаев эти последние так малы, что они едва ли в состоянии вызвать заметные нам клинические явления, и мы тогда имеем картину болезни, обусловленную только невритом, соответственно его степени и распространению. Но иногда изменения спинного мозга могут быть настолько значительны, что будут вызывать и соответствующие симптомы; тогда, конечно, мы будем иметь сложную картину, и клиницист, зная это, должен по возможности в каждом отдельном случае определить, какие расстройства зависят от поражения периферических нервов и какие — от страдания спинного мозга, так как это может иметь значение в прогностическом и терапевтическом отношениях.

1. Напечатано в 1891 г., СПб., Тип М. М. Стасюлевича, 30 с. [↑](#footnote-ref-1)
2. Один из них был наблюдаем в Александровской больнице, и этой историей болезни я обязан д-ру Ив. Дм. Жданову, которому и приношу мою благодарность; анатомическое же исследование было сделано в нашей клинической лаборатории. [↑](#footnote-ref-2)
3. Здесь и далее нозологические формы, анатомические и гистологические названия даны по оригиналам статей. — Ред. [↑](#footnote-ref-3)
4. Россолимо Григорий Иванович (1860—1928), в дальнейшем известный невропатолог, один из основоположников детской неврологии в СССР. — Ред. [↑](#footnote-ref-4)
5. Замечательно, что подобная картина психических расстройств нередко наблюдается при множественном неврите другого, неалкогольного происхождения; на это особенно обратил внимание д-р С. С. Корсаков, который и предложил такие расстройства называть «полиневритическими психозами». (Вестн. психиатрии, 1887, вып. 2). [↑](#footnote-ref-5)
6. Как известно, при алкогольном неврите нередко наблюдаются неправильные, атактические движения как в нижних, так и в верхних конечностях. Большею частью движения эти значительно отличаются от тех, которые бывают при спинной сухотке, причем и течение болезни здесь гораздо быстрее; такие случаи нам неоднократно приходилось наблюдать. Но в последнее время описаны случаи алкогольной атаксии, где и комплексы симптомов, и хроническое течение болезни настолько были сходны с tabes dorsalis, что диагностическая ошибка была сделана весьма опытными невропатологами. Особенно поучителен в этом отношении случай Thomsen'a (Arch. f. Psychiatr. Bd. XXI, H. 3); отчасти сюда же относится и случай, описанный Dejerine et Sollier (Archives de medec. experiment. 1889. T. 1, No 2). [↑](#footnote-ref-6)
7. Lehrbuch der Gehirnkrankheiten, 1882, Bd II, p. 229. [↑](#footnote-ref-7)
8. Ophthalmoplegia nuclearis. Мед. Обозр., 1887, № 2—3; Le progres medical, 1887, No 36, 37. [↑](#footnote-ref-8)
9. Arch. f. Psychiatrie, 1887, Bd XIX, H. 1; Berlin. klin. Wschr., 1888, No 2. [↑](#footnote-ref-9)
10. Arch. f. Psychiatrie, 1890, Bd. XXI, H. 3. [↑](#footnote-ref-10)