

К 150-летию со дня рождения В.М.Бехтерева (1857-1927).

В.М.Бехтерев основоположник изучения анатомии (1894-1896гг) и физиологии (1903-1907гг) мозга, проводящих путей. Он инициатор изучения условно-рефлекторной деятельности человека (рефлексология по В.М.Бехтереву), как объективного метода исследования психологии.

После окончания Медико-хирургической академии он был оставлен на кафедре психиатрии для усовершенствования, и после годичной стажировки за рубежом в 1884г. был направлен в Казанский университет на заведывание кафедрой психиатрии (1885-1893). Там ярко проявился его профессиональный и организаторский талант, способствовавший основать одну из первых в России клиник по психиатрии, Казанское общество психиатров и неврологов, журнал «Неврологический вестник».

С 1893г. он стал возглавлять кафедру неврологии и психиатрии в Военно-Медицинской Академии в Петербурге, где организовал также одно из первых отделений отделение нейрохирургии, а в 1907г. основал Психоневрологический Институт, и Психоневрологическую кафедру в 1918г.

В начале XX В.М.Бехтерев создал новое научное направление, названное им психоневрология, включающее комплекс наук: пси-

хиатрия, неврология, нейроанатомия, нейрофизиология, психигигиена, психопрофилактика, медицинская психология, медицинская педагогика, нейрохирургия, криминология. Таким образом был обоснован вопрос о необходимости всестороннего изучения в динамике личности здорового и больного человека.

В.М.Бехтерев автор более 1300 печатных работ на русском и 400 - на иностранных языках.

Отмечая юбилей выдающегося русского ученого психиатра и невролога, редколлегия нашего журнала приняла решение опубликовать его статью 1892г. из журнала «Врач», в которой он впервые описал особую форму заболевания в виде одеревенелости позвоночника с его искривлением.

Необходимо обратить внимание читателей, что в нашем же журнале в 2001г. была опубликована всеобъемлющая статья по роли В.М.Бехтерева в выделении анкилозирующего спондилоартрита, как самостоятельной нозологической формы, знакомство с которой будет весьма полезно читателям (Научно-практическая ревматология 2001г. № 4, 94-103).

Н.В. Бунчук

ВРАЧЪ

ЕЖЕНЕДѢЛЬНАЯ ГАЗЕТА,

посвященная всѣмъ отраслямъ клинической медицины
общественной и частной гигиѣнѣ и вопросамъ врачебнаго
быта.

Подъ редакціей бывшаго профессора В. А. МАНАССЕННА.

ТОМЪ XIII.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
ИЗДАНИЕ К. Л. РИККЕРА.
1892.

СХХІ. Одеревенелость позвоночника с искривлением его, как особая форма заболевания

Проф. В. М. Бехтерев

В течение последних лет я имел возможность наблюдать заболевание, выражающееся в развитой форме искривления кзади и неподвижностью или одеревенелостью позвоночного столба и целым рядом расстройств со стороны нервной системы. Так как при обзоре подходящей литературы я не нашел более или менее подробных и вообще точных указаний по поводу этого своеобразного страдания, то, интереса ради, я и считаю нелишним сообщить свои наблюдения по сделанным мною записям о больных этого рода, из которых трое были пользуеться мною на домашнем приеме.

І. Больная Ш., 56 л., явилась ко мне на прием с жалобами на мучительное чувство тяжести в задней части шеи, отдающее в спинной хребет и в заднюю часть головы; кроме того, по временам больная испытывает ощущение стягивания в горле и ее как бы душит. Более же всего она жалуется на то, что за последнее время ей стало трудно поддерживать голову, которую постоянно клонит вперед. С первого же раза у больной обращает на себя внимание резкое искривление позвоночника кзади в верхней его части, в особенности в нижней шейной и лопаточной областях, причем голова представляется как бы выдвинутой вперед и слегка опущенной. Мать больной тоже страдала искривлением позвоночника кзади, хотя и более слабым; затем подобным же искривлением позвоночника страдала сестра больной и, кроме того, с детства страдает им и ее дочь. Сама больная была несколько сутуловата еще с молодости, но в последние годы искривление позвоночника, как она замечает, стало резко усиливаться. Вместе с этим усилением искривления вначале были боли в правой руке; кроме того, в течение последних 5 лет больная нередко испытывала чувство тяжести в голове, которое усилилось в особенности за последнюю зиму. Теперь тяжесть обнаруживается преимущественно в затылочной области головы и в задней части шеи. Сверх того, в последнее время больную стало постоянно беспокоить своеобразное и тягостное чувство стягивания в боковых частях шеи, преимущественно под нижней челюстью, в особенности слева. Из других явлений следует отметить, что прежде у больной бывали сильные мигрени. Лет 20 назад она мгновенно ослепла на правый глаз, но затем зрение ее стало восстанавливаться, хотя еще и в настоящее время правый глаз видит хуже левого. Явлений истерии не было никогда.

Выпуклая горбатость (искривление кзади) позвоночника в нижней шейной и верхней грудной

областях, благодаря чему голова сильно выдвинута вперед. Лордоз в нижней части позвоночника, если и есть, то весьма незначительный. При более внимательном осмотре туловища замечается лишь некоторое опущение лопаток и как бы расхождение их в стороны, но ясной атрофии мышц, поддерживающих лопатки, под жировым покровом не заметно; только на шее, справа, заметно некоторое исхудание мышц по сравнению с левой стороной. Болевая чувствительность в лопаточных областях спины незначительно понижена; никаких других расстройств чувствительности нет, кроме упомянутого выше чувства стягивания под нижней челюстью и ощущения тяжести в задней части шеи и затылочной области головы. При выпрямлении, т. е., поднятии головы кверху, чувство тяжести в ней всегда усиливается. Точно также, по заявлению больной, чувство тяжести в голове заметно усиливается и при ходьбе. Самородных болей в спине больная не испытывает; при надавливании на позвоночник и при постукивании по нему боли тоже не ощущает. Органы чувств в порядке, за исключением ослабления зрения на правый глаз, которым видит неясно, причем верхние части предметов кажутся как бы затянутыми легкой пеленой. В области движения главная жалоба больной сводится на то, что голову тянет вперед, так что трудно поддерживать ее в естественном положении. Выпрямлять голову ей тоже трудно; и, как уже я сказал, при этом всегда является чувство тяжести в задней части шеи и головы. Движения шеи в стороны довольно свободны. Тип дыхания исключительно брюшной: плоская грудь больной почти вовсе не участвует в дыхательных движениях. Позвоночник в грудной области поразительно мало подвижен. Повороты в сторону, выпрямление и сгибание его чрезвычайно ограничены. В лежачем положении горбатость не исправляется. Других двигательных расстройств не заметно. Сухожильные рефлексы без существенных изменений. В течение последнего года у больной стали обнаруживаться запоры. В остальном никаких расстройств. Лечилась электричеством, но улучшения не было; скорее даже от электричества ей стало хуже.

Во время наблюдения, продолжавшегося около месяца, больная принимала йодистый калий, а против болезненных ощущений — по временам хинин с антифебрином. Кроме того, делались прижигания: по позвоночнику, в шейной области. Прочного улучшения не последовало, но прижигания несомненно облегчали, хотя и временно, тягостные ощущения стягивания в шейной области.

II. Больная М., 52 л., обратилась ко мне за советом в начале августа 1890 г. по поводу приступов сердцебиения, тоски и бессонницы, которыми она страдает уже несколько месяцев. Резкое искривление позвоночника кзади, преимущественно в верхней части грудной области. Из расспросов по этому поводу выяснилось, что она уже более 10 лет стала замечать, что верхнюю часть ее туловища постепенно клонит вперед. Незадолго перед этим (лет 12 назад) больная упала в бане и сильно ушибла спину, которая после того была черной (кровоподтек). Вслед затем больная стала испытывать боль в нижних шейных позвонках, если долго оставалась в сидячем положении. В тоже время стала обнаруживаться впервые небольшая сутуловатость. Эти болезненные явления сама больная относила к тому, что, живя без прислуги, она должна была много хлопотать по хозяйству, причем часто приходилось работать в согнутом положении. 2 года назад, отворяя дверь, она случайно упала на спину и ушибла себе руку, после чего чувствовала боль в спине с месяц и должна была лежать в постели. От боли она не могла даже повертываться в кровати без посторонней помощи; кроме того, полученные при падении повреждения руки осложнились рожей. Во время лежания в постели у больной появились месячные, которых ранее не было уже 8 лет. Через месяц больная поправилась настолько, что при лежании уже не чувствовала боли в спине, но при ходьбе и сидении боль еще была. Эта боль в меньшей степени продолжается и по сие время, вследствие чего больная и не может подолгу сидеть. Со времени падения сутуловатость стала быстро усиливаться до резкого искривления позвоночника кзади, причем последнее, по заявлению больной, и в настоящее время постепенно усиливается все более и более. Из анамнеза больной выясняется далее, что ее мать тоже страдала искривлением позвоночника кзади, но в меньшей степени; тетка же больной страдала подобным искривлением в крайней резкой степени. Больная заявляет, что в настоящее время она чувствует по временам жар в теле, не исключая и головы, сопровождающийся потением. Это явление обыкновенно наступает внезапно, в различное время дня и, продолжаясь не более 10 минут, сопровождается чувством общей слабости в такой степени, что больная в это время не может сидеть. Только что указанное явление в особенности часто стало обнаруживаться после второго падения; теперь оно бывает иногда по несколько раз в день. После второго падения у больной бывает также сильная бессонница и тоска. Что же касается до сердцебиения, то больная страдает им уже с давних пор. Следует еще упомянуть, что в руках нередко появляется чувство онемения, а по временам бывает и дрожание; в последнее время в руках стала обнаруживаться даже некоторая слабость. Кроме того, больная чувствует, как будто голову ее

гнет вперед, так что нужно некоторое усилие, чтобы поддерживать ее в прямом положении.

Первое, что бросается в глаза, — это упомянутое уже резкое искривление позвоночника, преимущественно в верхней грудной области. При осмотре туловища сбоку, можно сказать, что верхняя часть позвоночника образует выпуклую кзади дугу с радиусом приблизительно в две четверти. Вместе с тем голова больной заметно выдвинута вперед; шея кажется укороченной; подбородок же слегка опущен. В поясничной области ясного уравнивающего лордоза нет. Таз стоит более прямо и как бы несколько выдвинут вперед; расстояние же между мечем и лобком укорочено, причем живот как бы выпячен вперед, тогда как грудь, наоборот, представляется плоской, почти впалой. Выпрямление позвоночника невозможно ни при каких условиях, даже и при лежании. Небольшое наклонение туловища вперед и назад возможно лишь благодаря некоторой сгибаемости позвоночника в нижней грудной и поясничной частях. Повороты позвоночника возможны также лишь в слабой степени, благодаря подвижности его нижней части. Верхняя же $\frac{1}{2}$ грудной и нижняя часть шейной областей позвоночника почти совершенно неподвижны. При попытках к поворачиванию туловища чувствуется некоторая боль в шейной области. Поднятие головы кверху и повороты ее в стороны заметно ограничены; последние совершаются почти исключительно за счет сочленения атланта со вторым позвонком, вследствие чего движение головы делает впечатление флюгера, движущегося на неподвижной оси. На спине заметна некоторая атрофия мышц в надлопаточных областях. Подостные мышцы тоже слегка атрофированы, в особенности правая. Шея и руки кажутся несколько исхудавшими. Реберные промежутки почти всюду ясно очерчены. Лопатки и наружные части ключиц сильно опущены, благодаря чему плечи стоят несколько ниже обыкновенного. Чувствительность всех родов, не исключая и болевой, ясно понижена на спине, в особенности соответственно уровню первых 4 грудных нервов. В меньшей степени понижение чувствительности обнаруживается и в верхней $\frac{1}{2}$ груди, а также в надключичных областях шеи; в нижней части груди ясного понижения чувствительности нет. Из субъективных расстройств чувствительности обращает на себя внимание по временам бывающее чувство ползания мурашек по спине и онемение в руках. Кроме того, у больной уже с давних пор по временам бывают боли в ногах, в особенности в подколенных областях и в вертлугах. Органы чувств в порядке. В позвоночнике самородных болей не чувствует вовсе; лишь при сильном постукивании в области 4 верхних грудных позвонков обнаруживается некоторая болезненность, остальные же позвонки и при постукивании безболезненны. В области движений обнаруживается уже упомянутое ослабление силы

рук. Хотя все движения рук и возможны, но движения их, в особенности вверх, за голову и кзади, за спину, крайне слабы и вызывают обыкновенно общую усталость. Фарадическая и гальваническая возбудимость мышц не изменена; лишь в мышцах лопаточных областей заметно некоторое ослабление электрической возбудимости. В походке заметных расстройств нет. На левой ноге два пальца согнуты и обнаруживают неподвижность суставов. Дыхание исключительно брюшное: грудная клетка почти вовсе не участвует в дыхании. Сухожильные рефлексы без существенных изменений, но при ударе молоточком по внутреннему краю нижнего угла лопатки не получается отраженного движения руки, бывающего у людей здоровых. Мочевой пузырь работает совершенно правильно. С давних пор больная страдает запорами. В матке — полип. В остальном ничего патологического.

За время наблюдения, продолжавшегося около 3 недель, больная принимала против тоски и сердцебиения бромистый натрий с кодеином и настойкой ландышей, а против бессонницы и запоров — бромистый хинин с ревенем; кроме того, были назначены общие спиртные растирания, тепловатые ванны в 28°R. с солью и прижигания по позвоночнику, в верхней грудной области. Под влиянием этого лечения тоска стала значительно меньше, сердцебиение совершенно прекратилось, бессонница тоже прошла, запоры уменьшились. Неповоротливость же спины и все другие явления остались без изменения.

Ш. Больной Г., 39 л., много раз падал и ушибал спину. 15 лет тому назад получил ушиб выюком в левое плечо, так что упал и не мог сам подняться. Кроме того, нужно упомянуть, что, служа с 1870 по 1888 г. составителем поездов, больной часто должен был работать с наклоненным туловищем. Мало помалу у него стало развиваться искривление позвоночника кзади, а несколько позднее, лет 10 назад, впервые появились и боли в туловище, руках и ногах. Боли эти частью были стрелявшие и блуждавшие, а частью сосредоточивались в локтевых и бедренных сочленениях, вследствие чего и признавались врачами за ревматические. Вследствие боли в суставах больной года 1½ ходил с трудом. Спустя год появились и поясничные боли; затем года четыре спустя к поясничным болям присоединились боли в боках, столь сильные, что больной почти не мог ездить на извозчиках вследствие тряски. Кроме того, временами бывали парестезии в подошвах, в виде шекотания.

Так как все боли, как упомянуто, признавались за ревматические, то в 1889 г. больной был послан из Казани врачами в Астрахань на Тинакские грязи, но, как и следовало ожидать, никакого улучшения на грязях не последовало; скорее даже боли обострились и общее состояние ухудшилось. Между прочим, после Тинакских грязей появились приступы

сердцебиения и боли в грудной доске и в левой ½ груди, продолжающиеся и по сие время. Суставные боли были еще прошлой зимой, но облегчились от горчичников и в настоящее время бывают лишь изредка и на минуту, не более. Чаше всего больно-го беспокоят теперь боли в пояснице и в боковых частях живота, бывающие приступами на довольно продолжительное время (до нескольких дней). С лета прошлого года, т. е., с год назад, больной стал замечать общую слабость, выражающуюся усталостью при ходьбе.

Мать больного, которой в настоящее время 70 лет, за последние 15 лет сторбилась подобно сыну, причем и у нее по временам бывают боли в ногах и чувство шекотания в подошвах; отец больного, по-видимому, в чахотке; о других родных больной не может дать точных сведений.

12 мая 1891 г.: Среднего роста, довольно порядочного сложения, с умеренным развитием подкожного жира. Резкая горбатость спины с выпуклостью кзади, преимущественно в лопаточной области; вследствие этого голова, благодаря уравнивающему отклонению шеи вперед, кажется выдвинутой кпереди и слегка опущенной. В поясничной области ясного лордоза нет; скорее можно бы говорить об уплощении поясничной части хребта. Так как бы несколько выдвинут вперед, и потому живот кажется выпяченным. Передняя часть груди резко уплощена и даже кажется несколько вдавленной. Лопатки заметно выстоят кзади вследствие исхудания мышц. Дыхание исключительно брюшное, вследствие чего живот в верхней его части постоянно втягивается и выпячивается. Грудная же клетка при дыхании остается неподвижной; даже и при усиленном вдыхании она не принимает заметного участия в дыхательных движениях. Вместе с тем обращает на себя внимание поразительная неподвижность позвоночника, который не сгибается ни взад, ни вперед, ни вправо, ни влево. При попытках согнуться больной лишь слегка сгибает туловище. Движения головы кверху ясно ограничены. В лежачем положении разгибания позвоночника не происходит. По заявлению больного, сгибать спину ему что-то не дает, несмотря на то, что при попытках к сгибанию особенной боли в позвоночнике он не чувствует. При постукивании позвоночника особенной болезненности не обнаруживается; лишь в нижней грудной области чувствуется при этом некоторая боль в глубине. Больной заявляет, что его туловище как бы клонит вперед и что ему трудно выпрямиться и приподнять голову. Вместе с тем он жалуется на общую слабость и слабость ног в частности. Хотя походка его и не представляется резко расстроенной, но, вследствие неподвижности позвоночника при ходьбе и стоянии, колени подгибаются; а потому, и сама походка кажется совершенно своеобразной. Благодаря той же неподвижности позвоночника и частью вследствие слабости

ног, больному трудно подниматься с постели и даже со стула; при этом больной обыкновенно помогает себе руками. В особенности трудно больному вставать после долгого сидения. При этом вставании почти всегда появляется боль то в пояснице, то в боках. Мышцы рук и ног худы и дряблы на ощупь. Болевая и осязательная анестезия на спине, начиная с области 2-го грудного и до области нижних поясничных нервов, но на уровне 11-12 грудного нерва чувствительность значительно лучше, нежели в выше и ниже лежащих областях и может даже считаться повышенной. При этом на левой стороне спины чувствительность вообще притуплена более, нежели на правой. На ягодицах и в нижних конечностях чувствительность сохранена; в плечевых же областях замечается некоторое притупление болевой чувствительности. На груди, ниже области 2-го грудного нерва, хотя и обнаруживается анестезия, но в значительно меньшей степени, нежели на спине. На животе нижняя граница анестезии определяется линией, идущей над остями подвздошных костей, ниже пупка приблизительно пальца на три.

Из субъективных расстройств обращают на себя внимание почти постоянное чувство как бы электризации в шейной области, направляющееся от головы вниз; затем ощущение тяжести в груди («как бы доска положена на грудь») и чувство опоясывания, появившееся за последнее время. Кроме того, во время сидения и лежания больной испытывает почти постоянное неприятное щекотание в подколенных областях, при усилении которого он невольно делает иногда дергающее движение ног (судорожное сокращение). Подобное же щекотание ощущается и в локтях, причем больной нередко, чтобы облегчить себя, тоже производит дергающие движения рукой. Далее, у него «мозжат» голени, в особенности после ходьбы. С другой стороны, при сидении или неловком шаге чувствуется некоторая боль в области бедренного нерва, под *Poupart*'овой связкой, с той или другой стороны, но более с левой. При давлении в этой области действительно обнаруживается болезненность. Позвоночник при постукивании безболезнен, кроме области, соответствующей уровню 11 и 12 позвонков, где сильное постукивание сопровождается ясною болью. На этом же уровне чувствуется глубокая боль и при давлении по обеим сторонам позвоночника, причем всегда является и потребность вдохнуть или спереть воздух в груди, как бы для облегчения болезненного ощущения. Точно также чувство боли в вышеуказанных областях и та же своеобразная потребность спереть воздух в груди появляются и при езде на извозчике. Органы чувств без изменений; зрачки несколько неравномерны, но на свет реагируют правильно. Деятельность мочевого пузыря не нарушена. С некоторых пор заметна половая слабость. Коленные рефлексы на обеих сторонах повышены.

Во время наблюдения, продолжавшегося около

недели, больной принимал йодистый калий и хинин с фенацетином. Кроме того, производились прижигания по позвоночнику прибором *Paquelin*'а. Существенного улучшения за такой короткий срок, конечно, последовать не могло, но прижигания, все-таки, несомненно, на некоторое время облегчали признаки раздражения чувствительных нервов.

В дополнение к приведенным наблюдениям считаю необходимым заметить, что еще прежде я наблюдал 2 больных с подобными же явлениями, но, к сожалению, не сохранил о них подробных записей. Тем не менее, в связи с предыдущими наблюдениями и эти случаи не лишены интереса.

В одном из них у душевно больного более 10 лет существовала выпуклая горбатость позвоночного столба в плечевой и шейной областях, достигавшая такой степени, что подбородок почти прикасался к грудной доске. При этом совершенно безболезненный позвоночный столб отличался полной неподвижностью: больной не мог не только повертывать туловища, но даже повертывать и выпрямлять голову, вследствие чего он производил впечатление человека, с упорством смотрящего на свои ноги. Достойно также внимания, что грудная клетка не принимала никакого участия в дыхании, которое совершалось, исключительно благодаря сокращениям грудобрюшной преграды. Чувствительность была значительно притуплена почти на всей поверхности тела, в особенности же в области шеи, спины и боковых частей груди. Мышечная сила рук была заметно ослаблена. О субъективных ощущениях больной не мог давать показаний вследствие своего психического расстройства. Анамнеза получить не удалось. Больной умер от присоединившейся бугорчатки легких; вскрытия не было.

В другом случае были явления *paralysis agitans* и вместе с тем крайне резкая горбатость позвоночника в грудной и шейной областях, благодаря чему голова в сидячем и стоячем положениях представлялась опущенной прямо вниз, а взор устремлялся в пол. При этом замечалась поразительная неподвижность; позвоночного столба: больной был лишен возможности сгибать и поворачивать туловище в стороны в сидячем или стоячем положениях, не мог поднимать головы и только слегка двигал ей в стороны. По той же причине больной не мог без постоянной помощи повертываться в постели с одного бока на другой или переменить лежачее положение на сидячее; вставать же на ноги он мог, только помогая себе руками. В чувствительной сфере у больного наблюдались частые и разнообразные парестезии в области спины, груди и рук и ясное притупление чувствительности преимущественно на спине. Вместе с тем бросалось в глаза общее исхудание, в особенности же мышц лопаточных областей. Боли в позвонках не было ни при постукивании, ни при попытках сгибания. Дыхание было исключительно брюшным. Сила рук значительно

ослаблена; да, и в ногах заметна была паретическая слабость. Коленные рефлексы с обеих сторон были повышены. С течением времени паретическая слабость рук и ног значительно усилилась, и развились сгибательные сведения нижних, а затем и верхних конечностей. В последствии, как я слышал, больной умер от какого-то осложнения, причем вскрытия сделано не было. К сожалению, в этом случае причина, вызвавшая одеревенелость и искривление позвоночника, как и в предыдущем случае, осталась не выясненной; явления же *paralysis agitans* впервые начали обнаруживаться, как это часто случается с подобными больными, после внезапного и сильно-го душевного потрясения.

Из приведенных наблюдений ясно, что тяжесть болезни у моих больных была далеко неодинакова. Наименее тяжелую картину представляла первая больная, у которой заболевание в тоже время было и более свежее по времени; последний же случай следует признать самым тяжелым. Тем не менее, не подлежит сомнению, что во всех приведенных случаях мы имели одно и тоже заболевание. В этом убеждает нас то, что во всех случаях картина и развитие болезни представляли много общего. Так, почти во всех случаях существовали: 1) большая или меньшая неподвижность или, по крайней мере, недостаточная подвижность всего или только известной части позвоночного столба при отсутствии в нем резкой болезненности при постукивании и сгибании; 2) дугообразное искривление позвоночника кзади, преимущественно в верхней грудной области, причем голова представлялась выдвинутой вперед и опущенной; 3) паретическое состояние мышц туловища, шеи и конечностей, большей частью с небольшой атрофией спинных лопаточных мышц; 4) притупление чувствительности, преимущественно в области разветвления кожных ветвей спинных и нижних шейных нервов, а иногда и поясничных; наконец 5) разнообразные признаки раздражения со стороны тех же нервов, в виде парестезий, даже местных гиперестезий и болей в спине и в шейной области, а также в конечностях и в позвоночном столбе; в последнем в особенности при долговременном сидении. В некоторых случаях были, очевидно, и признаки раздражения со стороны двигательных нервов. Так, в одном случае был род судорожного подергивания рук и ног, появлявшегося вслед за чувством щекотания в локтевых и подколенных областях; в другом случае имелись сведения верхних и нижних конечностей.

Что касается до этиологии болезни, то выдающимися причинами в тех трех случаях, в которых имеются анамнестические данные, были наследственность и травматическое повреждение спины. Последнее, очевидно, играло существенную роль в развитии болезни в 2 случаях; к сожалению, в третьем случае при собирании анамнеза на это обстоятельство не было обращено внимания больного;

и потому остается неизвестным, не имела ли эта причина и в данном случае известного значения? Наследственность отмечена во всех трех случаях. В дальнейшем обсуждении вышеприведенных наблюдений прежде всего возникает вопрос о причине искривления позвоночного столба. Так как об английской болезни здесь не может быть и речи, то уже из того обстоятельства, что во всех случаях было дугообразное, а не угловое искривление позвоночника и не было сколько нибудь резкой местной болезненности его при давлении и постукивании, следует заключить, что мы имели дело с т. наз. мышечным искривлением позвоночника. Мышечные формы искривления позвоночного столба, как мы знаем в свою очередь, делятся по своему происхождению на привычные, ревматические и паралитические. О привычном искривлении позвоночника в моих случаях, конечно, не может быть и речи. Хотя некоторые больные и указывали, что им приходилось много нагибаться при своих занятиях, но, без сомнения, правильное всего смотреть на эти объяснения, лишь как на желание больных подыскать наиболее доступную их понятию причину для искривления позвоночного столба. Дело в том, что другие проявления болезни, как то: боли, парестезии, анестезии, паретическая слабость, заметная, хотя и слабая атрофия мышц, неподвижность позвоночного столба и совершенная невозможность произвольного его выпрямления положительно исключают мысль о привычном искривлении позвоночника. Надо думать поэтому, что указываемая некоторыми из больных необходимость частого сгибания, спины, быть может, до некоторой степени только способствовала усилению искривления; основная же причина этого искривления во всяком случае должна быть иная. С другой стороны, в моих случаях не может быть речи и о ревматическом мышечном искривлении, которое обыкновенно развивается более или менее быстро, почти внезапно, после простуды, одновременно с болями в спине, причем исправление кривизны позвоночного столба становится невозможным даже и на короткое время вследствие болей, появляющихся при малейшем сокращении произвольных мышц. Таким образом, путем исключения я прихожу к выводу, что в описанных выше случаях горбатость, по всей вероятности, обусловлена параличной слабостью мышц спины. В пользу этого, без сомнения, говорят паретическая слабость в мышцах шеи, спины и конечностей (в особенности верхних), анестезия кожи и некоторая атрофия спинных мышц. Но в обыкновенных случаях паралитической горбатости имеются два существенно важные и характерные признака, отличающие это заболевание от всех других форм горбатости: отсутствие боли и неспособность выпрямлять позвоночник вследствие паралича мышц¹. В моих же

¹ Eulenburg, Real Encyclopedie, т. XI, стр. 553.

случаях были на лицо боли и парестезии в области спины, шеи и отчасти в конечностях, а невозможность выпрямления позвоночного столба обуславливалась, по видимому, не столько параличной слабостью мышц, сколько неподвижностью самого позвоночного столба. В самом деле, мои больные одинаково не могли ни выпрямлять, ни сгибать своего позвоночника в грудной области, так что при необходимости они нагибались всем туловищем, и при том всегда в несовершенной степени. Точно также и боковые повороты позвоночника были резко ограничены, или почти совсем невозможны. Достоинно внимания, что, несмотря на значительную горбатость позвоночника кзади, не было заметного лордоза поясничной части или, по крайней мере, не было такого лордоза, как в обыкновенных случаях горбатости, зависящей от паралича спинных мышц².

Очевидно в моих случаях была не простая параличная горбатость, т. е., не горбатость, обусловленная параличом спинных мышц, подобно описанной, напр., *Eulenburg*'ом, а совершенно своеобразное заболевание, поразившее не только нервы шейных и спинных мышц и частью мышц конечностей, но также и самый остоу позвоночника столба. Спрашивается, что же это за поражение?

Вопроса этого нельзя, конечно, решить с положительностью до тех пор, пока случаи, подобные вышеприведенным, не будут исследованы и патологоанатомически. Тем не менее, руководясь клиническими данными, я желал бы высказать здесь свои соображения о патогенезе болезни, причем я хорошо сознаю, что соображения эти не могут иметь иного значения, как гипотезы, нуждающейся в патологоанатомической проверке.

Прежде всего необходимо иметь в виду, что ранние признаки болезни: чувство тяжести головы и невозможность поддерживать туловище в прямом направлении, поэтому уже в ранних периодах болезни развивается искривление позвоночника кзади. Рядом с этим, очень рано же появляются и признаки раздражения со стороны шейных и спинных нервов, поражением которых, без сомнения, объясняются не только вышеуказанные паретические расстройства, с течением времени все более и более усиливающиеся, но и небольшая атрофия пораженных мышц. Но так как в то же время развивается и поразительная малоподвижность позвоночного столба, то, очевидно, что болезненный процесс, гнездясь в позвоночном канале, должен вовлекать в страдание одновременно, как соединительнотканые части позвоночника, способствующие его движению, так и корешки, дающие начало спинным и шейным нервам.

На основании всех этих данных можно предположить, что в описываемых случаях мы имеем самостоятельный развивающийся разлитой хронический процесс в областях соседних с твердой оболочкой спинного мозга: по всей вероятности, разлитое хроническое воспаление окружающей ее клетчатки и наружных слоев самой твердой оболочки, обуславливающее, с одной стороны, обширные плотные сращения твердой оболочки с телами позвонков и связками, а, с другой, сдавливание выходящих корешков. Этими 2 причинами удовлетворительно объясняются, как неподвижность позвоночного столба или его одеревенелость, так и признаки раздражения спинномозговых корешков, парез шейных и спинных мышц, с нерезко выраженной атрофией в них, а также и бывающий иногда парез мышц верхних конечностей. Возможно, конечно, что с течением времени может присоединиться и поражение самого спинного мозга, как последствия его сдавливания. Этим, по всей вероятности, и объясняется бывшая в третьем случае местная болезненность позвоночника на уровне 11 и 12-го грудных позвонков, паретическая слабость ног и усиление сухожильных коленных рефлексов.

С вышесказанным предположением о патологоанатомической основе поражения вполне согласуется и этиология страдания. Мы видели, что кроме наследственности, предрасполагающей к заболеванию, травма спины играет роль важной непосредственной причины; и нельзя отрицать, что именно травма может сделать для нас легко понятным происхождение разлитого воспалительного процесса в клетчатке, окружающей твердую оболочку спинного мозга.

Что же касается до течения этого своеобразного болезненного процесса, то все больные, относительно которых имелись анамнестические сведения, единогласно свидетельствуют, что болезнь развивалась, хотя и медленно, но по-видимому прогрессивно. Вероятно, в дальнейшем течении она оканчивается параличами и сведениями: по крайней мере, так можно заключить из третьего и пятого случаев, представлявших более развитую форму, нежели остальные.

Относительно лечения мои наблюдения, к сожалению, слишком неполны, чтобы можно было сделать какие-либо заключения. Могу лишь отметить благотворное влияние местных отвлекающих, в виде прижигания прибором *Pacquin*'а, на субъективные болезненные ощущения. Руководясь чисто теоретическими соображениями, можно было бы испытать и подвешивания, но я, к сожалению, не имел возможности применить этот способ в моих случаях.

2 См., напр., известный случай *Eulenburg*'а.