

616·8/06
т 78

120.526.

ТРУДЫ

КЛИНИКИ НЕРВНЫХЪ БОЛЬЗНЕЙ

Императорскаго Казанскаго Университета.

изданіе подъ редакціей

Л. О. Даркшевича,
о. профессора нервныхъ болѣзней.

Выпускъ первый.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1899.

676.8 (074)

ТРУДЫ

КЛИНИКИ НЕРВНЫХЪ БОЛѢЗНЕЙ

Императорскаго Казанскаго Университета.

ИЗДАНІЕ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

Л. О. Даркшевича,
о. профессора нервныхъ болѣзней.

Выпускъ первый.

Библиотека
Губернатора Вологодской губ.

КАЗАНЬ.

Типо литографія Императорскаго Университета.
1899.



45

616.8(06)

— Т 78

Печатано по определению Медицинского факультета Императорского Казанского Университета.

Деканъ Н. Любимовъ.

О г л а в л е н i е.

Стр.

I. И. А. Климова.—Преддверная вѣтвь слухового нерва и ея такъ наз. первичные центры (Таб. II)	1
II. Л. О. Даркшевича.—Случай полиневрита черепныхъ нервовъ на почвѣ разлитого саркоматоза (Таб. I).	27
III. В. П. Первушина и А. В. Фаворского.—Къ казуистикѣ акромегалии (Таб. III)	43
IV. М. П. Романова.—Случай наследственной мозжечковой атаксіи (Marie)	62
V. А. В. Фаворского.—Къ учению объ остромъ ртутномъ полиневритѣ.	77
VI. А. В. Фаворского.—Къ лѣченію акромегалии.	94
VII. В. П. Первушкина.—Случай травматического невроза съ paramyoclonus multiplex.	105
VIII. Л. О. Даркшевича.—О примѣненіи natrii nitrosi при tabes dorsalis.	125
IX. Г. Я. Трошина.—Къ вопросу о центростремительныхъ связяхъ ядеръ заднихъ столбовъ.	131
X. В. П. Первушкина—Краткій обзоръ дѣятельности клиники нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета за 1898—1899 учебный годъ.	141
XI. А. В. Фаворского.—Отчеты о научныхъ собранияхъ врачей при клиникахъ нервныхъ болѣзней за 1898—1899 учебный годъ	163

Замѣченныя опечатки.

<i>Страницы</i>	<i>Строка</i>	<i>Напечатано</i>	<i>Должно читать.</i>
61	3	снизу мокроткой	мокротной железы
63	19	сверху Bonne	Bonne
68	13	, ослобленіе	ослабленіе
74	13	снизу 10—22	10—12
75	17	, пока будто	какъ будто
91	3	, попрежнему	попрежнему
131	2	сверху связахъ	связяхъ

Преддверная вѣтвь слухового нерва и ея такъ наз. первичные центры.

(Экспериментально-анатомическое изслѣдование).

И. А. Климова,

приватъ-доцента Казанскаго Университета.

Преддверная вѣтвь (п. *vestibularis*) представляетъ, какъ извѣстно, одинъ изъ двухъ корешковъ слухового нерва, а именно, передній или внутренній.

Въ литературѣ мы находимъ указаніе, что уже *Meskel*¹⁾ различалъ въ п. *acusticus* двѣ части: *portio mollis* и *portio dura*. Послѣдняя и соотвѣтствуетъ, повидимому, нашему переднему или внутреннему корешку слухового нерва т. е. п. *vestibularis*.

Stilling (*Untersuchungen über den Bau und die Verrichtungen des Gehirnes. 1. Theil. 1845*) также упоминаетъ о заднемъ или поверхностномъ и переднемъ корешкахъ слухового нерва. Передній корешокъ, по его описанію, вступаетъ въ продолговатый мозгъ между веревчатымъ тѣломъ (*corpus restiforme*) и восходящимъ корешкомъ п. *trigeminii* и проникаетъ по направленію къ сѣрому полостному веществу дна 4-го желудочка. Однако, авторъ не можетъ сказать утверждительно, стоятъ ли волокна переднаго корешка въ связи съ находящимися тамъ клѣтками.

*Longet*²⁾ по взглядамъ своимъ присоединяется къ *Stilling'y*.

¹⁾ *Histoire de l'Académie des Sciences et de Belles Lettres à Berlin. 1767.*
(по *Onufrowicz'y*).

²⁾ *Anatomie et Physiologie du système nerveux. 1849. p. 67* (по *Onufrowicz'y*).

*Schroeder van der Kolk*¹⁾ трактовавшій, между прочимъ, передній корешокъ какъ истинный слуховой нервъ, ставить его въ связь съ наружнымъ слуховымъ ядромъ *Clark'a* (ядро *Deiters'a*), которое соединяется во-первыхъ, съ мозжечкомъ и, во-вторыхъ, помошью *striae arciformes* съ тѣмъ же ядромъ противоположной стороны.

По мнѣнію *Clarke*²⁾, передній отдѣлъ п. *acustici* состоитъ изъ двухъ частей: первая проникаетъ внутри веревчатаго тѣла въ продолговатый мозгъ и развѣтвляется затѣмъ въ обоихъ ядрахъ слухового нерва (отъ послѣднихъ начинается также и задній отдѣлъ слухового нерва); вторая часть поворачиваеть назадъ и тянется вдоль верхняго (дорсального) края веревчатаго тѣла, сопровождая его вплоть до червя. Наружное слуховое ядро стоитъ въ связи, по словамъ автора, какъ съ полушарiemъ мозжечка соответствующей стороны, такъ равнымъ образомъ и съ полушарiemъ противоположной стороны; съ послѣднимъ—посредствомъ волоконъ, проходящихъ по дну 4-го желудочка.

*Deiters*³⁾ совершенно отрицааетъ связь наружнаго ядра слухового нерва съ п. *acusticus*; онъ на стр. 85 говоритъ: „что касается большихъ клѣтокъ, какъ мѣста начала п. *acustici*, то онъ не имѣютъ къ этому нерву никакого отношенія; напротивъ, онъ принадлежатъ къ сгига *cerebelli ad medullam oblongatam*, которыя отчасти огибаются слуховымъ нервомъ, отчасти же прободаются имъ“.

*Stieda*⁴⁾ различаетъ *nucleus centralis* и *nucleus acusticus lateralis* и принимаетъ, что изъ первого возникаетъ задній корешокъ, тогда какъ изъ послѣдняго—передній корешокъ слухового нерва.

¹⁾ Bau und Functionen der Medulla spin. u. obl. Braunschweig. 1859.(по Onufrowicz'у).

²⁾ Proceedings of the Royal Society. 1861. p. 159.—Philosophical Transactions. 1853. p. 231 (по Onufrowicz'у).

³⁾ Untersuchungen über Gehirn und Rückenmark des Menschen und der Säugethiere. Braunschweig. 1865.

⁴⁾ Studien über das centrale Nervensystem der Vögel und Säugethiere. 1868. Studien über das centrale Nervensystem der Wirbelthiere. 1870. (по Onufrowicz'у).

*Meynert*¹⁾, положившій начало болѣе точнымъ свѣдѣніямъ касательно анатоміи центральной нервной системы, утверждаетъ, что передній корешокъ п. acustici образуется двумя пучками: перекрещивающимся и неперекрещивающимся. Перекрещивающійся пучекъ начинается какъ бы изъ внутренняго слухового ядра соотвѣтствующей стороны. Этотъ пучекъ составляется волокнами, выходящими двумя различными путями изъ внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка. Первый путь проходитъ черезъ „Klangstab Bergmann'a“ и черезъ внутреннее слуховое ядро, причемъ волокна его прободаютъ оба задніе продольные пучка. Второй путь идетъ черезъ варужное слуховое ядро и fibrae arcuatae къ raphe,—тамъ онъ уклоняется въ сторону дна 4-го желудочка и черезъ задній продольный пучекъ выходитъ къ внутреннему слуховому ядру противоположной стороны. Во внутреннемъ отдѣлѣ задней ножки мозжечка волокна перекрещивающагося пучка образуютъ сѣть, черезъ петли которой спускаются внизъ собственно волокна мозжечка. Второй, неперекрещивающійся пучекъ выходитъ: 1) изъ наружнаго слухового ядра, которое стоитъ въ связи съ мозжечкомъ, 2) изъ поперечного сѣченія веревчатаго тѣла, 3) изъ передніго ядра слухового нерва, которое также соединяется съ мозжечкомъ. Этотъ пучекъ вступаетъ въ извѣстное соотношеніе съ мозжечкомъ, но только исключительно одноимен-ной стороны.

*Huguenin*²⁾ дѣлить п. acusticus на три корешка: 1) наружный или задній, 2) внутренній или передній и 3) nervus intermedius *Wrisbergii*; мѣстомъ же происхожденія ихъ счи-тается внутреннее и наружное слуховые ядра, а также и пе-редннее слуховое ядро.

*Laura*³⁾ призываетъ истиннымъ слуховымъ ядромъ толь-ко внутреннее и останавливается на мысли, что связь слухо-

¹⁾ Vom Gehirne der SÄuge thiere (Handbuch der Lehre von den Geweben des Menschen und der Thiere von S. Stricker. 1872).

²⁾ Allgemeine Pathologie der Krankheiten des Nervensystems. I. Theil. Zürich. 1873. (по Onufrowicz'у).

³⁾ Nuove ricerche sull'origine reale dei nervi cerebrali. Torino. 1878. (по Onufrowicz'у).

вого нерва съ этимъ ядромъ должна быть перекрестная. Далѣе, онъ не рѣшается отрицать, какъ дѣлаетъ это *Deiters*, связь слухового нерва съ ядромъ *Deiters'a*, предполагая и въ давнемъ случаѣ перекрестныя отношенія.

Hoffmann и *Schwalbe*¹⁾ принимаютъ, что корешки слухового нерва стоятъ въ связи съ наружнымъ, внутреннимъ и переднимъ ядрами отчасти перекрестно, отчасти неперекрестно.

*Roller*²⁾ даетъ точное описание особыхъ волоконъ, которые начинаются отъ того мѣста, гдѣ оканчивается *funiculus gracilis* т. е. немного выше *calamus scriptorius*. Быстро увеличиваясь въ своемъ числѣ, они, разъединенные мелкими клѣтками, достигаютъ крупно-клѣтчатой области п. *acustici*. На уровнѣ внутренняго корешка п. *acustici* можно замѣтить переходъ этихъ волоконъ въ названный корешокъ. „Въ то время какъ“, говоритъ авторъ³⁾, „восходящій корешокъ п. *acustici* увеличивается на своеемъ пути, размѣры *funiculi cuneati* и его ядра быстро уменьшаются, что дѣлаетъ вѣроятнымъ предположеніе о происхожденіи, по крайней мѣрѣ, значительной части этого корешка изъ названного пучка, между тѣмъ какъ остальная часть его переходитъ въ увеличивающееся одновременно веревчатое тѣло“. „Выше мѣста выхода упомянутаго корешка“, продолжаетъ авторъ⁴⁾, „поперечныя сѣченія пучковъ, которые я долженъ признать за *radix ascendens*, пропадаютъ; еще выше, но все же на уровнѣ слухового нерва, выступаютъ снова поперечныя сѣченія пучковъ, хотя и въ меньшемъ количествѣ; спускаясь сверху черезъ мостъ, они проникаютъ въ область слухового нерва. Относительно верхнихъ связей этого „*radix descendens*“ мы не закончили еще своихъ наблюденій“.

¹⁾ *Nervenlehre*.

²⁾ Eine aufsteigende *Acusticuswurzel* (*Archiv für mikroskopische Anatomie*. 1880. Bd. XVIII. S. 403. Die cerebralen und cerebellaren Verbindungen des 3—12. Hirnnervenpaars. Die spinalen Wurzeln der cerebralen Sinnesnerven (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. 1881. Bd. 38. S. 228).

³⁾ loc. cit. S. 404.

⁴⁾ loc. cit. S. 405.

Впервые указанное *Roller'*омъ тѣсное соотношеніе между внутреннимъ отдѣломъ задней ножки мозжечка и внутреннимъ корешкомъ слухового нерва побуждаетъ насъ привести нѣкоторыя данныя изъ работы *Meunert'a*, относящіяся къ этой части мозгового ствола. *Meunert*¹⁾ говоритъ, что „внутренній отдѣлъ задней ножки возникаетъ изъ мозжечка на томъ же приблизительно уровне моста, какъ и *corpus restiforme*. Онъ представляетъ четырехугольное поперечное сѣченіе тонкихъ пучковъ, расположеннное кнутри отъ овального сѣченія веревчатаго тѣла. *Stilling* ошибочно описываетъ этотъ отдѣлъ задней ножки, какъ мѣсто происхожденія нѣжнаго и клиновиднаго пучковъ“.

Примѣненіе экспериментальнаго метода изслѣдованія въ дѣлѣ изученія связей слухового нерва мы находимъ впервые въ работѣ *Monakow'a*.

*Monakow*²⁾ сдѣлалъ поперечную перерѣзку спинного мозга у новорожденнаго кролика и изслѣдовалъ впослѣдствіи мозгъ по методу *Gudden'a*. Изслѣдованія обнаружили, между прочимъ, рѣзкую атрофию ядра *Deiters'a* при полномъ сохраненіи *n. acustici*. „Это обстоятельство“, заключаетъ авторъ³⁾, „говорить противъ существованія какой либо тѣсной связи между ядромъ *Deiters'a* и *n. acusticus* и убѣждаетъ въ полной ошибочности признанія этого ядра ядромъ слухового нерва. Ядро *Deiters'a* скорѣе соединено со спиннымъ мозгомъ и должно быть рассматриваемо какъ ядро *funiculi cuneati*. Равнымъ образомъ и отношеніе такъ наз. внутренняго отдѣла мозжечковой ножки къ ядру *Deiters'a* не можетъ быть близкимъ“. Высказывая взглядъ, что часть волоконъ *funiculi cuneati* оканчивается посредствомъ *corporis restiformis* въ ядрѣ *Deiters'a*, *Monakow* не видитъ въ нихъ восходящаго корешка *n. acustici*, описаннаго *Roller'*омъ.

*Forel*⁴⁾, желая изучить центры слухового нерва, произ-

¹⁾ loc. cit. S. 759.

²⁾ Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Corpus restiforme, des „Äusseren Acusticuskerns“ und deren Beziehungen zum Rückenmark (Archiv f. Phychiatrie. 1883. Bd. XIV. S. 1).

³⁾ loc. cit. S. 13.

⁴⁾ Vorläufige Mittheilung über den Ursprung des Nervus acusticus (Neurolo. Centralblatt. 1885. Bd. IV. № 5. S. 101).

вель разрушение его корешковъ у кролика и изслѣдовалъ мозгъ спустя 6 мѣсяцевъ; при этомъ обнаружилась полная атрофія задняго латерального и частичная, но замѣтная, атрофія такъ наз. передняго и задняго медиального корешковъ слухового нерва. Авторъ приходитъ къ заключенію, что „слуховой нервъ имѣть только два ясно различимыхъ корешка: а) такъ наз. задній и б) такъ наз. передній. Медиальная (расположенная въ медиальномъ направленіи отъ corpus restiforme) часть задняго корешка вовсе не принадлежитъ ему: она представляетъ только каудальное продолженіе такъ наз. передняго корешка. Частично атрофированный передній корешокъ разсѣивался, повидимому, въ крупноклѣтчатомъ наружномъ ядрѣ, направляясь, кромѣ того, и въ мозжечекѣ; часть этого корешка, можетъ быть, достигала и передняго ядра¹⁾“. Припоминая, между прочимъ, доказанное *Monakow*'ымъ отсутствіе связи слухового нерва съ ядромъ *Deiters'a*, *Forel* отрицаетъ также и связь его съ внутреннимъ слуховымъ ядромъ. Равнымъ образомъ онъ не признаетъ для слухового нерва существованіе особыхъ перекрестныхъ волоконъ (*Meunert'a*), предполагаемую связь съ заднимъ продольнымъ пучкомъ (*Meunert*) и предполагаемое отношеніе его къ передней ножкѣ мозжечка (*Mendel*).

Болѣе полныя изслѣдованія были произведены *Onufrowicz'емъ*²⁾. Экспериментируя надъ кроликами, авторъ выскаживаетъ слѣдующія интересныя положенія: „ядро *Deiters'a* не имѣть никакого отношенія къ nervus acusticus; также болѣе чѣмъ сомнительна прямая связь внутренняго ядра со слуховымъ нервомъ; центръ передняго корешка заключается либо въ червѣ мозжечка, либо въ сѣромъ веществѣ 4-го желудочка, вентрально отъ передней ножки мозжечка, а можетъ быть и въ обоихъ мѣстахъ“³⁾). Признавая, что истиннымъ слуховымъ нервомъ по всей вѣроятности служить только задній корешокъ, авторъ предполагаетъ, что

¹⁾ loc. cit. S. 102.

²⁾ Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Ursprungs des Nervus acusticus des Kaninchens (Archiv f. Psychiatrie. 1885. Bd. XVI. S. 711).

³⁾ loc. cit. S. 739.

передній — заключаетъ въ себѣ волокна изъ ампулъ полукружныхъ каналовъ. Не образуетъ ли этотъ корешокъ всего п. *vestibularis*, представляется, по словамъ автора, вопросомъ, который требуетъ еще дальнѣйшаго изученія.

*Бехтеревъ*¹⁾ также различаетъ въ слуховомъ нервѣ, на основаніи метода развитія, два корешка. Ранѣе развивающійся передній корешокъ образуется, по его мнѣнію, изъ *nervus vestibularis*, вслѣдствіе чего и называется корешкомъ п. *vestibularis*; позднѣе же развивающійся въ этомъ же основаліи называется корешкомъ п. *cochlearis*. „Ни одинъ изъ этихъ корешковъ не имѣеть прямой связи съ мозжечкомъ. Корешокъ п. *vestibularis* оканчивается большинствомъ своихъ волоконъ въ сѣромъ веществѣ, находящемся въ боковой стѣнкѣ 4-го желудочка съ дорсальной стороны отъ ядра *Deiters'a*; небольшая часть волоконъ направляется вдоль послѣдняго назадъ по направленію къ продолговатому мозгу, сопровождаемая на вѣкоторомъ протяженіи волокнами внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка“.

Пользуясь тѣмъ же методомъ развитія, *Бехтеревъ*²⁾ различаетъ во внутреннемъ отдѣлѣ задней ножки мозжечка два пучка, которые берутъ свое начало изъ клѣточныхъ элементовъ, расположенныхъ позади наружнаго слухового ядра, а частью, можетъ быть, изъ ядра *Deiters'a* и изъ верхніхъ оливъ той и другой стороны.

*Flechsig*³⁾ въ своей работѣ описываетъ для обоихъ корешковъ слухового нерва комиссурь, причемъ для передняго корешка комиссура образуется, по его мнѣнію, волокнами, которые выходятъ изъ первичнаго центра этого корешка, находящагося въ боковой стѣнкѣ 4-го желудочка, и направляются съ вентральной стороны передней ножки подъ ея перекресть. Относительно центральныхъ путей п. *vestibularis*

¹⁾ О двухъ пучкахъ, входящихъ въ составъ внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка и о развитіи волоконъ слухового нерва (Врачъ 1885. Годъ 6-ой. № 25. стр. 408).—*Über die innere Abtheilung der Strickkörpers und den achten Hirnnerven* (Neur. Centralbl. 1885. Bd. IV. № 7. S. 145).

²⁾ loc. cit.

³⁾ Zur Lehre vom centralen Verlauf der Sinnesnerven (Neurol. Centralbl 1886. Bd. V. № 23. S. 545).

Flechsig приходитъ къ заключенію, что они выходятъ въ видѣ объемистыхъ пучковъ воловонъ изъ боковой стѣнки 4-го желудочка и вступаютъ въ пробковидное или шарообразное ядра соотвѣтствующей стороны. Отсюда начинаются другія волокна, которыя достигаютъ посредствено или непосредственно черезъ кору мозжечка передней ножки и исчезаютъ въ красномъ ядрѣ покрышки.

Baginsky'ому¹⁾ на основаціи экспериментальныхъ изслѣдований удалось установить слѣдующіе факты относительно n. vestibularis. Онъ составляется тремя пучками: первый лежитъ съ медіальной стороны corporis restiformis и частью оканчивается среди мелкихъ клѣтокъ, расположенныхъ вентрально отъ ядра *Deiters'a*, частью же направляется внизъ во внутренній отдѣлъ задней ножки мозжечка; второй—помѣщается нѣсколько выше и дальше, также примыкаетъ къ медіальной сторонѣ corporis restiformis, идетъ черезъ formatio reticularis въ вентральномъ направленіи и оканчивается или въ оливѣ соотвѣтствующей стороны, или въ formatio reticularis; наконецъ, еще выше находится третій, занимающій то же положеніе относительно corporis restiforme, какъ и предыдущіе, и спускающійся къ боковой стѣнкѣ 4-го желудочка.

Почти одновременно съ *Baginsky*'имъ *Wittt*²⁾, экспериментируя надъ кроликами, приходитъ къ заключенію, что „передний корешокъ слухового нерва начинается частью въ продолговатомъ мозгу, частью же въ мозжечкѣ. Мѣстомъ происхожденія этого корешка въ продолговатомъ мозгу служить первная сѣть вмѣстѣ съ принадлежащими ей клѣтками, расположеными на вентральной сторонѣ ядра *Deiters'a*: въ мозжечкѣ—такъ наз. червь (верхній? нижній? или оба?)³⁾.

¹⁾ Ueber den Ursprung und den centralen Verlauf des Nervus acusticus des Kaninchens (Virchow's Archiv. 1886. Bd. 105. S. 28).—Ueber den Ursprung und den centralen Verlauf des Nervus acusticus des Kaninchens und der Katze (Neurol. Centralbl. 1889. Bd. VIII. № 15. S. 454).

²⁾ Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Hörnervenursprungs beim Kaninchen (Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. 1889. Bd. XLV. S. 565).

³⁾ loc. cit. S. 573.

Въ позднѣйшемъ своемъ сообщеніи *Flechsig*¹⁾ подтверждаетъ относительно п. *vestibularis* данныхъ, высказанныхъ имъ и *Бехтеревымъ*. N. *vestibularis* стоитъ, по его мнѣнію, въ связи съ сѣрымъ веществомъ, имѣющимъ въ свою очередь отношение къ мозжечку. Равнымъ образомъ между внутреннимъ слуховымъ ядромъ и большимъ мозгомъ устанавливается связь посредствомъ *fibrae arcuatae*, которая вступаютъ первоначально въ межоливный слой, а отсюда въ главный отдѣлъ петлевого слоя. Связь съ заднимъ двухолміемъ доказать не удается.

Цитируя данные литературы, отрицающія существование связей слухового нерва съ такъ наз. наружнымъ и внутреннимъ слуховыми ядрами, *Sala*²⁾ высказывается, на основаніи своихъ собственныхъ изслѣдованій, исполненныхъ по методу *Golgi*, въ томъ же направленіи. Онъ говоритъ: „ни клѣтки ядра *Deiters'a*, ни клѣтки ядра *Бехтерева*, ни клѣтки заднаго или дорсального ядра не стоятъ въ связи съ переднимъ корешкомъ слухового нерва“³⁾. Это заключеніе автора подтверждается тѣмъ, что клѣтки названныхъ ядеръ принадлежатъ къ 1-му типу *Golgi*; онъ посылаютъ волокна въ *formatio reticularis*. Въ этой же работе авторъ указываетъ, что между переднимъ корешкомъ слухового нерва и мозжечкомъ существуетъ связь, которая устанавливается волокнами, спускающимися по внутренней поверхности переднаго отдѣла веревчатаго тѣла.

*Held*⁴⁾, работая по методу *Golgi* надъ мозгами зародышей человѣка и мелкихъ животныхъ, видѣть полную аналогію между п. *vestibularis* и входящими задними корешками спинного мозга. По описанію автора, осевые цилиндры п. *vestibularis* подъ *corpus restiforme* даютъ двѣ вѣтви, изъ которыхъ одна направляется въ сторону спинного мозга, обра-

¹⁾ Weitere Mittheilungen über die Beziehungen des unteren Vierhügels zum Hörnerven (Neur. Centralbl. 1890. Bd. IX. N 4. S. 98).

²⁾ Sur l'origine du nerf acoustique (Monitore zoologico italiano. Florence, ann. II n. 11. 30 novembre 1891) (Archives Italiennes de Biologie. 1891 Tome XVI. p. 196).

³⁾ loc. cit. p. 205.

⁴⁾ Die Endigungsweise der sensiblen Nerven im Gehirn (Archiv für Anatomie und Physiologie. Anat. Abth. 1892. S. 33.).

зя при этомъ такъ наз. восходящій корешокъ *Roller'a* съ богатыми коллатералиами, вступающими въ смежное съ нимъ сѣреое вещество; вторая же своими конечными развѣтвленіями наполняетъ сѣреое вещество дна и боковой стѣнки 4-го желудочка т. е. заднее слуховое ядро, „главное ядро п. *vestibularis*“ и ядро *Deiters'a*. Послѣднее даетъ начало, между прочимъ, особымъ волокнамъ, спускающимся въ боковой столбъ спинного мозга (*Held*¹).

Въ слѣдующемъ году появилась новая работа *Held'a*²), въ которой авторъ приводить, между прочимъ, данные относительно строенія внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка. Этотъ отдѣлъ содержитъ въ себѣ не только исходящую вѣтвь п. *vestibularis*, но и исходящія вѣтви другихъ чувствительныхъ нервовъ, какъ то: nn. *trigemini*, *vagi* и *glossopharyngei*, причемъ отъ всѣхъ поименованныхъ вѣтвей отходятъ въ сѣреое вещество дна 4-го желудочка богатыя развѣтвленія. Толстые первичныя развѣтвленія чувствительныхъ корешковыхъ нервовъ образуютъ, по мнѣнию *Held'a*, такъ наз. *fibrae arcuatae internae*, которая переходитъ въ слѣдующія системы: а) въ остаточную область передне-боковыхъ столбовъ (перекрестно или неперекрестно), б) въ межоливный слой (перекрестно), с) въ боковое поле *formationis reticularis* (неперекрестно). Посредствомъ *fibrae arcuatae internae* устанавливается связь всѣхъ вообще чувствительныхъ нервовъ со спиннымъ и большими мозгомъ; связь же съ мозжечкомъ, которая отчасти можетъ быть и прямой, создается волокнами такъ наз. прямого чувствительнаго мозжечковаго пучка *Edinger'a*, который беретъ свое начало изъ червя и отдаетъ на своемъ пути коллатериали къ *nucleus dentatus cerebelli*.

Въ томъ же 1893 году *L. Sala*³) утверждается, согласно своимъ прежнимъ выводамъ относительно п. *vestibularis*, во первыхъ,

¹⁾ Ueber eine directe acustische Rindebahn und den Ursprung der Vorderseitenstrangen beim Menschen (Archiv für Anatomie und Physiologie. Anat. Abth. 1892. S. 257.).

²⁾ Beiträge zur feineren Anatomie des Kleinhirns und des Hirnstamms (Archiv für Anatomie und Physiologie. Anat. Abth. 1893. S. 435.).

³⁾ Ueber den Ursprung des Nervus acusticus (Archiv für mikroskopische Anatomie. 1893. Bd. 42. S. 18.).

что существуетъ прямой переходъ волоконъ передняго корешка п. *acustici* въ мозжечекъ, съ чѣмъ согласенъ *Edinger* и несогласны *Бехтеревъ* и *Obersteiner*, во-вторыхъ, что къ изгибу ствола передняго корешка присоединяются волокна съ внутренней поверхности передняго отдѣла веревчатаго тѣла, начинающіяся отъ пробковиднаго и кровельнаго ядеръ, въ третьихъ, что ядро *Deiters'a*, заимее или дорсальное ядро и ядро *Бехтерева* не представляютъ начальныхъ ядеръ п. *acustici* и, въ четвертыхъ, что наиболѣе периферическая часть передняго ядра, которая должна считаться истиннымъ периферическимъ гангліемъ и аналогомъ спинныхъ ганглій, принадлежитъ къ переднему корешку и къ внутренней части задняго корешка слухового нерва.

*Кирильцевъ*¹⁾, изучавшій задній корешокъ слухового нерва, подтверждаетъ попутно отношеніе *Roller'*овскаго восходящаго пучка и ядра *Бехтерева* къ переднему корешку слухового нерва.

N. *vestibuli*, по мнѣнію *Edinger'a*²⁾, оканчивается главнымъ образомъ въ nucleus posterior s. *dorsalis*, но, кроме того, посыпаетъ отъ себя головонца въ каудальномъ направлении (нисходящій корешокъ п. *acustici* *Roller'a*), а также и къ мало обследованному особому ядру, которое расположено между червемъ мозжечка и продолговатымъ мозгомъ. „*Nervus vestibularis* имѣетъ огромное число анатомическихъ связей съ различными отдѣлами головного мозга. Nucleus *dorsalis* при помощи особаго пути находится въ связи съ верхней оливой, а при посредствѣ пучковъ, идущихъ сбоку отъ него—съ мозжечкомъ. Что касается мозжечковыхъ связей волоконъ п. *vestibularis*, то о нихъ намъ неизвѣстно пока ничего достовѣрнаго³⁾.“ Связь ядра *Deiters'a* со слуховымъ первомъ не доказана еще, по мнѣнію автора, вполнѣ точно.

*Obersteiner*⁴⁾ придерживается взгляда, что п. *vestibularis* начинается изъ треугольнаго (nucl. posterior s. *dorsalis*) и

¹⁾ Задній корешокъ слухового нерва и его первичные центры. Дисс. 1894.

²⁾ Лекціи о строеніи органовъ центральной нервной системы человѣка и животныхъ. Русскій переводъ съ 4-го нѣмецкаго изданія подъ редакціей проф. *Даркшевича*. 1894.

³⁾ loc. cit. стр. 217.

⁴⁾ Руководство къ изученію строенія центральной нервной системы. Русскій переводъ съ 3-го нѣмецкаго изданія. 1897.

крупноклѣточного ядра, которое, по его словамъ, составляется: 1) изъ спинального корешка *n. acustici*, 2) изъ ядра *Deiters'a*, 3) изъ ядра *Бехтерева*. Дальнѣйшія соединенія конечныхъ ядеръ *nervi vestibularis*, за исключеніемъ связей ихъ съ мозжечкомъ, *Obersteiner* считаетъ еще непрочно установленными. Ядра *n. vestibularis* тѣсно связаны съ мозжечкомъ; такъ изъ ядра *Deiters'a*, *Бехтерева* и, можетъ быть, изъ треугольного ядра начинаются толстые волнообразные пучки нервныхъ волоконъ, которые располагаются у медіальной стороны *pedunculi cerebelli*, латерально отъ *brachium conjunctivum*, причемъ отчасти вступаютъ въ послѣднюю. Остальные пучки входятъ въ червячекъ мозжечка и оканчиваются (большею частью перекрестно) въ кровельномъ ядрѣ, а можетъ быть въ шарообразномъ и пробковидномъ ядрахъ.

*Koelliker*¹⁾ описываетъ переходъ *n. vestibularis* въ нисходящій слуховой корешокъ *Roller'a* и окончаніе этого нерва въ ядрахъ дорсальномъ, *Deiters'a* и *Бехтерева* причемъ отрицаютъ существованіе особыхъ „*Kleinhirnvestibularisfasern*.“ Изъ первичныхъ центровъ *n. vestibularis*, говоритъ *Koelliker*, возникаютъ вторичные пути къ различнымъ частямъ центральной нервной системы. Такъ изъ ядра *Deiters'a* и дорсального направляются волокна въ мозжечекъ, которая оканчиваются частью въ кровельномъ ядрѣ противоположной стороны, частью въ шарообразномъ ядрѣ и частью, наконецъ, въ дорсальныхъ извилинахъ червя. Затѣмъ, изъ тѣхъ же ядеръ выходятъ въ *substantia reticularis fibrae arcuatae interneae*, которая послѣ перекреста въ *raphe* становится продольными, располагаясь съ дорсальной стороны оливы, и присоединяются къ *lemniscus lateralis*. Далѣе, изъ первичного центра нисходящаго корешка *n. vestibuli*, а также изъ ядра *Deiters'a* идутъ волокна въ ядро *n. abducentis*. Наконецъ, изъ ядра *Deiters'a* возникаютъ особья волокна, которая спускаются косо къ дорсо-медиальной сторонѣ верхней оливы, гдѣ, обраzuя вѣроятно продольные пучки, присоединяются къ медиальной петлѣ.

¹⁾ *Handbuch der Gewebelehre des Menschen.* 6 Aufl. Zweiter Band. Erste Hälften. Leipzig. 1896.

*Бехтеревъ*¹⁾ говоритъ, что „внутренній или передній корешокъ слухового нерва вступаетъ въ продолговатомъ мозгу въ соединеніе съ слѣдующими ядрами: съ такъ назыв. боковымъ ядромъ или ядромъ *Deiters'a*, содержащимъ элементы крупнаго размѣра, съ описаннымъ мною ядромъ п. *vestibularis*, располагающимся при наружномъ углѣ дна четвертаго желудочка и содержащимъ влѣточные элементы меньшихъ размѣровъ и наконецъ быть можетъ съ такъ наз. внутреннимъ ядромъ. Вступивъ въ ядро *Deiters'a*, часть волоконъ этого корешка заворачиваетъ внизъ и, спускаясь на нѣкоторомъ протяженіи внутри ядра, постепенно въ немъ истощается, образуя собою такъ наз. восходящій корень слухового нерва, нижній конецъ котораго теряется при верхній части ядра *Burdach'a*²⁾. Всѣ первичные центры преддверной вѣтви посылаютъ свои волокна ко шву, но, кромѣ того, отъ ядра *Deiters'a* и *Бехтерева* идутъ волокна черезъ внутренній отдѣль веревчатаго тѣла въ мозжечекъ, гдѣ соединяются съ шарообразнымъ и кровельнымъ ядрами и, повидимому, также съ корой верхняго червя. „Независимо отъ этого,” говоритъ *Бехтеревъ*³⁾, „восходящія вѣтви переднаго корешка, повидимому, направляются и непосредственно въ мозжечекъ, какъ показываютъ изслѣдованія по методу *Golgi* (*Held. R. u Cajal*).“ Изъ ядра *Deiters'a* выходятъ волокна, которые спускаются въ основной пучекъ бокового столба; кромѣ того, изъ ядеръ черепныхъ нервовъ вообще выходятъ внутреннія дугообразныя волокна, изъ которыхъ нѣкоторыя несомнѣнно направляются къ корешкамъ черепныхъ нервовъ противолежащей стороны.

*Ramon u Cajal*⁴⁾ признаетъ дѣленіе корешковыхъ волоконъ также какъ *Held* и *Koelliker* на восходящія и нисходящія вѣтви. Часть восходящихъ вѣтвей, говоритъ авторъ,

¹⁾ Прѣводящіе пути спиннаго и головнаго мозга. Часть I. 1896. Часть II. 1898.

²⁾ loc. cit. стр. 191.

³⁾ loc. cit. стр. 41.

⁴⁾ Beitrag zum Studium der Medulla oblongata, des Kleinhirns und des Ursprungs der Gehirnnerven. Leipzig. 1896. X. Ursprung des Nervus *vestibularis*. S. 61.

оканчивается въ ядрахъ *Deiters'a* и *Бехтерева*; другая же часть поднимается выше въ видѣ слухового мозжечковаго пучка и достигаетъ кровельнаго и отчасти зубчатаго ядеръ, а можетъ быть и коры червя мозжечка. На своемъ пути слуховой мозжечковый пучекъ отдаетъ боковые отпрыски, которые оканчиваются среди клѣтокъ, заложенныхъ въ самомъ пучкѣ (*nucleus cerebello-acusticus Ramon* у *Cajal*'я). Нисходящія вѣтви преддвернаго нерва представляются сильнѣе развитыми и оканчиваются въ заднемъ слуховомъ ядрѣ, а также въ каудальномъ продолженіи его т. е. въ „нисходящемъ ядрѣ преддвернаго нерва“ *Ramon* у *Cajal*'я. Осевые цилиндры ядеръ *Deiters'a* и *Бехтерева* направляются въ сторону шва и образуютъ два пути второго порядка: прямой или наружный и перекрестный или внутренний. Первый, описанный уже *Held*омъ, проходитъ кнаружи и кпереди ядра отводящаго нерва, а затѣмъ становится восходящимъ или нисходящимъ, достигая при этомъ клѣтокъ *substantiae reticularis griseae*, а также вступая отчасти въ наружный путь другой стороны. Второй путь огибаетъ спереди колѣно п. *facialis*, ложится позади или проникаетъ ядро отводящаго нерва и послѣ перекреста въ *raphe* вступаетъ въ задній продольный пучекъ, гдѣ раздвоется, давая вѣтви въ противоположномъ другъ къ другу направленіи.

Изученіе литературы предмета, выдвигая цѣлый рядъ спорныхъ вопросовъ, намѣщаетъ въ тоже время общий планъ предстоящихъ изслѣдований. Прежде всего мы должны выяснить, къ какому роду первовъ слѣдуетъ причислять п. *vestibularis*. Послѣ этого намъ придется решить, какія ядра мозгового ствола служатъ для этого нерва первичными центрами и какъ слѣдуетъ представлять себѣ ходъ корешковыхъ волоконъ, ихъ развѣтвленій и коллатералей внутри мозгового ствола. Наконецъ, необходимо разобраться, если это будетъ возможно, въ центральныхъ путяхъ того же нерва.

Можно сказать съ увѣренностью, что для решения поставленныхъ задачъ примѣненіе метода *Marchi* является въ настоящее время наиболѣе желательнымъ. Поэтому, отдавъ предпочтеніе названному методу, мы произвели на кроликахъ пять различныхъ операций, имѣвшихъ цѣлью повредить корешокъ п. *vestibularis* или же его так. наз. первичные центры.

Нанести изолированное повреждение п. *vestibularis* представляется дѣломъ, какъ известно, довольно труднымъ. Авторы упоминаютъ, что попытки проникнуть къ этому перву черезъ ухо оканчиваются обыкновенно болѣе или менѣе полнымъ разрушениемъ не п. *vestibularis*, а п. *cochleae*. Вслѣдствіе этого я избралъ другой путь, а именно черезъ трепанационное отверстіе, сдѣланное въ затылочной кости, соотвѣтственно положенію *flocculus* мозжечка. Вонзивъ ножъ *Graefe* въ клочекъ и направивъ его соотвѣтственнымъ образомъ, мы можемъ достичь п. *vestibularis* и повредить его независимо отъ п. *cochleae*. Я сдѣлалъ повреждение п. *vestibularis* такимъ способомъ три раза (опыты 1-ый, 2-ой, и 3-ий).

Повредить такъ наз. первичная ядра п. *vestibularis* удалось одинъ разъ ножомъ черезъ полушаріе мозжечка (опытъ 4-ый), другой—иглой, введенной черезъ заднее затылочное отверстіе (опытъ 5-ый).

Послѣ операций, кролики оставлялись въ живыхъ отъ 8 до 10 дней съ тою цѣлью, чтобы наблюдать въ поврежденныхъ волокнахъ только *Waller*'овское перерожденіе. Въ дальнѣйшемъ я точно слѣдовалъ указаніямъ *Marchi*, пользуясь предложеній имъ жидкостью (2 части Мюллеровской жидкости + 1 часть 1 % раствора осміевой кислоты).

Просматривая серію препаратовъ опыта 1-го и 2-го, мы могли убѣдиться, что какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ оказалось легкое повреждение ствола п. *vestibularis* при полной сохранности его такъ наз. первичныхъ центровъ. Правда, кромѣ того, существовало еще побочное повреждение клочка и отчасти звучатаго ядра и волоконъ веревчатаго тѣла, но оно не имѣло для нась существенного значенія, такъ какъ зависящія отъ него перерожденія волоконъ исключались легко. На препаратахъ въ поврежденной части корешковыхъ волоконъ мы наблюдали цуги черныхъ глыбокъ, которыя, начинаясь отъ мѣста поврежденія, направлялись между овальнымъ съченіемъ веревчатаго тѣла и серпозиднымъ съченіемъ спинального корешка п. *trigemini* въ такъ наз. первичнымъ центрамъ предвернаго перва (ясно обозначая тѣмъ самымъ ходъ корешковыхъ волоконъ въ мозговомъ стволѣ).

Принимая во вниманіе локализацію поврежденія и направленіе, въ которомъ шло перерожденіе въ данномъ слу чаѣ, мы вправѣ сдѣлать заключеніе, опираясь на известный законъ *Waller'a*, что п. *vestibularis* проводитъ импульсы

центричестельно, а потому и долженъ быть причисленъ къ первамъ чувствительнымъ. Это заключеніе получаетъ подтверждение въ остальныхъ нашихъ опытахъ, гдѣ также при поврежденіи самого корешка или его развѣтвлевій каждый разъ развивалось перерожденіе поврежденныхъ волоконъ п. *vestibularis* по направленію къ такъ наз. его первичнымъ центрамъ.

Вышеприведенные два опыта не могли, къ сожалѣнію, дать намъ отвѣта на вопросъ, гдѣ оканчивается стволъ п. *vestibularis* своими центральными развѣтвленіями. Затрудненіе встрѣтилось въ томъ, что перерожденіе, вслѣдствіе частичнаго поврежденія нерва, оказалось не столь обширнымъ, чтобы можно было прослѣдить съ ясностью перерожденія корешковыя волокна на далекомъ разстояніи послѣ ихъ первого дѣленія. Слѣдовательно является надобность въ опыте съ болѣе значительнымъ поврежденіемъ корешка п. *vestibularis* и съ этой стороны наскѣ удовлетворять опытъ 3-ій.

Бѣ виду того, что полная, всесторонняя оцѣнка данныхъ, вытекающихъ изъ каждого опыта въ отдѣльности, возможна только при точномъ опредѣленіи на серии препараторъ границъ поврежденія, съ подробнымъ перечисленіемъ всѣхъ перерожденныхъ участковъ мозговой ткани, я приведу здѣсь же всѣ свѣдѣнія, касающіяся этого опыта, тѣмъ болѣе что они пригодятся намъ впослѣдствії для сопоставленія съ результатами изслѣдованія остальныхъ опытовъ.

Поврежденіе въ 3-емъ опытѣ локализуется въ области входа корешка п. *vestibularis* въ мозговой стволъ и занимаетъ слѣдующія части: корешокъ самого п. *vestibularis*, какъ разъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ пересекается съ *corpus trapezoides*; переднія волокна трапециевиднаго тѣла, около мѣста ихъ выхода изъ бокового ядра п. *acustici*, передній отдѣлъ этого ядра и латеральный край овального сѣченія веревчатаго тѣла. Кпереди поврежденіе простирается до латеральной стороны чувствительнаго корешка п. *trigemini* и правой средней ножки мозжечка; вверхъ оно переходитъ на мозжечекъ, а именно на нѣкоторыя вентральная извилины праваго полушарія, а также на вентральный отдѣлъ праваго зубчатаго ядра.

Препараты на уровне входа корешка п. *vestibularis* въ мозговой стволъ даютъ намъ картину рѣзко перерожденныхъ корешковыхъ волоконъ праваго п. *vestibularis* (рис. 1). Эти волокна, наполненные, начиная отъ мѣста своего поврежденія, бруинными

черными глыбками, проходятъ во внутренній отдѣль задней ножки мозжечка, между веревчатымъ тѣломъ и дорсальною частью спинального корешка п. trigemini въ косомъ направлениіи: снаружи кнутри и вѣзли (въ дорсальную сторону). На этомъ уровнѣ внутренній отдѣль задней ножки мозжечка представляетъ приблизительпо неправильную четыреугольную область съ болѣе широкимъ вентральнымъ основаниемъ; границы области составляютъ сзади и снутри striae medullares; снаружи—медиальный край веревчатаго тѣла; съ вентральной стороны—дорсальная часть спинального корешка п. trigemini. Переображенія волокна п. vestibularis входятъ именно въ вентрально-латеральный уголъ описанного сѣченія внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка и наполняютъ собою всю вентральную половину этого сѣченія толстыми извитыми пучками, среди которыхъ заключены мелкія клѣтки. Дорсальная часть сѣченія, почти совершенно лишенная черныхъ глыбокъ, состоить изъ подобныхъ же извитыхъ пучковъ, среди которыхъ находятся однако очень крупныя клѣточки, образующія, какъ известно, ядро Deiters'a.

Просматривая препараты въ каудальномъ направлениі, мы констатируемъ въ сѣченіи внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка рядъ послѣдовательныхъ измѣненій. Прежде всего крупныя клѣтки ядра Deiters'a, расположенные въ дорсальной части этого сѣченія, постепенно уменьшаются въ своемъ числѣ, такъ что еще на уровнѣ tuberculi acustici исчезаютъ послѣднія клѣтки названного ядра. Само ядро, а также расположенные въ немъ пучки волоконъ, на всемъ своемъ протяженіи, остаются свободными отъ черныхъ глыбокъ.

Совершенно обратное мы видимъ въ вентральной части того же сѣченія. Наполненные черными глыбками пучки волоконъ все болѣе и болѣе занимаютъ сѣченіе внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка, пока наконецъ, съ появленіемъ на срѣзахъ послѣднихъ клѣтоекъ ядра Deiters'a, они не заполнятъ всю его латеральную часть (рис. 2). Здѣсь происходитъ, однако, не абсолютное, но только относительное увеличеніе разматриваемыхъ переображеныхъ волоконъ; это видно уже изъ того, что сѣченіе "внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка по направлению къ спинному мозгу постепенно уменьшается.



Выше было упомянуто, что п. *vestibularis* входитъ въ ту часть внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка, которая заключаетъ въ себѣ болѣе мелкія клѣтки. Эти же клѣтки находятся на всемъ пути перерожденныхъ волоконъ. Обилие мелкихъ черныхъ глыбокъ среди нихъ, которое легко констатируется на цѣлой серіи препараторовъ, свидѣтельствуетъ о томъ, что данные клѣтки служатъ мѣстомъ окончанія перерожденныхъ волоконъ. Кромѣ того, во внутреннемъ отдѣлѣ задней ножки мозжечка, на всемъ его протяженіи, видны отдельные перерожденные волокна, которые, уклоняясь въ медіальную сторону, теряются среди клѣтокъ *nuclei acustici dorsalis*.

Просматривая препараты по направленію къ спинному мозгу, мы постепенно доходимъ до верхней части ядра Бурдахова столба. Это ядро несомнѣнно сложное, наполненное уже отчасти пучками неперерожденныхъ волоконъ, которыя принадлежать въ значительной мѣрѣ системѣ, начинаяющейся въ ядрахъ Бурдаховскаго столба и вступающей въ веревчатое тѣло; послѣднее на этомъ уровнѣ имѣть уже небольшіе размѣры. Перерожденные волокна внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка не исчезаютъ еще вполнѣ на этихъ препаратахъ: быстро уменьшаясь въ своемъ числѣ, они располагаются внутри отъ ядеръ Бурдахова столба (рис. 3). Съ появлениемъ же ядра Голлевскаго пучка, эти волокна помѣщаются между даннымъ ядромъ и ядромъ Бурдаховскаго столба. Послѣднія окончанія ихъ видны въentralной части хорошо уже сформированного Бурдаховскаго столба, тотчасъ книзу отъ самой каудальной части его ядра.

Ясно, что описанныя нами перерожденные волокна, расположивающіяся во внутреннемъ отдѣлѣ задней ножки мозжечка и составляющія непосредственное продолженіе корешковыхъ волоконъ п. *vestibularis*, въ сущности не что иное, какъ восходящій корешокъ п. *acustici Roller'a*. Мы имѣли возможность убѣдиться, что эти волокна оканчиваются въ мелкихъ клѣткахъ, заключенныхъ между ними и образующихъ „нисходящее ядро преддверного нерва“ по *Ramon u Cajal'ю*. Кромѣ того, часть ихъ теряется также въ смежномъ ядрѣ таъ наз. *nucleus acusticus dorsalis*.

Прослѣдимъ теперь измѣненія во внутреннемъ отдѣлѣ задней ножки мозжечка въ церебральномъ направленіи. На

ближайшихъ препаратахъ, начиная съ исходного при изученіи данной серіи, мы констатируемъ замѣтное увеличеніе числа большихъ клѣтокъ ядра *Deiters'a*. Среди послѣднихъ находятся сильно извитые толстые пучки волоконъ совершенно не содержащіе черныхъ глыбокъ. Эти пучки я назвалъ¹⁾ по ихъ виду корневидными пучками и указалъ, что они, начинаясь изъ коры извилинъ червя, перерождаются въ центробѣжномъ направлениі и оканчиваются въ ядрѣ *Deiters'a*.

Менѣе толстые пучки, помѣщающіеся вентрально отъ корневидныхъ и принимающіе косое направленіе отъ вентролатерального къ дорсо-медиальному краю данного сѣченія т. е. къ тому мѣсту, где впервые обнаруживается ядро *Бехтерева*, оказываются напротивъ наполненными черными глыбками.

Вскрѣ наконецъ ядро *Deiters'a* исчезаетъ вполнѣ и замѣняется отчасти мелкими клѣтками ядра *Бехтерева*. Вмѣстѣ съ этимъ замѣтно уменьшается число корневидныхъ пучковъ, а равнымъ образомъ относительно нарастаетъ число тѣхъ болѣе тонкихъ пучковъ, которые составляютъ продолженіе корешковыхъ волоконъ *n. vestibularis* въ церебральномъ направленії.

На одномъ изъ препаратовъ (рис. 1) хорошо различается ядро *Бехтерева*, помѣщающееся въ боковой стѣнкѣ 4-го желудочка, недалеко отъ бокового угла ромбовидной ямки; оно усыпано мелкими черными глыбками; ядра *Deiters'a* не видно вовсе. Тонкие пучки, также наполненные черными глыбками, тянутся почти въ прямомъ направленіи отъ вентролатерального угла къ дорсо-медиальному краю сѣченія внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка. Эти пучки, какъ это видно на рисункѣ, служатъ непосредственнымъ продолженіемъ перерожденныхъ корешковыхъ волоконъ *n. vestibularis* въ церебральномъ направленії, который вслѣдствіе того, что препаратъ сдѣланъ нѣсколько косо, также ясно различаются, и оканчиваются наконецъ въ ядрѣ *Бехтерева*, судя по обилию въ немъ мелкихъ глыбокъ. Другихъ мѣсть окончанія разсматриваемыхъ волоконъ не имѣется, такъ что съ появленіемъ послѣднихъ клѣтокъ ядра *Бехтерева*, исчезаютъ и послѣднія перерожденныя волокна церебрального корешка *n. vestibularis*.

¹⁾ И. Климовъ. О проводящихъ путяхъ мозжечка. Дисс. 1897.

Наиболѣе удаленные въ церебральномъ направлениі окончанія этого корешка помѣщаются подъ волокнами передней ножки мозжечка, а также и надъ ними тамъ, гдѣ ножка спускается изъ мозжечка въ мозговой стволъ.

Изъ всего сказанного видно, что корешковыя волокна п. *vestibularis* въ церебральномъ направлениі развиты слабѣе, чѣмъ таکъ наз. восходящій корешокъ п. *acustici* *Roller'a* и оканчиваются исключительно въ мелко-клѣточномъ ядрѣ *Бехтерева*.

Для рѣшенія вопроса, не существуетъ ли у п. *vestibularis* еще другихъ корешковыхъ волоконъ, приходится обсудить, зависѣло ли перерожденіе, наблюдавшееся нами въ нѣкоторыхъ волокнахъ, или нѣтъ отъ вышеуказанного побочнаго поврежденія мозговой ткани.

Прежде всего обращаетъ на себя вниманіе перерожденіе нѣкоторыхъ лучеобразныхъ¹⁾ волоконъ мозжечка, исходящихъ, повидимому, отъ латеральной стороны веревчатаго тѣла (рис. 1). При ближайшемъ разсмотрѣніи оказалось, что перерожденіе этихъ волоконъ начиналось отъ того мѣста, гдѣ было повреждено веревчатое тѣло. Количество перерожденныхъ волоконъ находилось въ полномъ соотвѣтствии со степенью поврежденія веревчатаго тѣла. Наиболѣе же существеннымъ являлось то, что нельзя было доказать непосредственнаго перехода корешковыхъ волоконъ п. *vestibularis* въ лучеобразныя волокна мозжечка. Хотя нѣкоторые авторы и описываютъ, что часть корешковыхъ волоконъ входитъ прямо въ мозжечекъ, однако трудно было ожидать, что перерожденные въ нашемъ случаѣ лучеобразныя волокна представляютъ именно таковыя, таکъ какъ авторы обыкновенно указываютъ на вхожденіе ихъ въ мозжечекъ съ медіальной, а не съ латеральной стороны веревчатаго тѣла.

Вентрально-латеральный выступъ праваго зубчатаго ядра былъ усыпанъ мелкими черными глыбками отъ вступающихъ туда перерожденныхъ волоконъ изъ поврежденныхъ нижнихъ извилинъ мозжечка.

¹⁾ См. О проводящихъ путяхъ мозжечка. Дисс.

Перерождение средняго отдеља правой передней ножки мозжечка стояло въ зависимости отъ легкаго поврежденія зубчатаго ядра той же стороны (рис. 1).

Перерождение переднихъ волоконъ *cognoris trapezoides* (рис. 1) начиналось отъ меѣста ихъ поврежденія; перерожденныя волокна частью оканчивались въ верхнихъ оливахъ своей и противоположной стороны, частью же переходили въ противоположную боковую петлю и, вмѣстѣ съ волокнами петли, терялись въ вентро-медиальномъ отдељлѣ лѣваго бугра задняго двухолмія.

Кромѣ того, въ мозговомъ стволѣ замѣчалось исходящее перерождение дорсальной части праваго спинального корешка *n. trigemini* (рис. 1, II, III), которое очевидно зависѣло отъ частичнаго поврежденія названнаго корешка.

Такимъ образомъ, мы видимъ, что перерождение остальныхъ частей мозговой ткани не стоитъ ни въ какой связи съ новрежденіемъ *n. vestibularis*, а цѣликомъ объясняется существующими побочными поврежденіями мозговой ткани.

Существенно важнымъ въ разсмотрѣнномъ опыте представляется еще то, что ядро *Deiters'a* и извитые пучки волоконъ, спускающіеся изъ мозжечка, не содержали вовсе черныхъ глыбокъ; изъ чего слѣдуетъ сдѣлать заключеніе объ отсутствіи связи названныхъ частей съ *n. vestibularis*. Этотъ выводъ нисколько не стоитъ въ противорѣчіи съ прежними моими наблюденіями, а напротивъ въ значительной степени дополняетъ ихъ. Въ своей диссертациіи я имѣлъ уже возможность доказать, что извитые толстые пучки волоконъ, находящіеся во внутреннемъ отдељлѣ задней ножки мозжечка, среди клѣтокъ ядра *Deiters'a*, и названные мною по своему характерному виду корневидными пучками, перерождаются исключительно вслѣдъ за поврежденіемъ червя и оканчиваются въ ядрѣ *Deiters'a*. Такимъ образомъ я пришелъ уже тогда къ заключенію, что корневидные пучки представляютъ центробѣжную систему мозжечка, оканчивающуюся въ ядрѣ *Deiters'a*.

Этими данными мы можемъ закончить разсмотрѣніе опыта 3-аго и перейти къ слѣдующему.

Въ опытѣ 4-омъ поврежденіе *n. vestibularis* было нанесено

черезъ полушаріе мозжечка. Поврежденіе получилось чрезвычайно обширнымъ, такъ что, кроме корешка п. *vestibularis*, внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка, ядра *Deiters'a* и латеральной части ядра *Бехтерева*, были повреждены также многія смежныя части мозгового ствола.

Результатомъ столь распространеннаго поврежденія получились, какъ это легко понять, весьма рѣзкія перерожденія во многихъ частяхъ мозговой ткани, что въ значительной степени затрудняло возможность разобраться въ частностяхъ картины перерожденія.

Такимъ образомъ этимъ опытомъ мы можемъ воспользоваться только отчасти и преимущественно какъ подтвержденіемъ, высказанныхъ нами при разборѣ 3-го опыта, положеній.

Прежде всего мы получили новое доказательство, что восходящій корешокъ п. *acustici Roller'a* есть массивный спинальный корешокъ п. *vestibularis*, перерождающейся въ центростремительномъ направленіи, такъ какъ мы констатировали въ уцѣлѣвшей конечной части этого корешка черные глыбки. Выводы наши, сдѣланные въ 3-мъ опыте, о протяженіи спинального корешка п. *vestibularis* до самой каудальной части ядра Бурдаховскаго столба, а также объ окончаніи его въ клѣткахъ нисходящаго ядра преддвернаго нерва *Ramon y Cajal'я* и *nuclei acustici dorsalis* получили также вѣсное подтвержденіе въ 4-мъ опыте.

Опытъ 5-ый служить намъ для той же цѣли, какъ и опытъ 4-ый. Мы не будемъ подробно останавливаться на немъ и ограничимся только общими замѣчаніями.

Поврежденіе было сдѣлано иглой, введенной въ мозговой стволъ черезъ заднее затылочное отверстіе. Игла проникла во внутренній отдѣлъ задней ножки мозжечка, повредивъ его, а также и смежныя части, на значительномъ пространствѣ. Въ уцѣлѣвшей части восходящаго корешка п. *acustici Roller'a*, а также въ такъ наз. нисходящемъ ядрѣ преддвернаго нерва и *nuclei acustici dorsalis* замѣчается большое количество черныхъ глыбокъ; такія же глыбки находятся въ ядрѣ *Бехтерева* и въ тѣхъ пучкахъ, которые были причислены нами въ опытѣ 3-емъ къ церебральному корешку п. *vestibularis*.

Эти данные относительно перерожденныхъ волоконъ и ядеръ представляютъ чрезвычайно много общаго съ тѣмъ, что мы видѣли въ опытѣ 3-емъ. Если принять во вниманіе, что въ опытѣ 3-емъ необходимо было признать поименованыя перерожденія результатомъ поврежденія корешка *n. vestibularis*, то и въ данномъ опыте напрашивается мысль связать эти перерожденія съ поврежденіемъ корешковыхъ волоконъ названного нерва; поврежденіе ихъ въ дѣйствительности мы и видимъ.

Итакъ, опытъ 5-ый подтверждаетъ выводы, сдѣланнныя въ опытѣ 3-мъ, а именно, что восходящій корешокъ *n. acustici* *Roller'a* представляетъ исходящій или спинальный корешокъ *n. vestibularis*, который своими развѣтвленіями оканчивается въ исходящемъ ядрѣ преддвернаго нерва, а также отчасти въ *nucleus acusticus dorsalis*, — что корешковыя волокна *n. vestibularis* направляются также и церебрально, оканчиваясь впрочемъ скоро въ ядрѣ *Бехтерева*.

Въ послѣднихъ двухъ опытахъ корешки *n. vestibularis* были совершенно лишены черныхъ глыбокъ. Если принять къ свѣдѣнію, что въ этихъ опытахъ наблюдалось поврежденіе такъ наз. первичныхъ ядеръ *n. vestibularis*, то приходитъ сдѣлать заключеніе, что *n. vestibularis* во всякомъ случаѣ не принадлежитъ къ центробѣжнымъ волокнамъ. Это положеніе вполнѣ согласуется съ выводами, сдѣланными изъ первыхъ двухъ опытовъ относительно *n. vestibularis*, какъ о нервѣ центростремительномъ.

Въ заключеніи считаю не лишнимъ сопоставить результаты моихъ изслѣдований съ данными, имѣющимися въ литературѣ.

Рѣшеніе вопроса о направленіи проводимости нервныхъ волоконъ стало возможнымъ только со времени введенія въ науку методовъ *Marchi* и *Golgi*. Авторы, пользовавшіеся методомъ *Golgi* (*Sala, Held*) склоняются въ пользу признанія за *n. vestibularis* значенія чувствительнаго нерва. Моими изслѣдованіями, исполненными по методу *Marchi*, вполнѣ подтверждается правильность этого мнѣнія. Такимъ образомъ существующихъ данныхъ оказывается повидимому достаточно, чтобы счи-

тать вопросъ о направлениі проводимости п. *vestibularis* рѣшеннымъ.

Далѣе, согласно своимъ наблюденіямъ, я долженъ примкнуть къ *Clarke*, *Huguennin*, *Held*'у, *Edinger*'у, *Obersteiner*'у, *Koelliker*'у, *Бехтереву*, *Ramon* у *Cajal*'ю, признававшимъ заднее ядро слухового нерва за центръ преддвернаго нерва, но я не могу согласиться съ *Laura*, *Hoffman*'омъ и *Schwalbe*, утверждавшими, что здѣсь существуютъ перекрестныя отношенія. Равнымъ образомъ я не могу раздѣлить воззрѣній *Stied*'ы, *Onufrowicz*'а и *Sala*, отрицающихъ связь этого ядра съ преддверною вѣтвью.

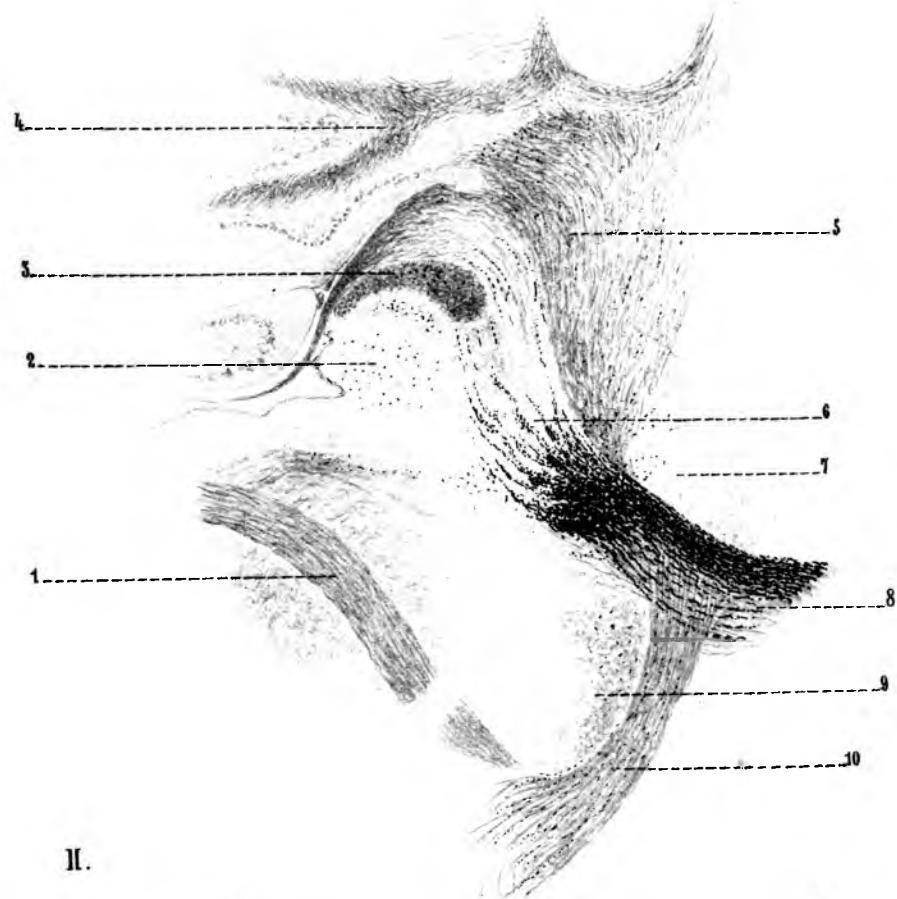
Хотя ядро *Deiters*'а и причисляется цѣлымъ рядомъ изслѣдователей {*Schroeder van der Kolk*, *Clarke*, *Stieda*, *Meynert*, *Huguennin*, *Laura* (съ оговоркою о перекрестной связи), *Hoffman* и *Schwalbe* (перекрестныя и неперекрестныя отношенія), *Forel*, *Held*, *Obersteiner*, *Koelliker*, *Бехтеревъ*, *Ramon* у *Cajal*} къ первичному центру преддвернаго нерва, во я болѣе согласенъ съ *Deiters*'омъ, *Monakow*'ымъ, *Onufrowicz*'емъ, *Baginsky*'имъ, *Sala* и отчасти съ *Edinger*'омъ, отрицающими связь этого ядра съ преддвернымъ первомъ.

Со времени описанія особаго ядра въ боковой стѣнкѣ 4-го желудочка, сдѣланного *Бехтеревымъ*, оно постоянно указывается какъ центръ п. *vestibularis* (*Бехтеревъ*, *Onufrowicz*, *Baginsky*, *Held*, *Кирильцевъ*, *Edinger*, *Obersteiner*, *Koelliker*, *Ramon* у *Cajal*) и только *Sala*, съ которымъ я никоимъ образомъ не могу согласиться, отрицаетъ его отношеніе къ этому нерву.

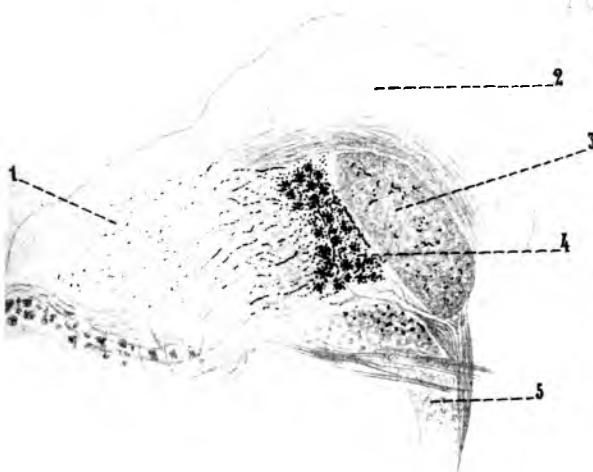
Восходящій корешокъ п. *acustici* *Roller*'а причисляется всѣми авторами къ слуховому нерву. Съ полною увѣренностью отнести его къ преддверному нерву удалось только пользуясь методомъ *Golgi* (*Held*, *Koelliker*, *Ramon* у *Cajal*). Моя изслѣдованія, исполненные по методу *Marchi*, въ этомъ отношеніи могутъ быть также убѣдительными.

Тѣсное отношеніе преддверной вѣтви къ мозжечку несомнѣнно, но тогда какъ одни изслѣдователи описываютъ непосредственный переходъ корешковыхъ волоконъ въ мозже-

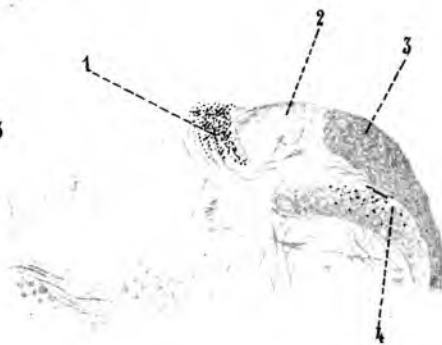
I.



II.



III.



чекъ (*Clarke, Forel, Onufrowicz, Bumt, Sala, Held, Бехтеревъ* (въ позднѣйшей работѣ), *Ramon y Cajal*), другие признаютъ только посредственный переходъ черезъ ядра преддверного нерва (*Meynert, Obersteiner, Бехтеревъ* (въ первыхъ работахъ), *Flechsig, Koelliker*); мои изслѣдованія подтверждаютъ взгляды послѣднихъ.

— — —

Объясненіе къ рисункамъ (Таб. II).

Puc. I.

1. — n. facialis.
2. — nucl. angularis s. vestibularis; ядро Бехтерева.
3. — brachium conjunctivum cerebelli.
4. — сѣченіе извилинъ червя мозжечка.
5. — лучеобразныя волокна corporis restiformis.
6. — церебральный корешокъ n. vestibularis.
7. — боковое ядро n. acustici Meynert'a.
8. — корешокъ n. vestibularis.
9. — спинальный корешокъ n. trigemini.
10. — corpus trapezoides.

Puc. II.

1. — nucleus acusticus dorsalis s. posterior.
2. — tuberculum acusticum.
3. — corpus restiforme.
4. — спинальный корешокъ n. vestibularis или восходящій корешокъ n. acustici Roller'a.
5. — спинальный корешокъ n. trigemini.

Fic. III.

1. — каудальная часть спинального корешка *n. vestibularis*.
2. — ядро Бурдаха.
3. — *corspus restiforme*.
4. — спинальный корешокъ *n. trigemini*.



Случай полиневрита черепныхъ нервовъ на почвѣ разлитого саркоматоза.

Проф. Л. О. Даркшевича.

Множественное поражение черепныхъ нервовъ воспалительнымъ процессомъ диагносцируется нами далеко не часто; далеко не часто встречается также возможность произвести тщательное посмертное изслѣдованіе тамъ, гдѣ при жизни клинически былъ распознанъ полиневритъ въ области черепно-мозговыхъ нервовъ. Въ виду этого я считаю небезинтереснымъ описать здѣсь случай, наблюдавшійся въ Казанской нервной клинике, гдѣ имѣло мѣсто пораженіе воспалительнымъ процессомъ цѣлаго ряда черепныхъ нервовъ и при томъ, какъ показало посмертное изслѣдованіе, на почвѣ саркоматоза.

Больной Б., 36 лѣтъ, крестьянинъ, по профессіи банщикъ. До $\frac{4}{11}$ 97 г. былъ совершенно здоровъ. Въ этотъ день впервые почувствовалъ боль въ зубахъ правой верхней челюсти. Боль съ каждымъ днемъ все усиливалась и распространялась далѣе на сосѣднія части, такъ что скоро стала болѣть вся правая половина лица, правое ухо и правая сторона темени. Около $\frac{18}{11}$ у него вдругъ перекосило лицо: при улыбкѣ правая половина лица перетягивалась въ лѣвую сторону; въ тоже время правый глазъ пересталъ закрываться. Вмѣстѣ съ тѣмъ больной замѣтилъ, что правымъ ухомъ онъ сталъ слышать несравненно хуже, чѣмъ лѣвымъ, и во всякомъ случаѣ хуже, чѣмъ слышалъ имъ до болѣзни. Какъ паралическая явленія, такъ и невральгическая боли постепенно все прогрессиро-

вали, что и заставило больного обратиться въ клинику, куда онъ былъ принятъ ^{2/III} 97 г.—Изъ ранѣе перенесенныхъ болѣзней больной отмѣчаетъ оспу и тифъ. Что касается сифилиса, то несомнѣнныхъ указаній на него нѣть; лѣтъ 15 назадъ было „что то подозрительное“, но врачемъ зараженіе не констатировалось и лѣченія противосифилитического не предпринималось.—Ранѣе больной злоупотреблялъ спиртными напитками, по послѣдніе 3 года не пьетъ совсѣмъ; не курить. Условія жизни въ общемъ довольно удовлетворительныя.

Status praesens 4-го марта 1897 г.

N. trigeminus dexter въ своей двигательной порціи оказывается рѣзко пораженнымъ: mm. masseter и temporalis на правой сторонѣ при сжиманіи челюстей не сокращаются почти совсѣмъ. *N. abducens dexter* ясно парализованъ: отведеніе праваго глазного яблока внаружі для больного совершенно невозможнo. *N. facialis dexter* пораженъ во всѣхъ своихъ вѣтвяхъ: складки на лбу сглажены, правая глазная щель не замыкается, правый уголъ рта опущенъ болѣе лѣваго и при показываніи зубовъ не оттягивается назадъ.—Оба *N. oculomotorii*, оба n. trochleares, n. trigeminus sinister (pars motoria), n. abducens sinister, n. facialis sinister, оба n. glossopharyngei, оба n. vagi, оба n. accessorii Willisii и оба n. hypoglossi уклоненій отъ нормы не представляютъ.—Со стороны движенія головы, верхнихъ и нижнихъ конечностей, равнымъ образомъ и туловища, ничего ненормального не замѣчается. Сухожильные рефлексы верхнихъ и нижнихъ конечностей въ предѣлахъ нормы, нормальны также рефлексы глотательный и рвотный. Тазовые органы въ порядкѣ. Зрачки равномѣрны; реакція ихъ на свѣтъ и конвергенцію нормальна. Координація движеній не разстроена; судорогъ никогда не замѣчается.—Общая чувствительность вездѣ нормальна за исключеніемъ области развѣтвленія n. trigemini dextri, где имѣеть мѣсто замѣтное пониженіе всѣхъ видовъ чувствительности. Зрѣніе (изслѣдованное любезно проф. Адамюкомъ): дно глазъ безъ измѣненія, поле зрѣнія нѣсколько сужено внаружі въ правомъ глазу; рефракція H¹/₃₀. Слухъ пони-

жень на обѣихъ сторонахъ, но костная проводимость сохранена какъ справа, такъ и слѣва. Субъективное ощущеніе шума и звона въ ушахъ. Вкусъ понижень на двухъ переднихъ третяхъ языка справа. Обоняніе не разстроено. Изслѣдованіе электровозбудимости обнаруживаетъ реакцію перерожденія въ области развѣтвленія средней и нижней вѣтви п. *facialis dextri*; mm. *masseter et temporalis* на фарадической токъ не возбудимы, на гальваническій возбудимы, при чемъ Ка>Ап.— Со стороны костей черепа, кожныхъ покрововъ головы, равнымъ образомъ и шейныхъ лимфатическихъ железъ ничего ненормального не замѣчается.— Со стороны внутреннихъ органовъ не удается обнаружить ничего ненормального.— t^0 тѣла нормальна.

⁶/III—⁸/III. Больной жалуется на сильныя боли въ правой половинѣ лица; плохо ёстъ, плохо спитъ. Назначено вприскиваніе подъ кожу ртути.

⁹/III. Больной замѣтно ослабѣлъ.— t^0 тѣла нормальна.

¹³/III. У больного показались признаки стоматита; посланье рта крайне затруднено. Инъекціи ртути прекращены. Всего сдѣлано 10 инъекцій.

¹⁴/III. Впервые замѣченъ парезъ п. *oculomotorii dextri* (*paresis m. recti inferioris dextri*).

¹⁵/III. Больной совершенно ничего не ёстъ, не пьетъ; замѣчается рѣзкая *tachycardia*: пульсъ 110.

¹⁹/III. Жалуется на затрудненіе глотанія. Ничего не ёстъ. Показался гнусливый отѣйникъ рѣчи. Очень слабъ: все время лежитъ неподвижно. Болей въ области живота нѣтъ. Послабленія въ низѣ черезъ день съ помощью клизмы. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. t^0 тѣла нормальна.

²⁰/III. Жалуется на то, что тяжело дышать.

²¹/III. Ясный параличъ мягкаго неба. Съ ¹⁵/III больной ничего не ёлъ. Задержка мочи: выводится катетромъ. Затрудненое дыханіе. *Tachycardia*. t^0 нормальна. Очень слабъ.

²²/III въ 6 ч. утра *exitus letalis*.

Вскрытие произведено ²³/III (д-ръ Заболотновъ). Результаты изслѣдованія:

Hydropericardium; саркоматозные метастазы въ пери-, міо-и эндокардій; бурая атрофія мышцы сердца; саркоматозная инфильтрація клѣтчатки передняго средостѣнія и лимфатическихъ железъ того же пространства.—Хронической лѣвосторонній фиброзный слипчевый плеврить; саркоматозная инфильтрація средней правой доли легкаго; отекъ легкаго.—Мушкатная печень; саркоматозные переносы въ печени въ видѣ инфильтраціи саркоматозными клѣтками.—Метастазы опухоли въ слизистой оболочкѣ желудка, 12-типерстной и верхней части тощей кишечкѣ.—Саркома мелкокруглоказлѣточковая поджелудочной железы и инфильтрація ею окружающей клѣтчатки.—Пигментная инфильтрація селезенки.—Саркоматозная инфильтрація клѣтчатки, окружающей почки, и самихъ почекъ.—Метастазы опухоли въ правую глазницу.

Для изслѣдованія нервной системы могли быть взяты: головной мозгъ, спинной мозгъ и слѣдующіе черепные нервы: n. abducens, n. facialis, n. trigeminus dexter, n. oculomotorius dexter и n. vagus dexter.

Результаты этого изслѣдованія таковы.

N. abducens dexter. Стволъ праваго отводящаго нерва изслѣдовался на расщипанныхъ препаратахъ, при чемъ брались части какъ изъ глазницы, такъ и непосредственно у места выхода нерва изъ мозгового ствола. Первая часть нерва обрабатывалась 1% растворомъ осміевой кислоты, вторая—бражалась уже послѣ уплотнѣнія мозга въ *Maller*'овской жидкости. Обѣ части нерва окрашивались различными красящими веществами, какъ то: пикрокарминомъ, голубымъ анилиномъ, *van Gieson*'овской смѣсью, *Magenta Roth* и пр.

При осмотрѣ препаратовъ, обработанныхъ веществами, красящими клѣтки, и при томъ какъ изъ периферической части нерва (изъ глазницы), такъ и центральной (вблизи мозгового ствола), ясно бросалось въ глаза необыкновенное обиліе клѣточныхъ элементовъ, которыми былъ какъ бы пропитанъ весь нервный стволъ. Наилучшія въ этомъ отношеніи картины получались изъ центрального отрѣзка при окраскѣ препарата v. *Gieson*'овской жидкостью (Fig. I). Здѣсь, въ томъ отдѣль препарата, гдѣ изоляція волоконъ была недостаточной, т. е. гдѣ волокна лежали не разъединено, а болѣе или менѣе компактно, на общемъ палевомъ фонѣ

волоконъ рѣзко выдѣлялась цѣлая масса форменныхъ элементовъ, окрашенныхъ въ розоватый цвѣтъ (Fig. I, 1,2). Эти элементы то тянулись длиною цѣпью по направленію хода волоконъ, то представлялись скученными въ группы, большей или меньшей величины (Fig. I, 2). Тамъ же, гдѣ въ полѣ зрења попадались волокна изолированными, они оказывались какъ бы облѣпленными клѣточными элементами по всей своей поверхности (Fig. I, 3). Кромѣ того почти на каждомъ препаратѣ, въ промежуткахъ между отдѣльными волокнами, въ жидкости, въ которую былъ заключенъ препаратъ, попадалось большое количество тѣхъ же самыхъ форменныхъ элементовъ, лежавшихъ совершенно свободно и разбросанно (Fig. I, 4).

При изслѣдованіи того же самаго препарата съ болѣе сильными увеличеніями ясно можно было ознакомиться съ наружнымъ видомъ описываемыхъ клѣточныхъ элементовъ (Fig. II). Всѣ они оказывались приблизительно одинакового размѣра: колебанія въ величинѣ отдѣльныхъ элементовъ представлялись весьма незначительными. Что же касается наружныхъ очертаній, то однѣ изъ клѣтокъ оказывались кругловой формы (Fig. II, 1), другія—продолговатой (Fig. II, 2), у третьихъ, наконецъ, тѣло вытягивалось въ острые отростки (Fig. II, 3, 4, 5), числомъ отъ одного до трехъ и даже до четырехъ. Почти всѣ клѣтки были снабжены ясно выраженнымъ ядромъ (Fig. II, 3); вѣкоторые изъ клѣтокъ заключали въ себѣ два, три ядра и даже болѣе (Fig. II, 2, 4).

Состояніе нервныхъ волоконъ представлялось неодинаковымъ въ периферическомъ (изъ глазницы) и центральномъ (близъ мозгового ствола) участкѣ нерва. Въ периферическомъ отдѣль не удавалось найти ни одного волокна вполнѣ нормального вида: каждое волокно представляло большую или меньшую степень паренхиматозного пораженія. Наилучшія картины въ этомъ отношеніи давали препараты изъ осміевой кислоты послѣ обработки *v. Gieson'*овской жидкостью (Fig. III, A). Здѣсь, наряду съ запустѣвшими *Schwann'*овскими оболочками, набитыми пролиферированными протоплазматическими клѣтками (Fig. III, A, b), попадались волокна и въ болѣе раннемъ periodѣ пораженія. Такъ сплошь и рядомъ приходилось наблюдать распадъ міэлина на отдѣльные участ-

стки большей или меньшей величины, начиная отъ небольшихъ глыбокъ и кончая довольно обширными фрагментами. Въ послѣднихъ очень часто удавалось наблюдать обрывки осевого цилиндра, извитого по длини, съ петлями различной величины и пр. (Fig. III, A, a, 1).

Въ центральномъ отдѣлѣ нерва количество волоконъ съ распадомъ мякотной оболочки, было значительно меньше; но за то много встрѣчалось волоконъ съ осевыми цилиндрами ненормального вида. Въ этомъ отношеніи чаще всего приходилось наблюдать утолщенія осевого цилиндра близъ *Ranvier*'овскихъ перетяжекъ, а также и въ другихъ мѣстахъ отдѣльныхъ сегментовъ (Fig. III, B, 1).

N. oculomotorius dexter. Стволъ нерва былъ взятъ изъ глазницы и обработанъ 1%, растворомъ осміевой кислоты. Для микроскопического изслѣдованія приготавлялись расщипанные препараты съ окраской *v. Gieson*'овской жидкостью, пикрокарминомъ и голубымъ анилиномъ. При общемъ осмотрѣ такихъ препаратовъ прежде всего бросалось въ глаза то, что всѣ почти нервныя волокна представлялись ненормального вида; но степень пораженія ихъ оказывалась далеко не такой рѣзкой, какъ на препаратахъ п. *abducentis dextri*. Волоконъ съ распадомъ мякотной обкладки не встрѣчалось почти совсѣмъ, но за то почти въ каждомъ волокнѣ попадались участки съ рѣзкимъ измѣненіемъ химического состава міэлина. Такіе участки выдѣлялись ясно на осміевыхъ препаратахъ по своей ненормальной окраскѣ. Въ то время, какъ на своемъ остальномъ протяженіи мякотная обкладка представлялась окрашенной въ интензивно черный цветъ, здѣсь, въ предѣлахъ пораженного участка, она имѣла скорѣе дымчатый видъ (Fig. IV, 1) и оказывалась настолько прозрачной, что чрезъ нее ясно можно было видѣть осевой цилиндръ (Fig. IV, 2), разъ только препаратъ обрабатывался веществами, красящими осевой цилиндръ.

Описываемые участки измѣненной мякотной оболочки попадались на одномъ и томъ же волокнѣ въ различныхъ мѣстахъ его протяженія и при томъ то въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ *Ranvier*'овской перетяжкой, то въ промежуткахъ между двумя перетяжками. Въ послѣднемъ случаѣ между перетяжкой и измѣненнымъ участкомъ міэлинъ оказывался совершенно нормального вида.

Что касается клѣточныхъ элементовъ, обнаруженныхъ въ такомъ большомъ количествѣ въ стволѣ *n. abducentis dextri* (Fig. I), то здѣсь они, хотя и встрѣчались, но несравненно въ меньшемъ числѣ. Они располагались по длинѣ нервныхъ волоконъ, въ межуточной ткани, при чемъ въ одномъ отдѣлѣ ствола ихъ встрѣчалось больше, въ другомъ—меньше.

При изслѣдованіи описываемыхъ форменныхъ элементовъ было обращено вниманіе на то, нѣтъ ли болѣе тѣснаго отношенія между мѣстоположеніемъ этихъ элементовъ и измѣненными участками нервныхъ волоконъ, и при этомъ пришлось убѣдиться, что какой либо закономѣрности въ этомъ отношеніи не существовало. По сосѣдству съ пораженнымъ участкомъ нервного волокна очень нерѣдко не встрѣчалось почти совсѣмъ форменныхъ элементовъ и, наоборотъ, тамъ, где они скучивались въ большомъ числѣ, мякотная обкладка волокна оказывалась совершенно нормального вида.

N. facialis dexter. Стволъ праваго лицевого нерва изслѣдовался какъ изъ периферического участка—тотчасъ у мѣста выхода изъ *f. stylo-mastoideum*, такъ и изъ центральнаго—вблизи мозгового ствола. Периферический участокъ, какъ было говорено выше, обрабатывался 1% растворомъ осміевой кислоты, центральный—уплотнялся въ *Müller'овской* жидкости. Оба отдѣла нерва изслѣдовались на расщипанныхъ препаратахъ.

При изслѣдованіи препаратовъ изъ периферического участка, послѣ окраски ихъ *v. Gieson'овской* жидкостью, ясно выступало на видъ рѣзкое измѣненіе нервныхъ волоконъ. Совершенно здоровыхъ волоконъ не встрѣчалось вовсе; каждое волокно представляло большую или меньшую степень распада міэлина; много попадалось и такихъ волоконъ, отъ которыхъ оставались однѣ запустѣвшія *Schwann'овскія* оболочки, содержащія только кое гдѣ капли міэлина (Fig. V). Что касается осевого цилиндра, то присутствіе его, даже въ видѣ отдѣльныхъ обрывковъ, не удавалось констатировать нигдѣ, ни въ одномъ волокнѣ.

Препараты изъ центральнаго отрѣзка *n. facialis dextri* представляли совершенно иную картину. Здѣсь измѣненіе міэлиновой оболочки оказывалось весьма незначительнымъ; въ каждомъ волокнѣ можно было доказать и присутствіе осе-

вого цилиндра, но послѣдній въ большинствѣ волоконъ представлялся ненормального вида: на ряду съ утолщеніями его, подобными тѣмъ, которые констатированы были въ волокнахъ п. *abducentis dextri* (Fig. III, B, 1), сплошь и рядомъ попадалась еще рѣзкая его извитость (Fig. VI, 1).

Что касается клѣточныхъ элементовъ, которые были найдены въ сволѣ п. *abducentis dextri*, то здѣсь ихъ ни въ периферическомъ отрѣзкѣ, ни въ центральномъ констатировать не удалось.

N. trigeminus dexter. Для изслѣдованія была взята часть ствола съ основанія мозга тотчасъ къ центру отъ *ganglion Gasseri*. Фиксировался препаратъ въ 1% растворѣ осміевой кислоты, красился *v. Gieson'овской* жидкостью и голубымъ анилиномъ и изслѣдовался на расщипанныхъ препаратахъ.

Измѣненныхъ нервныхъ волоконъ встрѣчалось здѣсь очень немнога, да и степень измѣненія пораженныхъ волоконъ оказывалась весьма незначительной. Всѣ измѣненія сводились къ ненормальному виду мякотной обкладки, которая по мѣстамъ представлялась болѣе прозрачной, какъ бы просвѣчивающей. Въ общемъ картина близко напоминала ту, которую пришлось констатировать при изслѣдованіи волоконъ п. *oculomotorii* (Fig. IV). Разница оказывалась только въ томъ, что здѣсь участки измѣненной мякоти представлялись еще меньшаго протяженія, да и попадались по преимуществу вблизи *Ranvier'овскихъ* перехватовъ.

Что касается форменныхъ элементовъ, констатированныхъ въ стволѣ п. *abducentis dextri* (Fig. I), то здѣсь они попадались лишь кое гдѣ и то въ весьма незначительномъ числѣ.

N. vagus dexter былъ взятъ на высотѣ верхней половины *art. carotis communis* и обработанъ 1% растворомъ осміевой кислоты съ послѣдующей окраской *v. Gieson'овской* жидкостью; изслѣдовался на расщипанныхъ препаратахъ.

При осмотрѣ готовыхъ препаратовъ (Fig. VII) становилось несомнѣннымъ, что большинство нервныхъ волоконъ было ненормального вида; но характеръ измѣненія здѣсь былъ совершенно иной сравнительно съ характеромъ измѣненія волоконъ п. *abducentis dextri*, п. *oculomotorii dextri* и п. *facialis dextri*. Здѣсь не наблюдалось ни распада міэлина на

отдѣльные глыбки, какъ это имѣло мѣсто въ волокнахъ п. *abducens dextri*, ни разрѣженія мякоти, какъ это наблюдалось на волокнахъ п. *oculomotorii*. Здѣсь прежде всего бросалось въ глаза рѣзкое исхуданіе большинства волоконъ, входящихъ въ составъ ствола, и при томъ какъ волоконъ крупнаго, такъ и волоконъ мелкаго колибра. Далѣе, почти каждое волокно по своей длинѣ представляло глубокія зазубрины (Fig. VII, A, 1, B, 1), благодаря чему оно принимало то пилообразный видъ, то четкообразный (Fig. VII, A, B). Кромѣ того, по мѣстамъ, въ волокнахъ съ рѣзкими зазубринами попадались отдѣльные капли міэлина, красившіяся осміемъ въ черный цвѣтъ (Fig. VII, C, 1).

Что касается форменныхъ элементовъ, найденныхъ въ стволѣ п. *abducens* (Fig. I и II), то здѣсь ихъ констатировать не удалось совсѣмъ.

Головной мозгъ при вскрытии былъ помѣщенъ въ *Müller'овскую* жидкость. При его изслѣдованіи главное вниманіе было обращено на мозговой стволъ, начиная отъ нижняго отдѣла продолговатаго мозга и кончая мозговой ножкой. То обстоятельство, что мозгъ уплотнялся въ *Müller'овской* жидкости, лишало возможности изслѣдовывать ядра черепныхъ нервовъ по методу *Nissl'я*; въ виду этого при осмотрѣ препараторъ изъ указанной области пришлось ограничиться изученіемъ такихъ явлений, которые могутъ наблюдаться на разрѣзахъ мозга, уплотненныхъ въ хромокислыхъ соляхъ.

Область центральнаго хода п. *facialis* и п. *abducens* изслѣдовались на препаратахъ, обработанныхъ жидкостью *Marchi* съ послѣдующей окраской *v. Gieson'овской* жидкостью. На этихъ препаратахъ корешки лицевого и отводящаго нервовъ, на больной сторонѣ, содержали по всей своей длинѣ большое количество черныхъ глыбокъ вплоть до соотвѣтствующихъ ядеръ. Такія же глыбки встрѣчались и по длинѣ нервовъ здоровой стороны, но въ значительно меньшемъ количествѣ. Со стороны гангліозныхъ клѣтокъ ядеръ описываемыхъ нервовъ замѣтить чего либо ненормального не удалось: не только не было видно убыли клѣточныхъ элементовъ, но нельзя было замѣтить и сколько нибудь рѣзкихъ измѣненій въ наружномъ видѣ и очертаніяхъ гангліозныхъ клѣтокъ.

Форменныхъ элементовъ, такихъ, которые были конста-

тированы въ сволѣ п. *abducentis dextri* (Fig. I), не найдено ни въ ткани мозга, ни въ оболочкахъ, прилегающихъ непосредственно къ мозгу въ изслѣдованной области.

Спинной мозг уплотнялся въ *Müller'овской* жидкости и изслѣдовался на поперечныхъ разрѣзахъ послѣ окраски гематоксилиномъ по *Weigert-Pal'ю* и жидкостью *v. Gieson'a*.

Ознакомившись съ картиной патолого-анатомическихъ измѣненій въ нервной системѣ, мы постараемся теперь дать ей соответствующее объясненіе.

Въ п. *abducens dexter* обнаружены, какъ мы видѣли, два патологическихъ явленія: паренхиматозное пораженіе волоконъ ствола нерва и инфильтрація этого послѣдняго особыми клѣточными элементами.

Что касается клѣточныхъ элементовъ, найденныхъ среди волоконъ отводящаго нерва, то внѣшній видъ ихъ, представленный на Fig. II, настолько характеренъ, что врядъ ли можетъ оставаться какое нибудь сомнѣніе въ *саркоматозной* природѣ этихъ элементовъ. Въ пользу такого возрѣнія на описываемая клѣтки говорить также и то обстоятельство, что тѣ же самые элементы, въ видѣ рѣзко выраженной инфильтраціи, найдены и въ другихъ полостныхъ органахъ, какъ то въ печени, сердце, почкахъ.

Мы говоримъ обѣ *инфильтраціи* ствола отводящаго нерва саркоматозными элементами потому, что самъ стволъ какъ на своемъ пути внутри глазницы, такъ и вблизи мозгового ствола, никакихъ неправильностей въ своихъ наружныхъ очертаніяхъ не представлялъ; въ частности не было найдено никакихъ ненормальныхъ сращеній его съсосѣдними частями. Что касается степени такой инфильтраціи, то ее надо назвать очень рѣзкой. Въ этомъ отношеніи достаточно одного бѣглого взгляда на Fig. I, чтобы согласиться съ такимъ опредѣленіемъ.

Измѣненія нервныхъ волоконъ п. *abducentis dextri* сводились главнымъ образомъ въ деструкціи паренхимы волокна. Наибольшая степень такого измѣненія констатировалась въ той части ствола, которая была взята изъ глазницы. Глядя на препараты изъ этой области ствола, съ первого раза, можно было думать, что въ данномъ случаѣ имѣетьсь мѣсто *Waller'овское* перерожденіе волоконъ, тѣмъ болѣе, что для

такого перерождения можно было указать и подходящую причину — инфильтрацию саркоматозными элементами. Говоря иначе, суть изменения въ волокнахъ п. abducentis можно было свести къ вторичному перерождению въ зависимости отъ сдавленія инфильтрировавшими ихъ элементами. Но болѣе внимательное изученіе препаратовъ, въ особенности же сопоставленіе картины измѣненій въ периферической части ствола и центральной, заставляло признать болѣе правильнымъ другое объясненіе. Въ самомъ дѣлѣ, въ центральномъ отрѣзкѣ нерва т. е. въ отрѣзкѣ, взятомъ поблизости отъ мозгового ствола клѣточная инфильтрація была выражена такъ же рѣзко, какъ и въ отрѣзкѣ периферическомъ; между тѣмъ въ его волокнахъ степень деструкціи міэлина оказывалась значительно болѣе слабой, чѣмъ въ волокнахъ периферического отрѣзка. Съ другой стороны, въ центральномъ отрѣзкѣ нерва ясно выступали на видъ рѣзкія измѣненія въ осевыхъ цилиндрахъ (Fig. III, B, 1) и въ то же время не менѣе характерныя измѣненія со стороны осевого цилиндра сплошь и рядомъ удавалось встрѣтить и въ волокнахъ периферического отдѣла. Все это даетъ основаніе видѣть въ измѣненіи волоконъ отводящаго нерва не столько результатъ вторичнаго ихъ перерожденія въ зависимости отъ сдавленія, сколько результатъ *паренхиматознаго* ихъ *воспаленія*.

Такое объясненіе измѣненій въ волокнамъ п. abducentis dextri находитъ для себя опору еще и въ той картинѣ, которую представляли собою измѣненные волокна п. oculomotorii dextri. Измѣненія въ этихъ волокнахъ (Fig. IV) всепѣло подходятъ подъ опредѣленіе паренхиматознаго неврита и при томъ начальной его стадіи и не рѣзкой степени.

Что касается п. facialis dextri, то измѣненія, найденные въ волокнахъ его периферического отрѣзка, могли быть одинаково сочтены и за результатъ вторичнаго перерожденія, и за результатъ воспаленія, такъ какъ распадъ міэлина былъ выраженъ въ очень рѣзкой степени, а отъ осевыхъ цилиндроv не оставалось и слѣда. Рѣшить вопросъ съ точностью, съ чѣмъ имѣлось дѣло, можно было только по сравненію препаратовъ периферического конца нерва, съ препаратами изъ отрѣзка центральнаго. На препаратахъ же этого послѣдняго, какъ мы видѣли (Fig. VI), встрѣчалась картина, которая несомнѣнно говорила

за воспалительное происхождение измѣненій въ волокнахъ. А разъ въ центральной части нервного ствола наблюдались явленія воспалительные, то и патологическую картину изъ периферического отрѣзка правильнѣе, на нашъ взглядъ, объяснить воспаленіемъ, а не вторичнымъ перерожденіемъ нервныхъ волоконъ.

N. vagus dexter въ той своей части, которая изслѣдовалась нами, содержалъ, какъ мы видѣли, массу волоконъ, измѣненныхъ очень рѣзко; но найденные тамъ измѣненія нельзя было признать ни за результатъ вторичного перерожденія, ни за результатъ паренхиматозного воспаленія волоконъ. Картина, которую представляли пораженные волокна, всего болѣе подходила къ картинѣ, наблюдавшейся въ волокнахъ нерва, подвергшагося т. наз. ретроградному перерожденію: это — исхуданіе волоконъ, съ рѣзкими зазубринами въ мякотной обкладкѣ и съ сохраненіемъ осевыхъ цилиндровъ. Очевидно, что въ стволѣ блуждающаго нерва, на его периферіи (сердцѣ?), имѣлся какой то болѣзненный процессъ, весьма ограниченный, который разрушилъ периферической отдѣль волоконъ, но на центральную ихъ часть не распространился. Въ зависимости же отъ деструкціи периферіи волоконъ въ центральномъ ихъ отдѣль неизбѣжно должны были развиться тѣ измѣненія, которые подходятъ подъ опредѣленіе ретрограднаго перерожденія. Въ сердечной мышцѣ, какъ мы знаемъ, была найдена саркоматозная инфильтрація; а разъ она имѣла мѣсто въ мышцахъ сердца, она легко могла распространиться и на периферической отдѣль волоконъ *n. vagi*. Говоря иначе, есть полное основаніе допустить, что въ периферической части ствола *n. vagi* имѣла мѣсто совершенно также картина, которую мы констатировали на препаратахъ *n. abducens dextri*.

Что касается *n. trigemini dextri*, то найденные въ немъ измѣненія, по внѣшнему виду, близко подходятъ къ измѣненіямъ, обнаруженнымъ въ *n. oculomotorius dexter*; говоря иначе, они съ полнымъ правомъ могутъ считаться характерными для паренхиматозного неврита. Нашего вниманія заслуживаетъ здѣсь еще одно обстоятельство, а именно то, что степень обнаруженныхъ нами измѣненій оказалась весьма незначительной, а между тѣмъ клинически пораженіе въ обла-

сти тройничного нерва—какъ чувствительной, такъ и двигательной его порці—было выражено очень рѣзко. Это кажущееся съ первого взгляда противорѣчие можетъ быть объяснено, по нашему мнѣнію, довольно удовлетворительно слѣдующимъ образомъ. Несомнѣнно, что пораженіе n. trigemini локализировалось въ периферической части ствола—къ периферіи отъ ganglion Gasseri. Пораженіе ствола было не такой большой давности, чтобы въ корешкѣ тройничного нерва—въ части, лежашей къ центру отъ g. Gasseri, которая и изслѣдовалась нами—въ чувствительныхъ волокнахъ успѣли развиться послѣдовательныя измѣненія. Такимъ образомъ, въ корешковой части n. trigemini, если и были пораженныя волокна, то они должны были встрѣчаться по преимуществу среди двигательныхъ элементовъ. А такъ какъ въ стволѣ тройничного нерва число двигательныхъ волоконъ несомнѣнно много меньше числа волоконъ чувствительныхъ, то на препаратахъ расщипанныхъ и должны были встрѣчаться по преимуществу волокна нормального вида, волокна же съ измѣненной структурой должны были по числу отступать на второй планъ.

Итакъ, по отношенію къ изслѣдованнымъ нами нервнымъ стволамъ мы приходимъ къ такому заключенію: въ n. abducens dexter, n. oculomotorius dexter, n. facialis dexter и n. trigeminus dexter имѣлъ мѣсто паренхиматозный невритъ; что же касается n. vagus dexter, то въ его центральномъ отрѣзкѣ имѣло мѣсто измѣненіе волоконъ по типу ретроградаго перерожденія.

Намъ предстоитъ теперь решить второй вопросъ: въ какомъ отношеніи стоитъ къ воспалительному процессу, обнаруженному въ волокнахъ изслѣдованныхъ нами первыхъ стволовъ, та клѣточная инфильтрація, которая была найдена нами въ тѣхъ же самыхъ стволяхъ.

На этотъ вопросъ безъ всякаго колебанія мы отвѣчаемъ въ томъ смыслѣ, что воспалительный процессъ въ данномъ случаѣ долженъ быть поставленъ въ прямую связь съ обнаруженной нами саркоматозной инфильтраціей первыхъ стволовъ. Въ самомъ дѣлѣ, другого этиологического момента, на счетъ которого можно было бы отнести развитіе обнаруженаго нами полиневрита, въ анамнезѣ болѣнія констатировать

не удалось. Въ частности алкоголизмъ и lues отрицается; противъ сифилитической инфекціи говоритъ также и неудачное примѣненіе ртутнаго лѣченія, равнымъ образомъ и отсутствіе указаній на него въ патолого-анатомическомъ изслѣдованіи. Въ то же самое время наблюденіе клиническое указываетъ на несомнѣнную связь между развитиемъ невритического процесса и общимъ пораженіемъ всего организма. Такимъ образомъ изъ всѣхъ этиологическихъ моментовъ наиболѣе вѣроятнымъ въ нашемъ случаѣ является саркоматозная инфильтрація нервныхъ стволовъ.

Но, быть можетъ, такому взгляду на этиологію заболеванія въ нашемъ случаѣ можетъ противорѣчить то обстоятельство, что на препаратахъ п. *facialis dextra*, гдѣ имѣло мѣсто невритический процессъ въ очень рѣзкой степени, саркоматозныхъ элементовъ не было найдено вовсе?

Мы думаемъ, что указываемыя здѣсь обстоятельства нисколько не умаляютъ значенія тѣхъ соображеній, которыя высказаны нами въ пользу саркоматозной природы невритического процесса въ нашемъ случаѣ. Въ самомъ дѣлѣ, что касается п. *facialis dexter*, то въ центральномъ отдѣлѣ его ствola были найдены саркоматозные элементы, хотя и не въ значительномъ числѣ, говоря иначе въ стволѣ этого нерва имѣла мѣсто саркоматозная инфильтрація. Если же саркоматозныхъ элементовъ оказалось немного въ периферическомъ отдѣлѣ, гдѣ невритический процессъ былъ выраженъ въ очень рѣзкой степени, то это могло зависѣть отъ того, что главный фокусъ клѣточной инфильтраціи находился въ среднемъ отдѣлѣ ствola п. *facialis*—въ промежуткѣ между тѣми, которые изслѣдовались нами. То же самое мы должны сказать и относительно п. *trigeminus dexter*. Тѣ измѣненія невритической, которая мы констатировали въ изслѣдованной нами части тройничного нерва, были настолько незначительны, что ими трудно объяснить параличные явленія въ области жевательныхъ мышцъ и анестезіи на лицѣ, отмѣченныя у больного при жизни. Очевидно, что главныя деструктивныя измѣненія должны были локализоваться къ периферіи отъ *ganglion Gasseri*, т. е. на довольно большомъ разстояніи отъ той части, которая изслѣдовалась нами; говоря иначе, если въ п. *trigeminus* была саркоматозная инфильтрація, то она совер-

щенно свободно могла не распространяться на тотъ участокъ нервнаго ствола, который изслѣдовался нами.

Итакъ, подводя итогъ всего сказаннаго, мы должны притти къ тому заключенію, что въ нашемъ случаѣ имѣло мѣсто пораженіе стволовъ черепныхъ нервовъ воспалительнымъ процессомъ, развившимся въ зависимости отъ ихъ инфильтраціи саркоматозными элементами.

Объясненіе рисунковъ (Таб. I).

Fig. I. N. abducens вблизи выхода изъ мозгового ствола; уплотненіе въ Müller'овской жидкости, окраска *v. Gieson'*овской жидкостью; расщипанный препаратъ. Zeiss. Ob. 16,0. Oc. 8 (увел. 125).

Fig. II. Тотъ же препаратъ при Zeiss. Ob. 1, 5. Oc. 4 (увел. 667).

Fig. III. N. Abducens. А—изъ периферического отрѣзка; а. волокно, содержащее глыбки міэлина, въ которомъ видна обрывокъ осевого цилиндра (!). Окраска *v. Gieson'*овской жидкостью послѣ предварительной обработки 1% осміемъ. В.—волокно изъ центральнаго отдѣла послѣ уплотненія въ Müller'овской жидкости и окраски голубымъ анилиномъ; 1—вздутіе осевого цилиндра. Zeiss. Ob. 1, 5. Oc. 2 (увел. 333).

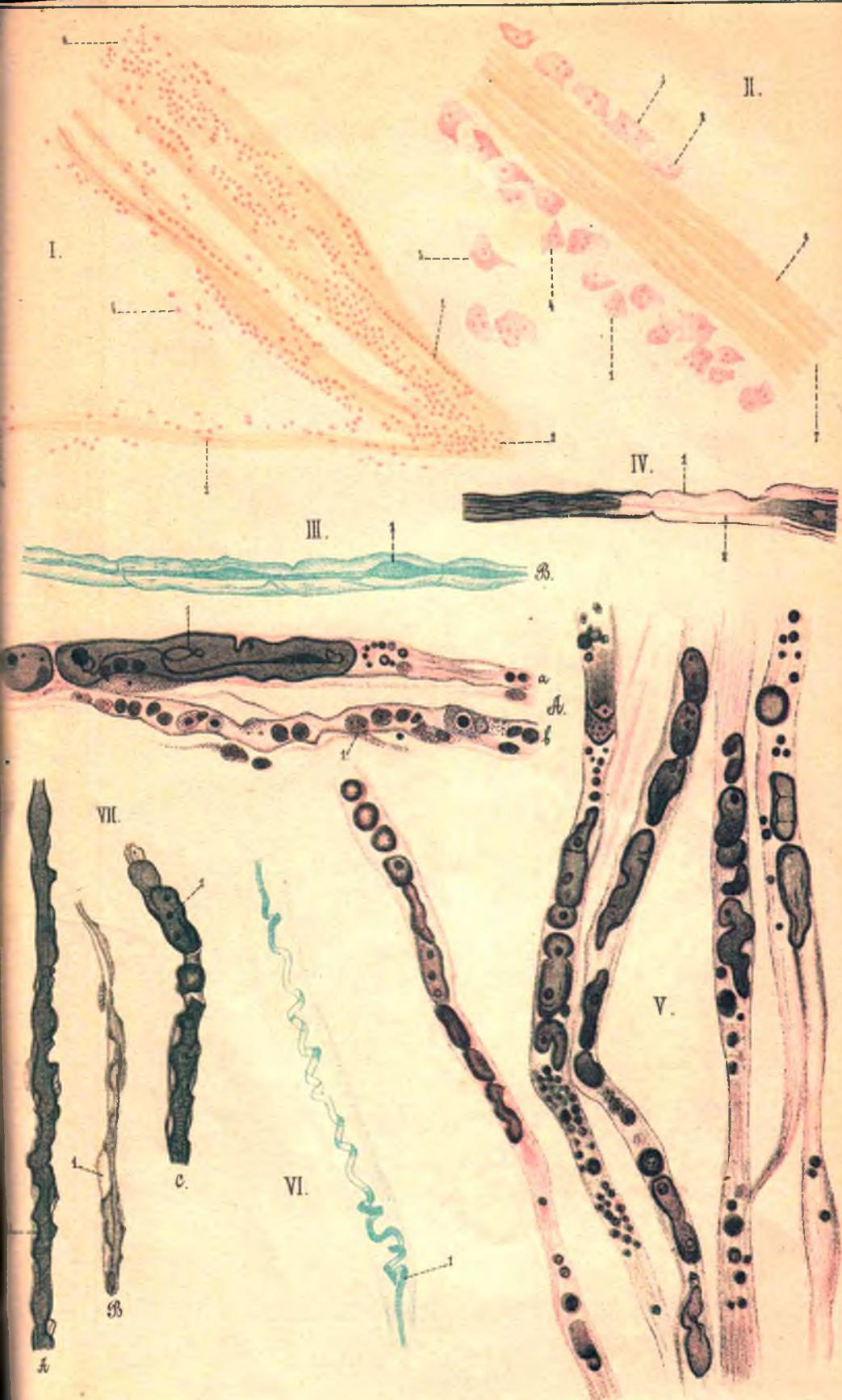
Fig. IV. N. oculomotorius. Расщипанный препаратъ 1% осмія и окраска *a. Gieson'*овской жидкостью. 1—разрѣженіе міэлина, 2—осевой цилиндръ. Zeiss. Ob. 1, 5. Oc. 2 (увел. 333).

Fig. V. N. facialis. Периферический отрѣзокъ. Расщипанный препаратъ. Уплотненіе въ 1% осміи, окраска *v. Gieson'*овской жидкостью.

Fig. VI. N. facialis изъ центральнаго отрѣзка. Уплотненіе въ Müller'овской жидкости, окраска голубымъ анилиномъ. 1—извитой осевой цилиндръ Zeiss. Ob. 1, 5. Oc. 2 (увел. 333).

Fig. VII. *V. vagus*. Расщипанный препаратъ; фиксированъ 1% осміемъ.
А, В, С волокна различной толщины, содержащія по своей периферіи за-
зубрины (1). Zeiss. Ob. 1, 5. Oc. 2 (Увел. 333).





Къ казуистикѣ акромегалии.

Д-ра В. П. Первушкина и д-ра А. В. Фаворского.

Въ виду сравнительной рѣдкости въ литературѣ типичныхъ случаевъ акромегалии, въ особенности же доходящихъ до аутопсіи, мы полагаемъ не безинтереснымъ описать здѣсь одинъ изъ подобныхъ случаевъ, который намъ пришлось наблюдать нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ клиникѣ первыхъ болѣзней Казанскаго Университета. Интересъ данного наблюденія усугубляется именно тѣмъ обстоятельствомъ, что помимо довольно хорошо выяснившейся клинической картины, явилась возможность подтвердить и дополнить прижизненныя наблюденія данными посмертнаго изслѣдованія, оказавшимися, какъ нельзя болѣе, характерными для описываемаго страданія.

Дѣло касается 33-хъ лѣтней замужней женщины А. Б.—ой (№ 780 амб. журн. 1894 г.), мѣщанки гор. Казани, привезенной своимъ отцемъ 19 апрѣля 1895 г. въ клинику и поступившей туда съ явленіями весьма сильно выраженной общей слабости, значительно повышеннымъ діурезомъ, усиленной жаждой и позывомъ на ъду, и съ жалобами на сильнѣшую, непрерывную головную боль, не прекращавшую ни днемъ, ни ночью, шумъ въ головѣ, плохой сонъ, тоску и полную ко всему апатію.

Изъ разспросовъ больной и ея отца, я (⁽¹⁾) могъ убѣдиться, что до настоящаго заболѣванія Б. пользовалась хорошимъ здоровьемъ, ничѣмъ особыеннымъ не хворала и на обращенные къ ней въ этомъ направленіи вопросы неоднократно отвѣчала,

(¹) В. П. Первушкинъ.

„что въ дѣтствѣ, до замужества и первое время послѣ замужества была совершенно здорова“ (за исключеніемъ неминуемыхъ заболѣваній дѣтскаго возраста — коры, болѣзни горла, желудочно-кишечнаго тракта, дыхательныхъ путей).

Росла въ своей семье и по выходѣ замужъ несла обычный трудъ по веденію домашняго хозяйства; особеннаго физическаго переутомленія или психически угнетающихъ моментовъ здѣсь, повидимому, не имѣлось. Также не было какихъ-либо венерическихъ заболѣваній (въ частности сифилиса), алкоголизма, травмы черепа, тяжелыхъ инфекціонныхъ болѣзней. Аномалии со стороны половой сферы она не замѣчала, регулы появились лѣтъ съ 16-ти, шли довольно нравильно. На 21-мъ году вышла замужъ, имѣла 4-хъ дѣтей, роды и послѣродовой періодъ протекали благополучно. Больная, впрочемъ, упоминаетъ, что у нея одно время былъ зудъ „въ низу“ — должно быть *pruritus vulvae*, длившійся съ недѣлю.

Нездорова уже въ теченіе послѣднихъ лѣтъ 5 (съ 1890 г.). Окружающіе, да и сама больная, стали замѣчать, что руки, ноги и лицо ся стали увеличиваться въ размѣрахъ, дѣлаться неправильными — какъ будто крупнѣе, начали „пухнуть“, какъ объяснялъ отецъ больной, особенно сильно „распухли“ кисти рукъ и стопы ногъ (теперь все это значительно уменьшилось); вмѣстѣ съ тѣмъ появились боли въ животѣ, усиленная жажда (однако, не такая сильная, какъ впослѣдствіи), стала развиваться общая слабость во всемъ тѣлѣ, хотя больная все время свободно ходила и работала. Всѣ описанныя явленія возникли, разумѣется, не вдругъ, а исподволь, постепенно, все усиливалась, и больная, да и отецъ ея не могутъ припомнить, послѣ чего они развились и въ какой послѣдовательности.

Года 3 тому назадъ прекратились регулы (съ 1892 г.), что сопровождалось парастезіями въ тѣлѣ и конечностяхъ.

Съ лѣта 1894 г. состояніе больной рѣзко ухудшилось: усилилась общая слабость, особенно замѣтна стала слабость ногъ, такъ что больная ходила съ трудомъ и медленно (быстро ходить не могла); ради облегченія поставила было 40 піявокъ (сразу) къ ногамъ, но пользы не получила. Тогда же явилось двоеніе въ глазахъ (иногда даже троилось), длившееся затѣмъ нѣсколько мѣсяцевъ (почти до апрѣля 1895 г.). Приблизительно въ октябрѣ 1894 г. началась головная боль, въ декабрѣ она

очень усилилась, не прекращаясь ни днемъ, ни ночью, но безъ тошноты или рвоты (сопровождаясь лишь тоской); въ тоже время усилилась боль въ животѣ, появилась сильнейшая жажда и чувство голода (прожорливость), стало падать зрѣніе; діурезъ усилился еще болѣе, а между тѣмъ ноги и руки стали опадать, уменьшаться въ размѣрахъ; сонъ сдѣлался неправильнымъ, тревожнымъ, душевное состояніе — тяжелымъ, явилась апатія, равнодушіе ко всему, тоска, постоянный шумъ въ головѣ.

Къ марта 1895 г. зрѣніе еще болѣе ухудшилось. За пѣсколько дній до поступленія въ клинику больная въ теченіе 2-хъ дній была психически ненормальна: говорила вздоръ, куда-то все шла, — стремилась.

При осмотрѣ больная представлялась нѣсколько выше средняго роста, довольно крѣпко сложенной, слегка сутуловатой (сидитъ, немного сгорбившись), съ отвислымъ животомъ; обращаетъ на себя вниманіе общій изможденный видъ больной — удрученное, скорбное, въ высшей степени болѣзненное выраженіе лица, какъ отпечатокъ какой-то вѣчной тяжелой думы и болѣзненныхъ ощущеній, общее похуданіе тулowiща и конечностей, блѣдность покрововъ съ цianотичной (особенно въ периферическихъ отдѣлахъ) окраской ихъ и восковидно-мертвеннымъ видомъ. Слизистыя оболочки также блѣдны и цianотичны. Кожа суха, морщиниста, вяла, на ногахъ немного отечна (ямка при давленіи); какихъ-либо специфическихъ эффлюресценцій не замѣтно. Подкожный жирный слой развитъ слабо; на голеняхъ многочисленныя варикозныя расширенія венъ.

Уже при бѣгломъ осмотрѣ замѣчается ненормальность во виѣшнемъ видѣ больной (Таб. III, рис. 1), непропорциональность отдѣльныхъ частей, бросающаяся въ глаза особенно при сравненіи ихъ съ соѣдними; сказанное касается нѣкоторыхъ частей лица и периферическихъ отдѣловъ конечностей. При нормальныхъ приблизительно размѣрахъ черепа обращаетъ на себя вниманіе громадное *увеличение нижней челюсти* во всѣхъ размѣрахъ — въ передне-заднемъ и боковыхъ; она широка, массивна, выдается сильно въ стороны и впередъ, обусловливая тѣмъ челюстной прогнатизмъ. *Носъ* также слишкомъ великъ — онъ массивенъ, утолщенъ во всѣхъ направленіяхъ; ноздри слегка выворочены, носовая отверстія непомѣрноши-

роки; выдаются и надбровные дуги. Языкъ и губы также увеличены.

На конечностяхъ измѣненія касаются почти исключительно *кистей* и *стопъ*: онъ очень массивны, толсты, широки (несмотря на длинны), неуклюжи, напоминаютъ собою скорѣе „лапы“; пальцы также толсты и особенно — широки (длинникъ мало измѣненъ). Лучезапястные и голеностопные суставы представляются также увеличенными. Кожа въ указанныхъ областяхъ нѣсколько утолщена, рыхло связана съ подлежащими тканями, такъ что легко собирается въ большія складки. Такимъ образомъ измѣненіе конфигураціи кистей и стопъ сводится главнымъ образомъ на счетъ костной ткани, а отчасти и кожныхъ покрововъ.

Кромѣ того, путемъ осмотра и ощупыванія убѣждаемся въ увеличеніи размѣровъ *ключицъ*, *рудинъ*, отчасти верхнихъ *реберъ*.

При изслѣдованіи *нервной системы* можно было отмѣтить общую мышечную слабость въ тѣлѣ и конечностяхъ (такъ, по динамометру сила правой руки была 12 kilo, лѣвой — 14 kilo), но параличей или парезовъ ни въ области спинно-мозговыхъ, ни въ области черепно-мозговыхъ первовъ не было, замѣтно было лишь легкое выпячиваніе глазныхъ яблокъ, а верхнее вѣко того и другого глаза было опущено нѣсколько болѣе, чѣмъ требуется (особенно справа); двоенія въ глазахъ уже не было замѣтно. Произвольные движения были въ достаточной степени координированы, замѣтна была лишь небольшая атаксія при выполненіи мелкихъ движений пальцами рукъ; симптома Romberg'a не было. Больная проводила время, по большей части, лежа въ постели; сидѣть могла, но не долго, а ходила лишь съ большимъ трудомъ и очень мало.

Въ *рефлекторной сфере* отмѣчены были слабо выраженные *кожные рефлексы*; изъ сухожильныхъ — получался отчетливо рефлексъ съ разгибателей пальцевъ рукъ, съ mm. biceps — слабо, а рефлексы *колънны*, голеностопные и съ m. triceps — отсутствовали. Газовые органы были въ порядке, имѣлась лишь наклонность къ запорамъ. Зрачки — *неравнотирны*, правый — уже, лѣвый расширенъ; свѣтовая реакція ихъ очень вялая, на аккомодацию съ конвергенціей — гораздо живѣе. Тонусъ мышцъ — нѣсколько ослабленъ. Бульбарныхъ

явленій не было; не было и движеній непроизвольныхъ — ни дрожанія, ни судорогъ или судорожныхъ припадковъ.

Въ сферѣ общей чувствительности замѣтныхъ уклоненій не обнаружено; мышечное чувство какъ будто ослаблено: больная не всегда вѣрно описываетъ и представляетъ себѣ положеніе и движенія своихъ членовъ (вліяніе психического угнетенія?).

Обоняніе, вкусъ сохранены, слухъ нѣсколько понижень съ обѣихъ сторонъ; зрѣніе сильно ослаблено: при изслѣдованіи $\frac{1}{xii}$ 1894 г. въ клинике проф. Е. В. Адамюка оказалось $\frac{20}{cc}$ и М. $\frac{1}{2}$, въ правомъ глазу, $\frac{17}{cc}$ и М. $\frac{1}{3}$ въ лѣвомъ глазу, а по дну глаза неравномѣрное распределеніе пигмента, около папилль міопические конусы. При изслѣдованіи тамъ же $\frac{26}{iv}$ 1895 г. оказалось: $\frac{1}{\infty}$ въ правомъ глазѣ и $\frac{6}{cc}$ при М. $\frac{1}{3}$ въ лѣвомъ глазѣ.

Мускулатура представлялась значительно похудавшей, вялой, дряблой, въ особенности на конечностяхъ; рѣзкихъ измѣненій со стороны электровозбудимости мышцъ не было обнаружено. Нервы, мышцы, кости не болѣзnenны.

При изслѣдованіи *внутреннихъ органовъ* была отмѣчена слабость сердечной дѣятельности — глухость и неясность тоновъ; пульсъ — средняго наполненія, до 66—68—70 ударовъ въ 1'. Со стороны органовъ брюшной полости — небольшое увеличеніе печени; селезенка не прощупывалась. Съ стороны genitalia — vulvo-vaginitis, lacerationes, atrophia uteri.

Выдѣленіе мочи было весьма *увеличенено*: ея суточное количество колебалось между 3.200 сс. и 8.600 сс.; въ ней неоднократно открывали бѣлокъ и сахаръ — до 3% (проба Троммера и при помощи поляризационнаго аппарата). Иногда можно было наблюдать повышенное потоотдѣленіе.

Рѣчь большой медленна, растянута, *голосъ* — грубый (прежде „мягче“ былъ). Больная испытываетъ сильную *слабость*, предпочитаетъ лежать, выглядитъ истомленной; настроение самое тяжелое и въ то же время какое то безразличное къ окружающему; апатична, вяла и неохотно отвѣчаетъ на вопросы.

Изъ *субъективныхъ жалобъ* самой существенной является *головная боль*, очень сильная, иногда локализующаяся главнымъ образомъ въ правомъ вискѣ и правомъ глазѣ, но, по большей части, занимающая собой всю голову (темя, лобъ); тошноты и рвоты не бываетъ; *запоры*, довольно сильная *жажда*.

жада и *аппетитъ*, общее недомоганіе и *слабость*; *одышка* при ходьбѣ; болей и парестезій въ головицѣ и конечностяхъ нѣтъ; по словамъ больной при наступленіи аменорреи въ 1892 г. парестезіи были, теперь же они бываютъ лишь изрѣдка по утрамъ.

Въ теченіе непродолжительного пребыванія *больной* въ *клинике* (съ 19 по 28 апрѣля) въ состояніи ея была отмѣчена въ качествѣ доминирующего симптома постоянная и временами сильнейшая *головная боль*, безъ тошноты и рвоты, иногда, кромѣ того, боли бывали такъ сильны, что даже инъекціи морфія (до $\frac{1}{6}$ gran. по 2 раза въ день), помимо февацетина, почти не облегчали состоянія *больной*. Все время былъ *запоръ*, не всегда уступавшій клизмамъ, сильная *жажда* и *аппетитъ* — не хватало обычной порціи пищи, жидкости же выпивала до 4-хъ большихъ чайниковъ по 1600 сс. каждый, т. е. до 6.400 сс. въ день, а иногда и больше, помимо супу и молока. *Мочи* выдѣлялось очень много — отъ 3.200—6.400 до 8.600 сс. въ сутки; въ ней неоднократно открывали присутствіе белка и сахара (до 3%). Жаловалась постоянно на общую *слабость*, недомоганіе; была иногда беспокойна, особенно по ночамъ; нѣкоторые ночи плохо спала (отъ головной боли), при ослабленіи болей спала довольно хорошо. За послѣдніе дни головная боли, бессонница и общая слабость выступали рѣзче. Ночь на 28/IV провела хорошо (головная боль подъ вліяніемъ морфія нѣсколько ослабѣла); утромъ 28/IV вставала, немножко ходила, но чувствовала себя слабой; весь день была затѣмъ въ сонливомъ состояніи (изъ котораго можно было, однако, вывести разговорами съ ней), а въ 4 часа дня внезапно впала въ сопорозное состояніе (при t° въ 40,5° и пульсъ 110 въ 1', средняго наполненія); лицо покраснѣло, дыханіе затруднено; судорогъ въ конечностяхъ не было, замѣтны лишь подергиванія въ области n. *facialis sin.*; прикусила языкъ. Въ 9 часовъ вечера Cheyne-Stokes'ово дыханіе; въ 2 часа ночи — смерть при явленіяхъ паралича сердца и дыханія.

За пребываніе въ клинике t° въ первые дни была совершенно нормальной (36,7° утромъ и 37,0° вечеромъ); съ 24/IV стала дѣлаться неправильной, *повышаясь до 37,7°—37,9°*; 27/IV утромъ было 36°, вечеромъ — 36,7°, 28/IV утромъ 36,6°, вечеромъ — 40,5°.

Слѣдовательно мы имѣли передъ собой 33-хъ лѣтнюю женщину, не страдавшую сифилисомъ, алкоголизмомъ, какими-либо инфекціонными заболеваниями, безъ травмы черепа, тяжелаго физического истощенія въ анамнезѣ, съ нормальною развивавшейся половой сферой и нормальными отправленіями полового прибора, до и послѣ замужества. Лѣть за 5 до поступленія въ клинику у нея постепенно и незамѣтно стали увеличиваться размѣры рукъ, ногъ, лица, появились боли въ животѣ, усиленная жажда и общая слабость. Черезъ 2 года послѣ этого — года 3 назадъ — прекратились регулы, а съ лѣта 1894 г. общее состояніе рѣзко ухудшилось: усилилась общая слабость, явилась *dyplopia* (длившаяся нѣсколько мѣсяцевъ); съ осени 1894 г. появилась головная боль; въ декабрѣ она усилилась и тогда же усилилась и боль въ животѣ, явилась сильнѣйшая жажда и прожорливость, слабость зрѣнія, повышенный діурезъ; въ мартѣ 1895 г. зрѣніе еще болѣе ухудшилось. *При объективномъ изслѣдованіи* отмѣчено общее похуданіе, блѣдность покрововъ, рѣзкое увеличеніе кистей и стопъ въ ширину и толщину, увеличеніе нижней челюсти, носа, губъ, языка, ключицъ, грудины, реберъ. Нараличай и парезовъ нѣтъ, имѣется лишь равномѣрное ослабленіе силы движеній (справа больше), легкій *exophthalmus* и *ptosis* съ обѣихъ сторонъ. Колѣнны, голеностопные рефлексы и рефлексъ съ *m. triceps* отсутствовали, тазовые органы въ порядкѣ, зрачки расширены неравномѣрно (лѣвый больше), очень мало реагируютъ на свѣтъ. Общая чувствительность не разстроена. Слухъ пониженъ съ обѣихъ сторонъ, зрѣніе сильно понижено. Дѣятельность сердца нѣсколько ослаблена; количество мочи увеличено, въ мочѣ — бѣлокъ и сахаръ. Имѣется *atrophia uteri*. Рѣчь медленна, голосъ грубъ; состояніе общей слабости, апатіи; сонъ непокойный; сильнѣйшая головные боли, безъ рвоты; сильнѣйшая жажда и прожорливость; тѣло нормальна.

При производствѣ антропометрическихъ измѣреній (на трупѣ) оказалось слѣдующее:

Разстояніе отъ подбородка до края рѣзцовъ	5,9 сант.
— — — — — волосистой	
части головы	18,7 —
Ширина лица (между скуловыми дугами)	14,2 —
Разстояніе между наружными стѣнками орбитъ	11,5 —

Разстояніе между углами нижней челюсти	11,6	сант.
— отъ угла нижней челюсти до		
подбородка	10,8	—
Ширина носа	2,6	—
Длина	4,2	—
Длина ноздри	прав. 1,5, лѣв. 1,4	—
Ширина.	0,8,	0,6
Длина уха	— 6,2,	— 6,4
— стопы	25,0	—
— кисти	прав. 18,0, лѣв. 18,0	—
— указательного пальца	9,6	—
Ширина указательного пальца 1,5 и 2,0 (на 2-мъ суставѣ)		
Длина средняго пальца	10,1	—
Ноготь большого пальца руки	длина 1,2	—
	ширина 1,8	—
Длина большого пальца ноги	4,1	—

Такимъ образомъ передъ нами длительное заболѣваніе, обнаружившееся впервые лѣтъ 5 тому назадъ (но, вѣроятно, существовавшее и до того) и съ тѣхъ поръ медленно идущее впередъ, по временамъ проявляясь вдругъ ухудшенiemъ симптомовъ или присоединенiemъ новыхъ, — въ общемъ, слѣдовательно, можно отмѣтить медленный, поступательный ходъ процесса. Начало его не было отмѣчено чѣмъ-либо особынмъ — постепенно стали увеличиваться периферическіе отдыбы конечностей и головы, явились боли въ животѣ, усиленная жажда, общая слабость и — только черезъ два года сюда присоединяется новый важный симптомъ — *аменоррея*, нѣсколько запоздавшій, такъ какъ обыкновенно въ подобнаго рода случаяхъ онъ предшествуетъ остальнымъ, и лишь за 10—8 мѣсяцевъ до нашего знакомства съ больною сразу развертывается вся картина болѣзни: къ постепенно усиливающейся общей слабости присоединяется *dyplopia*, мѣсяца черезъ два послѣ того — головная боль, со временемъ все усиливающаяся, слабость зрѣнія; боль въ животѣ, жажда, аппетитъ, діурезъ — сравнительно съ прежнимъ увеличились.

При поступленіи больной въ клинику 19/iv 1895 г. картина болѣзни была выражена въ высшей степени рѣзко и не позволяла усомниться, что передъ нами была *акромегалия*. Въ самомъ дѣлѣ, діагностику устанавлялъ уже самый выдающійся

симптомъ — характерныя измѣненія въ лицѣ и конечностяхъ, остальныя же явленія, какъ нельзя болѣе, соотвѣтствовали подобному представлѣнію.

Сравнивая описаныя измѣненія костнаго скелета съ наблюдаемыи при сходныхъ заболѣваніяхъ, безъ труда убѣждаемся, что въ нашемъ случаѣ они представлялись типичными именно для акромегалии. Дѣйствительно, въ противоположность микседемѣ здѣсь затронута была главнымъ образомъ костная система, кожные покровы — сравнительно мало; противъ osteoarthropathie hypertrophante pneumique (Marie) въ достаточнай мѣрѣ говорили — присутствіе прогнатизма лица, увеличеніе губъ, языка, отсутствіе рѣзкихъ обезображеній конечностей, самая локализація разстройствъ костной системы и къ тому же — отсутствіе основного легочного процесса. Объ elephantiasis Arabum, эритромелалгії, хроническомъ суставномъ ревматизмѣ не приходилось и говорить.

Установивъ такимъ образомъ діагнозъ, разсмотримъ, насколько вся клиническая картина болѣзни укладывается въ его рамки. Какъ мы сказали, характерныя измѣненія со стороны костнаго скелета (лицо, кости, стопы, грудина, ребра, ключицы, лучезапястные, голеностопные суставы и т. д.) всецѣло должны быть отнесены на счетъ акромегалии: ничѣмъ инымъ ихъ объяснить нельзя.

Слѣдующій за симъ по важности симптомъ (а для больной — самый важный, именно и побудившій ее обратиться въ клинику) — головная боль — невольно въ силу своей интензивности, длительности, а отчасти и опредѣленной иногда локализаціи долженъ быть наводить на мысль, что передъ нами не простая cephalalgia на почвѣ страданія крови или какого-либо невроза, а — выраженіе органическаго черепномозгового заболѣванія; приходилось, слѣдовательно, думать, что мы имѣемъ дѣло съ пораженіемъ или оболочекъ головнаго мозга, или самого его вещества (encephalitis, tumor). Однако, сильно выраженнаго менингеального процесса, могущаго обусловить подобную головную боль, здѣсь мы не могли допустить въ виду отсутствія свойственныхъ ему другихъ симптомовъ: рвоты, сведенія затылка, характерныхъ явленій со стороны глазнаго дна, судорожныхъ движеній — при локализаціи его на выпуклой поверхности полушарій, рѣзкаго пораженія черепныхъ нервовъ — при локализаціи на основаніи черепа и т. д.

Не было здѣсь и опредѣленныхъ данныхъ въ пользу абсцесса головного мозга ни въ анамнезѣ—инфекціонныхъ заболеваній, болѣзней ушей, травмы черепа—, ни въ настоящемъ—колебаній температуры, очаговыхъ припадковъ и т. д.

За *tumor cerebri* здѣсь, главнымъ образомъ, говорила головная боль, часто дѣлавшаяся невыносимой, состояніе психического угнетенія, явленія общей слабости; однако, рвоты, столь характерной для этого процесса, въ нашемъ случаѣ не было, а состояніе глазъ (отсутствіе застойнаго сока) представлялось скорѣе какъ бы отрицательнымъ симптомомъ; чтобы выйти изъ возникающаго затрудненія, припомнить, что новообразованія головного мозга и въ особенности нѣкоторыхъ его отдѣловъ (мозжечкъ, мозговой придатокъ) могутъ и не сопровождаться отечнымъ воспаленіемъ зрительныхъ нервовъ. Что касается до новообразованій мозжечка, то въ большинствѣ случаевъ они придаютъ совершенно своеобразный отпечатокъ клинической картины болѣзни (походка, рефлексы, пустагмус, локализація головной боли и т. д.), почему отсутствие соответствующихъ симптомовъ даетъ намъ право исключить здѣсь пораженіе мозжечка, а скорѣе (въ виду указанныхъ соображеній) предположить *tumor hypophysos*. Эта мысль, не встрѣчая себѣ противорѣчій со стороны общемозговыхъ припадковъ, подтверждается и данными *status praesentis* и анамнеза: опухоль, разростаясь, могла сдавливать соединительнотканную части и нарушать ихъ функцию, и, между прочимъ, функцию нервовъ, проходящихъ по основанию черепа; этимъ путемъ можно объяснить и бывшее ранѣе двоеніе въ глазахъ у больной (вслѣдствіе сдавленія одного изъ нервовъ, имѣющихъ отхоженіе къ наружнымъ мышцамъ глаза), и наблюдавшееся въ клинике небольшое опущеніе того и другого верхняго века, легкій *exophthalmus*, неравенство зрачковъ и ихъ вялуя свѣтовую реакцію, боли въ правомъ вискѣ и глазѣ (раздраженіе *n. trigemini dex.*), сильный упадокъ зрѣнія. Со стороны глазъ для *tumor hypophysos* считается особенно характернымъ половинное выпаденіе поля зрѣнія (*hemianopsia bitemporalis*), вслѣдствіе давленія опухоли на *chiasm'yu*; у своей больной этого намъ подмѣтить не удалось, быть можетъ, вслѣдствіе сильнаго разрушенія *chiasm'ы* или зрительныхъ каналиковъ.

Наконецъ, предположеніе о существованіи здѣсь опухоли мозгового придатка какъ нельзя болѣе гармонировало съ самыемъ представленіемъ объ акромегалии, для которой пораженіе мокротной железы въ той или другой формѣ считается обязательнымъ и по нѣкоторымъ авторамъ (P. Marie) является виновникомъ всѣхъ наблюдавшихъ разстройствъ.

Признавая у своей пациентки *tumor hypophyseos*, мы, разумѣется, вправѣ были ожидать существованія и ограниченного воспаленія въ сосѣднихъ отдѣлахъ мозговыхъ оболочекъ, столь часто сопровождающаго мозговую опухоль, и потому часть церебральныхъ симптомовъ несомнѣнно могла зависѣть и отъ развившагося такимъ образомъ менингита.

Что касается до состоянія органовъ внутреннихъ, то, безъ всякаго сомнѣнія, мы имѣли здѣсь дѣло съ діабетомъ: усиленная жажда и чувство голода, повышенный діурезъ, постоянное присутствіе въ мочѣ бѣлка и сахара — вполнѣ вяжутся съ представленіемъ о *сахарномъ мочеизнуреніи*, нерѣдко сопровождающемся явленія акромегалии.

Мозговая опухоль и діабетъ должны были отзываться на общемъ состояніи больной и накладывать на него свою печать: немудрено, что при столь длительномъ процессѣ (не менѣе 5-ти лѣтъ) силы организма ослабѣли, общее питаніе сильно подорвалось; на этой почвѣ развились недомоганіе, общая слабость и похуданіе, упадокъ сердечной дѣятельности, одышка — въ сферѣ физической, безразличное отношеніе къ окружающему, апатія, вялость, тоска — въ духовной сферѣ, а испытываемые болевые ощущенія лишь усугубляли эти явленія, вызывая въ то же время повышенную раздражительность, безсонницу и т. п.

Явленія со стороны *кожныхъ покрововъ* — отечность, блѣдній и ціапотическій ихъ видъ, мѣстами утолщеніе — легко объяснялись во 1-хъ слабостью сердца и нарушеніемъ циркуляціи крови, а во 2-хъ распространеніемъ и на нихъ гиперпластического процесса, поражающаго соединительнотканную основу другихъ органовъ.

Со стороны *половой сферы* представляли извѣстный интересъ *atrophia uteri et amenorrhoea*, столь нерѣдко наблюдавшаяся у акромегаличекъ. Далѣе, при отсутствіи параличныхъ явленій и замѣтныхъ разстройствъ въ сферѣ общей чувствительности, обращаетъ на себя вниманіе *утратата колющнныхъ*

рефлексов — фактъ, отмѣченный въ литературѣ и, быть можетъ, стоящій въ связи съ діабетомъ (діабетической полиневрітъ?).

Неожиданная смерть больной произошла при явленіяхъ черепно мозгового кровоизліянія, поводъ къ чему могъ подать *tumor hypophyseos*, такъ какъ извѣстно, что нѣкоторыя новообразованія, встрѣчающіяся въ головномъ мозгу, обладаютъ сильно развитой сосудистой системой, каковое обстоятельство нерѣдко и ведеть къ *haemorrhagia cerebri*.

Итакъ, мы имѣли передъ собой типичный, зашедшій далеко впередъ случай акромегаліи, гдѣ на ряду съ прочими симптомами имѣли возможность констатировать *tumor hypophyseos* и такимъ образомъ лишній разъ подтвердить все еще недостаточно разъясненное участіе этогоrudimentарного органа въ происходженіи описываемаго заболѣванія.— Заканчивая этимъ клиническое описание случая, предоставляю многоуважаемому товарищу *d-ru A. B. Фаворскому* дальнѣйшее изложеніе данныхъ патолого-анатомического изслѣдованія, вполнѣ подтверждавшихъ прижизненную диагностику.

При вскрытиї (произведенномъ проф. *H. M. Любимовымъ*) было констатировано слѣдующее.

Вѣсъ трупа = 55000,0. Трупное окоченѣніе довольно сильное. Посмертная краснота багровофиолетового цвѣта на отлогихъ мѣстахъ.

Кожа блѣдна, съ явленіями *cutis anserina*. Въ лѣвой паховой складкѣ на тонкой ножкѣ силить новообразованіе съ финикъ величиною, мягкой консистенціи. Подкожножировая клѣтчатка слабо развита: вены подкожныя на нижнихъ конечностяхъ варикозно расширены. Животъ вздутъ.

Черепъ овальной формы и вѣситъ 452,1; продольный діаметръ 15,7 сант., поперечный діаметръ 128 сант. Кости толщиною 1,1 сант.; швы не срошені; кости почти не просвѣчиваются; *diploe* развито хорошо, синеватокраснаго цвѣта. *Sulci meningei* не рѣзки. Внутренняя поверхность черепа гладка, синевато-краснаго цвѣта; *impressions digitatae* развиты правильно.

Твердая оболочка напряжена, сосуды сильно налиты кровью; внутренняя поверхность ея суха и гладка; *sinus longitudinalis* широкъ, содержитъ темную густую кровь. Мягкая оболочка напряжена, сосуды ея сильно налиты кровью, особенно

справа, по бороздамъ слегка отечна. *Пахіоновы грануляциі* мѣстами прорастаютъ. *Sella turcica* значительно углублена, въ тѣлѣ клиновидной кости слѣва есть углубление, вмѣщающее конецъ большого пальца. Вся задняя стѣнка *Sellae turcicae*, узурирована, а кости мягки. Перемычка между foramen opticum и fissura orbit. sin. inf. узурирована. Справа боковая стѣнка *Sellae turcicae* мало измѣнена; дно нѣсколько узурировано, хотя кость и плотна.

Вѣсъ мозга 1170 грамм. Основаніе мозга, начиная отъ ножекъ и вплоть до начала п. olfactorii, представляется мало узнаваемымъ, какъ это отчасти и видно изъ прилагаемаго рисунка (Таб. III, рис. 2). Этотъ отдѣль занять большимъ новообразованіемъ величиною съ грекій орѣхъ, разросшимся главнымъ образомъ въ лѣвую сторону, гдѣ и находится большая его часть. Значительно выдавалась на нижней поверхности мозга, новообразованіе входитъ между сосудами circuli arter. Willisii, сдавливая нѣсколько arteriam carotidem sin., art. fossae Sylvii, art. corporis callosi sin. Съ правой стороны упомянутые сосуды хотя и сдавливаются, но въ меньшей степени. Затѣмъ, новообразованіе продвигается чрезъ fissura orbit. infer. sin въ соотвѣтствующую глазницу, а также чрезъ fissura orbit. infer. dex. и въ правую глазницу. Оно состоитъ изъ двухъ частей: одна—трехугольной формы, а другая грушевидной. Первая имѣетъ характеръ прямоугольного треугольника, одинъ катетъ втораго соотвѣтствуетъ передней долѣ мозга, а другой идеть параллельно длинной оси мозга, а гипотенуза — по правому косому диаметру мозга. Прямой уголъ закругленъ. Размеры этой части новообразованія: длина передняго катета 2,6 сант., длина лѣваго наружнаго 2,3 сант. Новообразованіе сѣро-желтаго цвѣта, мягкой консистенціи. Соотвѣтственно прямому углу имѣется круглой формы темно-буровое пятно, величиною съ горошину. Вторая часть новообразованія—кругло-овальной формы, болѣе плотной консистенціи, нѣсколько неровно, темно-краснаго цвѣта съ болѣе свѣтлыми небольшими прогалинами; длина его 2,5 сант.; ширина 2,3 сант. Вся масса новообразованія одѣта плотной, довольно гладкой оболочкой. Новообразованіе имѣть связь съ tuber cinereum посредствомъ infundibulum и сидѣть какъ бы на ножкѣ соотвѣтственно гинофизису. Спереди опухоль крута и какъ бы обрѣзана, а сзади спускается полого и впереди прилегающихъ къ ней согрога mamillaria на задней ея поверх-

ности имѣется кольцевидное углубленіе, въ верхней части которого *infundibulum* и связана съ опухолью.

Естественно, что присутствіе такой огромной опухоли неизинуемо должно было отразиться и на состояніи сосѣднихъ съ ней частей мозга. И действительно, помимо упомянутаго сдавливанія артерій основанія мозга и узурированія костей, мы видимъ, что согрога *tamillaria* срослись съ опухолью, причемъ лѣвое можно еще различить, а правое почти слилось съ опухолью и его трудно отграничить отъ нея. Оба *tractus optici* сильно раздвинуты опухолью, находящимся между ними, причемъ лѣвый *tractus opticus* сейчасъ-же по выходѣ изъ-подъ полокъ мозга кажется какъ бы вросшимъ въ опухоль, вслѣдствіе чего на дальнѣйшемъ своемъ протяженіи онъ становится невидимымъ. Что касается праваго *tractus opticus*, то онъ приросъ къ опухоли на всемъ протяженіи вплоть до мѣстонахожденія хіазмы. Сгига *cerebri* оказываются съ внутренней стороны уплощенными.

N. oculomotorius dex. тоньше лѣваго почти вдвое. Если пойдемъ дальше впередъ, то мы не найдемъ хіазмы: очевидно, она атрофировалась отъ давленія на нея опухоли. Лѣвый *n. opticus* при самомъ началѣ сросся съ опухолью. Благодаря давленію опухоли на лобныя доли, нормальная картина пологаго спуска задне-нижней части лобныхъ долей въ *substantia perforata anterior* отсутствуетъ. Лобныя доли въ этихъ мѣстахъ представляются какъ бы обрѣзанными, самая опухоль провисаетъ ниже поверхности этихъ долей и оставляетъ въ фронтальномъ направлениі между ними и собою глубокую щель. Начало обоихъ *nn. olfactoriorum* по вполнѣ понятной причинѣ тоже атрофировано. При вскрытии мозга найдено, что новообразованіе идетъ съ передней лѣвой части нижней стѣнки третьаго желудочка, залаваясь отчасти въ *corpus striatum* лѣвой стороны. Новообразованіе чрезвычайно мягко, рыхло, буро-краснаго цвѣта, довольно однородно и представляется пропитанной немногим густою кровью.

Околосердечная сумка содержитъ немного серозной прозрачной жидкости. *Венозная отверстія сердца:* лѣвое пропускаетъ два, а правое—три пальца. *Артеріальная отверстія* нормальны. Сердце вѣситъ 350,0; длина его отъ корня *art. pulmonalis* до верхушки 10,3 сант., ширина 12 сант.; слабо обложено жиромъ. *Полулунные клапаны* нормальны, не уплотнены;

только noduli Arnoldii нѣсколько рѣзки. Венозные клапаны valvulae bicuspidalis слегка имбирированы, обычно грубы по краямъ, тоже и valvula tricuspidalis. Стѣнка сердца толщиною въ лѣвомъ желудочкѣ 1,1 сант., въ правомъ 0,2 сант. Мышцы буроватаго цвѣта, крайне дряблы. Трабекулы и сосцевидныя мышцы лѣваго желудочка утолщены, въ правомъ—сильнѣе развиты, чѣмъ обыкновенно; ихъ сухожилия не утолщены и не укорочены.

Плевра жидкости не содержитъ. Плевральные листки сращены по заднему краю и основанію обоихъ легкихъ. *Бронхи* содержатъ мутную красноватую слизь. Слизистая оболочка бронховъ имбирирована. Сосуды легкихъ проходимы. Легкія по переднему краю эмфизематозны, на ощупь мягки, при разрѣзѣ крепитируютъ; при разрѣзѣ изъ нихъ вытекаетъ кровянистая пѣнистая жидкость; поверхность разрѣза темно-краснаго цвѣта.

Щитовидная железа не увеличена.

Животъ сильно вздутъ. *Положеніе органовъ* правильно.

Брюшина и брызжечная железы не измѣнены.

Селезенка не увеличена. Капсула ея нѣсколько сморщена; поверхность разрѣза коричнево-краснаго цвѣта. Паренхима селезенки нѣсколько кожиста. Трабекулы рѣзко замѣты; Малпигиевы тѣла тоже.

Желудокъ. Слизистая оболочка съ аспиднымъ оттѣнкомъ. Слизистая оболочка тонкихъ кишечкѣ (около v. Baughinii) блѣдна, отечна, въ толстыхъ кишкахъ съ аспиднымъ оттѣнкомъ. Одиночная железы—въ поясничномъ отдѣлѣ толстыхъ кишекъ—до коноплянаго зерна величиною, окружены розоватымъ узкимъ вѣнчикомъ. Пейеровы бляшки не припухли. *Vena cava inferior* и *Vena portae* не измѣнены.

Желчный пузырь и *ductus choledocus* не измѣнены. *Печень* не увеличена; передній край ея слегка припухъ; поверхность разрѣза гладка, съ буро-краснымъ оттѣнкомъ; при давленіи изъ него вытекаетъ умѣренное количество крови. Дольки слегка затушеваны.

Поджелудочная железа длиною 26 сант., шириной 4,2 сант., обычной плотности; поверхность разрѣза темно-краснаго цвѣта; промежуточная соединительная ткань въ головкѣ нѣсколько увеличена.

Почки Правая вѣсить 240,0; лѣвая—220,0; длина правой 14,2 сант., лѣвой—14,0 сант.; ширина правой—7, лѣвой—7 сант.; толщина правой—2,9 сант.; лѣвой—2,9 сант. Оболочка вѣ лѣвой почкѣ снимается легко; вѣ правой почкѣ—серозная киста съ коноплянное зерно. Корковый слой гладокъ, *venae stellatae* замѣтны; вѣ разрѣзѣ онъ нѣсколько утолщенъ; мозговые лучи замѣтны; лабиринтъ сѣро-желтаго цвѣта; пирамиды мѣстами нерѣзко отдѣляются оть корковаго слоя. Основаніе пирамиды, сосочки, лоханки и мочеточникъ не измѣнены.

Мочевої пузырь растянутъ; слизистая оболочка его блѣдна, стѣнка не утолщена.

Половые органы. Матка длиною 7,5 сант., шириной 6 сант.; толщина стѣнки 1,2 сант.; мышцы мутны, блѣдны, дряблы, желтаго цвѣта; слизистая оболочка гладка; влагалищная часть нѣсколько мала, губы надорваны. Яичники мягки, вѣ разрѣзѣ сѣровато-розоваго цвѣта. Правый яичникъ содержитъ серозную кисту вѣ лѣсной орѣхъ; вѣ лѣвомъ—тоже киста величиною вѣ вишневую косточку.

При микроскопическомъ изслѣдованіи наше¹⁾ вниманіе было сосредоточено на главной паталого-анатомической находкѣ—опухоли мокротной железы съ прилегающими къ ней частями мозга. Послѣдня (обработанныя по методу Weigert'a) не обнаружили никакихъ замѣтныхъ уклоненій оть нормы. Что же касается самого новообразованія, то на микроскопическихъ препаратахъ было видно, что опухоль окружена толстою соединительно-тканною оболочкою, которая испещрена вѣ различныхъ направленіяхъ массою разнаго калибра сосудовъ, пронизывавшихъ всю толщу оболочки и, повидимому, имѣвшихъ сообщеніе съ самою опухолью. Сосуды эти уклоненій оть нормы не представляли. Сама опухоль представлялась сплошь заполненною красными кровяными тѣльцами, которые своею массою почти совершенно разрушили ткань и до того стущевали строеніе самого мозгового придатка, что было крайне трудно ориентироваться вѣ его строеніи. При этомъ надо замѣтить, что красные кровяные тѣльца немногого, приблизительно вѣ одинаковой степени, измѣнили свою форму, но не распались. Это обстоятельство даетъ полное право предположить, что вѣ данномъ случаѣ кровоизлѣяніе совершилось при жизни, не

¹⁾ А. В. Фаворскій.

задолго до смерти и притомъ было очень обильно. Правда, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ виденъ бурый кровяной пигментъ въ небольшомъ количествѣ, что уже указываетъ на существование старого прижизненнаго кровоизлѣянія; но оно было по размѣрамъ гораздо менѣе послѣдняго, занимавшаго всю опухоль, что вполнѣ согласуется и съ макроскопическимъ видомъ разрѣза новообразованія. Основные элементы опухоли составляли клѣтки различной величины и формы. Однѣ изъ нихъ были мелки, круглы, слабо зернисты, съ большимъ однимъ сильно красящимся ядромъ; другія—очень велики, съ 2-мя или 3-мя ядрами; третыи, наконецъ, нѣсколько овальны, съ тою же мелко-зернистостью и различнымъ содержаніемъ ядеръ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ клѣтки располагались правильными цугами, а въ большей части новообразованія онѣ были разбросаны безъ всякаго порядка. Между ними попадалось очень много тонкихъ нитей свернувшагося фибрина, который въ нѣкоторыхъ мѣстахъ скоплялся въ большомъ количествѣ. Подмѣтить какую либо строму на выбитыхъ кисточкой препаратахъ намъ не удалось. Чтобы точнѣе судить объ измѣненіяхъ въ мокротной железѣ нашего случая, мы для контроля взяли неизмѣненную человѣческую железу. Сравненіе тѣхъ и другихъ препаратовъ показало, что на срѣзахъ изъ нормального мозгового придатка видно известное строго опредѣленное расположение клѣтокъ, характерное для него, т. е. было видно, какъ придатокъ раздѣлялся соединительно-тканными тяжами на правильныя дольки, наполненные клѣтками круглой или слегка полигональной формы, съ различной зернистости протоплазмою, съ однимъ ядромъ, а иногда и съ двумя. На препаратахъ же нашего случая мы видимъ, что правильность строенія мозгового придатка совершенно исчезла и замѣтна только, не говоря уже о кровоизлѣяніи, сильная гиперплазія клѣточныхъ элементовъ, измѣнившихъ отчасти и свою форму, и характеръ, а, главное, бросается въ глаза ихъ атипическое расположение. Клѣтки не расположены правильными дольками, обрамленными тяжами соединительной ткани, а разбросаны въ беспорядкѣ. Послѣднее обстоятельство говорить уже о новообразованіи въ железѣ и притомъ злокачественномъ. Если еще къ этому прибавить, что въ нашемъ случаѣ мы не нашли въ опухоли никакой стромы, которая характеризуетъ раковыя новообразованія, то мы будемъ вправѣ думать, что здѣсь мы имѣли дѣло съ

новообразованіемъ, по характеру элементовъ примыкающемъ къ саркомѣ. Такъ какъ въ опухоли данного случая мы имѣемъ обильное разростаніе сосудовъ, кровоизліяніе изъ нихъ въ ткань опухоли и присутствіе огромнѣйшаго количества клѣтокъ именно круглой формы, то мы можемъ квалифицировать данную опухоль, какъ *angio-sarcoma globo-cellulare haemorrhagica*.

Если мы обратимся теперь къ литературѣ вопроса о томъ, какія измѣненія находили въ мокротной железѣ при акромегалии, то увидимъ, что *Marie* и *Marinesco* (цитировано по *Кожевникову*) въ своемъ случаѣ наблюдали гипертрофию фолликуль и значительный склерозъ сосудовъ и стѣнокъ, окружающихъ железистыя ячейки. *Lancereau*¹⁾ нашелъ при вскрытии своего больного чистую гипертрофию железы. *Henrot*²⁾, *Fritsch* и *Klebs*³⁾ находили въ гипертроированномъ придаткѣ коллоидное перерожденіе. *Saucerotte*⁴⁾ въ своемъ случаѣ наблюдалъ подъ микроскопомъ сильное увеличеніе соединительной ткани, пронизанной большими количествомъ сосудовъ и дѣлившей весь мозговой придатокъ на доли, изъ которыхъ одна часть была заполнена различной величины и формы клѣтками, а другая—коллоидными массами. *Judson—Bury*⁵⁾ нашелъ глюматозное перерожденіе придатка. Изъ новѣшихъ наблюдений обращаютъ на себя вниманіе случаи *Fr. Schultze* и *Jores'a*⁶⁾ и *A. Strümpell'a*⁷⁾, где мозговой придатокъ былъ пораженъ ангiosаркомой. Въ случаѣ *Friedrich Pineles'a*⁸⁾ была констатирована саркома мокротной железы.

Какъ видно изъ этого краткаго обзора литературы анатомическихъ измѣненій придатка при акромегалии, мы должны отнести нашъ случай къ сравнительно не часто встрѣчающимся и отмѣтить въ немъ еще одну особенность (въ паталог.-анатомическомъ отношеніи), отличающую его отъ выше приведенныхъ наблюдений. Это именно—сильное кровоизліяніе

¹⁾ Nouvelle iconographie de la Salp tri re. 1889, p. 239.

²⁾ ibidem. p. 225.

³⁾ ibidem p. 235.

⁴⁾ ibid. p. 139.

⁵⁾ Акромегалия, E. Massalongo.

⁶⁾ Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, B. 11, N. 1 и 2; 1897, S. 42.

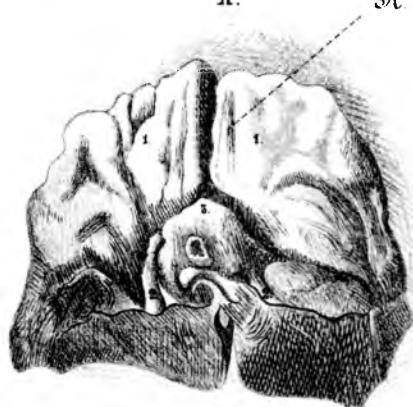
⁷⁾ ibidem, S. 79.

⁸⁾ Neurol. Central. 1898, S. 121.

I.



II.

M. olfactorius

1. слюнная железа; 2. тв opticus; 3.
отхождение соединительного нерва.

въ вещества опухоли. Кромѣ того въ нашемъ случаѣ надо отмѣтить, что *glandula thyreоidea* не была увеличена, а сосуды мозгового придатка уклоненій отъ нормы не представляли.

Что касается гистогенеза данной опухоли, то решить этотъ вопросъ здѣсь мы не беремся, но думаемъ, что не будетъ большой ошибки, какъ это допускаетъ въ своемъ случаѣ *Strümpell*, если скажемъ, что элементы опухоли происходятъ изъ клѣтокъ самого гипофизиса, соответственно измѣнившихъ свой характеръ.

Присутствіе такой огромной опухоли въ черепной полости дѣлаетъ вполнѣ понятнымъѣкоторые клинические симптомы, которые наблюдались у нашей больной, какъ напр., общія головныя боли. Что же касается локализованныхъ болей въ правомъ висцѣ и глазѣ, то за причину ихъѣроятнѣе всего нужно считать сдавленіе опухолью I-й вѣтви *nervi trigemini dextri*. Благодаря же паретичному состоянію *n. oculomotorii dextri* отъ сдавленія опухолью у больной развились и диплопія. Что же касается внезапно наступившаго сопорознаго состоянія и послѣдовавшей затѣмъ смерти, то это надо отнести на счетъ сильного кровоизлѣянія въ опухоль.

На вопросъ о томъ, гдѣ надо искать причину главнаго клиническаго симптома нашей больной—увеличенія костей, въ нарушеніи функции мокротной железы или въ общемъ пораженіи организма, при которомъ страдаліе гипофизиса есть только симптомъ, покажутъ, конечно, изслѣдованія будущаго, когда точно выяснится физиологическая роль гипофизиса. Но у насъ невольно возникаетъ вопросъ: если нарушеніе функции гипофиза есть причина акромегалии, то почему не всякое пораженіе мозгового придатка ведетъ въ названной болѣзни, какъ это наблюдалось не одинъ разъ. Можетъ быть, къ решенію этого вопроса можно подойти, допустивъ, что въ случаѣ, гдѣ имѣется измѣненный мозговой придатокъ, а акромегалическихъ явлений нѣть, существуетъ компенсациѣ мокроткой, щитовидной или другой какой-нибудь железою, которая и беретъ на себя функцию пораженнаго гипофизиса.

СЛУЧАЙ

НАСЛЕДСТВЕННОЙ МОЗЖЕЧКОВОЙ АТАКСИ (MARIE).

М. П. РОМАНОВА,

ординатора клиники нервныхъ болѣзней.

Однимъ изъ темныхъ вопросовъ неврологіи въ настоящее время является вопросъ о физіологии и патологіи мозжечка. Слишкомъ мало знаемъ мы о его физіологическихъ функцияхъ, плохо умѣемъ поэтому разбираться и въ тѣхъ случаяхъ, когда заболѣваетъ этотъ, повидимому, очень сложный и важный органъ.

Конечно, тяжелымъ гнетомъ лежитъ на душѣ невропатолога это незнакомство съ мозжечкомъ, съ грустью сознается этотъ проблѣмъ въ нашихъ знаніяхъ. И вотъ, за послѣднія 5—6 лѣтъ, желая восполнитьъ этотъ недостатокъ, подробнѣе и тщательнѣе стали останавливаться на нѣкоторыхъ клиническихъ формахъ, стали принимать въ расчѣтъ при дифференціальномъ діагнозѣ и мозжечекъ, благодаря чему мало по-малу началъ накопляться отчасти патолого-анатомической, но главнымъ образомъ клинической матеріаль, гдѣ съ большимъ или меньшимъ правомъ можно діагносцировать заболѣваніе интересующаго насъ органа.

Путемъ наблюденія такихъ заболѣваній, тщательного и подробнаго ихъ изученія можетъ быть удастся хотя отчасти разсѣять тотъ туманъ, который царитъ теперь въ области физіологии и патологіи мозжечка.

Думаа, что въ настоящее время всякое заболѣваніе этого органа, такъ или иначе описанное, должно хотя немного способствовать выясненію интересующаго насъ вопроса, я позволяю себѣ описать здѣсь случай, наблюдавшійся въ нервной клиникѣ, гдѣ было діагносцировано страданіе

мозжечка, а именно, наследственная мозжечковая атаксія Marie.

Прежде чѣмъ перейти къ разбору нашего больного, я скажу нѣсколько словъ объ этомъ заболѣваніи вообще.

Въ началѣ девяностыхъ годовъ текущаго столѣтія Marie¹⁾ первый описалъ эту болѣзненную форму, а затѣмъ Brissaud²⁾ въ 1894 году подробно разобралъ ее на своихъ лекціяхъ. Эти авторы и назвали это заболѣваніе наследственной мозжечковой атаксіей, или буквально—héredo—ataxie cérébelleuse, а по имени первого, описавшаго ее, она носитъ еще название—атаксіи Marie.

Прежде всего болѣзнь эта наследственная и въ томъ именно смыслѣ, что ею заболѣваютъ члены одной и той-же семьи, хотя и не удается доказать, чтобы это заболѣваніе, какъ таковое, переходило отъ родителей къ дѣтямъ. Замѣчательный фактъ, что этой формой страдаютъ почти исключительно лица мужского пола; на эту избирательность указываетъ и Brissaud³⁾, а въ послѣднее время это явленіе особенно отмѣчаютъ Pauly и Boune⁴⁾, описавшіе нѣсколько случаевъ мозжечковой атаксіи.

Атаксія эта начинается приблизительно съ 10—12 лѣтнаго возраста и развивается постепенно, медленно.—Ея проявленія сначала совершенно неощущительны для больного; но спустя нѣкоторое время становится замѣтнымъ, и то пока для окружающихъ, нѣкоторое разстройство координаціи движеній заболѣвшаго, наблюдаемое, главнымъ образомъ, при походкѣ, и нужно времени 1—2 года съ начала болѣзни, чтобы самъ заболѣвшій почувствовалъ и созналъ, что съ нимъ что-то неладное. И таѣмъ постепенно, незамѣтно, въ теченіе 5—10—15 лѣтъ, болѣзнь прогрессируетъ, пока не дойдетъ до своего полнаго развитія.

Pierret⁵⁾ обращаетъ вниманіе на то, что иногда разстройству координаціи движеній предшествуютъ головныя боли, не сильныя, но упорныя, мало поддающіяся лѣченію.

При объективномъ исследованіи этихъ больныхъ на первый планъ выступаютъ атактическія явленія и, главнымъ образомъ, своеобразная, неувѣренная, пошатывающаяся походка: больной, какъ пьяный, не можетъ пройти по прямой линіи, шатается то въ одну, то въ другую сторону. Это—та походка, которую французы очень удачно называютъ „titubant“;

этимъ названіемъ и Brissaud⁶⁾ характеризуетъ походку при heredo—ataxie cerebelleuse.

Далѣе, важнымъ и необходимымъ симптомомъ мозжечковой атаксіи является повышение колбънныхъ рефлексовъ. Кромѣ того за послѣдніе два года особенно настойчиво отмѣчаются при этой болѣзни Россолимо⁷⁾, Pauly⁸⁾ и др. тотъ или иной видъ косоглазія. Затѣмъ, наблюдаются, хотя не всегда, пустаглазія, небольшія хореические движения, измѣненіе рѣчи, напоминающее отчасти скандированную рѣчь, и ослабленіе зреенія.

Къ сожалѣнію пока еще очень мало можно сказать о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при наследственной мозжечковой атаксіи. Въ литературѣ имѣется нѣсколько случаевъ аутопсій, но всѣ они обслѣдованы крайне неполно и ни въ одномъ почти не сдѣлано микроскопического изслѣдованія. При мозжечковой атаксіи всѣ органы центральной и периферической нервной системы остаются нормальными, за исключеніемъ мозжечка: этотъ послѣдній оказывается атрофированнымъ во всей своей массѣ. Brissaud цифрами характеризуетъ эту атрофию: онъ говоритъ, что мозжечекъ нормального взрослого человѣка среднимъ числомъ вѣситъ отъ 150 до 170 grm., а при интересующемъ нась заболѣваніи въ случаѣ Froser'a мозжечекъ вѣсилъ 118 grm., въ случаѣ Nonne—81 grm. Сѣрое и бѣлое вещества мозжечка представляется утонченнымъ и атрофированнымъ, клѣтки Пуркинье уменьшены въ числѣ и сморщены. Но къ сожалѣнію, сказанной атрофией мозжечка en masse и приходится ограничиться при описаніи патологической картины, ибо болѣе детальныхъ изслѣдований въ этомъ направленіи не производилось. Имѣется еще въ литературѣ одинъ случай, гдѣ вмѣстѣ съ мозжечкомъ наблюдалась атрофія и всего спинного мозга.

Относительно этиологии данного заболѣванія тоже немногое намъ известно.

Болѣзнь наследственная, какъ я уже говорилъ, начинается съ 10—12 лѣтъ, поражаетъ почти исключительно мальчиковъ. Болѣе близкія причины ея возникновенія еще не найдены. Имѣются-ли какіе либо предрасполагающіе моменты къ заболѣванію, тоже не известно. Указываютъ на то, что родители заболевшихъ нерѣдко сами страдаютъ какимъ ни-

буль разстройствомъ нервной системы, но вѣдь этотъ фактъ отмѣчается при очень многихъ нервныхъ заболѣваніяхъ, а тѣмъ болѣе наследственныхъ и до сихъ поръ еще остается не вполнѣ яснымъ. Въ послѣднее время указываютъ еще на алкоголизмъ родителей.

Не ясенъ и *патогенезъ* страданія, ибо мало выяснены, какъ мы говорили выше, физіология и патологія мозжечка.

По Flechsig'у⁹⁾ мозжечекъ можетъ вліять на двигательные нервы спинного мозга черезъ волокна, идущія сквозь согрога *restiformia* въ боковые столбы спинного мозга. По опытамъ Luciani¹⁰⁾ мозжечку свойственны слѣдующія три главныя функции: 1) онъ сообщаетъ произвольнымъ движеніямъ потребную силу, 2) увеличиваетъ тонусъ мышцъ въ покой и 3) ускоряетъ ритмъ отдѣльныхъ двигательныхъ импульсовъ, изъ коихъ слагается движеніе, и сливаетъ эти импульсы въ одинъ непрерывный актъ. У лягушекъ по Eckhard'у¹¹⁾ и Goltz'у¹²⁾ между продолговатымъ мозгомъ и мозжечкомъ имѣется органъ, удаленіе котораго влечетъ за собой потерю способности совершать координированный движение. Физіологические опыты удаленія мозжечка у собакъ сопровождаются потерей способности сохранять равновѣсіе тѣла.

Все это даетъ намъ нѣкоторую возможность понимать кое что изъ явленій при мозжечковой атаксіи, напримѣръ разстройство координаціи движеній, но уяснить вполнѣ сущность заболѣванія и удовлетворительно объяснить весь симптомо-комплексъ пока мы не въ состояніи.

Особенно трудно дать объясненіе повышенію колѣнныхъ рефлексовъ, не говоря уже о *nystagmus'*, о скандированной рѣчи—этихъ вообще необъяснимыхъ симптомахъ; въ настоящее время вѣкоторые авторы считаютъ мозжечокъ за органъ, усиливающій рефлексы, другіе—за задерживающій ихъ; клинические факты говорятъ скорѣе за послѣднихъ.

О *течениіи* мозжечковой атаксіи мы уже выше говорили: теченіе это крайне медленное. Болѣзнь начинается исподволь; прежде всего появляется разстройство координаціи движеній, и, главнымъ образомъ, въ нижнихъ конечностяхъ; иногда этому предшествуютъ головная боли, а затѣмъ мало помалу обнаруживаются другіе признаки: нистагмъ, дрожаніе и т. д.; но все время, главнымъ образомъ, превалируютъ атактическія явленія; походка разстраивается до того, что больной безъ посторонней

помощи теряетъ способность передвигаться. Дальше начинаетъ страдать общее питаніе организма и на почвѣ общаго истощенія, отъ той или другой причины, лѣтъ черезъ 10—15, наступаетъ exitus letalis. Ведетъ-ли само заболѣваніе мозжечка непосредственно къ смерти—сказать трудно.

На основаніи только что сказаннаго ясно *предсказаніе*. Для жизни больного оно сравнительно хорошо: больной можетъ жить болѣе или менѣе продолжительное время, если, конечно, не погибнетъ отъ какого либо случайнаго осложненія, которое, разумѣется, легче разовьется на ослабленной почвѣ, чѣмъ у человѣка совершенно здороваго. Остановку-же процесса, а тѣмъ болѣе restitutioem ad integrum при мозжечковой атаксіи никто не наблюдалъ: въ этомъ отношеніи предсказаніе безусловно дурное.

Не зная причины и сущности страданія, мы не можемъ, конечно, говорить о раціональной *терапії*. Здѣсь возможна лишь терапія паліативная, здѣсь пока еще можетъ примѣняться только симтоматическое лѣченіе. Такъ рекомендуется массажъ конечностей, какъ способствующій лучшему обмѣну питательныхъ веществъ въ тканяхъ и возбуждающей ихъ лѣтельность; съ этой-же цѣлью назначаютъ и гальванизацію катодомъ. Для уменьшения головныхъ болей употребляютъ франклинизацию вѣтеркомъ, а также иногда примѣняютъ и обыкновенные болеутоляющія: фенацетинъ, антипиринъ и т. д. Далѣе обращаютъ вниманіе на общее состояніе и питаніе больныхъ: тутъ имѣютъ значеніе чистый воздухъ, хорошая обстановка, удобоваримая и питательная діета; изъ фармацевтическихъ средствъ рекомендуютъ тресковый жиръ, мышьякъ, желѣзо. Если больной теряетъ способность ходить, тогда требуется уже болѣе тщательный уходъ по извѣстнымъ правиламъ.

Теперь перехожу къ нашему случаю.

Больной Петръ К., мѣщанинъ Самарской губ., 18 лѣтъ, русскій, холостой, до тридцатилѣтняго возраста былъ совершенно здоровъ. Въ это приблизительно время родные его стали замѣтять нѣкоторыя неправильности въ его походкѣ, которыхъ самъ онъ не ощущалъ; походка стала какая-то пошатывающаяся, какъ будто и бѣгать началъ похуже. Годъ спустя больной и самъ замѣтилъ, что что-то неладное тво-

рится въ его нижнихъ конечностяхъ; прежде всего обратила его вниманіе быстрая утомляемость: походить сравнительно немного и въ ногахъ уже чувствуетъ усталость. Это обстоятельство и заставляло его больше сидѣть. Чувство усталости или „тяжести въ ногахъ“, какъ выражался больной, постепенно прогрессировало, такъ что онъ потерялъ совершенно возможность бѣгать, при ходьбѣ сталъ нерѣдко спотыкаться и даже не одинъ разъ падалъ.

Больной около десяти лѣтъ страдаетъ кромѣ того головными болями, которая особенно сильны по утрамъ; продолжаются онъ часа два-три. Раньше эти боли были гораздо сильнѣе но съ годами интенсивность ихъ ослабѣваетъ.

Лѣтъ съ тринадцати занимается онанизмомъ, хотя неосознанно сильно. Инфекціонными болѣзнями, насколько помнить, не страдалъ; luesа не было; алкоголя не употребляется.

Послѣдніе три года занимается письмоводствомъ, каковое занятіе избралъ вслѣдствіе невозможности частой и продолжительной ходьбы.

Отецъ и мать, по словамъ больного, совершенно здоровы. Въ семье у нихъ восемь человѣкъ дѣтей. Первый сынъ, лѣтъ приблизительно тридцати, уже около пятнадцати лѣтъ тоже болѣнъ ногами: онъ не можетъ ходить, все время проводитъ въ постели, ноги его постепенно сохнутъ, но всетаки, сидя на кровати, двигать ими онъ можетъ. Верхнія конечности здоровы—больной свободно пишетъ. Субъективныхъ жалобъ у него нѣтъ, или онъ чисто случайного характера.

Слѣдующія за этимъ сыномъ двѣ дочери (26 лѣтъ и 20 лѣтъ) совершенно здоровы. Четвертый по порядку ребенокъ въ семье—нашъ больной. Слѣдующіе за нимъ два сына—одинъ 14 лѣтъ, а другой 13 лѣтъ—тоже больны и такъ же, какъ и предыдущіе, главнымъ образомъ, ногами; оба брата не могутъ ходить, нижнія конечности у нихъ высохли, но активныя движения не совершенно утрачены. Кромѣ того, у одного изъ этихъ мальчиковъ (13 лѣтъ) замѣчается довольно сильное трясеніе рукъ. Болѣзнь у всѣхъ трехъ развивалась таѣ-же, какъ и у нашего больного.

Остальные два младшіе сына (12 лѣтъ и 10 лѣтъ) пока совершенно здоровы.

Status praesens. Въ настоящее время больной жалуется на слабость въ ногахъ, быструю ихъ утомляемость и непра-

вильную походку; во всемъ остальномъ, кроме незначительныхъ головныхъ болей, чувствуетъ себя совершенно здоровымъ; боязнь стать такимъ-же, какъ и его больные братья, и заставила его обратиться въ клинику за медицинскою помощью.

Объективное изслѣдованіе больного дало слѣдующіе результаты.

N. abducens sin. представляется ослабленнымъ въ своей функции: у больного имѣется strabismus convergens; остальные черепные нервы нормальны.

Движенія въ колѣнномъ и голеностопномъ суставахъ въ обѣихъ конечностяхъ по силѣ ослаблены, причемъ съ правой стороны это ослабленіе выражено интенсивнѣе; всѣ другіе спинно-мозговые нервы уклоненій отъ нормы не представляютъ.

Въ верхнихъ конечностяхъ замѣчается атаксія: больной не можетъ съ закрытыми глазами свободно застегнуть пуговицу на воротникъ рубашки. Съ открытыми и съ закрытыми глазами при сдвинутыхъ ногахъ стоитъ нетвердо, причемъ въ послѣднемъ случаѣ легко падаетъ. Опусканіе на колѣно больной производить съ большимъ трудомъ; затрудненіе при опусканіи на правое колѣно выражено сильнѣе. При походкѣ въ нижнихъ конечностяхъ тоже замѣчается атаксія: походка больного представляется развалистой, неувѣренной и при этомъ больной отклоняется какъ будто бы въ правую сторону. Полѣстница поднимается съ трудомъ и то только съ условіемъ, если держится за перила.

Дрожаній и судорогъ не имѣется.

Сухожильные рефлексы съ т. м. *biceps*, *triceps*, *extensores et flexores* обѣихъ сторонъ нормальны; колѣнныe рефлексы на обѣихъ конечностяхъ значительно повышенны; съ *tendo Achilli* обѣихъ сторонъ отсутствуютъ.

Рефлексы кожные и съ слизистыхъ оболочекъ нормальны. Тазовые органы функционируютъ правильно. Зрачки равномерны и нормальны; реакція прямая и содружественная на лицо; реакція на конвергенцію тоже нормальна.

Тonusъ мышцъ уклоненій отъ нормы не представляетъ, ригидности нѣть. Дно глаза и поле зрѣнія, любезно изслѣдованныя уважаемымъ профессоромъ *E. B. Адамюкомъ*, ока-

зались нормальны; острота зрения левого глаза нормальна, правый глаз видит хуже вследствие maculae corneaes и сильной гиперметропии. Слухъ, вкусъ и обоняниe уклоненій отъ нормы не представляютъ.

Болевое чувство не разстроено.

Чувство осознанія, изслѣдованное эстезіометромъ Вебера, оказалось въ предѣлахъ нормы.

Чувство давленія и температурное не нарушены; мышечное чувство въ верхнихъ конечностяхъ разстроено очень незначительно; на нижнихъ же конечностяхъ это разстройство выражено сильнѣе и притомъ больше на правой сторонѣ.

Кожные покровы нормальны.

Кожная электровозбудимость на фарадическій токъ въ предѣлахъ нормы.

Подкожный жирный слой развитъ умѣренно. Верхняя часть туловища кажется какъ будто-бы непропорціонально большой по отношенію къ нижней; области плечъ представляются болѣе увеличенными и округлыми сравнительно съ нормальными.

Періоститовъ нѣтъ.

Мышечная электровозбудимость на фарадическій и гальваническій токи нѣсколько понижена; реакціи перерожденія нѣтъ.

Микроскопическое изслѣдованіе мышцы, вырѣзанной изъ m. deltoideus dexter (portio clavicularis), дало такую картину: мышечные волокна представляются полигональной формы, количество соединительной ткани и ядеръ сарколеммы не увеличено. Говоря иначе картина представлялась вполнѣ нормальной.

Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ никакихъ отклоненій отъ нормы не обнаружило. Температура тѣла нормальна, пульсъ въ минуту 80, дыханіе 18.

Закончивши субъективное и объективное изслѣдованіе нашего больного, мы теперь должны дать себѣ отчетъ, чѣмъ обусловлены ненормальные болѣзnenные явленія, наблюдаемы въ данномъ случаѣ; должны решить, что предъ нами за страданіе.

Прежде чѣмъ приступить къ решенію этого вопроса, я позволю себѣ для большей легкости и удобства снова перечислить болѣзnenные симптомы нашего случая, сгруппировавъ ихъ въ систему.

При объективномъ изслѣдованіи главнаго вниманія за-
служиваетъ:

1. Разстройство координаціи движеній; это разстройство наблюдалось какъ въ верхнихъ, такъ и въ нижнихъ конечностяхъ, но, главнымъ образомъ, выражено при ходьбѣ больного въ неувѣренной пошатывающейся походкѣ и при подъемѣ на лѣстницу.

2. Незначительное ослабленіе силы въ колѣнномъ и голеностопномъ сочлененіяхъ обѣихъ конечностей.

3. Повышение колѣнныхъ рефлексовъ на обѣихъ сторонахъ.

4. Крайне незначительное нарушеніе мышечнаго чувства.

Субъективныя жалобы опять таки на первый планъ выдвигаютъ

1. Слабость нижнихъ конечностей, быструю ихъ утомляемость и неувѣренность въ походкѣ и 2. головные боли.

Въ анамнезѣ рѣзко бросается въ глаза

1. Постепенное развитіе и хроническое теченіе заболѣванія и 2., повидимому, наследственность страданія.

Съ чѣмъ-же мы здѣсь имѣемъ дѣло?

Принимая во вниманіе, что центръ тяжести страданія лежитъ въ измѣненіи, главнымъ образомъ, нижнихъ конечностей, что нарушено ихъ движеніе, что болѣзнь развивалась медленно, на первый взглядъ хочется думать, не есть-ли здѣсь какая либо форма міопатіи и главнымъ образомъ *dystrophia muscularis progressiva Erb'a*. Въ нашемъ случаѣ для этого заболѣванія имѣется много характерныхъ признаковъ: начало страданія въ юношескомъ возрастѣ, постепенное, медленное развитіе заболѣванія, наследственность, намекъ на комбинацію атрофій съ ложной гипертрофией—плечевой поясъ нашего больного отчасти производить такое впечатлѣніе. Но это сходство кажущееся. Едва только мы вспомнимъ микроскопическую картину мышцы нашего мальчика, какъ сейчасъ-же должны отказаться отъ предположенія, что здѣсь какая либо міопатія. У настъ мышца нормальна, нѣтъ никакихъ даже слѣдовъ измѣненія въ ней. Значитъ самый характерный признакъ міопатій—измѣнение мышечной ткани—въ данномъ случаѣ отсутствуетъ. Да, кромѣ того, если мы попристальнѣе взглянемъ въ картину нашего заболѣванія, то и безъ микроскопического изслѣдованія мышцы едва-ли здѣсь возможно будетъ признать

какую либо миопатию. У нашего мальчика процессъ длится уже восемь лѣтъ и за это время нѣтъ почти никакихъ измѣненій въ его мышечномъ скелетѣ, если не считать нѣкоторой слабости движений въ колѣнномъ и голеностопномъ сочлененіяхъ; это не свойственно миопатіямъ. При миопатіи въ такое продолжительное время болѣзnenный процессъ все бы захватилъ какія нибудь мышечные группы, а мы никогда, кромѣ нижнихъ конечностей, никакихъ уклоненій отъ нормы ни въ силѣ, ни въ объемѣ движений не находимъ. Кромѣ того, объяснить значительную атаксію тѣми минимальными измѣненіями въ мышцахъ, которые имѣются на лицо въ нашемъ случаѣ, нѣть возможности тѣмъ болѣе, что разстройство координаціи у насъ — главный болѣзnenный симптомъ. Не объяснить также миопатіей и головныхъ болей, если, конечно, не считать ихъ за случайное осложненіе, что представляется мало вѣроятнымъ.

И такъ здѣсь не миопатія.

Не зависить-ли весь симптомокомплексъ данного случая отъ страданія периферической первой системы? Можно-ли съ точки зрѣнія периферического страданія объяснить нашъ главный и первый симптомъ—разстройство координаціи движений? Бываеть-ли при невритахъ это разстройство?

Да, бываетъ. Отъ чего зависитъ и чѣмъ обусловливается такое разстройство? Оно зависитъ отъ страданія периферическихъ нервовъ и обусловливается нарушеніемъ чувствительности, главнымъ образомъ, мышечного и тактильного чувства. Характерные примѣры такой атаксіи мы наблюдаемъ при *tabes dorsalis*, при алкогольныхъ невритахъ.

Въ нашемъ случаѣ разстройства чувствительности нѣть, если не считать самаго незначительного нарушенія мышечного чувства, которое во всякомъ случаѣ не могло бы дать такой атаксіи, какъ у нашего больного.

Можетъ-ли быть при пораженіи периферической нервной системы повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ? Да, можетъ, но только въ самыхъ начальныхъ стадіяхъ невритовъ, когда еще страдающій нервъ находится въ состояніи какъ-бы возбужденія, а невритъ, продолжающійся восемь лѣтъ, давно-бы уже повелъ къ полному уничтоженію рефлексовъ.

Дальше мы не будемъ пытаться вставить въ рамки периферического заболѣванія нервной системы нашъ случай, ибо два самыхъ важныхъ симптома—разстройство координаціи

движений и повышение рефлексовъ мы объяснить этими заболѣваниями не въ состояніи.

Анамнезъ больного исключаетъ всѣ острыя заболѣванія спинного мозга и позволяетъ говорить намъ только о страданіяхъ хроническихъ, развивающихся годами.

Не есть-ли это *tabes dorsalis*?

Говоря о заболѣваніяхъ периферической первной системы, мы уже отчасти исключили *tabes*, ибо табицкая атаксія объясняется чаще, какъ результатъ заболѣванія периферическихъ нервовъ, а именно нарушеніемъ мышечного и тактильного чувства. Да кромъ того, мы не имѣемъ больше ни одного характерного признака для спинной сухотки: стрѣляющихъ болей никогда не было, мочеполовые органы нормальны, изслѣдованіе глаза никакихъ измѣненій въ зрительномъ нервѣ не обнаружило; однимъ словомъ, весь такъ называемый первый периодъ *tabes'a* отсутствуетъ. Атаксію, которая такъ и заставляетъ подозрѣвать *tabes*, относится ко второму периоду; но характерныхъ признаковъ и этого периода — разстройства тазовыхъ органовъ и чувствительности—мы не имѣемъ. Не подыщемъ для спинной сухотки и этиологического момента: *lues'a* нѣтъ, нѣтъ и алкоголизма, не злоупотреблялъ и половой жизнью (проф. Мочутковскій).

Это, и не *poliomyelitis anterior chronica*.

Тамъ процессъ обыкновенно начинается съ верхнихъ конечностей, тамъ мышечная атрофія, при томъ еще дегенеративного характера, тамъ сильное ослабление рефлексовъ—все это не подходитъ къ нашему случаю.

Можетъ быть предъ нами *sclerosis lateralis amyotrophica*.

При этой формѣ заболѣванія мы имѣемъ также значительное повышение рефлексовъ, нормальные тазовые органы и чувствительность, но за то при боковомъ аміотрофическомъ склерозѣ наблюдаемъ слабость мышцъ одновременно съ ихъ атрофией, часто имѣемъ реакцію перерожденія, а главнымъ образомъ, рѣзкое повышение тонуса мышцъ; въ нашемъ случаѣ нѣтъ и намека на ригидность. Затѣмъ, обычное теченіе бокового аміотрофического склероза 4—5 лѣтъ, если же въ видѣ исключенія и допустить, что процессъ затянулся на болѣе продолжительное время, то мы давно-бы имѣли характерные измѣненія со стороны продолговатого мозга—бульбарная явле-

нія, столь типичныхъ для позднихъ стадій предполагаемой нами болѣзни.

Много есть въ нашемъ заболѣваніи похожаго на спинальную прогрессивную мышечную атрофию: болѣзнь развивается также очень медленно, рефлексы не понижены, чувствительность и тазовые органы нормальны. Но при мышечной атрофии имѣется либо качественное, либо количественное измѣнение мышечной электровозбудимости, нерѣдко встрѣчается реакція перерожденія, а, главное, микроскопъ обнаруживаетъ всегда какое либо ясно выраженное дегенеративное измѣнение мышечной ткани.

Отсутствие параличей, нормальная чувствительность и тазовые органы не позволяютъ здѣсь думать и о хроническомъ міэлите. Ненарушенная же чувствительность, отсутствие мышечныхъ дегенеративныхъ атрофій и трофическихъ разстройствъ исключаютъ и сирингоміэлію. Не можетъ быть здѣсь, конечно, рѣчи о заболѣваніяхъ спинного мозга, зависящихъ отъ какихъ либо механическихъ причинъ—напр. сдавленія позвонкомъ, опухолью.

Симптомокомплексъ нашего заболѣванія также не характеренъ для типического sclerosis disseminata. Правда, что разсѣянный склерозъ иногда протекаетъ крайне атипично, такъ что могло бы явиться подозрѣніе, не онъ-ли здѣсь. Но въ продолженіе восьми лѣтъ мы хоть-бы разъ должны были столкнуться хотя-бы съ однимъ характернымъ симптомомъ подозрѣваемаго заболѣванія: дрожаніемъ при напряженіи, скандированной рѣчью, ослабленіемъ зрѣнія и т. п., но этого въ анамнезѣ нѣть. Не Фридreichова-ли болѣзнь предъ нами? 3—4 года назадъ мы-бы отвѣтили на этотъ вопросъ категорическимъ „да“, безъ сомнѣнія: наслѣдственность, развитіе и теченіе болѣзни медленное, постепенное, характерное разстройство координаціи движений, пошатывающаяся походка, другая отрицательныя данныя нашего случая — все это говоритъ за *morbus Fridreichii*. А колѣнныя рефлексы? при Фридрейховой болѣзни колѣнныя рефлексы понижены, а у насъ наоборотъ — повышены. Четыре года назадъ мы не смущались этимъ и назвали-бы нашъ случай не типичнымъ, тѣмъ болѣе, что и вѣкоторыхъ другихъ признаковъ, очень нерѣдкихъ при *m. Fridreichii* у насъ нѣть: нистагма, дрожанія, разстройства рѣчи въ видѣ заиканія, медленности и монотонности произно-

шения, но въ настоящее время, благодаря трудамъ Marie, мы знаемъ, что если весь симптомокомплексъ страданія вполнѣ соответствуетъ Фридрейховой болѣзни, а рефлексы, и, главнымъ образомъ, колѣнны, повышены, это уже не *morbus Fridreichii*, а особая форма заболѣванія мозжечка.

Какихъ либо заболѣваній продолговатого мозга въ нашемъ случаѣ предполагать нельзя.

И такт, по всей вѣроятности причина страданія нашего мальчика лежитъ въ мозжечкѣ.

Какія либо новообразованія мозжечка легко исключить по изслѣдованию глазного дна, ненарушенному зрѣнію, да и головные боли, которые отчасти могли бы смущать насъ при этомъ исключеніи, не характерны для мозговой опухоли: онѣ мало беспокоятъ больного,—очевидно онѣ несильны, не сопровождаются рвотой. Продолжаясь восемь лѣтъ, онѣ ни разу не заставили больного обратиться за медицинской помощью. Не то мы наблюдаемъ при головныхъ боляхъ, зависящихъ отъ новообразованій въ мозгу.

Если мы теперь вспомнимъ картину заболѣванія мозжечка, описанную Marie, то едва-ли можно будетъ сомнѣваться, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло.

Начнемъ по порядку.

Ярко выступаетъ фактъ наследственности въ нашемъ случаѣ. Отецъ и мать, по словамъ больного, здоровы, четыре брата больны, повидимому, этой-же болѣзнью; сестра, средняя по возрасту, совершенно здорова.

Мозжечковая атаксія начинается приблизительно лѣтъ съ 10—22, какъ и въ нашемъ случаѣ; можетъ быть этимъ объясняется пока полное здоровье двухъ младшихъ братьевъ нашего больного—для нихъ еще не насталъ урочный часъ.

Все выше сказанное о развитіи болѣзни Marie точь въ точь повторяетъ резкій нашего мальчика. Pierret обращаетъ вниманіе на то, что иногда разстройству координаціи движений предшествуютъ головные боли; объ этихъ боляхъ, несильныхъ, но упорныхъ, мало поддающихся леченію, упоминаетъ и Brissaud¹⁴⁾. Это—тѣ самыя боли, которыми страдаетъ и нашъ больной; изъ анамнеза мы видимъ, что онѣ предшествовали разстройству его походки.

Едва-ли можно сомнѣваться, что и походка мальчика вполнѣ соответствуетъ походкѣ при мозжечковой атаксіи.

Повышеніе-же пателлярныхъ рефлексовъ не оставляетъ уже сомнѣнія въ томъ, что предъ нами за процессъ.

Остальныхъ второстепенныхъ признаковъ, какъ-то: nystagmus, дрожаніе и друг., мы не имѣемъ, но вѣдь эти симптомы, во-первыхъ, не обязательны, а, во-вторыхъ, можетъ быть, они еще не успѣли развиться; хотя болѣзнь и продолжается восемь лѣтъ, но, принимая во вниманіе ея слишкомъ медленное развитіе, отчего-же не допустить, что черезъ 2—3^о года появятся и эти остальные симптомы. И такъ предъ нами hereditary ataxie cérébelleuse Marie.

Больной пробылъ подъ нашимъ наблюденіемъ въ клинике съ 14 октября по 12 декабря того-же года.

Чтобы не утомлять вниманія, я не буду приводить подробнаго описанія теченія его болѣзни.

Просматривая diarium его болѣзни за время пребыванія въ клинике, мы можемъ отмѣтить, что самочувствіе больного было все время хорошее; если бы не нарушеніе походки, онъ не замѣчалъ-бы своей болѣзни.

Незначительныя, небезпокоюющія больного, головныя боли, хотя не прекратились, но стали, по его словамъ, пока будто еще слабѣе; это можно, пожалуй, объяснить отчасти клиническимъ режимомъ: въ извѣстное время пріемъ пищи, сонъ и т. д.

Новыхъ болѣзненныхъ симптомовъ за это время не явилось, но атактическія явленія усилились: больному труднѣе стало ходить по лѣстницѣ, пателлярные рефлексы повысились, а затѣмъ къ концу пребыванія больного въ клинике легко вызывались рефлексы съ tendo Achilli обѣихъ сторонъ, чего раньше не было. Значитъ, болѣзненный процессъ идетъ впередъ: усилилась атаксія, уменьшилась дѣятельность мозжечка въ смыслѣ задержанія рефлексовъ.

12 декабря мы безъ всякой надежды на поправленіе съ грустью отпустили больного домой, съ грустью потому, что при настоящихъ нашихъ знаніяхъ безсильны помочь молодому человѣку, полному силъ и энергіи, желающему жить и работать.

Литература

1. Marie. Цитировано по Brissaud.
 2. Brissaud. *Leçons sur les maladies nerveuses*. Paris, 1895 г.
 3. Ibidem.
 4. Pauly et Bonne. *Maladie familiale à symptomes cérébello—medulaires*. *Revue de médecine*, 1898 г., № 3).
 5. Pierret. Цитировано по Brissaud.
 6. Brissaud. *Leçons sur les maladies nerveuses*. Paris, 1895 г.
 7. Россолимо. Протоколы об-ва невропатологовъ и психиатровъ въ Москвѣ за 1897 г.
 8. Pauly. *Revue de médecine*, 1897 г., № 3.
 9. Flechsig,
 10. Luciani.
 11. Eckhard.
 12. Goltz.
- |
- Цитировано по Landois, *Физиология человека*. Харьковъ
1897 г.
13. Pierret. Цитировано по Brissaud.
 14. Brissaud. *Revue de médecine*, 1897 г., № 3.
-

Къ ученію объ остромъ ртутномъ полиневритѣ.

А. ФАВОРСКАГО,

ординатора клиники нервныхъ болѣзней.

Какъ извѣстно, ртуть принадлежитъ къ разряду тѣхъ ядовъ, которые иногда даже въ обычныхъ (для человѣка) минимальныхъ дозахъ дѣйствуютъ губительно на организмъ, не говоря уже о большихъ дозахъ. Въ такихъ случаяхъ концентрируя свое вредное вліяніе то на одномъ, то на на другомъ органѣ тѣла, ртуть нерѣдко останавливаетъ главное свое вниманіе на различныхъ отдѣлахъ нервной системы. Изъ историческихъ данныхъ, приводимыхъ въ диссертациіи проф. *H. M. Попова*¹⁾, видно, что цѣлый рядъ авторовъ давно уже указывалъ на разнообразныя пораженія нервной системы, наступающія при остромъ ртутномъ отравленіи. Такъ, еще *Dévergie* (1843 г.) видѣлъ парезъ и анестезію нижнихъ конечностей при отравленіи ртутью. *Falck* считаетъ параличи за обычное явленіе при ртутной интоксикації. *Orfila* упоминаетъ объ общей потерѣ чувствительности кожи и о конвульсіяхъ. *Feinberg* приводить случай паралича при ртутномъ отравленіи. Но всѣ названные авторы говорятъ вообще о параличахъ, не упоминая, какого характера были эти параличи—центральнаго или периферического. Впрочемъ, *Husemann*, касаясь патогенеза нервныхъ симптомовъ при отравленіи ртутью, говоритъ, что, вѣроятно, ртуть дѣйствуетъ на головной мозгъ. Въ 1878-мъ году *Hallopeau*²⁾ въ своей работѣ „о меркуриа-

¹⁾ Н. М. Поповъ. Матеріали къ ученію объ остромъ міэлитѣ токсическаго происхожденія. Дисс. С.П.Б. 1882 г.

²⁾ *Hallopeau*. Du mercurialisme. Archives de physiologie, 1878 г.; цитировано по *Revue de médecine*, 1895 г.

лизмъ“, а за нимъ и *Letulle*¹⁾, опубликовавшій свои „клиническія и экспериментальныя наблюденія надъ меркуріальными параличами“, уже опредѣленно указываютъ на существованіе невритовъ съ хроническимъ теченіемъ. Затѣмъ, *Ketli*²⁾, повидимому, первый описалъ случай остраго суплемоваго полиневрита. Въ этомъ случаѣ, кончившимся летально, наблюдался, спустя недѣлю послѣ отравленія суплемою, восходящій параличъ *Landry*. Изслѣдованіе мозга послѣ аутопсіи не дало никакихъ результатовъ. Послѣ *Ketli* въ литературѣ чаще и уже съ большою опредѣленностью въ клиническихъ симптомахъ стали появляться описанія острыхъ меркуріальныхъ полиневритовъ, именно въ 1890 г. *Forestier*³⁾ описалъ подобный случай, затѣмъ *Leyden*⁴⁾, *Nolda*⁵⁾, *Spillmann* и *Etienne*⁶⁾ описали 3 случая и въ самое послѣднее время *Crocq (fils)*⁷⁾ и *Brauer*⁸⁾.

Изъ перечисленныхъ случаевъ остраго меркуріального полиневрита только случай *Ketli* и одно наблюденіе (*I-e*) *Spillmann*'а-*Etienne*'а могутъ считаться чистыми и, пожалуй, неоспоримыми. Нужно замѣтить, что въ случаѣ *Ketli* все же не было выяснено, былъ ли у его пациента *lues* или нѣтъ. Что же касается остальныхъ наблюдений, то во всѣхъ нихъ констатируется съ несомнѣнностью присутствіе такого могущественного фактора въ этиологіи полиневритовъ, какъ *lues*, а въ случаѣ *Nolda* кромѣ того даже и алкоголизмъ. Разъ

¹⁾ *Letulle*. Recherches cliniques et expérimentales sur les paralysies mercurielles. Archives de physiologie, 1887 г.; цитировано по Revue de médecine, 1895 г.

²⁾ *Ketli*. Vergiftung mit sublimat. Pesther medicinische Presse, 1878 г.; цитировано по Revue de médecine, 1895 г.

³⁾ *Forestier*. Polynévrite motrice de membres, d'origine mercurielle. Médecine moderne, 1890 г., цитировано по Revue de médecine, 1895 г., р. 1022.

⁴⁾ *Leyden*. De la polynévrite mercurielle. La semaine médicale, 1893 г. р. 319.

⁵⁾ *Nolda*. Neurotabes alcoholica oder mercurialis oder syphilitica. Neurologisches Centralblatt, 1895 г., № 5, S. 200.

⁶⁾ *Spillmann* et *Etienne*. Polynévrites dans l'intoxication hydrargyrique. Revue de médecine, 1895 г., р. 1009.

⁷⁾ *Crocq*. Platau's Jahresbericht über d. L. a. Q. der Neurologie, I. Jahrgang.

⁸⁾ *Brauer*. La semaine médicale, 1897 г., № 16, p. LXII. Polynévrite mortelle d'origine mercurielle chez un syphilitique.

такие моменты имѣли мѣсто, то, на нашъ взглядъ, еще можно спорить, обязано ли пораженіе нервныхъ стволовъ непосредственному вредному вліянію ртути или же ртуть здѣсь была моментомъ, ослабляющимъ организмъ, благодаря чему нервная система стала менѣе стойкой по отношенію къ сифилитическому яду или алкоголю, что и не замедлило клинически обнаружиться въ видѣ соотвѣтствующаго полиневрита. Если обѣ этіологіи случаевъ *Leyden'a*, *Forestier'a* и 2-хъ послѣднихъ наблюденій *Spillmann'a* и *Etienne'a* можно спорить, то относительно случаевъ *Brauer'a*, *Nolda* и *Croq'a (fils)* не будетъ большой ошибки сказать, что они едва-ли могутъ итти въ расчетъ, какъ ртутные полиневриты. Для подтвержденія сказаннаго возьмемъ хотя-бы случай *Brauer'a*.

Больной—сифилитикъ; послѣ 34-хъ втираній, которыя уничтожили припадки *lues'a*, вдругъ появились общая слабость и судороги въ мускулахъ. Спустя нѣсколько дней, внезапно развились дипlopія, разстройство рѣчи, глотанія и *incontinencia urinae*. Леченіе ртутное было пріостановлено. Вскорѣ произошелъ рецидивъ вторичныхъ припадковъ сифилиса. Назначены ртутныя инъекціи. Сифилитические припадки на кожѣ прошли, а нервные симптомы остались. Никакихъ явленій стоматита или діарреи во все время болѣзни не было. Больной скоро умеръ отъ паралича діафрагмы.

Авторъ дѣлаетъ заключеніе, что въ происхожденіи полиневрита значительную роль играла ртуть, какъ моментъ, ослабляющій организмъ и дѣлающій его болѣе восприимчивымъ къ сифилитическому токсину. Для насъ не ясно, почему здѣсь виновата ртуть, которая даже не дала обычныхъ явленій отравленія ю, т. е. стоматита, діарреи, бѣлка въ мочѣ и т. д. Затѣмъ, почему *lues* самъ по себѣ передъ рецидивомъ вторичныхъ припадковъ не могъ вызвать измѣненій со стороны нервной системы безъ всякой помощи ртути? Наконецъ, самъ авторъ признаетъ, что ртуть была моментомъ, ослабившимъ организмъ и давшимъ возможность дѣйствовать на него *сифилитическому яду*. Слѣдовательно, ртуть была только *условиемъ*, при которомъ проявилось вредное вліяніе сифилиса на нервные стволы, а *не причиной*. Аналогію этому мы находимъ въ простудѣ (охлажденіи тѣла), которая очень часто у алкоголика или сифилитика служитъ толчкомъ для появленія специфического полиневрита, но тѣмъ не менѣе въ подобномъ случаѣ едва-ли есть основаніе называть полиневрить *про-*

студнимъ. — Еще съ меньшимъ правомъ можно винить ртуть въ происхождении полиневрита въ 2-хъ случаяхъ *Crocq'a*, гдѣ въ 1-мъ наблюденіи всѣ явленія удачно можно объяснить однимъ *lues'omъ*, а во 2 мъ—нельзя исключить вліяніе простуды, какъ этиологического момента. Что же касается случая *Nolda*, то его наблюденіе надо скорѣе цитировать, какъ алкогольный полиневритъ, а не ртутный.

Какъ видно изъ приведенного обзора доступной намъ литературы, случаи чистаго острого ртутного полиневрита явленіе далеко не частое, если принять во вниманіе, что такихъ случаевъ мы могли отыскать всего только два. Это обстоятельство оправдываетъ наше желаніе пополнить казуистику еще однимъ случаемъ острого ртутного полиневрита, который намъ пришлось наблюдать въ нервной клинике Казанского университета. Но прежде чѣмъ перейти къ изложению этого наблюденія, мы попытаемся на основаніи вышеприведенныхъ случаевъ, а также и того, который мы сейчасъ сообщимъ, дать краткій очеркъ ученія объ остромъ ртутномъ полиневритѣ.

Симптоматология. Болѣзнь чаще всего начинается разстройствомъ со стороны пищеварительного тракта—рвотой, диарреей, а иногда даже и дезинтеріей, стоматитомъ. Одновременно съ этими симптомами или тотчасъ послѣ нихъ, или спустя недѣли $1\frac{1}{2}$ появляются самопроизвольныя сильные боли въ конечностяхъ, иногда предшествуемыя парестезіями то въ видѣ мозжанія, то въ видѣ ползанія мурашекъ, то въ видѣ холода. Боли эти большею частью бываютъ непостоянно и носятъ характеръ то глухихъ болей, то ланцинирующихъ, достигая подчасъ страшной силы. При давленіи на нервные стволы ощущается боль. Затѣмъ, выступаютъ на сцену явленія со стороны двигательной сферы, именно, появляются дрожаніе и слабость въ конечностяхъ, доходящая скоро до полнаго паралича. Конечности могутъ быть поражены неравномѣрно: на одной паралич выраженъ сильнѣе, на другой слабѣе. Иногда мышцы одного функционального назначенія поражаются болѣе, чѣмъ ихъ антагонисты, напр. разгибатели. Координація движений въ большинствѣ случаевъ разстраивается. Часто наблюдается симптомъ *Romberg'a*. Колѣнныя рефлексы рѣзко понижаются или совсѣмъ исчезаютъ. Общая чувствительность почти всегда разстраивается и притомъ по периферическому типу. Къ этому часто присоединяется разстройство со стороны сосудовдвигателей.

лей: появляются на пораженныхъ конечностяхъ ясные отеки. Вскорѣ наступаетъ и атрофія мышцъ пораженныхъ конечностей съ реакцией перерожденія. Въ слюнѣ и мочѣ нѣрдко можно констатировать слѣды ртути. Кромѣ того, въ мочѣ очень часто находится бѣлокъ. Тазовые органы обыкновенно остаются пощаженными.

Этіология. Острый ртутный полиневритъ встрѣчается какъ при введеніи въ организмъ ртути въ токсической дозѣ, такъ и въ обычной терапевтической. При этомъ нужно отмѣтить, что пути введенія ртути въ организмъ, повидимому, не играютъ особенной роли: невритъ можетъ быть какъ при вдыханіи паровъ ртути (на зеркальныхъ фабрикахъ), такъ и при употребленіи ея внутрь; какъ при втиранихъ, такъ и при впрыскиваніяхъ подъ кожу растворимыхъ и нерастворимыхъ соединеній ртути. Впрочемъ, нѣсколько чаще острый невритъ наблюдается при пріемѣ внутрь токсической дозы ртути, а затѣмъ и при введеніи терапевтическихъ дозъ путемъ фрикцій и инъекцій. Для развитія болѣзни отъ терапевтическихъ пріемовъ ртути необходимо, чтобы организмъ былъ исключительно чувствителенъ къ ртути по наслѣдственности или въ немъ было особая ядосинкразія къ ней. Помимо того, въ этомъ играютъ видную роль и такие моменты, какъ переутомленіе организма или ослабленіе его какимъ-либо заболѣваніемъ. Количество впрыскиваній или втираний не играетъ большого значенія: болѣзнь можетъ развиться какъ послѣ 3-хъ мѣсячнаго пользованія ртутью, такъ и послѣ 3-хъ мѣсячнаго.

Патологическая анатомія острого ртутного полиневрита до сихъ поръ разработана очень мало. Это станетъ вполнѣ понятнымъ, если принять въ соображеніе, что изъ опубликованныхъ доселѣ случаевъ только въ двухъ (*Ketli, Brauer*) была произведена аутопсія; но въ случаѣ *Ketli* периферические нервы совсѣмъ не были изслѣдованы, а въ мозгѣ измѣненій не найдено. Въ случаѣ *Brauer*'а (если только его можно считать за ртутный полиневритъ) послѣ вскрытия были обнаружены явленія полиневрита; были-ли при этомъ одновременно констатированы измѣненія и въ спинномъ мозгѣ, авторъ не упоминаетъ. Такая скудость патологоаватомического материала, естественно, заставила авторовъ обратиться къ экспериментамъ на животныхъ; но и тутъ мы не найдемъ однообразія и согласія въ полученныхъ результатахъ,

что между прочимъ объясняется трудностью вызвать у животныхъ острый ртутный полиневрить, такъ какъ они обыкновенно ногибаютъ раньше его появления. Проф. Н. М. Поповъ находилъ при остромъ ртутномъ отравлении у собакъ измѣненія только въ спинномъ мозгу, причемъ нервныя клѣтки были измѣнены довольно сильно: однѣ находились въ стадіи мутнаго набуханія, другія имѣли вакуоли и т. д. Периферическіе же нервы оказались незатронутыми. Spillmann и Etienne наблюдали въ своихъ экспериментахъ набуханіе нервныхъ периферическихъ волоконъ и бѣлаго вещества спинного мозга и измѣненіе клѣтокъ его. Heller¹⁾, получивъ почти полную клиническую картину острого суплемоваго полиневрита экспериментально на кроликахъ, при вскрытии нашелъ паренхиматозный полиневрить и поврежденіе переднихъ и заднихъ корешковъ спинного мозга; обѣ измѣненіи въ нервныхъ клѣткахъ авторъ ничего не говоритъ. Dr. Brauer, работая на кроликахъ, наблюдалъ измѣненія какъ въ нервахъ, такъ и въ нервныхъ клѣткахъ спинного мозга, причемъ онъ считаетъ клѣтки праженными первично, а явленія патологическія въ нервныхъ стволахъ вторичными. Д-ръ Перовъ²⁾ находилъ у кроликовъ въ нервныхъ клѣткахъ спинного мозга раствореніе Nissl'евскихъ тѣлъ, уменьшеніе объема ядеръ клѣтокъ и неправильность контура ихъ, а въ нѣкоторыхъ онъ встрѣчалъ и вакуоли числомъ отъ 3 до 5 въ каждой клѣткѣ. Объ изслѣдованіи периферическихъ нервовъ онъ ничего не упоминаетъ.

Патогенезъ. Что касается сущности страданія, то она сводится къ воспалительному процессу въ чувствительныхъ и двигательныхъ нервныхъ волокнахъ, возникающему, повидимому, первично. Въ послѣднее время нѣкоторые авторы по поводу полиневрита вообще высказываются въ томъ смыслѣ, что первичнымъ надо считать пораженіе клѣтокъ спинного мозга, благодаря чему и происходитъ послѣдовательная дегенерация периферическихъ нервныхъ волоконъ. Примѣнить этотъ

¹⁾ Dr. Heller. Des polynévrites mercurielles. La semaine m dicalle, 1896 г. № 4, p. 28.

²⁾ Д-ръ Перовъ. Къ патологической анатоміи острого отравленія суплемовою. Дисс. Казань. 1898 г.

взглядъ къ острому суплемовому полиневриту, по нашему мнѣнію, не всегда возможно въ виду того, что при немъ обычно сначала наступаютъ явленія паралича, а потомъ уже и явленія дегенеративной атрофіи мышцъ. Если бы мы имѣли при немъ дегенерацию нервовъ въ зависимости отъ первичнаго пораженія нервныхъ клѣтокъ спинного мозга, то атрофія мышечная развивалась бы рука объ руку съ параличомъ, общая чувствительность не была бы разстроена по периферическому типу и не было бы постепенного ослабленія паралича по мѣрѣ удаленія отъ периферіи къ центру. Конечно, весьма возможно, что ртуть дѣйствуетъ одновременно и на клѣтки спинного мозга и на периферические нервы, но во всякомъ случаѣ тамъ, где клинически выступаютъ на первый планъ явленія полиневрита, все шансы остаются на сторонѣ взгляда, что тамъ мы имѣемъ главное пораженіе периферическихъ нервовъ и только, такъ сказать, попутно—и клѣтки спинного мозга.

Теченіе. По теченію острые суплемовы полиневриты скорѣе примикаютъ къ мышцамъ. По устраненіи причины параличнаго явленія обыкновенно въ 5—8 мѣсяцевъ постепенно ослабѣваютъ, разстройство чувствительности исчезаетъ и остаются только легкія парестезіи въ конечностяхъ. Колѣнныя рефлексы иногда возвращаются къ нормѣ, въ другихъ же случаяхъ остаются пониженными или даже повышенными. Атрофія мышцъ вѣкоторое время послѣ выздоровленія еще держится. По истеченіи вышеупомянутаго срока больные настолько хорошо поправляются, что могутъ считаться здоровыми и приниматься за свои обычныя занятія.

Предсказаніе. Въ большинствѣ случаевъ предсказаніе quo ad vitam благопріятное, но бываютъ случаи (*Ketli, Brauer*), где болѣзнь кончается летально. Что касается предсказанія quo ad valetudinem completam, то дѣло обыкновенно кончается исцѣленіемъ.

Перейдемъ теперь къ изложенію исторіи болѣзни нашего пациента.

Больной К., 55 ти лѣтъ, крестьянинъ, грамотный, жившій приказчикомъ, родился вполнѣ здоровымъ ребенкомъ отъ здоровыхъ родителей. Въ дѣтствѣ и зрѣломъ возрастѣ ничѣмъ серьезнымъ не болѣлъ. Алкоголемъ никогда не злоупотреблялъ, а 9 лѣтъ тому назадъ совсѣмъ пересталъ пить

водку. Сифилисомъ и другими венерическими болѣзнями не страдаль, а равно и туберкулезомъ. Половыхъ излишествъ не было. Въ настоящее время больной имѣеть здоровыхъ дѣтей. Выкидышей и мертворожденныхъ дѣтей у его жены не было.

Начало настоящаго заболѣванія больной относить къ апрѣлю 1898 года. Желая полечить ломоту, появлявшуюся у него по временамъ въ правой ногѣ, онъ обратился за совѣтомъ къ зонарю. Послѣдній снабдилъ его слѣдующимъ рецептомъ: „взять суплемы 1 золотникъ, киновари 1 зол., мѣдноаго купороса 1 зол., спры „горючей“ 1 зол., смѣшать все это съ $\frac{1}{2}$ штофомъ воды и пить по рюмкѣ до тихъ поръ, пока не будетъ рвать, какъ сльдуетъ“, такъ какъ „съ ревотой вся болѣзнь выйдетъ наружу“. На другой день послѣ свиданія съ зонаремъ нашъ больной съ 4-хъ часовъ утра сталъ усердно приводить въ исполненіе данный ему совѣтъ, и едва онъ успѣлъ къ 9-ти часамъ утра принять $6\frac{1}{2}$ рюмокъ рекомендованного средства, какъ у него появились сильная рвота съ кровью, диаррея, а подъ вечеръ и дезинтерія, головная боль и общій упадокъ силъ. Такъ продолжалось 2-е сутокъ, послѣ чего рвота и поносъ почти совсѣмъ прекратились, но въ тоже время у него стали мозжать ноги и появился отекъ въ нихъ. На 5-е сутки отъ начала заболѣванія онъ самъ отправился въ больницу, гдѣ еще болѣе ослабѣлъ; а спустя три дня послѣ поступленія туда, его стали беспокоить сильныя боли въ рукахъ и ногахъ. Тѣмъ временемъ слабость рукъ и ногъ продолжала постепенно итти впередъ, пока, наконецъ, черезъ 10 дней послѣ прихода въ больницу онъ уже совершенно не могъ сдѣлать движенія ни рукою, ни ногою, и потерялъ чувствительность въ конечностяхъ настолько, что не отдавалъ себѣ отчета, гдѣ и какъ лежитъ его рука или нога. Тазовые органы во все время болѣзни функционировали правильно. Въ такомъ видѣ больной пролежалъ 2 мѣсяца, въ теченіе какового времени ему дѣлали ножныя паровыя ванны, массажъ и электричество. Въ серединѣ іюня того же года ножныя паровыя ванны, по совѣту специалиста по нервнымъ болѣзнямъ, были замѣнены общими теплыми ваннами и кромѣ того назначены внутрь іодъ. Въ концѣ іюня больной сталъ замѣщать нѣкоторое улучшеніе: руки и ноги начали понемногу двигаться. Недѣли черезъ 2 послѣ этого онъ уже получилъ возможность съ постороннею помощью вставать съ постели

на ноги. Съ этого времени движенија въ конечностяхъ стали все больше и больше восстанавливаться, а равно стала улучшаться и чувствительность въ нихъ. Месяца черезъ $1\frac{1}{2}$ онъ уже могъ съ постороннею помощью пройти по палатѣ. 4-го сентября 1898 года больной былъ приведенъ подъ руки въ клинику нервныхъ болѣзней Казанского университета съ жалобами на разстройство походки и слабость въ конечностяхъ, плохую чувствительность въ нихъ, непостоянныя сильныя стрѣляющія боли въ ногахъ и рукахъ и на постоянныя парестезіи въ нихъ.

Status praesens 4/IX 18 8 г. Произвольные движенија въ области черепныхъ первовъ вполнѣ нормальны. Изъ спинномозговыхъ первовъ уклоненіе отъ нормы представляютъ plexus brachialis и plexus ischiadicus.

Plexus brachialis. Движенія рукъ въ плечевомъ сочлененіи по объему и силѣ нормальны; въ локтевомъ сочлененіи—по объему нормальны, по силѣ нѣсколько ослаблены; въ лучезапястномъ сочлененіи—по объему ограничены, въ особенности разгибаніе кисти, и по силѣ ослаблены; движенија въ пястно-фаланговыхъ и фаланговыхъ суставахъ по объему ограничены очень замѣтно: больной не можетъ разогнуть пальцевъ до горизонта; по силѣ эти движенија рѣзко ослаблены. Сила лѣвой руки по динамометру 6 kilo., правой 13 kilo. Супинація и пронація нормальны. Всѣ пассивныя движенија во всѣхъ сочлененіяхъ руки возможны до полнаго объема.

Plexus ischiadicus. Активныя движенија въ тазобедренномъ сочлененіи по объему нормальны, по силѣ нѣсколько ослаблены; въ колѣянномъ—по объему нормальны, по силѣ же еще болѣе ослаблены; въ голеностопномъ сочлененіи—по объему нѣсколько ограничены, особенно разгибаніе стопы, а по силѣ ослаблены; движенија въ плюснево-фаланговыхъ и фаланговыхъ сочлененіяхъ по объему сильно ограничены, причемъ на лѣвой ногѣ это ограниченіе выражено рѣзче; по силѣ движенија очень рѣзко ослаблены. Всѣ пассивныя движенија ноги возможны до полнаго объема.

Координація движений разстроена: у больного замѣчается рѣзкая атаксія въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ. Стоять на ногахъ безъ посторонней помощи ему трудно. Ходить можетъ только съ постороннею помощью, причемъ очень быстро утомляется. Походка имѣеть болѣе паралитическій характеръ, но въ ней есть и атактический элементъ. Кроме того, на-

блюдается симптомъ Romberg'a.—Въ верхнихъ конечностяхъ замѣчается незначительный tremor digitorum; судорогъ нѣть.

Сухожильные рефлексы съ m. triceps, m. m. extensores et flexores той и другой руки нормальны. Рефлексы колѣнныe отсутствуютъ совершенно, а равно и съ Ахиллова сухожилья. Кожные рефлексы—аксиллярный, брюшной и съ m. sternomastеr имѣются, съ подошвы отсутствуютъ. Рефлексы съ слизистыхъ оболочекъ глаза, носа и зѣва нормальны; зрачки равномѣрно сужены. Реакція на свѣтъ и конвергенцію нормальна. Тазовые органы функционируютъ правильно. Тонусъ мышцъ конечностей слегка ослабленъ.

Зрѣніе (проф. Е. В. Адамюкъ). Офтальмоскопическое изслѣдованіе обнаружило значительную гиперемію папиллы, но безъ воспалительныхъ измѣненій. *Слухъ, обоняніе и вкусъ* нормальны.

Болевое чувство, тактильное, температурное и мышечное разстроены въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ: имѣется ясная анестезія периферического типа. Кожные покровы уклоненій отъ нормы не представляютъ, за исключениемъ нѣсколькихъ фурункуловъ на лѣвой голени. Подкожножирный слой развитъ слабовато. Изслѣдованіе кожной электровозбудимости на фарадической токъ показало существование анестезіи периферического типа на верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ.

Что касается мышечной системы, то въ ней имѣются измѣненія: *атрофія мышцъ въ рукахъ и ногахъ*, наиболѣе выраженная въ периферическихъ частяхъ. Изслѣдованіе мышечной электровозбудимости на фарадической и гальванической токъ (посредствомъ гальваническаго аппарата системы Spratser'a) дало слѣдующіе результаты.

	фарадич. токъ		гальванич. токъ ¹⁾	
	прав.	лѣв.	прав.	лѣв.
M. deltoideus	80 mm.	70 mm.	Kaz 15	Anz 21
M. biceps	80	90	9	12
			14	17

¹⁾ Цифры выражаютъ количество элементовъ.

	фарадич. токъ		гальванич. токъ			
	прав.	лѣв.	прав.		лѣв.	
M. triceps	75 mm.	85 mm.	Kaz 17	Anz 18	Kaz 11	Anz 13
M. brachialis internus.	75	75	10	12	13	14
N. radialis	70	75	14	15	12	13
M. supinator longus.	65	60	18	19	11	12
M. extensor digitor. comm. long.	65	65	23	24	14	16
M. extensor carpi ulnaris. . . .	невозб.	50	23	23	14	17
M. extensor indicis	невозб.	20	21	21	16	20
M. extensor pollicis long.	80	80	27	29	14	16
M. flexor digitor. comm. . . .	70	70	14	15	11	12
M. flexor carpi ulnaris. . . .	75	75	13	17	9	12
Mm. thenar.	30	40	27	22	27	26
Mm. hypothenar.	50	55	24	28	25	21
Mm. interossei	55	40	21	18	16	21

	фарадич. токъ		гальванич. токъ			
	прав.	лѣв.	прав.		лѣв.	
M. vastus internus	невозб.	60 mm.	16	19	11	13
M. vastus externus femoris . .	невозб.	невозб.	18	20	14	18
M. rectus femoris	невозб.	невозб.	16	19	17	19
M. biceps femoris	30	30	20	22	21	22
M. tibialis anticus	невозб.	невозб.	14	15	14	19
M. soleus	55	55	16	16	21	23
N. peroneus	20	невозб.	15	20	16	24
M. extensor digit. comm. long.	невозб.	невозб.	18	16	невозб.	невозб.
M. extensor digitor. brevis . .	невозб.	невозб.	21	20	28	18
M. m. interossei pedis,	невозб.	невозб.	29	28	невозб.	30

Кромъ количественного измѣненія мышечной электровозбудимости и извращенія нормальной формулы въ пораженныхъ мышцахъ наблюдалась очень вялая реакція сокращенія.

Костный скелетъ развитъ удовлетворительно, заболѣванія костей не имѣется.

Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружило; суточное количество мочи—1520 к. с.; неоднократно произведенное изслѣдованіе мочи на бѣлокъ и сахаръ дало отрицательные результаты. Реакція мочи кислая. Слѣдовѣтъ ртути въ мочѣ и слюнѣ обнаружить не удалось.

Резюмируя все вкратцѣ, мы видимъ, что всѣ клинические симптомы нашего случая сводятся къ 1) постепенно возрастающему отъ центра къ периферіи ослабленію произвольныхъ движеній въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ (главнымъ образомъ, въ разгибателяхъ); 2) разстройству координаціи движеній и паралитической походкѣ; 3) tremor'у пальцевъ рукъ; 4) полной потерѣ колѣвныхъ рефлексовъ; 5) разстройству всѣхъ видовъ чувствительности по периферическому типу; 6) сильнымъ стрѣляющимъ болямъ въ рукахъ и ногахъ и парастезіямъ въ нихъ; 7) дегенеративной атрофіи мышцъ.

Спрашивается теперь, какой же отдѣлъ нервной системы является здѣсь пораженнымъ? Нѣтъ никакого сомнѣнія, что представленный перечень симптомовъ въ цѣломъ совершенно исключаетъ мысль о пораженіи какъ головного, такъ и спинного мозга. Такъ, если принять, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ страданіемъ головного мозга, то тогда намъ будутъ непонятны существующее у больного полное отсутствіе колѣвныхъ рефлексовъ, дегенеративная атрофія мышцъ, стрѣляющая боли и парастезіи въ ногахъ и рукахъ и т. д.; словомъ, такія явленія, которыхъ отсутствуютъ при пораженіи этого отдѣла нервной системы. Предположеніе же, что весь симптомокомплексъ у нашего пациента обязанъ своимъ появлениемъ заболѣванію спинного мозга, едва-ли можетъ имѣть за собою основаніе, такъ какъ въ подобномъ случаѣ мы имѣли бы анестезію спинального типа, а не периферического, и кромѣ того встрѣтились бы съ разстройствомъ тазовыхъ органовъ, чего у нашего больного не было. Сказаннаго, по нашему мнѣнію, достаточно, чтобы отвергнуть здѣсь заболѣваніе центральныхъ отдѣловъ нервной системы. Разъ это такъ, то, следовательно, остается искать причину заболѣванія въ страданіи периферической системы. Въ самомъ дѣлѣ, всѣ имѣющіеся въ данномъ случаѣ симптомы, начиная съ параличныхъ явленій въ конечностяхъ и анестезіи периферического типа и кончая дегенеративной мышечной атрофіей, вполнѣ отвѣчаютъ кли-

вической картинѣ того заболѣванія, которое извѣстно подъ именемъ *полиневрита*, т. е. такого рода страданія, патолого-анатомическимъ субстратомъ коего служить паренхиматозное воспаленіе периферическихъ нервныхъ стволовъ.

Переходя далѣе къ вопросу о *происхожденіи* данного полиневрита, мы должны напомнить, что нашъ больной принялъ въ продолженіе 5-ти часовъ $6\frac{1}{2}$ рюмокъ смѣси изъ сулемы, киновари, мѣднаго купороса и сѣры по 1-му золотнику каждаго съ $\frac{1}{2}$ штоф. воды. Сулема и купоросъ находились почти цѣликомъ въ этой смѣси въ растворѣ, сѣра же и киноварь, какъ нерастворимые, выпали въ видѣ осадка. Изъ этихъ веществъ первыя два (сулема и купоросъ) въ минимальномъ количествѣ вошли въ реакцію двойного обмѣна, при чемъ образовались сѣрнокислая ртуть, препарать не менѣе ядовитый, чѣмъ сулема и хорошо растворимый въ водѣ, и хлорная мѣдь, вещество по своей ядовисти одинаковое съ мѣднымъ купоросомъ. Нужно еще принять во вниманіе, что больной передъ употребленіемъ вышеупомянутой смѣси взбалтывалъ приготовленное имъ средство, слѣдовательно, киноварь и сѣра распредѣлялись во всей смѣси, насколько это возможно, равномѣрно и попадали въ желудокъ приблизительно въ томъ же количествѣ, какъ и растворимыя остальные части. По приблизительно вѣрному расчету, въ каждой рюмкѣ смѣси содержалось ртути въ растворѣ и мѣднаго купороса по 0,18 grm. а также и каждого изъ нерастворимыхъ веществъ, находившихся въ смѣси въ взвѣшенномъ соостояніи,—по 0,18 grm. Слѣдовательно, всего въ $6\frac{1}{2}$ рюмкахъ содержалось *каждаго вещества* 1,17 grm. Такая доза для сѣры и мѣднаго купороса не есть токсическая, равно какъ и для киновари, тогда какъ для сулемы эта доза является сильно токсической. Если все это принять во вниманіе, то станетъ очевиднымъ, что въ данномъ случаѣ полиневритъ обязанъ своимъ происхожденіемъ отравляющему дѣйствію *рутуты*.

Что касается вопроса о *патогенезѣ* страданія въ данномъ случаѣ, то мы думаемъ, что наше наблюденіе является вѣсѣкимъ доказательствомъ того положенія, что при ясно выраженному (клинически) ртутномъ полиневритѣ заболѣваются, главнымъ образомъ, и притомъ первично периферическая нервная окончанія. Въ пользу этого предположенія подкупаетъ общее и быстрое пораженіе двигательной сферы и чувствитель-

ной, причемъ пораженіе послѣдней сказывается характернымъ разстройствомъ чувствительности въ видѣ периферическаго типа анестезіи. Весьма вѣроятно, что мы имѣли и страданіе клѣтокъ спиннаго мозга, но это пораженіе было или вторичнаго характера въ зависимости отъ заболѣванія периферическихъ нервныхъ стволовъ или же клѣтки были задѣты процессомъ одновременно, но во всякомъ случаѣ измѣненіе ихъ было такъ ничтожно, что оно совершенно стушевывалось въ клинической картинѣ рѣзко выраженнаго полиневрита.

По течению болѣзни нашъ случай надо признать затянувшимся болѣе, чѣмъ это встрѣчается обычно. Это обстоятельство, вѣроятно, надо объяснить тяжестью пораженія периферическихъ нервныхъ волоконъ, почему и требовался большій промежутокъ времени для регенерации ихъ. Послѣ соотвѣтствующаго лечения, состоявшаго въ массажѣ и электризациѣ пораженныхъ мышцъ, ежедневныхъ общихъ теплыхъ (въ 28° R) ваннъ и общеукрѣпляющихъ средствъ внутрь, всѣ симптомы постепенно пошли на убыль. Впрочемъ, время отъ времени, при дурной погодѣ, у больного ожесточались боли въ ногахъ и парестезіи. Иногда послѣ долгаго хожденія у него появлялся отекъ ногъ, проходившій при спокойномъ положеніи въ постели. Произведенное въ это время изслѣдованіе мочи попрежнему не давало реакціи на бѣлокъ и на сахаръ и не указывало на измѣненіе суточнаго количества мочи.

При выпискѣ больного изъ клиники (19 октября 1898 г., т. е. черезъ $1\frac{1}{2}$ мѣсяца послѣ поступленія) состояніе его здоровья было въ слѣдующемъ положеніи. Въ пальцахъ обѣихъ ногъ объемъ движенія замѣтно увеличился, а въ стопѣ онъ сталъ почти полнымъ; по силѣ движеніе въ ногахъ увеличилось; въ рукахъ объемъ движеній тоже значительно увеличился. Въ правой руцѣ сила по динамометру было 23 kil., а въ лѣвой—18 kil. Атаксія въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ стала значительно меньше, походка улучшилась, атактическій характеръ въ ней исчезъ совсѣмъ и остался только слабый паралитическій. Теперь больной свободно ходитъ безъ постороней помощи. Что касается колянныхъ рефлексовъ, то они отсутствовали попрежнему. Со стороны чувствительности можно было констатировать совершенное исчезновеніе стрѣлающихъ болей; остались только парестезіи въ видѣ мозжанія въ концахъ паль-

цевъ рукъ и ногъ. Районъ распространенія разстройства чувствительности сильно уменьшился, да и самая степень ея уменьшилась: такъ, на стопѣ и кисти, напр., больной сравнительно хорошо различаетъ уколъ булавки, тогда какъ прежде онъ совершенно не воспринималъ его. Реакція перерожденія въ нѣкоторыхъ мышцахъ исчезла (m. m. *thenaris dex.*, m. *interossei manus dex.*, m. *extensor digitor comm. long. pedis utriusque*, m. *extensor digitor. comm. brevis sin.*); въ другихъ же хотя извращеніе нормальной формулы сокращенія и осталось, но самый характеръ реакціи сталъ болѣе живымъ.

Что касается *предсказанія* въ нашемъ случаѣ, то намъ думается, что здѣсь возможно полное выздоровленіе, т. е. больной попрежнему будетъ владѣть конечностями, мышечная атрофія и парестезіи исчезнутъ, на что потребуется времени не менѣе $1\frac{1}{2}$ —2-хъ лѣтъ. Весьма возможно, впрочемъ, что нѣкоторые мышцы останутся ослабленными въ своей функции, но большая ихъ часть возвратится къ нормѣ и больной получитъ полную возможность приняться за свои обычныя занятія. Относительно колѣвнаго рефлекса трудно сказать, что-либо определенное; очень можетъ быть, что онъ совсѣмъ не возвратится, что, конечно, безразлично для больного.

Въ заключеніе мы не можемъ обойти молчаниемъ практическій важный вопросъ, какъ отличить у сифилитика, лещащагося ртутью, меркуриальный полиневритъ отъ начинающагося сифилитического. Отвѣтить на это теперь при малочисленности наблюденій несомнѣннаго меркуриального полиневрита едва-ли возможно, но намъ кажется, въ такихъ случаяхъ до нѣкоторой степени можно руководиться слѣдующими признаками. Если у больного появляются разстройства со стороны пищеварительного тракта въ видѣ сильного стоматита си люнетченія, а, главное, въ видѣ діарреи или дезинтеріи съ рвотой, и если одновременно съ этимъ или вскорѣ появляются упорныя парестезіи съ сильными лавцинирующими болями въ конечностяхъ; если *быстро* начинаетъ при этомъ падать общая чувствительность периферическихъ частей и быстро появляется паретическое состояніе конечностей; если въ мочѣ констатируется блокъ; если, наконецъ, всѣ эти симптомы послѣ остановки ртутнаго лечения исчезаютъ, то все это вмѣстѣ, а, самое важное, присутствіе въ мочѣ блѣка,

даетъ основаніе думать, что виновницей полиневрита здѣсь является ртуть.

Разъ ртуть есть ядъ для нервной системы и въ терапевтическихъ дозахъ, то само собою явствуетъ, что при примененіи ея всегда надо быть на сторожѣ и больной, по возможности, всегда долженъ находиться подъ наблюденіемъ врача.

Къ лечению акромегалии.

А. ФАВОРСКАГО,

ординатора клиники нервныхъ болѣзней.

Въ 1869 году *Brown-Séguard*¹⁾ впервые высказалъ предположеніе, что функционирующія въ нашемъ организмѣ железы имѣютъ какое-то полезное значение для него, и тѣмъ далъ сильный толчекъ къ детальному изученію той роли, какую играютъ эти железы въ физіологии и патологіи организма. Клиническія и экспериментальныя наблюденія въ этомъ направленіи не замедлили выяснить, что маленькия, повидимому, ничего не значущія железы имѣютъ немалое вліяніе на благосостояніе организма, и что заболѣваніе ихъ влечетъ за собою подчасъ тяжелое пораженіе всего тѣла. Къ числу заболѣваній, зависящихъ отъ страданія той или другой железы, въ послѣднее время многіе авторы относятъ и акромегалию—болѣзнь, впервые, какъ утверждаетъ *Sternberg*²⁾, довольно подробно описанную еще *Magendie* въ 1838 году.

Вопросъ о патогенезѣ этой болѣзни остается до сихъ поръ, какъ известно, мало выясненнымъ и спорнымъ. Въ то время какъ одни авторы съ *P. Marie* и *M. Marinesco*³⁾ во

¹⁾ Д-ръ Шипоревичъ. Современное учение объ органотерапіи.

²⁾ Sternberg. Die Akromegalie. Neurologisches Centralblatt, № 3, 1898 г., S. 124.

³⁾ P. Marie et Marinesco. Sur l'anatomie pathologique de l'acromegalie. Archives de mÃ©decine expÃ©rimentale, 1898 г.

главѣ склонны видѣть корень всего зла въ извращеніи или совершенномъ прекращеніи функціи мокротной железы, другіе держатся теоріи *Strümpell'я*¹⁾. По этой послѣдней теоріи измѣненіе мокротной железы есть не болѣе, какъ симптомъ общаго конституціональнаго заболѣванія организма, выражавшагося въ общемъ разстройствѣ питанія. За самое послѣднее время *Sternberg* выступаетъ съ новой теоріей, примиряющей существующіе взгляды на акромегалию. Собравъ всѣ до-сей извѣстные случаи акромегалии, онъ дѣлить ихъ на два разряда. Къ первому онъ относитъ акромегалию, сопровождающую другія заболѣванія, какъ напр. діабетъ, микседему, Базедову болѣзнь, кретинизмъ и т. д., и ставить ея появленіе въ зависимость отъ общаго разстройства питанія, гдѣ измѣненіе мокротной железы есть только симптомъ. Къ 2-му разряду авторъ относитъ случаи, гдѣ акромегалия развивается самостоятельно отъ первичнаго пораженія мокротной железы. Такое разногласіе въ мнѣніяхъ авторовъ станетъ вполнѣ понятнымъ, если принять въ соображеніе, какъ мало извѣстна намъ функція добавочныхъ железъ и патологія такъ называемыхъ трофическихъ разстройствъ. А разъ это такъ, то тѣмъ самымъ предоставляется широкое поле для различнаго рода болѣе или менѣе вѣроятныхъ гипотезъ и теорій. Какъ бы тамъ ни было, но несомнѣннымъ является тотъ фактъ, что мокротная железа, какъ это доказано многочисленными вскрытиями, почти во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ акромегалии бываетъ такъ или иначе измѣнена. Изъ новѣйшихъ же изслѣдованій физіологовъ *Oliver'a* и *Schäfer'a*²⁾ извѣстно, что при впрыскиваніи въ вены экстракта изъ мокротной железы давленіе крови повышается, а периферическія артеріи тѣла сокращаются. Отсюда можно сдѣлать заключеніе, что мокротная железа содержитъ въ себѣ такія вещества, которыя должны имѣть то или другое значеніе въ нормальной жизни организма. Затѣмъ, изъ клиническихъ наблюденій извѣстно, что вытяжка изъ гипофизиса, принятая внутрь, замѣтно дѣйствуетъ на сердце акро-

¹⁾ A. *Strümpell*. Ein Beitrag zur Pathologie und patholog. Anatomie der Acromegalie. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. B. 11, N. 1 и 2, S. 86.

²⁾ *Oliver und Schäfer*. On the physiological action of extracts of pituitary body and certain other glandular organs. Neurologisches Centralblatt, 1895 г., S. 777.

мегаликовъ, иногда очень сильно ослабляя его дѣятельность а въ нѣкоторыхъ случаяхъ (*Schultze*) вызывая даже смерть.

Приведенные факты представляютъ большой соблазнъ признать извѣстную долю вѣроятія за теоріей *Marie* и отказать въ этомъ теоріи *Strümpell*'я. Вставь на эту точку зре-нія, мы въ правѣ ожидать нѣкоторыхъ результатовъ отъ примѣненія при акромегалии соотвѣтствующей органотерапії. Каждая же здѣсь должна быть органотерапія? Нѣкоторые авторы, исходя изъ того факта, что при акромегалии щитовидная же-леза иногда отсутствуетъ, примѣняли тиреоидинъ. Такъ, *Hagelstam*¹⁾ пробовалъ въ своемъ случаѣ тиреоидинъ, по не получилъ никакого положительного результата, а скорѣе отрицательный: аппетитъ, бывшій до того хорошимъ, совершенно пропалъ. *Mendel*²⁾ тоже не получилъ при акромегалии никакого результата отъ примѣненія тиреоидина. Между тѣмъ *Mendelsohn*³⁾ видѣлъ отъ такого лечения успѣхъ, но онъ вмѣстѣ съ тиреоидиномъ давалъ и препараты іода, такъ что его случай является въ смыслѣ терапіи не совсѣмъ чистымъ. *Pausini*⁴⁾ и *Parsons*⁵⁾ тоже пользовали своихъ больныхъ тиреоидиномъ и при томъ съ успѣхомъ, который выражился въ улучшеніи только субъективнаго состоянія.

Другіе авторы, напротивъ, пользовали своихъ больныхъ гипофизиномъ и видѣли отъ этого большій терапевтическій успѣхъ. Такъ, *Cyon*⁶⁾, употребляя гипофизинъ у 12 лѣтнаго акромегалика, послѣ 6—7 недѣльного лечения, наблюдалъ паденіе вѣса съ 52 kilg. до 45 kilg., уменьшеніе окружности груди съ 1 м. и 15 сант. до 80 сант.; головныя боли у него почти исчезли, а интеллектъ повысился, пульсъ сталъ регулярнѣй и

¹⁾ *Hagelstam*. Ett fall af acromegalie. *Neurologisches Centralblatt*, № 3, 1898 г.

²⁾ *Mendel*. Ein Fall von Acromegalie. *Berliner klinische Wochenschrift*, № 52, 1895 г., S. 1129.

³⁾ *Mendelsohn*. Ein Fall von Acromegalie. *Neurologisches Centralblatt*, № 2, 1899 г.

⁴⁾ *Pausini*. *Neurologisches Centralblatt*. № 3., 1898 г., S. 123.

⁵⁾ *Parsons*. Report of a case acromegalis. *Neurologisches Centralblatt*, 1895 г., S. 318.

⁶⁾ *Cyon*. Traitement de l'acromegalie par l'hypophys. *Neurologisches Centralblatt*. № 2, 1899 г.

нистагмъ уменьшился. Еще ярче выступаетъ успѣхъ леченія гипофизиномъ въ случаѣ *Mendel'ya*, гдѣ акромеголія наблюдалась въ сравнительно типичной формѣ у 25-ти лѣтней женщины. У этой больной, кромѣ ясной темпоральной геміарапонсіи, neuritis optica, прогнатизма нижней челюсти и нѣкотораго увеличенія костей пальцевъ рукъ и ногъ, наблюдалось и полное исчезновеніе пателлярныхъ рефлексовъ. Послѣ приема въ теченіе 14 дней бычачей мокротной железы по 2 grm. въ сутки, больная могла уже свободнѣе приводить въ соприкоснovenіе зубы, а пателлярный рефлексъ на лѣвой сторонѣ совершенно возстановился. *M. Marinesco*¹⁾ наблюдалъ у трехъ акромегаликовъ, которымъ онъ давалъ таблетки изъ мокротной железы, значительное улучшеніе общихъ симптомовъ. Къ этимъ наблюденіямъ мы позволимъ себѣ присоединить и нашъ случай, который пришлось намъ пользоваться амбулаторно въ клинике первыхъ болѣзней Казанскаго университета въ теченіе почти 2-хъ лѣтъ.

Больная N., 37-ми лѣтъ, интеллигентная особа, родилась слабенькимъ ребенкомъ, и съ 2-го мѣсяца ея жизни стала вскармливаться коровьимъ молокомъ. Она родилась безъ акушерской помощи, по счету 4 мѣсяца ребенкомъ. Отецъ больной былъ вполнѣ здоровымъ человѣкомъ и умеръ 70-ми лѣтъ отъ воспаленія легкихъ. Мать часто жаловалась на сердцебіеніе и умерла, по словамъ больной, отъ разрыва сердца. Имѣющіеся въ жизнѣ 3 сестры и братъ вполнѣ здоровы. Никакихъ указаній на фамильныя заболѣванія нервной системы не имѣется, а равно нѣть указаній и на туберкулезъ, алкоголизмъ и *lues* какъ самой больной, такъ и ея родителей. Въ дѣтствѣ пичѣмъ серьезнымъ N. не страдала. Росла она дѣвочкой живой, рѣзвой и вполнѣ здоровой. 12 $\frac{1}{2}$ лѣтъ отъ роду у нея появились регулы, которая вскорѣ и установились; продолжались по цѣлой недѣлѣ и никогда не сопровождались болями. 18-ти лѣтъ, полная сила и цвѣтуща здоровьемъ, вышла она замужъ. Супругъ, которому тогда было 40 лѣтъ отъ роду, оказался импотентомъ, въ силу чего наша больная и по сю пору остается *virgo intacta*. Естественно, семейная жизнь не могла течь по спокой-

¹⁾ *M. Marinesco. Trois cas d'acromégalie traités par des tablettes de corps pituitaire. La Sémaine médicale. 1895 г., p. 484.*

ному руслу, и вотъ вскорѣ у нашей больной появились сердцебіеніе, а затѣмъ и припадки сильной раздражительности, злобы противъ всѣхъ окружающихъ, припадки безотчетной тоски, сопровождавшейся общимъ возбужденіемъ. 20-го іюня 1888-го года она простудилась, постѣ чего у нея появились кашель, головная боль и ощущеніе подергиванія въ затылкѣ. Послѣ соответствующей медицинской помощи всѣ симптомы прошли за исключеніемъ головной боли. Затѣмъ, къ этому присоединилось еще головокруженіе, усиливавшееся при наклоненіи головы.

Настоящее свое заболѣваніе наша больная относить къ 1891-му году, когда она впервые стала замѣтать боли въ колѣньяхъ и затрудненіе при надѣваніи обуви и перчатокъ: онѣ ей стали малы. Затѣмъ, у нея по временамъ начали появляться онѣмѣніе въ пальцахъ рукъ, особенно по ночамъ, такъ что поутру она не могла сама завязать себѣ юбокъ и должна была прибѣгать къ помощи прислуги. Тутъ же вскорѣ она стала замѣтать въ зеркаль какую-то перемѣну въ своемъ лицѣ, перемѣну, сильно ей не нравившуюся. Съ теченіемъ времени она убѣдилась, что черты ея лица стали какъ-то грубѣе, угловатѣе; что скулы и подбородокъ очерчиваются рельефнѣе прежняго. Она уже въ это время находила свое лицо страшнымъ и даже перестала подходить къ зеркалу. Почти одновременно съ этимъ ей показалось, что пальцы ея рукъ стали на видъ толще. И, дѣйствительно, вѣнчальное кольце, которое прежде свободно шло на палецъ, надѣвалось теперь съ трудомъ. Номеръ перчатокъ и обуви ей пришлось увеличить. Вскорѣ появились боли въ kostяхъ пальцевъ рукъ, большою частью по ночамъ, причемъ эти боли часто лишали ее сна. Спустя 1— $1\frac{1}{2}$ года послѣ этого она посѣтила въ Харьковѣ своихъ родныхъ, которые при свиданіи замѣтили ей, что она сильно измѣнилась изъ лица, такъ что „теперь ее трудно узнать“. Затѣмъ, немного времени спустя, у нея появились парестезіи въ ногахъ въ видѣ ощущенія холода, а потомъ и отекъ въ области лодыжекъ. За все время болѣзни у нея держались почти постоянныя головныя боли, очень сильные, но тѣмъ не менѣе не вызывавшія рвоты, сильное сердцебіеніе, а иногда и очень сильная наклонность ко сну днемъ, ясный tremor digitorum и усиленная потливость кожи, припадки же раздражительности и тоски продолжались съ преж-

ней силой. Послѣдніе симптомы и беспокояли, главнымъ образомъ, больную и заставили ее искать медицинской помощи въ нервной клиникѣ, куда она явилась 19-го марта 1897 года.

Status praesens 18¹⁹/III 97 г. При осмотрѣ больной можно замѣтить нѣкоторую непропріональность отдельныхъ частей лица. *Носъ* кажется нѣсколько удлинненнымъ и широкимъ, *скулы* выдаются больше нормального. Вообще же все лицо носитъ слѣды угловатости и грубоватости. Это еще болѣе станетъ замѣтнымъ, если сравнить фотографію больной, снятую недавно, съ той, когда ей было 18-ть лѣтъ¹⁾). На послѣдней мы видимъ извѣстную нѣжность, гармонію въ чертахъ лица, свойственную женщинѣ, чего нельзя обнаружить на первой фотографіи. Кромѣ того, вся кожа лица у нашей больной представляется огрубѣлой и совершенно не соотвѣтствующей кожѣ лица здоровой 37-ми лѣтней женщины. Затѣмъ, окраска лица тоже своеобразна: лицо какъ бы слегка ціанотично. Эта окраска переходитъ съ лица на уши и кожу головы. Если посмотримъ теперь на руки, то и здѣсь можно видѣть, что *пальцы рукъ* необычно коротки и, главное, *толсты*, а при давленіи въ нѣкоторыхъ изъ нихъ ощущается боль. Грудная кость въ области соединенія вторыхъ реберъ съ *manubrium sterni* утолщена. Переходя далѣе къ осмотру ногъ, замѣчаемъ легкую отечность въ области лодыжекъ и немного выше. При надавливаніи пальцемъ на отечныя мѣста остается едва замѣтная ямка, скоро исчезающая. Пальцы ногъ кажутся не измѣненными. Имѣется легкій *exophthalmus* и едва прощупываемая щитовидная железа. Произвольные движения въ области черепныхъ и спинно-мозговыхъ нервовъ нормальны. Судорогъ и судорожныхъ припадковъ нѣтъ. Имѣется *tremor digitorum manus*. Рефлексы коленныхъ слегка оживлены; получается рефлексъ съ Ахиллова сухожилія. Рефлексы съ слизистыхъ оболочекъ носа и глаза нормальны, а съ слизистой оболочки *зъва пониженн.* Газовые органы функционируютъ правильно. *Зрѣніе*. По изслѣдованію проф. Е. В. Адамюка оказалось, что глазное дно нормально. *Слухъ, вкусъ, обоняніе* нормальны. *Болевая чувствительность* представляетъ легкое разстройство въ видѣ *типерестезіи* вокругъ всей шеи и на

¹⁾ Къ большому сожалѣнію мы лишены возможности помѣстить здѣсь эти фотографіи, согласно обѣщанію, данному нами больной.

правой тыльной поверхности кисти, начиная съ пальцевъ до лучезапястнаго сочлененія. Анестезія на тѣлѣ совершенно нѣтъ. Тактильное, температурное, мышечное и чувство давленія нормальны. Электровозбудимость кожи и мышцъ нормальны. Кожа на ощупь слегка влажная. Внутренніе органы уклоненій отъ нормы не представляютъ. Пульсъ 120—140 ударовъ въ 1 минуту, съ аритміей. Менструаціи наступаютъ правильно и въ теченіи своемъ не уклоняются отъ нормы. Въ половой сферѣ ничего ненормального; *virgo intacta* (проф. Н. Н. Феноменовъ). Реакція мочи кислая. Бѣлка и сахара въ мочѣ нѣтъ. Вѣсъ тѣла—3 пуда 30 фунт.

Не останавливалась подробно на діагностикѣ даннаго случая, такъ какъ это отвлекло бы насть отъ темы, скажемъ только, что, имѣя въ виду увеличеніе нѣкоторыхъ костей скелета, что замѣтно выступаетъ при сравненіи фотографій, мы констатировали здѣсь *acromegalia incipiens*. А такъ какъ кромѣ этого у нашей больной были явленія тахикардіи, легкій *exophthalmus*, намекъ на *struma*, то мы должны были признать здѣсь совмѣстное существованіе еще *morbus Basedowii* и *hysteria levis*, въ пользу которой говорятъ существующія у больной анестезія зѣва и ограниченная гиперэстезія на правой руцѣ и шеѣ. Въ пользу такой діагностики высказались, какъ мы узнали отъ самой больной, и два московскихъ специалиста невропатолога, къ которымъ она обращалась за съвѣтомъ въ бытность свою рѣ Москвѣ.

Имѣя предъ собою случай акромегалии въ начальномъ стадіи, мы и рѣшились испытать здѣсь леченіе вытяжкой изъ мокротной железы. Впрочемъ, въ началѣ ея посѣщеній съ 20/III по 15/V 1897 года, т. е. почти въ теченіе двухъ мѣсяцевъ, ей съ цѣлью ослабить усиленное сердцебиеніе дѣлалась гальванизація п. *sympathici* анодомъ, 3 раза въ недѣлю; но это леченіе осталось безъ результата и больная попрежнему плохо себя чувствовала. Послѣ такого неуспѣшнаго примѣненія гальванизація была отмѣнена и приступлено было съ 4/IX 1897 года къ леченію гипофизиномъ. Въ началѣ больной былъ назначенъ *orohypophysinum Poehl's* по 0,05 grm. pro dosi, 1 разъ въ сутки, причемъ ей было предложено измѣрять t° тѣла и являться ежедневно въ амбулаторію. Послѣ первыхъ пріемовъ больная стала жаловаться на усилившееся сердцебиеніе, усиленіе трансценія рукъ и ощущеніе жара во всемъ тѣлѣ. t° тѣла утромъ

36, 6°С., вечеромъ 36,4°. Пульсъ 106—112 въ 1 мин.. Въ виду субъективныхъ жалобъ больной 11-го октября 1897 года пришлось дозу препарата понизить до 0,04 grm. pro dosi, 1 разъ въ сутки. Послѣ нѣсколькихъ такихъ приемовъ наступило какъ будто улучшеніе общаго самочувствія, но это продолжалось недолго: появилось сильное сердцебіеніе, головная боль усилилась, а пульсъ доходилъ до 144 ударовъ въ 1 мин., съ аритміей. Опогипофизинъ былъ отмѣненъ и назначена снова гальванизація съ 8/XI по 1/XII 1897, но это не дало никакого облегченія больной и всѣ симптомы оставались въ прежнемъ положеніи, почему 13-го декабря 1897 г. гальванизація была отмѣнена совершенно.

Въ виду того обстоятельства, что субъективныя ощущенія больной, особенно же слабый пульсъ, доходившій часто до 140 въ 1 мин., нисколько не измѣнились въ лучшему во время прекращенія приемовъ ороhуropophysin'a, было решено, что ухудшеніе общаго самочувствія и ненормальная частота пульса не зависятъ отъ ороhуropophysin'a, почему больной снова было предложено принимать *ороhуropophysinum*. Съ 13-го декабря 1897 г. и до 12-го мая 1898 года (за исключеніемъ февраля, когда онаѣздила въ г. Москву) т. е. въ теченіе 5-ти мѣсяцевъ больная аккуратно, конечно, кромѣ менструального периода, принимала *ороhуropophysinum* по 0,06 grm., 1 разъ въ сутки. На лѣто былъ сдѣланъ перерывъ въ леченіи, такъ какъ пациентка въ это время, живя въ дачѣ, не могла находиться подъ наблюдениемъ врача. Затѣмъ, съ 22-го сентября 1898 года и по 30-е января 1899 года она опять принимала ежедневно *ороhуropophysinum* въ прежней дозѣ, и вотъ что можно было отмѣтить у нашей больной за этотъ промежутокъ времени. Пульсъ обыкновенно никогда не превышалъ 118 ударовъ въ 1 мин., обычно же онъ равнялся 98—102 въ 1 мин. Очень нерѣдко пульсъ спускался и до 88 въ 1 мин. Аритмія за это время наблюдать почти не приходилось. Синеватая окраска лица почти исчезла. Отекъ на ногахъ было трудно констатировать. Сравненіе измѣреній частей тѣла, произведенныхъ при началѣ лечения больной, съ тѣми измѣреніями, которые были сдѣланы не задолго (8/II 1899 г.) передъ настоящимъ докладомъ, показало, что процессъ не подвинулся впередъ. Вотъ эти данныя.

	правая сторона.		левая сторона.			
	20/п 97 г.	8/п 99 г.	20/п 97 г.	8/п 99 г.		
Горизонтальная окружность черепа. ¹⁾	55,2	сант.	54,1	сант.		
Подбородочно-ушная линия	26,1	сант.	24,7	сант.		
Окружность локтевого сгиба черезъ olecranon.	24,7		23,5		26,0	23,8
Окружность предплечья въ области лучезапястного сочлененія . . .	16,5		15,4		16,7	15,6
Окружность кисти въ области пястно-фалангового сочлененія . . .	20,5		19,0		20,7	19,4
Окружность средняго пальца въ области 2-го фалангового сочлененія.	7,0		6,6		7,0	6,1
— указательного пальца. . .	7,0		6,5		6,4	5,7
— стопы черезъ середину ея . .	21,1		21,1		21,5	20,8
— стопы черезъ пятку	31,1		29,7		30,1	29,4

Сравнивая эти цифры, невольно хочется сказать, что болѣзнь у нашей пациентки пошла на убыль. Но намъ могутъ возразить, что при измѣреніи тесьмой могли быть ошибки. Допустимъ, что это справедливо, но нась смущаетъ замѣченіе самой больной, которая категорически заявила намъ, что вѣнчальное кольцо, которое *прежде* ей *не надѣвалось* на палецъ, *теперь надѣвается свободно*, въ чёмъ мы могли убѣдиться и лично. Во всякомъ случаѣ изъ этого можно вывести, какъ намъ кажется, довольно вѣроятное заключеніе, что за время

¹⁾ Измѣреніе производилось тесьмой, раздѣленной на сантиметры.

нашего наблюдения за больной не только не произошло увеличения объема пораженных частей тела, но онъ даже нѣсколько уменьшились.

Переходя далѣе къ остальнымъ симптомамъ, мы должны отмѣтить полное исчезновеніе головныхъ болей, очень рѣдкое появленіе сердцебиеній, болѣе спокойное настроеніе духа, большую ясность психики. Больная говорить, что, по отзывамъ лицъ, ея окружающихъ, она теперь не такъ легко раздражается, что теперь голова у нея „свѣтлѣе“, она быстрѣе можетъ соображать; что прежняя психическая тупость исчезла; что теперь у нея появился интересъ къ окружающему. Трясенія пальцевъ рукъ теперь не замѣчается. Что касается анестезіи зѣва и гиперестезіи шеи и правой руки, то она выражена по-прежнему. Глазное дно осталось нормальнымъ. Аппетитъ улучшился; кишечникъ дѣйствуетъ теперь исправно. Ломота въ костяхъ, особенно въ пальцахъ, почти исчезла совершенно. Вообще за время аккуратнаго пріема опогиофизина больная настолько оправилась, что сама стала очень довольна настоящимъ своимъ положеніемъ. Всъ тѣла увеличился до 4-хъ пуд.

Принимая во вниманіе все только что сказанное, естественно, является желаніе приписать улучшеніе въ состояніи больной примѣненію здѣсь органотерапіи. На самомъ дѣлѣ, пользуя гальванизацией, мы не видѣли никакого успѣха, между тѣмъ какъ *при лечении гипофизиномъ* (при совершенно сходныхъ условіяхъ жизненной обстановки больной) было замѣчено *улучшеніе* не только субъективныхъ, но даже и *объективныхъ* симптомовъ, какъ напр., остановка въ ростѣ или даже уменьшеніе объема увеличенныхъ частей тѣла.

Безспорно, что органотерапія при акромегалии не даетъ того терапевтическаго эффекта, какъ при миекседемѣ, но намъ кажется, что при отсутствіи другихъ средствъ для лечения акромегалии слѣдуетъ настойчиво пробовать органотерапію и именно препараты мокротной железы, напр. опогиофизинъ, такъ какъ онъ по нашимъ наблюденіямъ, въ небольшихъ дозахъ не вызываетъ никакихъ осложненій и при очень продолжительномъ употребленіи. Главное же основаніе, позволяющее намъ рекомендовать опогиофизинъ (или другіе препараты мокротной железы), заключается въ томъ, что при сравненіи результатовъ лечения акромегалии гипофизиномъ съ ре-

зультатами лечения тиреоидиномъ бросается въ глаза, что въ 1-мъ случаѣ улучшеніе касается не только субъективныхъ, но и объективныхъ симптомовъ, тогда какъ во 2-мъ случаѣ наблюдается только субъективное улучшеніе.

Однако рекомендуя испытывать гипофизинъ, мы имѣемъ въ виду только случаи *acromegaliae incipientis* или по крайней мѣрѣ не далеко зашедшіе случаи, гдѣ и возможенъ, по нашему мнѣнію, благопріятный терапевтическій эффектъ. Что же касается сильно развитой акромегалии, то тамъ, какъ это показалъ опытъ надъ одной такой больной, бывшей въ нашей клинике, примѣнять гипофизинъ едва-ли удобно въ виду сильнаго ослабленія дѣтельности сердца. За это говорить и случай *Schultze*, гдѣ послѣ 3-хъ приемовъ гипофизина послѣдовала смерть.

Подводя итогъ всему сказанному и сравнивая полученные результаты лечения съ результатомъ примѣненія органотерапіи при микседемѣ, мы въ правѣ сказать, что терапія при акромегалии оставляетъ желать еще очень многаго. А это находитъ на мысль, что въ происхожденіи акромегалии виноватъ не одинъ гипофизисъ, что здѣсь играютъ роль какія-то другія доселѣ невыясненные условія.

СЛУЧАЙ

ТРАВМАТИЧЕСКАГО НЕВРОЗА СЪ PARAMYOCLONUS MULTIPLEX.

В. П. Первушина,

ассистента клиники нервныхъ болѣзней.

Я имѣю въ виду остановить здѣсь вниманіе на одномъ случаѣ травматического невроза изъ амбулаторной практики нервной клиники за истекшее осенне полугодіе 1898 г. Подобные случаи встречаются не часто вообще, между прочимъ — рѣдко въ нашей мѣстности, не изобилующей торговопромышленными, фабричными заведеніями и не отличающейся большими желѣзнодорожными оживленіемъ. Уже въ силу этого данный случай заслуживаетъ нѣкотораго вниманія; но онъ пріобрѣтаетъ гораздо большую цѣнность по сопутствующимъ ему крайне своеобразнымъ явленіямъ гиперкинеза въ формѣ paramyoclonus multiplex, почему я и счелъ возможнымъ остановиться здѣсь на немъ нѣсколько подробнѣе и вмѣстѣ съ тѣмъ коснуться положенія вопроса о мюоклоніи въ современной литературѣ, насколько я могъ съ нимъ познакомиться.

^{18/}1898 г. на амбулаторный клиническій пріемъ обратился Н. К-овъ, 40 л., женатый 3 дѣтей, служащій помощникомъ машиниста на одной изъ желѣзныхъ дорогъ центральной полосы. Первоначальное образованіе онъ получилъ въ сельскомъ училищѣ, загѣмъ пріучался въ дѣлу при желѣзно-дорожныхъ мастерскихъ, послѣ чего поступилъ на паровозъ. Въ дѣтствѣ и болѣе взросломъ возрастѣ по временамъ болѣлъ лишь лихорадкой, легкими простудами, желудочно-кишечнымъ катарромъ; 2-ой годъ страдаетъ правосторонней паходовой грыжей „съ натуги“. Венерическихъ болѣзней не было, спиртные напитки употреблялъ мало и рѣдко, табаку почти не курилъ (иначе дѣгалось головокружение). Занимался К. своимъ дѣломъ прилежно и внимательно, никакихъ замѣчаній по службѣ никогда не получалъ (за 20—25 лѣтъ), самъ чувствовалъ себя всегда здоровымъ (исключая вышеупомянутыя сравнительно легкія заболѣванія), былъ заботливымъ, внимательнымъ

семьяниномъ, веселымъ, бодрымъ, крѣпкимъ работникомъ. Семейный анамнезъ ничего особенаго не даетъ.

Года 3—4 тому назадъ, ранней весной (въ февралѣ или мартѣ 1894 или 1895 г.—больной хорошо не помнить) при слѣдующихъ обстоятельствахъ онъ получилъ травму головы. На одной изъ станцій, желая набрать воды въ паровозъ, онъ поднялся по лѣстницѣ на водопроводный кранъ съ тѣмъ, чтобы повернуть его по направлению къ приемнику паровоза. Такъ какъ кранъ примерзъ и не подвигался, К-овъ, по приказу машиниста, налегъ грудью на кранъ, въ то время какъ машинистъ снизу тянулъ за цѣпь. Кранъ внезапно подался, труба сломалась и К-овъ съ 5-аршинной высоты упалъ на землю, причемъ концемъ трубы его ударило по темени. На нѣсколько минутъ онъ утратилъ сознаніе, но затѣмъ пришелъ въ себя и ушелъ домой, хотя съ трудомъ. На мѣстѣ ушиба образовалась припухлость, повреждены были и наружные покровы съ неособенно сильнымъ кровотечениемъ. Черезъ 2 дня послѣ того, оправившись, онъ снова поѣхалъ съ поѣздомъ; но на ближайшей станціи, осматривая паровозъ, почувствовалъ себя дурно—у него закружилась голова—однако онъ не упалъ и черезъ нѣсколько минутъ оправился.

Съ тѣхъ поръ въ своемъ состояніи больной началъ замѣтить перемѣну: онъ становится пугливымъ, раздражительнымъ, угрюмымъ; появился шумъ въ головѣ, голова стала точно отуманенная, по временамъ болѣла, иногда кружилась, при чемъ сначала слабо, а потомъ все сильнѣе и сильнѣе. Онъ сдѣлался забывчивымъ: начнетъ какое-нибудь дѣло и не кончить его, такъ что другие ужъ напомнятъ. Напр., станетъ набирать воду въ паровозъ и забудетъ вовремя „зашереть паръ“. Насколько усилились съ теченіемъ времени головокруженія, видно, напр., изъ слѣдующаго несчастного случая, по-влявшаго за собой новую травму черепа. Спустя 1 - 1 $\frac{1}{2}$ года послѣ первого ушиба, К-овъ, находясь на крыше стоявшего въ депо паровоза, вдругъ почувствовалъ себя дурно—закружилась голова—и онъ упалъ, ударившись головой о полъ; его подняли и, спустя короткое время, онъ пришелъ въ себя.—Иногда головокруженія наступали совершенно неожиданно, безъ всякихъ видимыхъ причинъ (физического напряженія, возбужденія и т. п.) и притомъ сопровождались временной утратой сознанія. Такъ въ январѣ или февралѣ мѣсяца 1898 г. боль-

ной, не торопясь, шелъ къ поѣзду, неся корзинку съ провизіей, и вдругъ ему сдѣлалось дурно,—закружилась голова, по темнѣло въ глазахъ, онъ упалъ и пролежалъ на землѣ въ безсознательномъ состояніи нѣсколько минутъ, послѣ чего всталъ и продолжалъ путь безъ всякаго затрудненія.

Съ теченіемъ времени положеніе больного ухудшалось: общее разстройство, шумъ и звонъ въ головѣ, головная боль, головокруженіе усилились, развилась общая слабость, почти полная неспособность къ труду, и ко всему этому присоединилось трясеніе въ рукахъ, ногахъ, во всемъ тѣлѣ. Первоначально это трясеніе было едва замѣтнымъ, проявляясь лишь въ пальцахъ рукъ, что больной замѣчалъ при производствѣ мелкой работы (напр., при ежемѣсячной распискѣ въ получении жалованья и т. п.) уже со времени появленія другихъ болѣзненныхъ симптомовъ; впослѣдствіи оно также все усиливалось и въ концѣ концовъ дошло до указанного ниже состоянія.

Субъективныя жалобы больного сводятся на постоянную головную боль (тяжѣсть въ вискахъ, темени), иногда весьма значительную, на появляющіяся по временамъ головокруженія, независимо отъ занимаемаго больнымъ положенія (лежа, сидя, стоя, при Ѣздѣ, ходьбѣ); часто бываетъ, что К.-овъ сидѣтъ и вдругъ ему дѣлается дурно, закружится голова, но стоитъ придать головѣ болѣе удобное положеніе (поддерживать руками и т. п.) и, немного погодя, все проходитъ. При ходьбѣ головокруженіе сильнѣе; особенно рѣзко сказывается оно при Ѣздѣ на поѣздѣ. Для прекращенія головокруженія приходится останавливаться, придерживаться за что-нибудь, опереться головой о руки и т. п. Бываетъ, кромѣ того, шумъ, звонъ въ головѣ; замѣтно выражена общая разбитость, усталость, слабость; аппетитъ плохъ, запоры; сонъ непокоенъ, по ночамъ нерѣдко тяжелый бредъ (по части служебныхъ обязанностей). Память стала значительно хуже. Больной часто забываетъ взять съ собой ту или другую вещь, положить ее на мѣсто и т. д., но никогда не перепутываетъ ничего, во всемъ ориентируется легко, отдаетъ себѣ достаточно ясный отчетъ; словомъ, имѣется лишь забывчивость. Настроеніе самое тяжелое, безотрадное: постоянный, безотчетный страхъ, неопределенная боязнь чего-то; все время больной находится точно въ туманѣ, словно пьяный, какъ бы пришибленный, отъ всякаго пустака,

отъ всякаго огорченья плачетъ; на сердцѣ—тоска, тяжелое чувство, вѣчно разстраивается, „жизнь не мила“. Измѣнился и характеръ: изъ веселаго, общительного и доброго онъ сдѣлался угрюмымъ, сердитымъ, не въ мѣру раздражительнымъ. „Все это, говоритъ онъ, я получилъ за свою 20-ти-лѣтнюю исправную службу, да кромѣ того лишился 2-хъ пальцевъ правой руки, нажилъ грыжу; какой теперь я работниѣ!...“ Свой приходъ въ клинику больной мотивируетъ тѣмъ, что лечился онъ долго, а облегченія себѣ не получалъ; напротивъ, онъ чувствуетъ себя все хуже и хуже. Въ клиникѣ онъ намѣренъ узнать свою „болѣзнь“ (чѣмъ болѣнь, можно ли расчитывать на выздоровленіе и стоитъ ли лечиться), получить должностная указанія относительно ея леченія для своихъ докторовъ и, кромѣ того, просить выдать ему удостовѣреніе („для своего начальства“) въ томъ, что онъ действительно человѣкъ больной, не притворщикъ, нуждается въ леченіи и въ перемѣнѣ своей службы на менѣе отвѣтственную, сознавая, что по характеру своей болѣзни онъ можетъ внезапно оказаться несостоятельный при исполненіи своихъ обязанностей, требующихъ величайшаго вниманія, быстрой ориентировки, хорошей памяти.

При осмотрѣ больной представляется хорошо сложеннымъ мужчиной, средняго роста; кожные покровы, костный и мышечный скелетъ развиты хорошо, подкожная клѣтчатка достаточно богата жиромъ; мышцы упруги, массивны, обладаютъ вполнѣ достаточной силой (правда, больной говоритъ, что прежде онъ обладалъ значительно большей силой, поднималъ до 8-ми пудовъ; теперь по динамометру сила руки 60 kilo). Паретическихъ явлений нѣть ни въ области черепно-мозговыхъ, ни въ области спинно-мозговыхъ нервовъ. Грудная клѣтка развита хорошо, дыханіе правильное. Внутренніе органы отъ нормы замѣтно не уклоняются.

Въ области лѣвой теменной кости имѣется, какъ сдѣлъ бывшей травмы, небольшой кожный рубецъ, не проникающій, повидимому, въ кость, но до нея доходящій, немнога болѣзnenный при давленіи; кромѣ того, и вся соответствующая теменная область представляется нѣсколько болѣзnenной при давленіи и поколачиваніи. Координація движеній вездѣ сохранина. Въ сферѣ рефлекторной можно отмѣтить лишь легкое оживленіе колѣнныхъ рефлексовъ, вялуу реакцію врачковъ

на свѣтъ, ихъ неравномѣрность (лѣвый шире) и небольшое расширение. Рефлексы кожные, со слизистыхъ оболочекъ и тазовыхъ органовъ, равнымъ образомъ и мышечный тонусъ особенностей не представляютъ. Со стороны органовъ высшихъ чувствъ слѣдуетъ отмѣтить пониженіе слуха съ обѣихъ сторонъ (костная проводимость сохранена) и ослабленіе зрѣнія (уже года $1\frac{1}{2}$ —2) при нормальныхъ размѣрахъ свѣтового и цвѣтового поля зрѣнія, а со стороны глазного дна—сильную блѣдность папилль и очень слабое наполненіе артериальныхъ сосудовъ; острота зрѣнія правильна (изслѣдованіе въ клинике проф. Е. В. Адамюка). Вкусъ и обоняніе не измѣнены. Въ сфере общей чувствительности замѣчается нѣкоторая тупость восприятія болевыхъ и тактильныхъ ощущеній (гипестезія) въ области 1-й вѣтви п.п. trigeminогум., на животѣ, нижнихъ и верхнихъ конечностяхъ (будучи сильнѣе выражена въ ихъ центральныхъ отдѣлахъ, чѣмъ въ периферическихъ).

Самый поверхностный осмотръ обнаруживаетъ еще одну интересную и важную особенность въ клинической картинѣ болѣзни, намѣренно опущенную нами выше; это именно—ненормальность въ двигательной сфере: наличность непроизвольныхъ движений. Какое бы положеніе больной не принималъ, независимо отъ его воли возникаютъ быстрыя клоническія сокращенія симметричныхъ мышцъ на обѣихъ сторонахъ тѣла; ихъ почти нѣть въ мышцахъ нижнихъ конечностей (лишь иногда бываютъ незначительныя подергиванія въ м. quadriceps femoris); они болѣе замѣтны въ мускулатурѣ верхнихъ конечностей и туловища (мм. deltoideus, biceps, pectoralis major et minor, triceps, мышцы живота), но всего рѣзче—въ мышцахъ надплечей и верхней части грудной клѣтки (мм. ciscularis, мышцы лопатки, rhomboidei, latissimus dorsi и др.). Эти сокращенія носятъ явно клонической характеръ: мышца быстро сокращается и вскорѣ же разслабляется съ тѣмъ, чтобы тотчасъ же снова сократиться и снова разслабнуть (въ мм. cisculares бывало до 30—60 и болѣе сокращеній въ минуту). Быстрота и частота сокращеній много зависятъ отъ состоянія больного и окружающей обстановки: при покойномъ положеніи или когда вниманіе больного отвлечено чѣмъ-либо постороннимъ, они медленнѣе, слабѣе и рѣже, напротивъ, они усиливаются и учащаются при возбужденіи субъекта, въ присутствіи постороннихъ лицъ и тому

подобныхъ условіяхъ. Сокращенія нѣкоторыхъ мышцъ довольно-объемисты, почему сопровождаются значительнымъ перемѣщеніемъ отдѣльныхъ частей: всего рѣзче это сказывается по отношенію къ т. *cucullaris*—плечи постоянно и значительно приподнимаются и опускаются. Далѣе въ нѣкоторые моменты сокращеніе проявляется преимущественно въ однихъ мышечныхъ группахъ, въ иные моменты—въ другихъ. Ночью и вообще во время сна описываемыи движенія, по словамъ больного, по большей части, совершенно прекращаются (иногда, впрочемъ, они не успокаиваются и во время сна, нарушая его), въ остальное время они сильно беспокоятъ больного, нерѣдко дѣлая невозможнымъ какой-либо правильный трудъ (послѣдній, однако, оказываетъ умѣряющее влияніе на судороги).

На ряду съ указанными довольно крупными судорожными движеніями имѣется *tremor* выпрямленныхъ пальцевъ рукъ, а въ нѣкоторыхъ мышцахъ еще и фибрillлярныи подергиванія, довольно рѣзко выраженные (въ тт. *triceps, latissimus dorsi*).

Резюмируя вышеизложенное, мы видимъ, что у 40—лѣтняго здороваго субъекта, года 3 тому назадъ вслѣдъ за ушибомъ головы отъ паденія съ высоты, незамѣтно и медленно развивается цѣлый рядъ ненормальныхъ явлений отчасти въ сфере физической, главнымъ же образомъ со стороны самочувствія и психики: головная боль, головокруженія, иногда доходящія до временной утраты сознанія, шумъ въ головѣ, мрачность, раздражительность, сильная забывчивость, страхъ, безотчетная боязнь чего-то грядущаго, общая слабость, плохой аппетитъ, бессонница или тяжелый сонъ, тоскливо, безотрадное, подавленное настроеніе—словомъ, личность человѣка сдѣлалась неузнаваемой: на ней легъ отпечатокъ како-то подавленности, пришибленности, угнетающей всю психическую жизнь и дѣлающей порой невыносимымъ самое существованіе.... Невольно поражаетъ несоответствіе данныхъ субъективныхъ съ результатами объективнаго изслѣдованія. Здѣсь важно отмѣтить общее хорошее состояніе со стороны кожныхъ покрововъ, костной системы (за исключеніемъ кожнаго рубца и болѣзnenности въ области лѣвой теменной кости), мускулатуры, внутреннихъ органовъ, отсутствіе хотя бы слабыхъ паретическихъ явлений, а въ сферѣ рефлекторной—легкое

оживление коленныхъ рефлексовъ, расширение и неравенство зрачковъ, ихъ вялую реакцію на светъ. Далѣе имѣется двусторонняя слабость слуха и ослабленіе зрѣнія; поле зрѣнія нормально, соски зрительныхъ нервовъ блѣдны, съ узкими сосудами; общая чувствительность слегка понижена (гипестезія) въ области 1-й вѣтви п. trigemini, живота и конечностей. Въ сферѣ непроизвольныхъ движений — рагатуосклонус multiplex, tremor digitorum, фибриллярные сокращенія въ mm. triceps, latissimus dorsi.

Желая разобрать вопросъ, съ чѣмъ мы въ данномъ случаѣ имѣемъ дѣло, прежде всего необходимо согласиться, что большинство имѣющихъ у больного симптомовъ, а, быть можетъ, и всѣ приходится ставить въ связь съ нарушеніемъ функцій именно нервной системы въ виду отсутствія какихъ-либо замѣтныхъ разстройствъ со стороны остальныхъ внутреннихъ органовъ. Въ самомъ дѣлѣ, тоны сердца чисты и громки, гипертрофія органа нѣть; пульсъ 72—78 въ 1', ровный, съ хорошимъ наполненіемъ; въ легкихъ везикулярное дыханіе; печень и селезенка не прощупываются; въ мочѣ (при однократномъ изслѣдованіи) бѣлка и сахара не оказалось. Общий habitus свидѣтельствуетъ о правильности процессовъ растительной жизни; о малокровіи, физическомъ истощеніи говорить не приходится: передъ нами хорошо сложенный, крѣпкій рабочій человѣкъ, привычный къ физическому труду и тяготящійся имъ лишь въ послѣднее время подъ вліяніемъ общаго дурного самочувствія, хронического недосыпанья, тяжелыхъ самоощущеній. Мы, слѣдовательно, не имѣемъ здѣсь пораженія внутреннихъ органовъ и должны за разъясненіями обратиться къ нервной системѣ, посмотрѣть, нельзя ли въ ея состояніи найти разгадки наблюдавшихъ явлений. Въ такомъ случаѣ однимъ изъ первыхъ возникаетъ вопросъ, какого характера пораженіе нервной системы мыслимо въ данномъ случаѣ: органическаго (и тогда гдѣ его локализовать?) или чисто функционального?

Уже бѣлага знакомства съ клинической картиной случая достаточно для того, чтобы не усматривать въ его основѣ заболѣванія периферического нервно-мышечного аппарата или нарушенія спинномозговыхъ функцій въ виду полнаго несоответствія этой картины съ обычными симптомами пораженія названныхъ отдельзовъ нервной системы.

Большинство патологическихъ симптомовъ данного случая можно вполнѣ связать съ заболеваниемъ содержимаго черепной полости. Въ самомъ дѣлѣ, сюда можно отнести головную боль, головокружение, шумъ въ головѣ, упадокъ зрѣнія, ослабленіе памяти, общую нервозность, раздражительность субъекта; со стороны глазъ имѣются также нѣкоторыя указанія въ пользу черепно-мозгового пораженія (величина и реакція зрачковъ), да кромѣ того имѣется болѣзnenность при давлениі на лѣвую теменную область. Говорить о разлитомъ и сильномъ пораженіи содержимаго черепной полости не приходится, такъ какъ за 3 года болѣзни ея проявленія зашли бы далеко впередъ, выступили бы на сцену такъ наз. очаговые симптомы и вообще явленія, установляющія безусловно діагнозъ органическаго страданія мозга; ничего подобнаго здѣсь нѣтъ. Однако, въ нѣкоторыхъ случаяхъ мозговое страданіе до извѣстнаго времени сказывается лишь чисто субъективными симптомами и явленіями, свидѣтельствующими о какомъ-то общемъ заболеваніи организма, тогда какъ объективныхъ данныхъ, говорящихъ въ пользу истинной причины, нѣтъ на лицо. Въ подобныхъ случаяхъ или вовсе нѣтъ основаній признавать черепно-мозговое страданіе, или приходится это дѣлать гадательно, сообразуясь съ анамнестическими данными, ходомъ болѣзни, результатами терапіи. Достаточно указать на мозговыя опухоли, долгое время протекавшія подъ видомъ тяжелой неврастеніи, мигрени, малокровія и т. п., гдѣ діагнозъ не могъ быть установленъ за отсутствіемъ положительныхъ объективныхъ данныхъ и становился очевиднымъ, по рой даже неожиданнымъ для наблюдателей, при ухудшениі состоянія больныхъ, при появлениі грозныхъ припадковъ явнаго органическаго заболѣванія головного мозга.

Въ нашемъ случаѣ нѣть достаточно вѣскихъ поводовъ предполагать серьезное страданіе содержимаго черепной коробки, такъ какъ ни въ прошломъ больного, ни въ его настоящемъ нѣтъ для того основаній: никогда не было и нѣтъ налицо судорожныхъ падучевидныхъ припадковъ, нѣтъ и рвоты, столь свойственной опухоли, а также и абсцессу головного мозга; головная боль здѣсь не ограниченна, а разлитая, голова вся точно тяжелая, точно шапка тяжелая на нее надѣта и давить—особенности, скорѣе свойственные неврастенической головной боли. Состояніе глазного дна (блѣдность

папилль, узкія артерій) скорѣе противорѣчить діагностикѣ новообразованія или абсцесса мозга, ибо при нихъ (особенно при первомъ) въ громадномъ большинствѣ случаевъ имѣется *neuritis optica oedematosa* (рѣже—при абсцессѣ—*n. simplex*). Далѣе представляютъ извѣстную важность анамнестическаяія данныя: отсутствіе инфекціонныхъ заболѣваній и въ особенности заболѣваній внутренняго уха, играющихъ выдающуюся роль въ этіології гнойниковъ головного мозга и его оболочекъ.

Съ большимъ правомъ здѣсь можно ожидать хронически протекающей воспалительный процессъ въ мозговыхъ оболочкахъ, одѣвающихъ лѣвое полушаріе въ теменной области, болѣзненней при давленіи и носящей еще и теперь слѣды бывшей травмы. Эта послѣдняя несомнѣнно могла содѣйствовать развитію менингита. Однако, если и допустимо подобное предположеніе, то во всякомъ случаѣ менингеальный процессъ здѣсь не можетъ быть обширенъ и интензивенъ (въ противномъ случаѣ можно было бы встрѣтить судорожные припадки, параличи, явленія со стороны глазныхъ нервовъ и т. д.), и, не уясняя всей картины болѣзни, могъ бы объяснить лишь нѣкоторыя ея частности.

Отнеся такимъ образомъ часть симптомовъ на счетъ могущаго быть менингита, мы неминуемо должны признать, что одного его недостаточно для полнаго пониманія интересующаго насъ случая; говоря иначе, послѣдній не можетъ зависѣть всецѣло отъ грубыхъ измѣненій мозгового вещества. Этимъ самымъ мы поставлены въ необходимости допустить, что у больного имѣется какое-то общее разстройство функцій центральной нервной системы, столь сильно измѣнившее всю личность субъекта, но не имѣющее подъ собой рѣзко выраженной анатомической подкладки, т. е. что передъ нами— неврозъ. Изъ анализа симптомовъ не трудно убѣдиться, что они характерны для двухъ наичаще встрѣчающихся функциональныхъ страданій центральной нервной системы, именно— для неврастеніи и истеріи, а способъ развитія припадковъ позволяетъ думать, что здѣсь—такъ называемый „травматический неврозъ“.

Подъ этимъ именемъ сравнительно недавно стали описывать случаи нарушенія функцій центрального органа нервной системы, где въ качествѣ этіологического момента служитъ травма (головы, спины, конечностей) въ связи съ испугомъ—

„шокомъ“ (весьма важно), а въ основѣ предполагаются лишь молекулярные измѣненія въ центральной нервной системѣ или—по позднѣйшимъ изысканіямъ—заболѣванія мелкихъ сосудовъ мозга и самихъ клѣточныхъ элементовъ. При подобныхъ условіяхъ, преимущественно у субъектовъ съ невропатическимъ предрасположеніемъ, развивается довольно сложная, пестрая клиническая картина, въ которой красной нитью проходитъ общая психическая подавленность, угнетенность, кладущая свой отпечатокъ на всю духовную дѣятельность субъекта, а затѣмъ къ этому присоединяются самые разнообразные физические симптомы. Послѣдніе представляютъ комбинацію неврастеническихъ и истерическихъ явлений (съ преобладаніемъ то однихъ, то другихъ), къ которымъ присоединяются другія сходныя функциональные разстройства: психическаяя явленія, разнообразнѣйшія двигательные разстройства въ формѣ акинеза (парезы и параличи) и гиперкинеза (начиная съ эпилепсіи, локализованныхъ мышечныхъ судорогъ въ родѣ *tic convulsif*, *paramyoclonus multiplex*, и кончая мелкимъ трясеніемъ и даже фибриллярными мышечными сокращеніями). Наблюдаются также различныя явленія въ сфере трофической, сосудодвигательной, чувствительной и т. д., откуда понятна вся сложность и запутанность клиническаго проявленія болѣзни.

Нашъ случай по своимъ особенностямъ вполнѣ подходитъ подъ понятіе травматического невроза и во всѣхъ своихъ деталяхъ объяснимъ съ этой точки зрењія; тогда будутъ понятны общая слабость субъекта, его головныя боли, головокруженія, болѣзnenность темени, явленія со стороны глазъ, состояніе рефлексовъ, чувствительности, *tremor digitorum* и, наконецъ, характерная явленія міоклоніи. Нѣкоторые изъ поименованныхъ симптомовъ, какъ было уже сказано выше, могутъ имѣть въ своей основѣ и болѣе реальную органическую подкладку въ видѣ менингита; такое совмѣщеніе явленій при разматриваемой формѣ вполнѣ мыслимо и наблюдается какъ слѣдствіе одной и той же причины—травмы.

Что касается до состоянія психики нашего больного, то оно какъ нельзя болѣе характерно для травматического невроза, даже болѣе того—для него специфично.

На одной группѣ симптомовъ, наблюдавшихъ въ нашемъ случаѣ, до сихъ поръ мы сравнительно мало останавливались.

Здѣсь я имѣю въ виду явленія гиперкинеза—*tremor dtgitorum*, клоническая судороги въ нѣкоторыхъ мышцахъ туловища и отчасти конечностей и фибриллярные сокращенія въ mm. *triceps* и *latissimus dorsi*. Между тѣмъ эти явленія представляются въ высшей степени интересными отчасти въ виду ихъ рѣдкости, а затѣмъ и въ силу невольно возникающаго вопроса, каково ихъ положеніе въ общей картинѣ болѣзни—случайно ли они къ ней присоединились, или же составляютъ ея принадлежность и только дополняютъ остальной симптомо-комплексъ? Послѣднее предположеніе намъ представляется болѣе вероятнымъ. Этихъ явленій не было до травмы черепа, которой мы склонны придавать значеніе этиологического момента въ происхожденіи рассматриваемаго невроза. Въ случаѣахъ же травматическаго невроза явленія гиперкинеза, какъ сказано, далеко не рѣдки. Здѣсь возможны истерические, эпилептические припадки, разнообразные виды дрожанія, фибриллярное дрожаніе то по всему тѣлу, то въ нѣкоторыхъ мышцахъ и, наконецъ, различныя судорожныя явленія безъ разстройства сознанія—по преимуществу локализированныя судороги мышцъ *H. Oppenheim*, Руководство по нервнымъ болѣзнямъ, 1896 г.).

Наблюданное у нашего больного дрожаніе рукъ—явленіе заурядное, часто встрѣчающееся у такъ называемыхъ „нервныхъ“ лицъ, т. е., при истеріи, неврастеніи и близкихъ къ нимъ состояніяхъ; фибриллярная мышечная сокращенія, характеризующія главнымъ образомъ нѣкоторыя формы мышечной вухотки (дегенеративной), встрѣчаются и при неврозахъ, рѣзко выраженныхъ. Въ нашемъ случаѣ оно имѣетъ именно это значеніе, такъ какъ обѣ аміотрофіи здѣсь не можетъ быть и рѣчи. Несравненно труднѣе решить вопросъ относительно самаго характера имѣющихся у больного клоническихъ судорогъ въ нѣкоторыхъ мышечныхъ группахъ, обѣ ихъ происхожденіи, типъ, ихъ значеніи для больного и самой терапіи, такъ какъ онѣ составляютъ одинъ изъ наиболѣе тяжкихъ и мучительныхъ симптомовъ. Здѣсь мы вступаемъ въ одну изъ интереснейшихъ, но въ тоже время, къ сожалѣнію, мало изученныхъ областей невропатологіи—область непроизвольныхъ движений.

Въ настоящее время мы можемъ лишь квалифицировать различныя формы этихъ движений, устанавливать типы, но не

всегда и далеко недостаточно точно представляемъ себѣ ихъ этиологію, патогенезъ, т. е. сущность. Еще нѣсколько лучше дѣло стоитъ по отношенію къ дрожанію или судорогамъ чисто органическаго происхожденія, развивающимся во время или по истечениіи органическихъ заболѣваній первой системы; относительно же „двигательныхъ неврозовъ“, разнообразнѣйшихъ формъ гиперкинеза, не имѣющихъ подъ собой грубоб-анатомической подкладки и по тому причисляемыхъ пока къ заболѣваніямъ чисто функциональнымъ, мы поставлены въ гораздо худшія условія. Не говоря уже о томъ, что о самой сущности процесса мы имѣемъ лишь гадательное, смутное представление (а порой и того нѣтъ), мы нерѣдко затрудняемся въ самой диагностицѣ нѣкоторыхъ изъ этихъ формъ, имѣющихъ много общаго и сходнаго между собой. Въ прежнее время, когда авторы встрѣчали случаи, не описанные до того, въ литературѣ накапливалось не мало описаній отдѣльныхъ формъ, типовъ, отдѣльныхъ даже болѣзней. Задача позднѣйшаго времени заключается въ томъ, чтобы разобраться въ этой грудѣ сырого материала, раздѣлить несходное, и, напротивъ, сходное, различающееся лишь въ деталяхъ, соединить въ одно цѣлое.

Попытки въ этомъ направленіи уже сдѣланы и онѣ значительно облегчаютъ трудъ всякаго, кому приходится имѣть дѣло съ подобными формами заболѣваній. Для примѣра, укажу статью *F. Raymond'a*, „Des myoclonies“, помѣщенную въ его „Leçons sur les maladies du syst鑑e n閞veux (ann閑 1894—1895), premiere serie, Paris, 1896“. Здѣсь авторъ, описывая одинъ не типичный случай paramyoclonus multiplex, останавливается подробно на сходныхъ съ нимъ формахъ и, дѣлая постоянно ссылки на литературу и свои собственныя наблюденія, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ.

Bo 1-хъ, paramyoclonus multiplex *Friedreich'a* и близкія къ нему формы (*chorea electrica Henoche-Bergeron'a*; *tic non douloureux de la face Troussseau*; *maladie des tics Gilles de la Tourette et Guinon*) не слѣдуетъ противопоставлять другъ другу, а правильнѣе считать ихъ за продукты, хотя и несходные, но выросшие на одной общей почвѣ (вырожденія), что каждое изъ этихъ заболѣваній суть звенья одной цѣпи патологическихъ состояній, которая можно подвести подъ одно общее название „мюклоні“.

Во 2-хъ, всѣ эти разновидности міоклоніи служатъ выражениемъ наследственной или пріобрѣтенной дегенерации.

Въ 3-хъ, разновидности міоклоніи, принимая во внимание ихъ виѣшнія характерные особенности, т. е. судороги, можно представить въ слѣдующемъ порядкѣ, сообразно степени ихъ серьезности:

a) фибриллярная дрожь (фибриллярные сокращенія мышцъ), ограничивающаяся нѣсколькими пучками одного мускула, наблюдается главнымъ образомъ у неврастениковъ.

b) paramyoclonus multiplex (куда присоединяется и chorea fibrillaris) характеризуется судорогами, сотрясающими всю массу мышцъ, однако, безъ двигательного эффекта.

c) Chorea electrica ¹⁾ *Henoch-Bergeron'a* и tics non douloureux de la face—судороги, производящія координированное движение, особенно въ мышцахъ лица, шеи, плечъ; движения очень быстры, молниеносны, въ известной мѣрѣ подавляются произвольными движениями соотвѣтствующихъ мышцъ хотя вообще психика мало на нихъ вліяетъ; во снѣ онѣ ослабляются; наблюдаются главнымъ образомъ у дѣтей; prognosis bona.

d) maladie des tics, въ своей благопріятной формѣ выражается гримасами лица, рѣзкими непроизвольными движениями конечностей и т. д., а въ тяжелой—сопровождается еще явленіями echolaliae, echokinesis, coprolaliae, разнообраз-

¹⁾ Подъ именемъ chorea electrica еще въ 1846 г. было описано д-ромъ *Dubini* своеобразное, обязанное инфекціи заболеваніе, наблюдалось въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ Италии, отличающееся хроническимъ теченіемъ и фатальнымъ исходомъ въ большинствѣ случаевъ. Болѣзнь начинается съ боли головы, спины; затѣмъ наступаютъ молниеносные сокращенія въ рукѣ, лицѣ, а потомъ ногѣ одной стороны. Черезъ нѣкоторое время тоже происходитъ и на другой сторонѣ тѣла; затѣмъ присоединяются эпилептические припадки (иногда односторонніе), параличи, мышечная атрофія, гиперестезія кожи и больной, но большей, части погибаетъ (черезъ нѣсколько недѣль, мѣсяцевъ). Вскрытія пока ничего опредѣленного не давали. Предполагаютъ, что подъ вліяніемъ заразнаго начала происходитъ пораженіе мозговой коры (судороги одностороннія), а затѣмъ уже и спинного мозга (дегенеративная аміотрофія).—Я касаюсь этихъ случаевъ для того, чтобы показать, насколько рискованно однимъ общимъ названіемъ связывать столь разнородные процессы, имѣющіе лишь небольшое виѣшнее сходство (да и то сомнительное).

ными психическими ненормальностями (въ особенности навязчивыми идеями).

Въ 4-хъ, у невропатовъ можно встрѣтить формы міоклоніи, не подходящія вполнѣ ни подъ одинъ изъ указанныхъ типовъ: клиника представляетъ намъ множество формъ переходныхъ отъ одного типа къ другому.

Такимъ образомъ *Raymond* категорически высказывается въ пользу близости всѣхъ этихъ формъ и въ тоже время утверждаетъ, что типичные, классические случаи той или другой формы хотя и наблюдаются, по рѣдко, и несравненно чаще приходится сталкиваться съ тѣми или другими отступлѣніями отъ „типа“.

Возвращаясь къ нашему случаю, припомнимъ, что его особенностью являются клоническія судороги главнымъ образомъ въ мышцахъ верхней части туловища и рука, сопровождающіяся по отношенію къ тт. *cocillares* двигательнымъ эфектомъ, во время сна, по большей части, прекращающіяся, усиливающіяся при возбужденіи больного, дозволяющія ему отправление его служебныхъ обязанностей, хотя и гораздо хуже, чѣмъ то было до болѣзни (повидимому, произвольныя движения нѣсколько умѣряли судороги). Подъ указанное описание нельзя отнести судорогъ эпилептовидныхъ, атетоза, хореическихъ, сальтаторного спазма; истерическая судороги также исключаются въ виду почти постоянной стереотипности движений: здѣсь нѣтъ той пестроты, смѣны картинъ, которая такъ свойственна истеріи. Сальтаторный спазмъ, характеризующійся непроизвольными клоническими сокращеніями въ мускулатурѣ нижнихъ конечностей подъ влияниемъ душевнаго возбужденія или даже прикосновенія къ подошвамъ при встаниіи, здѣсь, очевидно, также немыслимъ. *Tic non douloureux* и особенно *maladie des tics* здѣсь исключаются, такъ какъ мышцы лица были пощажены судорогой, да и самыя сокращенія не носили на себѣ характера *tic'a*. *Chorea electrica Nenoch-Bergeron'a* встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ, судорогой захватываются и мышцы лица: этого одного уже достаточно для исключенія этой формы міоклоніи. *Chorea fibrillaris* характеризуется, по *Morvan'у*, фибрillaryными сокращеніями въ мышцахъ икръ и задней части бедеръ, откуда они могутъ перейти на мышцы туловища и на руку, щадя однако лица и шею. *Morvan* считаетъ эту форму хореи раз-

новидностью *paramyoclonus multipl.* *Friedreich'a* (не происходит перемещения части тела, подверженной судороге), куда присоединяются разстройства потоотделения и иногда вазомоторные. Самый характер сокращений (фибриллярный) не позволяет признавать этой формы въ нашемъ случаѣ.

Изъ прочихъ видовъ мюклоніи остается, слѣдовательно, одинъ *paramyoclonus multiplex Friedreich'a*. Посмотримъ, на сколько подходитъ къ этой формѣ нашъ случай.

Въ 1881 г. *Friedreich* опубликовалъ одинъ случай *paramyoclonus multiplex*, который и легъ затѣмъ въ основаніе созданного имъ типа. Дѣло касалось одного взрослого мужчины, у которого послѣ испуга появились конвульсивные, клонические судороги въ симметричныхъ мышцахъ конечностей, но почти безъ участія мускулатуры лица и нижнихъ отдельловъ конечностей. Частота судорогъ колебалась отъ 1 до 50 въ 1', иногда же—гораздо чаще (въ родѣ тетанизаций мышцъ); частота и интензивность ихъ были подвержены большими колебаніями въ зависимости отъ окружающихъ условій: психическое возбужденіе, кожные раздраженія и т. п. усиливали ихъ; во время сна судороги прекращались, въ бодрственномъ состояніи опѣ почти не прекращались и лишь уменьшались подъ вліяніемъ покоя, одиночества и т. д. Такжѣ и произвольные движения оказывали умѣряющее вліяніе на судороги (т. е. судороги не мѣшали или мало мѣшали произвольнымъ движеніямъ). Судороги проявлялись въ видѣ быстрыхъ подергиваній, охватывающихъ отдельные мышцы и притомъ такія, которыхъ „не производятъ совмѣстнаго синергического дѣйствія, почему и самый эффектъ ихъ въ смыслѣ перемещенія членовъ ничтоженъ или сводится къ нулю“ (*Oppenheim*); „легкое перемещеніе сегмента членовъ наблюдалось только въ видѣ исключенія“ (*Raymond*). Ритмъ судорогъ весьма неправиленъ; какъ сказано, судороги симметричны, но неодинаково и неодновременно проявляются на обѣихъ сторонахъ. Мышечная сила, электровозбудимость мышцъ и нервовъ, чувствительность—безъ измѣненія, рефлексы кожные и сухожильные были повышенны. Черезъ нѣсколько лѣтъ судороги у больного въ одинъ день прекратились; позднѣе, однако, былъ рецидивъ, во время которого больной умеръ отъ посторонней причины.—Таковъ въ общихъ чертахъ случай *Friedreich'a*. Появившіяся вслѣдъ затѣмъ описанія другихъ

авторовъ или подходятъ подъ этотъ „типъ“, или въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ отъ него разнятся, причемъ иногда довольно сильно. Такъ иногда въ общей мышечной ажитациіи участвуютъ и мышцы лица, мышечная сокращенія порой продолжаются и во время сна; въ нѣкоторыхъ случаяхъ они сопровождались двигательнымъ эффектомъ; иногда къ клоническимъ судорогамъ *paramyoclonus'a* присоединялись другіе виды движенія—дрожаніе, атетозъ. Наблюдались случаи съ понижениемъ или даже уничтоженiemъ колѣнныхъ и вообще сухожильныхъ рефлексовъ; послѣдніе бываютъ выражены то одинаково на обѣихъ сторонахъ, то больше съ одной стороны, до полной утраты на другой. Порой наблюдали присоединеніе и разстройствъ въ психическихъ отравленіяхъ: появленіе павязчивыхъ идей и даже психозовъ.—Такимъ образомъ, эти случаи, повторяя въ общихъ чертахъ картину, нарисованную *Friedreich'омъ*, въ частностяхъ представляютъ значительный отступлениія: чистый типъ *Friedreich'a* рѣдокъ.

Подобное положеніе вопроса естественно, съ накопленіемъ нового материала, требовало какого-либо солиднаго критерія для того, чтобы можно было разбираться въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ и отличать „*paramyoclonus Friedreich'a*“ отъ близкихъ ему двигательныхъ неврозовъ, уже указанныхъ мною выше. Какъ всегда, явилось два противоположныхъ взгляда: одни во что бы то ни стало хотѣли видѣть въ *paramyoclonus'ѣ Friedreich'a* самостоятельное заболеваніе, отъ которого надо отличать случаи, хотя и описанные подъ этимъ именемъ, но ничего общаго съ нимъ не имѣющіе и относящіеся къ другимъ неврозамъ (*Unverricht*); другіе, напротивъ, за основу сужденія брали не черты различія, а общія черты сходства отдѣльныхъ видовъ двигательныхъ неврозовъ, стараясь подвести ихъ подъ одну категорію. Такъ, въ 1888 году *Biclin* показалъ отсутствіе строгой демаркаціонной линіи между *paramyoclonus multiplex Friedreich'a* и *chorea electrica Henoch'a* и полную аналогію хореи съ тикомъ, который является скрытою и благопріятною формой *maladie des tics*. Другіе авторы предлагали часть случаевъ электрической хореи *Henoch'a*, относить къ *paramyoclonus'у (Homèn)*, а *Schultze* и *Seeligmüller* признавали идентичность этихъ обѣихъ формъ; *Ziehen* наконецъ, въ 1888 г. предложилъ включить подъ одно общее наз-

ваніе „міоклонії“ всѣ вышеуказанныя форми (*paramyoclonus, chorea electrica, tic, maladie des tics*).

Патологическая анатомія пока еще не дала представителямъ второго лагеря доказательствъ правоты ихъ взглядовъ въ виду недостатка матеріала (въ одномъ лишь вскрытии типичнаго случая *paramyoclonus'a*, произведенномъ *Schultze*, гистологическое изслѣдование первыхъ центровъ дало отрицательные результаты), клиническія же наблюденія, какъ было уже указано, для всѣхъ разновидностей міоклонії устанавливаютъ общую почву (дегенерация) и формы переходныя, напр., переходъ *paramyoclonus'a* къ *maladie des tics*, или тика лица—къ *paramyoclonus'y*; выше мы уже видѣли, какъ смотрѣть на это дѣло *Raymond*.

Все сказанное облегчаетъ нашу прямую задачу въ смыслѣ разъясненія подлежащаго нашему разбору случая. Во 1-хъ, мы не будемъ смущаться, если нашъ случай окажется не типичнымъ: мы всетаки присоединимъ его къ извѣстному разряду на основаніи характера непроизвольныхъ движеній. Во 2-хъ, мы будемъ смотрѣть на него какъ на представителя цѣлой группы явлений, почему въ правѣ дѣлать выводы отъ общаго къ частному.

Припоминая описание *paramyoclonus multiplex Friedreich'a*, мы безъ труда убѣждаемся, что нашъ случай въ общихъ чертахъ повторяетъ его: клоническія, быстрыя судороги въ симметричныхъ мышцахъ безъ участія мускулатуры лица и периферическихъ отдельловъ конечностей; ихъ ритмъ мѣняется и т. д. Но легко усмотрѣть и разницу. Судороги у нашего больного иногда не прекращаются во время сна и по отношенію къ нѣкоторымъ мышцамъ вызываютъ двигательный эффектъ, довольно значительный и замѣтный, напр. подниманіе плечъ (истинный *paramyoclonus*, по замѣчанію *Schultze*, проходитъ незамѣтнымъ у одѣтаго больного); одновременно съ судорогами имѣются *tremor digitorum* и фибрillлярное сокращеніе нѣкоторыхъ мышцъ. Не взирая на эту небольшую разницу, мы, конечно, скажемъ, что передъ нами—*paramyoclonus multiplex Friedreich'a* въ довольно типичной формѣ, представитель явлений міоклонії.

Невольно зарождается вопросъ, что благопріятствовало развитію явлений міоклонії въ данномъ случаѣ, гдѣ та почва нервной неуравновѣшанности и неустойчивости, которая ле-

житъ въ основѣ всѣхъ міоклоническихъ состояній, и почему она явилась у человѣка здороваго, сильнаго, безъ подозрительныхъ (насколько можно было выяснить) особенностей въ анамнезѣ? Авторы приписываютъ извѣстную роль въ происхожденіи *paramyoclonus'a* и другихъ явлений міоклоніи—вліянію испуга, страха, но, конечно, испугъ играетъ роль лишь производящаго момента, дѣйствующаго на готовую почву. У нашего больного подобный моментъ повторяется не разъ—онъ 2 раза подвергался травмѣ черепа въ связи съ паденiemъ съ высоты и неминуемымъ при этомъ ощущенiemъ страха. До 1-й травмы головы онъ пользовался хорошимъ (относительно) здоровьемъ, но, весьма возможно, что условия его непокойной, трудной и отвѣтственной службы уже успѣли сдѣлать свое, успѣли подточить здоровье и создать почву для всевозможныхъ неврозовъ (вещь далеко нерѣдкая среди желѣзнодорожныхъ служащихъ). Такимъ образомъ, травма въ связи съ шокомъ могла попасть на готовую уже почву, достаточно было сравнительно небольшого повода и незамѣтно развилась тяжелая картина травматического невроза, а на ней вырисовались и рѣзко обозначались и явленія міоклоніи, пользуясь на этотъ разъ уже совершенно подготовленной почвой невроза.

Относительно *патогенеза страданія мнѣнія* авторовъ еще расходятся. Такъ одни признавали за *paramyoclonus'omъ міопатическое, другіе — невритическое происхожденіе*; но эти взгляды не выдержали серьезной критики. *Спинальное происхожденіе* болѣзни признается большинствомъ авторовъ. Такъ, *Friedreich* допускалъ при этой болѣзни состояніе повышенной возбудимости въ группахъ гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ, что производитъ одновременно и мышечныя сокращенія, и повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ. Основаніемъ для такого предположенія служитъ то обстоятельство, что у некоторыхъ больныхъ міоклонія бываетъ какъ бы прелюдіей аміотрофического пареза (т. е. начальное возбужденіе клѣтки позднѣе смигается ея угнетеніемъ). Кромѣ того, проводятъ параллель съ прогрессивной мышечной атрофией, где наблюдаются въ началѣ фибрillлярныя сокращенія, а потомъ парезы. *Vanlair* придерживается другой гипотезы. По его мнѣнію скрытая причина заключается въ чрезмѣрной возбуждности чувствительныхъ клѣтокъ, развившейся вслѣдствіе воз-

бужденія съ периферії. *Raymond* признаетъ и то, и другое, т. е. что усиленіе спинальной рефлекторной способности зависитъ и отъ двигательныхъ, и отъ чувствительныхъ клѣтокъ, но въ тоже время указываетъ на то, что для происхождения міоклоніи одного этого мало, тѣмъ болѣе что этимъ путемъ многаго не объяснишь, напр. случаи, гдѣ повышенные рефлексы не сопровождаются судорогами, а самые спазмы бываютъ при пониженіи сухожильныхъ рефлексовъ. Слѣдовательно, при міоклоніи слѣдуетъ допустить участіе высшихъ областей—мозговой коры, спазмогенной по преимуществу. И *Raymond* всецѣло присоединяется къ теоріи, объясняющей міоклонію *корковымъ* или *подкорковымъ* происхождениемъ, на основаніи слѣдующихъ соображеній. Умственная способности міоклониковъ какъ извѣстно, рѣдко бываютъ нормальны; влияніе причинъ нравственного характера на возвращеніе или усиленіе міоклоніи несомнѣнно; далѣе міоклонія часто бываетъ врожденная, семейная или соединяется съ эпилепсіей, съ дрожью, атетозомъ, *hemianaesthesia* и т. д. При такомъ объясненіи становится понятной наблюдаемая иногда односторонность спазмовъ или большая выраженность ихъ на одной сторонѣ; въ пользу такого объясненія говорить и то соображеніе, что клоническая судороги, дѣйствительно могутъ, быть обязаны своимъ появленіемъ одному лишь возбужденію корковой или подкорковой области.

Нельзя не согласиться, что подобный взглядъ въ высшей степени симпатиченъ: онъ вносить въ учение о неврозахъ болѣе рациональныя представленія и упрощаетъ до извѣстной степени ихъ пониманіе. Съ накопленіемъ клиническихъ и патолого-анатомическихъ фактовъ подобное представление получитъ болѣе реальную основу и тогда легче будетъ понимать разнообразные симптомы міоклоніи.

Что касается до *предсказания* при міоклоніи, то, по самой сути вещей, оно должно быть серьезнымъ: съ наследственной и пріобрѣтенной дегенерацией борьба трудна, а потому возвраты болѣзни часты, случаи же излеченія рѣдки.

Помогать больнымъ во всякомъ случаѣ приходится и облегчить ихъ участъ можно. Въ отдѣлѣ *терапии* міоклоніи можно встрѣтить все, что угодно (краснорѣчивое выраженіе нашего безсилія): и *tonica*, и *nervina*, и электричество, и волноудареніе и т. д. Препараты брома и хлораль-гидратъ успо-

каиваются приступы судорогъ, но иногда приходится прибегать къ морфию. Болѣе успѣшные результаты можно получить, ставя больного въ лучшія условія: урегулировать работу или даже дать временный отдыхъ, упорядочить весь образъ жизни, позаботиться о правильномъ питаніи, снѣ и т. д. Хорошую услугу оказываютъ физикальные методы—электричество, волночленіе. *Gowers* довольно горячо рекомендуетъ гальваническій токъ (ежедневно въ теченіе $\frac{1}{4}$ час. пропускать отъ позвоночника сильный токъ по направленію къ пораженнымъ мышцамъ).

D-r. *Destarac* въ своей статьѣ: „Къ лечению міоклоніи электричествомъ“ (*La mÃ©decine moderne*, 1898, № 36) сообщаетъ, что, „болѣзнь эта успешно поддается лечению электричествомъ даже въ тѣхъ случаяхъ, где имѣется болѣзненная наследственность“; только необходимо начинать лечение какъ можно ранѣе. Всего лучше действуетъ гальванизація исходящимъ токомъ значительной силы (до предѣла выносливости больного). Хорошо действуетъ и франклинизация вѣтромъ (реф. Терапевтическаго Вѣстника, № 11, 1899 г.).

Нашему больному, во 1-хъ, выдано было клиникой, по его просьбѣ, удостовѣреніе въ дѣйствительности его болѣзни (отсутствіе симуляціи, которую всегда приходится имѣть въ виду въ подобныхъ случаяхъ, здѣсь устанавливалось такими признаками, какъ фибриллярное сокращеніе нѣкоторыхъ мышцъ, гипестезія, характеръ судорогъ); а, во 2-хъ, ему данъ былъ совѣтъ нѣкоторое время отдохнуть отъ своихъ служебныхъ обязанностей, прожить это время въ деревнѣ и пользоваться въ придачу къ свободѣ и отдыху, фармацевтическимъ леченіемъ (*sulfonal, bromum*).

Въ данномъ случаѣ, въ виду отсутствія указаній на наследственность, можно надѣяться на болѣе или менѣе благопріятный исходъ какъ явлений травматического невроза, такъ и тѣсно связанныхъ съ нимъ проявленій міоклоніи.

○

примѣненіи natrii nitrosi
при tabes dorsalis.

Проф. Л. О. ДАРКШЕВИЧА.

(Предварительное сообщение).

Кто смотритъ на tabes dorsalis какъ на страданіе, развивающееся по преимуществу на почвѣ сифилиса, для того terapia causalis при данной болѣзненной формѣ должна сводиться главнымъ образомъ къ примѣненію средствъ противосифилитическихъ. Изъ этихъ послѣднихъ средствъ на первомъ мѣстѣ несомнѣнно нужно поставить ртуть. Отъ нея главнымъ образомъ приходится видѣть терапевтическій эффектъ наиболѣе полный и наиболѣе прочный; примѣненіе же препаратовъ юода очень часто или совсѣмъ остается безъ вліянія на табицкія проявленія, или вліяетъ на нихъ въ самой незначительной степени.

Но примѣненіе ртути при tabes, какъ известно, возможно далеко не во всѣхъ случаяхъ. Въ этомъ отношеніи самымъ главнымъ противопоказаніемъ сужить атрофический процессъ въ зрительныхъ нервахъ. Несомнѣнно, что atrophia grisea nervorum opticorum иногда улучшается подъ вліяніемъ ртутного лѣченія; но несомнѣнно и то, что очень нерѣдко съ первыхъ же дней примѣненія ртути она начинаетъ быстро прогрессировать, обусловливая собою такое же быстрое паденіе остроты зрѣнія.

Это послѣднее обстоятельство должно служить побудительной причиной къ тому, чтобы изыскивать такія средства, которыя въ примѣненіи къ табикамъ, по своему терапевтическому эффекту, невозможности, приближались бы къ ртути и въ тоже время не отражались бы на глазахъ больного такъ неблагопріятно, какъ отражается на нихъ порою примѣненіе ртути.

Имѣя въ виду сообщеніе о томъ¹⁾, что *Petrone* съ большимъ успѣхомъ примѣнилъ при лѣченіи сифилиса *natrium nitrosum* въ видѣ подкожныхъ вирѣскиваний, и принимая въ соображеніе благопріятные отзывы объ этомъ средствѣ Д-ра *Липскаго*²⁾, я рѣшилъ испытать азотистокислый натръ въ завѣдываемой мною клиникѣ на табикахъ. Первовачально *natrium nitrosum* примѣнялся мною только въ такихъ случаяхъ, гдѣ ртутное лѣченіе было противопоказано и гдѣ слѣдовательно не могло быть и рѣчи объ энергичномъ противосифилитическомъ лѣченіи обычными фармацевтическими средствами; позднѣе же я рѣшилъ примѣнять его и въ другихъ случаяхъ, частью замѣняя ртутное лѣченіе, частью дополненія его.

Свои наблюденія я далеко не могу считать еще законченными: многое для меня остается еще невѣдомо выясненнымъ; однако общее впечатлѣніе отъ употребленія *natrii nitrosi* весьма благопріятно для этого средства и я полагаю своевременнымъ сообщить здѣсь свои наблюденія хотя бы въ самомъ краткомъ видѣ³⁾ съ тѣмъ, чтобы обратить вниманіе на это средство и имѣть отзывы отъ возможно большаго числа товарищей.

Первымъ и самымъ главнымъ вопросомъ касательно примѣненія *natrii nitrosi* при *tabes dorsalis* является вопросъ о томъ, можно ли и насколько можно считать это средство дѣйствительнымъ при *tabes*?

Въ этомъ отношеніи общее впечатлѣніе отъ всѣхъ бывшихъ подъ нашимъ наблюденіемъ случаевъ таково, что *nati-*

¹⁾ *La semaine m dical e*. 1895, № 51, р. ССП.

²⁾ О фармакологическомъ дѣйствіи натріумъ-нитрита. Дисс., СИБ. 1886

³⁾ Доложено въ научномъ собраниѣ врачей при Клиникахъ первыхъ болѣзней Казанскаго Университета 23 февраля 1899 года.

rium nitrosum оказывается действительнымъ приблизительно въ той же мѣрѣ, въ какой вообще бываетъ полезна при tabes dorsalis ртуть, и при томъ въ тѣхъ же самыхъ стадіяхъ развитія болѣзни, т. е. начальныxъ. Въ частности нужно замѣтить, что прежде всего и вполнѣ всего поддаются лѣченію стрѣляющая боли; далѣе несомнѣнно natrium nitrosum оказываетъ замѣтное вліяніе на атаксію и слабость нижнихъ конечностей: больные постоянно указываютъ на то, что они послѣ лѣченія крѣпче держатся на ногахъ, менѣе шатаются въ потьмахъ и при закрытыхъ глазахъ; очень нерѣдко замѣчается довольно значительное улучшеніе со стороны тазовыхъ органовъ, главнымъ образомъ, со стороны мочевого пузыря; наконецъ, почти всегда приходится отмѣтить замѣтное улучшеніе общаго питания больного: повышается вѣсъ тѣла, замѣтно улучшается и видъ больного.

Второй существенный вопросъ, это—вліяніе natrii nitrosi на зрительный нервъ. Въ этомъ отношеніи мои заключенія могли быть полны главнымъ образомъ благодаря содѣйствію моего многоуважаемаго товарища Проф. Е. В. Адамюка, который любезно изслѣдовалъ офтальмоскопически каждого больного и при томъ нѣсколько разъ въ теченіе лѣченія. Общий выводъ касательно только что поставленнаго вопроса тотъ, что natrium nitrosum несомнѣнно не имѣеть того неблагопріятнаго вліянія на зрительный нервъ, какое оказываетъ на него въ иныхъ случаяхъ ртуть. У всѣхъ больныхъ, гдѣ примѣнялся natrium nitrosum, намъ ни разу не приходилось отмѣтить усиленія атрофического процесса въ зрительныхъ соскахъ, такого усиленія, которое заставляло бы прекращать дальнѣйшее примѣненіе средства. Съ другой стороны, въ нѣсколькихъ случаяхъ, гдѣ при началѣ лѣченія имѣлась картина рѣзкой атрофіи зрительныхъ нервовъ, благодаря чему не могло быть и рѣчи о примѣненіи ртути, къ концу лѣченія азотистокислымъ патромъ наступало какъ улучшеніе офтальмоскопической картины, такъ и повышеніе остроты зрѣнія. Въ этомъ отношеніи особеннаго вниманія заслуживаетъ уменьшеніе раньше бывшей блѣдности соска благодаря прогрессивно увеличивавшемуся кровенаполненію артеріальныхъ стволовъ.

Я долженъ отмѣтить еще одинъ интересный фактъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ tabis, гдѣ ртутное лѣченіе, только что

законченное, оставалось, повидимому, безъ всякаго замѣтнаго вліянія на ослабленіе симптомовъ болѣзни, послѣдовательное примѣненіе natrii nitrosi давало обычный терапевтическій эффектъ. Я останавливалась на этомъ фактѣ, хотя и не считаю себя въ правѣ решать вопроса, зависитъ ли это явленіе отъ болѣе благопріятнаго вліянія natrii nitrosi сравнительно съ ртутью, или, быть можетъ, здѣсь сказывается вліяніе совмѣстнаго дѣйствія двухъ средствъ заразъ; не буду однако отрицать и того, что явленіе это могло быть совершенно случайнымъ и не подтверждится въ будущемъ при дальнѣйшихъ наблюденіяхъ на большемъ числѣ случаевъ.

Что касается способа примѣненія natrii nitrosi, то въ нашихъ случаяхъ мы пользовались исключительно подкожными впрыскиваниеми. Растворъ нами брался водный, безъ примѣси какихъ бы то ни было средствъ болеутоляющихъ. Крѣпость раствора постепенно повышалась, начиная съ 1% и кончая 6%. Растворовъ болѣе концентрированныхъ мы не примѣняли въ виду литературныхъ указаний на болѣзненность впрыскивания слишкомъ крѣпкаго раствора.

Подкожное введеніе раствора указанныхъ крѣпостей никогда не сопровождалось никакими непріятными субъективными ощущеніями: не было на мѣстѣ вкola ни чувства боли, ни жженія, не оставалось и замѣтныхъ затвердѣній.

Принимая въ соображеніе нѣкоторое разнорѣчіе, существующее въ литературѣ по отношенію къ дозировкѣ natrii nitrosi, и не считая азотистокислый натръ средствомъ безразличнымъ, мы у каждого больного начинали лѣченіе обыкновенно съ небольшихъ дозъ и только постепенно увеличивали крѣпость приготовленнаго раствора. Обычный шаблонъ лѣченія состоялъ въ слѣдующемъ. Первые пять дней съ начала лѣченія больной ежедневно получалъ по одному граммовому шприцу 1%-го раствора natrii nitrosi; слѣдующіе пять дней—по шприцу 2%-го раствора; далѣе слѣдовали цѣть дней по шприцу 3%-го раствора и т. д., пока не доходили до 6%-го раствора. На этой крѣпости обыкновенно останавливались и всѣ послѣдующіе дни больной ежедневно получалъ по шприцу 6%-го раствора. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ „курсъ“ лѣченія продолжался дней 80. Такимъ образомъ въ общемъ больной

5 дней получалъ по 1 куб. сант. 1%₀-го раствора natrii nitrosi

5	"	"	"	"	2% ₀ -ГО	"	"
5	"	"	"	"	3% ₀ -ГО	"	"
5	"	"	"	"	4% ₀ -ГО	"	"
5	"	"	"	"	5% ₀ -ГО	"	"
55	"	"	"	"	6% ₀ -ГО	"	"

Лѣченіе продолжалось нами обыкновенно дней 80 потому, что при указанной дозировкѣ средства терапевтический эффектъ обычно начиналъ выступать на видъ послѣ 25—35 впрыскиванья и продолжалъ прогрессировать вплоть до 65—70-го, когда уже наступало состояніе болѣе или менѣе стационарное.

Мы не будемъ утверждать, что практиковавшійся нами шаблонъ лѣченія—единственно возможный; напротивъ, мы скрѣбѣ склоняемся къ тому, что нѣтъ особой надобности въ той большой осторожности, которая практиковалась нами и выражалась въ постепенномъ повышеніи крѣпости вводившагося раствора. Мы почти убѣждены, что 6%₀-ый растворъ natrii nitrosi, введенный безъ предварительной подготовки больного къ этому средству, будетъ переноситься также хорошо, какъ переносится онъ послѣ пріученія больного рядомъ впрыскиваній болѣе слабыхъ растворовъ. А это, несомнѣнно, значительно сократить срокъ, необходимый для проведения „курса“ лѣченія. Равнымъ образомъ мы думаемъ, что и доза средства, вводимая заразъ, можетъ быть значительно выше той, которая примѣнялась нами у нашихъ больныхъ.

Вопросъ о томъ, насколько стоскъ терапевтической эффектъ, достигаемый введеніемъ азотистокислого натра въ теченіе одного „курса“, нами не можетъ быть пока рѣшенъ съ положительностью. Продолжительность наблюденія въ нашихъ случаяхъ, где примѣнялся natrium nitrosum, пока еще не настолько велика, чтобы мы считали себя въ правѣ дѣлать на этотъ счетъ какіе бы то ни было окончательные выводы. Мы скажемъ только, что относительно измѣненія глазного дна у насъ сложилось такое впечатлѣніе, что улучшеніе кровоизобилія сътчатки, достигаемое при подкожныхъ впрыскиваніяхъ natrii nitrosi, никоимъ образомъ не можетъ считаться

явлениемъ скоропреходящимъ, прекращающимся одновременно съ прекращениемъ дальнѣйшаго введенія средства подъ кожу. Во всякомъ случаѣ лѣченіе азотистокислымъ натромъ, какъ и лѣченіе ртутью, повидимому, требуетъ того, чтобы оно повторялось въ теченіе двухъ—трехъ—пяти лѣтъ ежегодно и при томъ въ первый годъ и даже въ первые два года дважды въ годъ.

Принимая во вниманіе то обстоятельство, что *natrium nitrosum* не можетъ считаться средствомъ безразличнымъ при введеніи его не только подъ кожу, но и *per os*, мы, при введеніи лѣченія этимъ средствомъ въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній, каждый разъ тщательно слѣдили за тѣмъ, не наступало ли у больного какихъ нибудь явлений, которыхъ должны были рассматриваться, какъ явлений интоксикаціонныя.

Въ этомъ отношеніи общее впечатлѣніе наше было таково, что *natrium nitrosum* при той дозировкѣ, которая примѣнялась нами, переносится больными вполнѣ хорошо. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ—въ общемъ немногочисленныхъ—у больныхъ наблюдались головная боль и головокруженіе, но явленія эти были выражены обыкновенно не очень сильно и проходили скоро, какъ только впрыскиванья прекращались на день, на два. Отмѣтимъ также, что у нѣкоторыхъ больныхъ имѣли мѣсто болѣе или менѣе обильные поты, частью денные, частью ночные, прекращавшіеся также очень скоро вслѣдъ за прекращеніемъ дальнѣйшихъ впрыскиваній. Явленіе ній удушья, рѣзкаго паденія волнъ пульса или усиленнаго сердцебіенія нами не наблюдалось ни разу.

Мы воздержимся пока отъ развитія какой бы то ни было теоріи дѣйствія *natrii nitrosi* при *tubes dorsalis*. Наши объясненія на этотъ счетъ будутъ несравненно ближе къ истинѣ въ томъ случаѣ, когда въ распоряженіи нашемъ будетъ болѣе значительный клиническій матеріалъ, чѣмъ тотъ, который имѣется此刻, и когда наблюденіями другихъ изслѣдователей, съ одной стороны, подтверждатся, а, съ другой, рѣзче освѣтятся факты, устанавливаемые нами теперь здѣсь.

Къ вопросу

о центростремительныхъ связахъ ядеръ заднихъ столбовъ.

Студ. Г. Я. ТРОШИНА.

(*Предварительное сообщение*).

Подробный разборъ литературы по трактуемому вопросу не можетъ имѣть мѣста въ настоящемъ предварительномъ сообщеніи. Здѣсь имѣется въ виду дать только самый общій обзоръ литературныхъ данныхъ относительно такъ наз. верхней петли (*obere Schleife, Lemniscus medialis*).

Со времени открытия петли Reil'емъ (1809 г.) и вплоть до второй половины 70-хъ годовъ свѣдѣнія о петлѣ имѣли чрезвычайно разнорѣчивый и сбивчивый характеръ, хотя о петлѣ писали болѣе чѣмъ достаточно. Изслѣдованиемъ петли занимались Reil, Rosenthal, Burdach, B. Stilling, Arnold, Gratiollet, Schräder von der Kolk, Reichert, Deiters, Luys, Meynert, Huguenin, Forel и др. Насколько разнорѣчивы воззрѣнія на петлю въ этотъ періодъ, можетъ показать слѣдующее сопоставленіе: по Deiters'у петля начинается въ Варолиевомъ мосту и кончается въ заднемъ четверохолміи, слѣдовательно, проходитъ очень короткій путь; по описанію другихъ авторовъ, та-же петля проходитъ чрезъ весь головной мозгъ, начинаясь еще въ спинномъ мозгу (B. Stilling, Arnold, Reichert, Huguenin, Meynert) и кончаясь въ корѣ большого мозга (Reil, Meynert). Подобное разногласіе легко объясняется тѣмъ, что въ указанный періодъ петлю изучали по старымъ методамъ: по методу отслойки, расщепленія волоконъ, методу послѣдовательныхъ срѣзовъ съ окраской ихъ и безъ нея.

Только за послѣднія 25 лѣтъ къ изученію петли стали примѣнять специальные методы. Такъ, по эмбріологическому

методу работали надъ петлей Flechsig, Бехтеревъ, Roller, Даркшевичъ, Freud, Edinger, Dollken, особенно два первыхъ автора; по методу Gudden'a—Monakow, Vejas, Baginsky; по сравнительно-анатомическому методу—Spitzka, Edinger; по методу вторичныхъ перерожденій у взрослыхъ животныхъ—Singer и Münzer, Ferrier и Turner, Сухановъ, Лазурскій, Probst, Tschermak и др.; что касается паталого-анатомического метода, то въ этомъ отношеніи петль особенно посчастливилось: на всемъ протяженіи петли отъ ядеръ заднихъ столбовъ до коры большого мозга едвали можно указать участокъ, который, хотя бы однажды, не былъ поврежденъ болѣзненнымъ очагомъ; число случаевъ съ поврежденіемъ петли на томъ или другомъ уровнѣ достигаетъ пятидесяти, принимая во вниманіе только тѣ случаи, въ которыхъ было произведено микроскопическое изслѣдованіе.

Такимъ образомъ, къ изученію петли примѣнялись всѣ методы изслѣдованія центральной нервной системы. Наши свѣдѣнія о петлѣ могли-быть названы полными и исчерпывающими предметъ, если бы выводы, полученные различными методами, совпадали между собой. Какъ разъ этого и нѣтъ. Такъ, всего полнѣе, шире и систематичнѣе оказываются свѣдѣнія о петлѣ, полученные по методу развитія. Этому методу принадлежитъ заслуга, что по нему впервые прослѣдили петлю на всемъ ея протяженіи, начиная съ продолговатого мозга и кончая thalamo optico, чечевицеообразнымъ тѣломъ и корой; благодаря этому-же методу твердо установлено начало петли изъ ядеръ заднихъ столбовъ, перекрестъ петли и пр.; наконецъ, этотъ же методъ далъ указаніе на сложный составъ петли. Свѣдѣнія, полученные другими методами, гораздо отрывочнѣе и не вполнѣ подтверждаютъ данные эмбриологического метода. Нѣтъ, напр., согласія по такому кардинальному вопросу: доходитъ ли петля изъ ядеръ заднихъ столбовъ непосредственно до коры, или она прерывается въ thalamo optico; спорнымъ также является вопросъ, съ какими участками коры связана петля; очень мало данныхъ и относительно анатомическихъ отношеній различныхъ составныхъ частей петли и т. д.

Главная причина, почему петля такъ трудно поддается изученію, безъ всякаго сомнѣнія, заключается въ сложности этого образования. Надо думать, что петля состоитъ изъ нѣ-

сколькихъ частей, имѣющихъ различное происхожденіе, окончаніе и функцию; вѣроятно также, что нѣкоторыя изъ составныхъ частей петли состоять, въ свою очередь, не менѣе, какъ изъ двухъ невроновъ.

Наши опыты по вопросу о центробежальныхъ связяхъ ядеръ заднихъ столбовъ производились на кошкахъ. Ядра заднихъ столбовъ повреждались чрезъ заднее затылочное отверстіе. Животные оставались въ живыхъ отъ 14 до 21 дня, затѣмъ убивались, при чемъ мозгъ обрабатывался по методу Marchi. Полученные ряды фронтальныхъ срезовъ изслѣдовались всѣ, начиная съ верхняго отдѣла спинного мозга и кончая gyrus cruciatus anterior. Всего было произведено семь опытовъ. При изслѣдованіи оказалось, что въ первомъ опытѣ были повреждены ядра Goll'я на обѣихъ сторонахъ; во второмъ—найдены поврежденными ядро Goll'я и ядро Burdach'овскаго столба; въ третьемъ—ядро и пучекъ Goll'я (незначительно) и ядро Burdach'овскаго столба (главнымъ образомъ); въ 4-мъ, 5-мъ и 6-мъ опытахъ—ядро Burdach'овскаго столба; въ седьмомъ—ядро Burdach'овскаго столба и ядро веревчатаго тѣла. Во всѣхъ опытахъ при поврежденіи ядеръ заднихъ столбовъ повреждались и самые столбы.

Разрушеніе ядеръ заднихъ столбовъ производилось ножомъ Graefe или—чаще—просто иглой; другіе способы поврежденія—экстирпация, выжиганіе—не употреблялись. Дѣжалось это съ тою цѣлью, чтобы произвести точно локализированное поврежденіе, не задѣвая образованій, прилежащихъ къ ядрамъ заднихъ столбовъ; кромѣ того, небольшая травма, производимая игрой, вызывала обыкновенно лишь незначительное реактивное воспаленіе. Благодаря послѣднему обстоятельству, можно было точно установить, что задние столбы внизъ не перерождаются; даже разбросанныя глыбки мѣлина, воспалительного происхожденія, внизъ отъ мѣста укола наблюдались менѣе, чѣмъ на полсантиметра; иногда же эти глыбки можно было видѣть на протяженіи только одного миллиметра.

Какъ и слѣдовало ожидать, разрушеніе Голлевскаго и Бурдаховскаго ядеръ главнымъ своимъ слѣдствіемъ имѣло

перерожденіе fibrarum arcuat. int. и петли. Прежде чѣмъ описывать это перерожденіе, нужно указать на другія менѣе крупныя связи ядеръ заднихъ столбовъ.

Изъ ядеръ заднихъ столбовъ довольно значительное число перерожденныхъ волоконъ шло не въ перекресть петли, а въ области ядра бокового столба. Одни изъ этихъ волоконъ входили въ самое ядро бокового столба, большинство же ихъ скоплялось въ дорсальной периферіи этого ядра, принимало продольное направлениe и шло фронтально, рѣзко отличаясь своимъ мѣстоположенiemъ отъ области перерожденной петли. Въ этомъ предварительномъ сообщеніи мы пока воздерживаемся отъ детальнаго описанія дальнѣйшаго хода и мѣста окончанія данныхъ волоконъ.

Другой фактъ, также стоящій особо отъ перерожденія петли, какъ главнаго слѣдствія поврежденія ядеръ заднихъ столбовъ, касается „запятой“ Schultze. Въ нѣкоторыхъ опытахъ поврежденіе захватывало область соотвѣтствующую „запятой“. Въ подобныхъ случаяхъ внизъ отъ мѣста поврежденія въ данномъ участкѣ заднихъ столбовъ замѣтно было перерожденіе, но въ видѣ компактнаго пучка, а не разсѣянныхъ глыбокъ, съ болѣе крупнымъ калибромъ волоконъ, чѣмъ въ остальной части заднихъ столбовъ. Это перерожденіе шло внизъ не болѣе, какъ на одинъ сегментъ, и посыпало отъ себя перерожденныя волокна въ сѣроѳе вещество спиннаго мозга.

Болѣе интереснымъ является соединеніе заднихъ столбовъ и ихъ ядеръ съ мозжечкомъ. Изъ поврежденнаго Бурдаховскаго столба перерожденныя волокна идутъ въ веревчатое тѣло и въ немъ поднимаются къ мозжечку. Что касается fibrae externae anteriores и posteriores, то, если онѣ и служатъ связью между мозжечкомъ и ядрами заднихъ столбовъ, во всякомъ случаѣ—не центробетальной, такъ какъ въ данныхъ опытахъ съ разрушениемъ ядеръ заднихъ столбовъ, эти fibrae не перерождались. Упомянутыхъ волоконъ, идущихъ изъ Бурдаховскаго ядра въ веревчатое тѣло, пе много, такъ что данная (непосредственная) связь между задними столбами и мозжечкомъ очень незначительна. Болѣе значительная связь между задними столбами и мозжечкомъ устанавливается не чрезъ посредство ядеръ заднихъ столбовъ (чрезъ Бурдаховскій столбъ), а посредствомъ того скопленія сѣраго вещества, которое является гораздо фронтальнѣе ядеръ Бурдаховскаго столба. Это скопленіе сѣраго вещества, появляясь на срѣзахъ, лежитъ въ дорсо-

латеральномъ направлениі отъ собственно Бурдаховскаго ядра, будучи окружено въ двухъ третяхъ своей периферіи веревчатымъ тѣломъ; оно извѣстно подъ именемъ ядеръ веревчатаго тѣла Meynert'a. Во всѣхъ опытахъ, гдѣ съ поврежденiemъ ядра Бурдаховскаго столба былъ поврежденъ и самъ столбъ, этотъ послѣдней перерождался въ восходящемъ направлениі до ядра веревчатаго тѣла Meynert'a, густо наполняя это ядро производными міэлиноваго распана. Въ одномъ изъ опытовъ было разрушено и самое ядро веревчатаго тѣла и при этомъ можно было констатировать, что изъ ядра веревчатаго тѣла идутъ перерожденныя волокна въ corpus restiforme, а чрезъ это послѣднее въ мозжечекъ.

Приступая къ описанію перерожденія петли, нужно прежде всего отмѣтить тотъ фактъ, что отличить fibrae internae, идущія изъ Голлевскаго ядра, отъ такихъ же волоконъ, выступающихъ изъ ядра Бурдаховскаго столба, не представляется возможнымъ, хотя это различие описываютъ пѣкоторые авторы. Fibrae arcuatae internae, изъ какого бы ядра онъ не выходили, идя къ средней линії, перемѣшиваются между собой и проходятъ среднюю линію въ одномъ изъ слѣдующихъ трехъ направлений. Однѣ изъ нихъ чрезъ переднюю спайку огибаютъ центральный каналъ и спускаются въ область петли вмѣстѣ съ пирамидными пучками; другія чрезъ substantia reticularis спускаются къ нижней части передняго столба, по боковой наружной периферіи передняго столба поднимаются къ центральному каналу, вступаютъ въ переднюю спайку и чрезъ нее проходятъ на другую сторону, въ противоположную петлю; наконецъ, третьи волокна, спустившись къ нижней оливѣ, не поднимаются къ передней спайкѣ, а прямо чрезъ оливу проходятъ на другую сторону.

Перерожденныя fibrae arcuatae internae послѣ описанаго перекреста въ средней линії, скапляются на противоположной отъ мяста поврежденія сторонѣ, образуя петлю; вступаютъ-ли fibrae arc. int. въ петлю стороны поврежденія, на основаніи произведенныхъ опытовъ, съ достовѣрностью рѣшить нельзя; иногда (но не во всѣхъ опытахъ) петля стороны соотвѣтствующей поврежденію дѣйствительно была слабо перерождена. Дальнѣйшій ходъ петлевого слоя не представляетъ ничего особенного. Сначала онъ занимаетъ дорсо-центральное направление, скопляясь между пирамидой и нижней оливой, между

нижними оливами, въ hilus olivae, между оливой и ея приатками; загѣмъ онъ принимаетъ горизонтальное положеніе снутри кнаружи, начинаясь около средней линіи; въ области верхнаго четверохолмія петлевой слой быстро отходитъ отъ средней линіи по направлению къ латеральной поверхности мозгового ствола. Слѣдя за ходомъ петли, можно констатировать, что въ петлевомъ слоѣ нельзя отличить по положенію волокна Бурдаховскаго и Голлевскаго столбовъ: какъ при разрушениі Голлевскаго ядра, такъ и при разрушениі Бурдаховскаго, глыбки міэлина не скопляются въ какомъ-нибудь извѣстномъ участкѣ, а разсѣяны по всему полю петлевого слоя. Равнымъ образомъ и другихъ какихъ либо подраздѣленій петли на болѣе мелкіе участки замѣтить нельзя. Съ нѣкоторой долей вѣроятности можно однако сказать, что внутренняя (медиальная) часть петли (особенно хорошо обособленная у кошки въ области четверохолмія) менѣе богата глыбками міэлина, чѣмъ остальная часть петлевого слоя.

Перерожденіе петли можно прослѣдить чрезъ все протяженіе головного мозга, начиная съ ядеръ заднихъ столбовъ и кончая корой большого мозга. До послѣд资料ного конечнаго пункта —коры большого мозга—доходитъ лишь незначительная часть волоконъ петлевого слоя; большая же часть петли оканчивается на различныхъ высотахъ мозгового ствола. Это совершается такимъ образомъ, что петля посыпаетъ волокна къ слѣдующимъ образованіямъ, встрѣчающимся ей на пути:

1. къ сѣрому веществу, находящемуся въ области Вароліева моста подъ петлей и надъ ней (т. е. къ сѣрому веществу моста и substantia reticularis въ медиальной ея части),
2. къ ядру боковой петли,
3. къ заднему четверохолмію,
4. къ переднему четверохолмію,
5. къ фронтальному корешку V пары,
6. къ substantia nigra,
7. къ thalamus opticus,
8. къ корѣ большого мозга.

Перечисленные связи петли не всѣ одинаково значительны. Болѣе всего массивна связь петли съ thalamus opticus, нѣсколько слабѣе связь съ заднимъ четверохолміемъ, еще менѣе значительна связь съ corona radiata, ядромъ боковой петли, переднимъ четверохолміемъ и фронтальнымъ корешкомъ пятой пары. Остальные связи, можно сказать, незначительны.

Связь петли съ сѣрымъ веществомъ моста и *substantiae reticularis* совершается такимъ образомъ, что изъ перерожденного поля петлевого слоя выходятъ продольно-перерѣзанныя кривыя волокна, которая вступаютъ въ сѣрое вещество и здѣсь исчезаютъ. Представляютъ ли эти волокна только уклоненія въ стороны отъ прямого хода нѣкоторыхъ волоконъ петли, или это дѣйствительно связь указанного выше характера,—рѣшить по методу Marchi невозможно. При приближеніи къ четверохолміямъ самыя наружныя волокна петли принимаютъ на срѣзахъ не попечное, а косое направленіе. Чѣмъ выше поднимаются они, тѣмъ болѣе они придвигаются къ периферіи мозгового ствола, постепенно продвигаясь по самой периферіи далѣе дорсально къ мѣсту, гдѣ начинаетъ образовываться бугоръ заднаго четверохолмія. Раньше этого послѣдняго описываемыя волокна на своемъ пути по боковой периферіи мозгового ствола встрѣчаютъ ядро боковой петли и вступаютъ съ нимъ въ связь; при этомъ они входятъ только въ верхнюю часть этого ядра, окружая его своими извилистыми окончаніями. Подобнымъ же образомъ совершается связь и съ нижнимъ четверохолміемъ: тѣ волокна, которая продолжаютъ подниматься дорсально по боковой периферіи ствола, при появленіи заднаго четверохолмія, въ значительномъ количествѣ входятъ въ него; здѣсь одна часть волоконъ оканчивается въ ядрѣ заднаго четверохолмія, другая—меньшая—вступаетъ въ глубокое мозговое вещество, лежащее надъ водопроводомъ; вступаютъ-ли послѣднія волокна въ ядро противоположной стороны и совершаютъ-ли они такимъ образомъ полный перекресть надъ *aquaeductus Sylvii*, прослѣдить не удается. Что касается переднаго четверохолмія, то здѣсь перерожденные волокна петли также вступаютъ въ сѣрое вещество холма (главнымъ образомъ въ дорсальную его часть) и въ глубокое мозговое вещество надъ водопроводомъ; кромѣ того, перерожденные волокна встрѣчаются и въ ручкѣ переднаго четверохолмія. Волокна въ глубокомъ мозговомъ веществѣ можно видѣть до самой задней спайки и даже въ этой послѣдней.

На пространствѣ обоихъ четверохолмій можно констатировать связь петли съ фронтальнымъ корешкомъ пятой пары: совершается она такимъ путемъ, что изъ наружной половины петлевого слоя выходятъ длинныя перерожденныя волокна,

которые идутъ чрезъ substantia reticularis въ дорсо-медиальномъ направлениі и пересѣкая все протяженіе S. reticularis, достигаютъ фронтального корешка V пары. Въ этомъ послѣднемъ на вѣкоторомъ протяженіи они идутъ параллельно серповидному краю пучка V пары (следовательно, являются перерѣзанными и продольно), но затѣмъ исчезаютъ, вѣроятно, принимая одинаковое направлениѣ съ волокнами фронтального корешка V пары.

На уровнѣ переднаго четверохолмія и даже выше этого послѣдняго можно наблюдать связь петли съ двумя новыми образованіями: съ краснымъ ядромъ и substantia nigra. Эта связь совершается вполнѣ сходно съ связью, существующую въ болѣе каудальныхъ областяхъ, когда изъ области петли выходили волокна въ сѣрое вещество моста и substantiae reticularis. Особенно ясно обрисовывается связь петли съ substantia nigra.

Thalamus opticus представляетъ самый значительный конечный пунктъ, къ которому направляются волокна петли, выходящія изъ ядеръ заднихъ столбовъ, при чемъ главнымъ образомъ ихъ можно прослѣдить въ трехъ каудальныхъ четвертыхъ thalami. На своемъ пути петля постепенно отдаетъ свои волокна къ скопленіямъ сѣраго вещества—такъ наз. ядрамъ thalami. Придерживаясь терминологіи Monakow'a, можно установить, что петля оканчивается, главнымъ образомъ, въ nucleus ventralis a; нѣсколько меньшее число волоконъ располагается по периферіи n. ventralis b; еще менѣе значительна связь съ n. ventralis c (сюда идутъ, главнымъ образомъ, волокна изъ ядра Голлевскаго столба). На томъ уровнѣ, гдѣ указаны ядра кончаются и, взамѣпъ ихъ, центрально-латеральную область thalami занимаетъ nucleus ventralis anterior, волокна петли кончаются въ этомъ послѣднемъ; болѣе фронтально отъ этого ядра волоконъ петли не замѣтно. Всѣ перечисленныя ядра лежать въ центрально-латеральной части thalami; на эту область нужно смотрѣть, какъ на важнѣйшій конечный пунктъ для волоконъ петли. Но кромѣ этой области петля носылаетъ волокна и въ другихъ направленияхъ. Такъ, можно замѣтить отдѣльные перерожденія волокна въ zona incerta—въ полоскѣ бѣлаго вещества между петлей и пучками основанія мозговой ножки; далѣе, ядро сѣраго вещества, лежащее снаружи отъ Meynert'овскаго пучка, также часто прорѣзывается перерож-

денными волокнами; наконецъ, можно констатировать связь между петлей и центральнымъ сърымъ веществомъ III желудочка какъ одноименной, такъ и противоположной стороны.

Наше особое внимание должны останавливать на себѣ тѣ волокна петли, которые, не оканчиваясь въ указанныхъ областяхъ *thalami*, выходятъ изъ этого послѣдняго, вступаютъ во внутреннюю сумку и идутъ къ корѣ. Эти волокна переходятъ границу между *thalamus opticus*, съ одной стороны, и *corona radiata*, съ другой, различными путями. Дѣйствительно, на уровнеъ передней трети наружнаго колѣнчатаго тѣла можно прослѣдить перерожденные цуги въ спайкѣ *Meynert'a*; нѣсколько фронтальнѣе, приблизительно на уровнеъ передней четверти *corp. geniculati exteri*, такие же цуги перерожденія замѣты въ петлѣ чечевицеобразнаго тѣла, какъ своей, такъ и противоположной стороны. Такимъ образомъ, спайка *Meynert'a* и петля чечевицеобразнаго тѣла представляютъ одинъ путь, по которому волокна петли изъ области *thalami optici* переходятъ въ *coronam radiatam*. Кроме того, можно констатировать еще и другой путь: на срѣзахъ чрезъ переднюю половину *thalami* вплоть до исчезавія *nuclei ventralis anter.* изъ области петли выходятъ перерожденныя волокна, пересѣкаютъ *zonam incertam* и рѣшетчатый слой *thalami* и вступаютъ во внутреннюю капсулу.

Всего затруднительнѣе решить вопросъ, какъ и куда идутъ волокна петли, тѣмъ или другимъ путемъ попавши въ внутреннюю сумку. Руководиться здѣсь расположениемъ отдѣльныхъ глыбокъ міэлина, окрашенныхъ реагентомъ *Marchi* въ черный цветъ, совершенно не представляется возможнымъ. Волокна петли идутъ во внутренней сумкѣ не компактнымъ пучкомъ, а въ видѣ разбросанныхъ отдѣльныхъ волоконъ, почему на фронтальныхъ срѣзахъ не могутъ дать характернаго скопленія черныхъ глыбокъ въ одномъ мѣстѣ; что-же касается мелкихъ отдѣльныхъ *Markschollen*, то они разбросаны въ большомъ количествѣ по всему полю фронтального срѣза чрезъ весь мозгъ. Большинство изъ этихъ глыбокъ къ перерожденію петли не имѣть никакого отношенія, а представлять или частички грязи или косо отрѣзанныя частицы міэлина отъ нормальныхъ волоконъ *corona rediatae*, переплетающихся между собою въ самыхъ разнообразныхъ направленіяхъ. Такія отдѣльные частички нормальной міэлиновой оболочки при чрезмѣр-

номъ дѣйствіи жидкости Marchi сморщиваются, чернѣютъ, не пропускаютъ свѣта и могутъ очень удачно симулировать мѣ-линовый распадъ. Въ силу всего вышеуказанного, при изслѣ-дованіи перерожденія петли въ плащѣ, приходилось руковод-ствоваться исключительно цугами перерожденія, т. е. продоль-ными разрѣзами перерожденныхъ волоконъ. Конечно, для появ-ленія такихъ цуговъ необходимо было случайно удачное на-правлѣніе бритвы при срѣзахъ. Пользуясь такимъ критеріемъ, можно было съ достаточной вѣроятностю, хотя, можетъ быть, съ недостаточною полнотой, установить ходъ петли въ capsula interna и окончаніе ея въ корѣ.

Тѣ волокна, которая чрезъ спайку Meynert'a и петлю чечевицеобразнаго тѣла, повидимому, направляются къ nucleus lenticularis, въ это послѣднее не вступаютъ. Не доходя до чечевицеобразнаго ядра, они исчезаютъ во внутренней сумкѣ, очевидно заворачиваясь въ ней и мѣняя свое направлѣніе. Во внутренней сумкѣ эти волокна встрѣчаются съ тѣми волокнами петли, которая изъ вентрально-латеральной области thalami optici проникаютъ въ capsula interna чрезъ zonam incertam и рѣшетчатый слой. Далѣе волокна того и другого происхожде-нія поднимаются по внутренней капсулѣ вверхъ до горизон-тальной плоскости, соотвѣтствующей corpori calloso. Здѣсь во-локна раздѣляются: одни поворачиваются къ средней линіи, вступаютъ въ мозолистое тѣло и идутъ въ немъ (переходятъ ли они на другую сторону и кончаются ли тамъ, установить не удается), другія волокна отъ мѣста раздѣленія направляются въ сѣрое вещество g. g. suprasylvii и suprasplenii.

Областю коры, къ которой, главнымъ образомъ, направля-ется описываемое перерожденіе петли, является передняя часть gyrogum suprasplenii и suprasylvii, т. е. приблизительно область, съ которой Monakow (Arch. f. Psychiatrie, Bd. 27, за 1895 г.): связываетъ проекціонную систему двухъ ядеръ thalami optici: n. ventralis a и n. ventralis b. Нужно замѣтить, что это— область коры, съ которой преимущественно связаны перерож-денія волокна петли, хотя отдельныя цуги перерожденія можно встрѣтить гораздо болѣе кпереди и гораздо болѣе кзади отъ указываемаго участка, именно—въ задней части g. sigmoidae и въ средней части g. g. suprasplenii и suprasylvii.



Краткій обзоръ дѣятельности клиники нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета за 1898— 1899 учебный годъ.

В. П. Первушина,
ассистента клиники.

Прпступая къ обозрѣнію дѣятельности Казанской нервной клиники за истекшій 1898—1899 учебный годъ, мы прежде всего остановимся на той обстановкѣ и тѣхъ условіяхъ, при которыхъ протекаетъ ея ежедневная работа и которые вполнѣ опредѣляютъ и характеръ этой дѣятельности, и всевозможныя колебанія въ ту или иную сторону.

Клиника нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета, обособившись въ 1887 г. въ самостоятельное отдѣленіе, помѣщается съ тѣхъ порь вмѣстѣ съ прочими факультетскими клиниками въ особомъ зданіи „Клиники“, находящемся противъ Университета, въ центрѣ г. Казани; въ немъ она занимаетъ небольшихъ размѣровъ мужскую палату (въ среднемъ этажѣ клиническаго зданія), на 6 кроватей, и, кроме того, въ нижнемъ этажѣ небольшую комнату (*кабинетъ клиники*), предназначенную для приема и осмотра амбулаторныхъ больныхъ, изслѣдованія стационарныхъ больныхъ и для веденія практическихъ занятій со студентами. Съ 1894 года въ распоряженіе клиники было предоставлено еще небольшое помѣщеніе въ нижнемъ этажѣ Главнаго Университетскаго зданія (въ лѣвомъ крылѣ его), состоящее изъ 2-хъ комнатъ; здѣсь была устроена *лабораторія*, приспособленная для постановки опытовъ надъ животными и для изслѣдованія патолого-анатомическаго

(клиническаго) и экспериментальнаго материала; тутъ же хранятся микроскопические препараты изъ различныхъ отдѣловъ центральной и периферической нервной системы, какъ нормальные, такъ и характеризующіе тотъ или другой патологический процессъ, и далѣе — цѣлая серія объектовъ, полученныхъ при секціяхъ и сохраняемыхъ по тому или другому способу. Кромѣ этого, въ лабораторії находится несолько слѣпковъ (гипсовыхъ) съ клиническихъ больныхъ и рядъ рисунковъ, изображающихъ въ увеличенномъ видѣ различные отдѣлы нервной системы, не говоря уже объ имѣющихся въ распоряженіи клиники многочисленныхъ фотографическихъ снимкахъ съ интересныхъ (въ научномъ или педагогическомъ отношеніи) больныхъ. Въ недалекомъ будущемъ наиболѣе интересныя и цѣнныя принадлежности лабораторії и кабинета клиники лягутъ въ основу „Музея клиники нервныхъ болѣзней“, учреждаемаго съ цѣлью собиранія и систематизаціи всего того, что для ознакомленія съ невропатологіей и для ея детальнаго изученія представляетъ несомнѣнную важность.

Въ концѣ авгуаста мѣсяца заканчиваются необходимыя приготовленія къ открытию клиническихъ занятій и обыкновенно въ первыхъ числахъ сентября клиника открывается пріемомъ приходящихъ больныхъ. Съ первыхъ же пріемовъ подходящіе для преподавательскихъ цѣлей больные (а также и вообще представляющіе извѣстный научный интересъ) отбираются и принимаются въ число стационарныхъ. Такимъ образомъ съ первыхъ же дней работа клиническаго персонала распределется въ двухъ направленихъ: 1) занятія со стационарными и 2) съ приходящими больными. Такъ какъ клиника имѣтъ въ виду главнымъ образомъ интересы студентовъ 2-хъ старшихъ курсовъ — теоретическое и практическое ихъ ознакомленіе съ нервными болѣзнями,—то ради этого директоромъ клиники ведется чтеніе теоретическихъ и клиническихъ лекцій 4-му и 5-му курсамъ и особаго „Введенія въ изученіе нервныхъ болѣзней“— 3-му курсу. Кромѣ того, признавая громадную важность *личнаго* участія самихъ слушателей въ дѣлѣ изученія разнообразнѣйшихъ проявленій заболеваній нервной системы, обращается особенное вниманіе на самостоятельныя занятія студентовъ въ клиникѣ и амбулаторіи, но подъ руководствомъ врачебнаго персонала. Наконецъ, въ числѣ за-

дачъ клиники, какъ и всякаго другого научнаго учрежденія, почетное мѣсто отводится понятному стремленію ея представителей слѣдить за движениемъ науки и собственными силами способствовать ея прогрессу. На этой почвѣ возникаютъ самостоятельныя работы научнаго характера, касающіяся той или другой области, съ характеромъ клиническимъ или экспериментальнымъ, а, кромѣ того, является потребность въ совмѣстномъ обсужденіи животрепещущихъ вопросовъ текущей литературы и результатовъ собственныхъ наблюденій (научныхъ собраній, ихъ засѣданія).

Такимъ образомъ для лучшаго уясненія клинической дѣятельности мы и разсмотримъ отдельно: 1) веденіе амбулаторіи, 2) курированіе стационарныхъ больныхъ и занятія со студентами, 3) чтеніе лекцій и 4) научную дѣятельность клиники.

Амбулаторія представляетъ вполнѣ благодарную задачу для Казанской нервной клиники и поддерживается ею всѣми средствами въ виду особыхъ условій, въ которыхъ приходится дѣйствовать клиникѣ. Располагая слишкомъ незначительнымъ количествомъ стационарныхъ мѣстъ, Казанская нервная клиника, вполнѣ понятно, дорожитъ амбулаторнымъ матеріаломъ, стараясь по возможности извлекать изъ него все необходимое и важное для своихъ цѣлей. Обстоятельства этому особо благоприятствовали: до самаго послѣдняго времени клиника являлась единственнымъ въ г. Казани центромъ, куда обращались нервно-больные, какъ живущіе въ самомъ городѣ, такъ и въ Казанской губерніи. Въ силу своего географическаго положенія она, далѣе, играла ту же роль и по отношенію къ смежнымъ и дальнимъ областямъ Восточной Россіи и даже Сибири, связаннымъ съ Казанью естественными или искусственными путями сообщенія (главнымъ образомъ, бассейнъ р.р. Волги и Камы съ притоками послѣдней—Бяткой, Бѣлой, а съ 1893 г. и Московско-Казанская желѣзная дорога, соединяющая Казань съ желѣзно-дорожнouю сѣтью государства; некоторое значеніе въ зимнюю пору имѣютъ большія трактовыя сооруженія, соединяющія Казань съ смежными губерніями, какъ трактъ Нижегородско-Московскій и Пермско-Сибирскій). Благодаря указанному обстоятельству, амбулаторія клиники находится въ большой зависимости отъ состоянія путей сообще-

нія, а такъ какъ они по преимуществу водные, то, вполнѣ естественно, дѣятельность нервной клиники, подобно остальнымъ клиникамъ Казанского Университета, въ весьма значительной степени оживляется навигаціей въ особенности при началѣ и концѣ ея (что кстати совпадаетъ съ прекращеніемъ и возобновленіемъ клиническихъ занятій), въ остальное время года представляя довольно ровное теченіе. За послѣднія нѣсколько лѣтъ приемъ нервно-больныхъ производится, кроме клиники, еще и въ нѣкоторыхъ больницахъ Казани; однако, на дѣятельности нервной клиники это обстоятельство замѣтнымъ образомъ не отражается и она продолжаетъ играть свою прежнюю роль по отношенію къ мѣстнымъ и иногороднимъ больнымъ.

Приемъ приходящихъ въ клинику больныхъ производится 3 раза въ недѣлю въ присутствіи студентовъ 5-го курса директоромъ клиники при участіи его помощниковъ, подготавливающихъ больныхъ и помогающихъ студентамъ разобраться въ томъ или другомъ случаѣ. Наиболѣе трудные въ диагностическомъ отношеніи или представляющіе извѣстный научный интересъ случаи подвергаются особому, болѣе подробному изслѣдованію или въ тотъ же день (по окончаніи общаго приема), или въ одинъ изъ слѣдующихъ дней сообразно съ наличностью свободного времени у вра�ебнаго персонала и самихъ пациентовъ. Въ случаѣ надобности больные подвергаются повторному изслѣдованію и притомъ нерѣдко при весьма любезномъ участіи и содѣйствіи другихъ клиникъ—ради всесторонняго выясненія вопроса. Полученные результаты отмѣчаются въ особомъ амбулаторномъ журналь, а болѣе подробныя свѣдѣнія объ интересныхъ случаяхъ заносятся на специальная клиническія бланки. Для статистическихъ цѣлей въ минувшемъ году введена карточная система для записи амбулаторныхъ больныхъ (помимо амбулаторного журнала), представляющая большія преимущества при производствѣ выборокъ, группировокъ и т. п.

По отношенію къ амбулаторнымъ больнымъ роль клиники не исчерпывается одними лишь совѣтами, указаніями, выдачей несложныхъ лѣкарствъ, но въ подходящихъ случаяхъ имъ предлагаются соотвѣтствующія манипуляціи, требующія иногда продолжительного и систематического примѣненія. Такъ нерѣдко проводится противосифилитическое ртутное лѣченіе

(впрыскивания) въ случаихъ, гдѣ предполагается лежащимъ въ основѣ заболѣванія lues. Иногда въ аналогичныхъ случаяхъ примѣняется втеченіе продолжительного времени *natrium nitrosum* (впрыскивания), въ нѣкоторыхъ случаяхъ алкоголизма—впрыскивания стрихина. Затѣмъ въ подходящихъ случаяхъ производится систематическое приставленіе мушекъ, прижиганія аппаратомъ *Raqueulin'a*, уходъ за пѣкторальными интересными трофическими разстройствами кожи (напр., *mal perforant du pied, decubitus* и т. д.). Помимо всего этого, по вечерамъ, нѣсколько разъ въ недѣлю (2—3, по временамъ даже ежедневно) ведутся занятія по электротерапіи и массажу обыкновенно при участіи желающихъ изъ студентовъ и очередной группы слушательницъ акушерскихъ курсовъ при акушерско-гинекологической клиникѣ. По утрамъ иногда производятся простѣйтія водолѣчебныя процедуры—обливанье водой, обтиранье влажной простыней (за неимѣніемъ другихъ, болѣе сложныхъ приспособленій—душей и т. д.) — для ознакомленія того или другого больного съ производствомъ предлагаемой ему терапевтической мѣры. Необходимо еще упомянуть о производимыхъ въ подходящихъ случаяхъ сеансахъ гипноза съ терапевтической цѣлью.

Изъ сказанного видно, что дѣятельность амбулаторіи представляется довольно сложной, требуя и внимательнаго къ себѣ отношенія, и пѣ малой затраты времени и силъ, что достичимо лишь при достаточномъ количествѣ врача-бнаго персонала. Въ видѣ иллюстраціи сказанного я приведу запись амбулаторіи за февраль мѣсяцъ 1899 г. Больныхъ, въ первый разъ посѣтившихъ амбулаторію, въ этомъ мѣсяцѣ было 95 чел.; повторныхъ посѣщеній отмѣчено 755, изъ нихъ 157 посѣщеній относится къ бесѣдамъ съ больными, ихъ осмотру, разспросу, лачѣ совѣтѣ, а 598 посѣщеній падаютъ на производство разныхъ лѣчебныхъ процедуръ, а именно: 25 посѣщений — для инъекцій *natrii nitrosi*, 249 посѣщеній для инъекцій ртути, 321 посѣщеніе для сеансовъ электротерапіи и 3 для сеансовъ гипноза; всего, слѣдовательно, втеченіе мѣсяца больными было сделано 850 посѣщеній. За ноябрь 1898 г. количество посѣщеній для разныхъ лѣчебныхъ процедуръ равнялось 571: на инъекціи *natrii nitrosi* падаетъ 334 посѣщенія, на инъекціи ртути — 52, на сеансы электротерапіи — 185.

Указанной организаціей амбулаторії клиника дорожить не только въ интересахъ больныхъ (возможность примѣненія лѣчебныхъ процедуръ въ широкихъ размѣрахъ, довѣрчивое отношеніе пациентовъ къ учрежденію и т. п.), но и въ цѣляхъ чисто педагогическихъ, такъ какъ при такой системѣ слушатели знакомятся не только съ необходимыми приемами для распознаванія болѣзней и обращенія съ больными, но и съ употребительными терапевтическими приемами и процедурами (что крайне важно). Независимо отъ сказанного, является и другое чрезвычайно важное послѣдствіе подобной системы: это именно — возможность слѣдить за больными втечение долгаго времени, за ходомъ ихъ болѣзни, вліяніемъ терапевтическихъ мѣропріятій, что составляетъ драгоценнѣйшую привилегію клинической практики.

Амбулаторія функціонируетъ съ сентября до наступленія лѣтнаго вакаціоннаго времени, т. е. до половины мая, прекращаясь лишь на Рождественскіе (3 недѣли) и Пасхальные (2 недѣли) каникулы. Обычно число новыхъ больныхъ, записанныхъ въ 1-й разъ, достигаетъ втеченіе года до 1000 человѣкъ; съ повторными же посѣщеніями и различными терапевтическими процедурами это число достигаетъ вѣ сколькихъ тысячъ (подробныя данныя за 1898—1899 учебный годъ см. ниже).

Клиника, какъ уже упомянуто, располагаетъ слишкомъ незначительнымъ количествомъ кроватей для стационарныхъ больныхъ — 6 въ мужскомъ отдѣленіи (1 палата) и 1 въ женскомъ (послѣдняя втеченіе осеннаго полугодія помѣщается въ гинекологической клиникѣ, а въ весеннемъ полугодіи — въ терапевтической). Однако, количество больныхъ иногда превышаетъ это „нормальное“ число 7, доходя до 8—10—11 человѣкъ, что объясняется экстренными случаями (травма, кровоизлѣяніе въ мозгъ и т. п.), а также рѣдкими случаями, необходимыми для демонстраціи слушателямъ. Вполнѣ понятно, что клиника при такихъ своихъ размѣрахъ не въ состояніи удовлетворить ни собственныхъ своихъ потребностей, ни спроса публики: многимъ больнымъ, за неимѣніемъ мѣста, приходится отказывать въ приемѣ или записывать ихъ въ кандидаты, причемъ ожиданіе мѣста длится нерѣдко по цѣлымъ недѣлямъ и мѣсяцамъ (въ особенности для женщинъ).

Находясь въ столь стѣсненныхъ условіяхъ, клиника не имѣетъ возможности и удерживать стационарныхъ больныхъ втечение продолжительного времени; она вынуждена ихъ довольно часто мѣнять, дабы передъ слушателями проциркулировало возможно большее и болѣе разнообразное количество больныхъ. За годъ въ общемъ бываетъ отъ 50 до 55 стационарныхъ больныхъ, изъ которыхъ лишь нѣкоторые, въ видахъ особаго интереса той или другой болѣзнейной формы, пользуются клиническимъ лечениемъ втечение 2-хъ, 3-хъ, даже 4-хъ и 5-ти мѣсяцевъ. Это именно — случаи рѣдкіе, эксквизитные, гдѣ хотятъ наблюдать постепенное развитіе симптомовъ, ихъ колебанія, результаты примѣненія тѣхъ или иныхъ терапевтическихъ средствъ или процедуръ. Большинство же больныхъ остается въ клинике 4—5 недѣли, иногда 2 и даже менѣе, вообще столько времени, сколько требуется для правильного распознаванія ихъ болѣзни, выясненія результатовъ примѣненной терапіи и подробнаго ознакомленія съ состояніемъ больного группы студентовъ, а при посредствѣ ихъ, бесѣдъ съ ними и, наконецъ, во время клиническаго разбора — всего курса.

Здѣсь кстати сказать нѣсколько словъ о занятіяхъ студентовъ въ клиникѣ. *Преподаваніе* Нервныхъ болѣзней въ связи съ Электротерапіей и Водолѣченіемъ распредѣляется на 2 года: 4-й курсъ слушаетъ систематическое изложеніе предмета (3 часовыхъ лекцій въ недѣлю), сопровождаемое необходимыми демонстраціями больныхъ, фотографическихъ снимковъ, картъ, макро- и микроскопическихъ препаратовъ, приборовъ, инструментовъ и т. д.; 5-й курсъ занимается въ клинике — принимаетъ участіе (пассивное и активное) въ приемѣ амбулаторныхъ больныхъ, курируетъ больныхъ стационарныхъ и присутствуетъ при ихъ разборѣ во время обходовъ палатъ и на клиническихъ лекціяхъ (одна 2-часовая лекція въ недѣлю). Студенты вызываются къ больнымъ въ качествѣ кураторовъ въ такомъ расчетѣ, чтобы каждый изъ нихъ имѣлъ втечение года хотя бы одного больного подъ своимъ наблюденіемъ. Обыкновенно, къ каждому больному вызывается по 2 или по 3 куратора, которые и производятъ подробное изслѣдованіе подъ непосредственнымъ руководствомъ клиническихъ врачей, выполняютъ назначенные терапевтическія процедуры (массажъ, электризация и пр.) и время отъ времени

даютъ отчетъ въ своихъ дѣйствіяхъ директору клиники во время обходовъ палатъ. На клиническихъ лекціяхъ кураторы демонстрируютъ курсу своихъ больныхъ и принимаютъ участіе въ разборѣ больного и постановкѣ диагноза, а по окончаніи своихъ наблюденій и изслѣдованій представляютъ подробнную исторію болѣзни. — Здѣсь необходимо добавить, что для подготовленія студентовъ къ систематическому изложенію предмета имъ на 3-мъ курсѣ втеченіе 2-го полугодія излагается „анатомо-физиологическое введеніе къ изученію нервныхъ болѣзней“ (одна 2-хчасовая лекція въ недѣлю).

По вполнѣ понятнымъ причинамъ въ клинику принимаются преимущественно больные съ органическими разстройствами нервной системы, чѣмъ важно для ознакомленія слушателей съ симптоматологіей нервныхъ заболѣваній. По окончаніи же студенческихъ занятій въ клиникѣ (въ концу марта) уже неѣть надобности въ подборѣ больныхъ для лекцій и демонстрацій, почему въ клинику и принимаются случаи, представляющіе научный интересъ въ томъ или другомъ отношеніи, а такихъ больныхъ съ открытиемъ навигаціи (средина апрѣля мѣсяца) представляется всегда очень много, и приходится лишь жалѣть о скучности клиническихъ средствъ и о невозможности утилизировать весь матеріалъ.

Научной дѣятельности клиники внѣшнія условія отчасти благопріятствують, отчасти неѣть. Въ качествѣ фактора первой категоріи нужно снова отмѣтить то значеніе, какое выпадаетъ вообще на долю Клиники въ городѣ Казани и смежныхъ губерніахъ и областяхъ. Результатомъ этого является возможность видѣть въ амбулаторіи нервной клиники разнообразнѣйшія формы нервныхъ страданій, наблюдать тѣ или иные особенности ихъ въ зависимости отъ мѣстности, климатическихъ условій, народности, расы, такъ какъ къ помощи клиники прибѣгаєтъ не одно русское населеніе, но и татарское, и различныя инородческія племена Казанской и сосѣднихъ губерній. Такимъ путемъ облегчается стремленіе обобщать наблюдаемые факты, систематизировать ихъ. Однако, широкому пользованію клиническимъ матеріаломъ не благопріятствуетъ скучность клиническихъ средствъ: ничтожное количество кроватей для стационарныхъ больныхъ, недостатокъ средствъ для желательной постановки эксперимента

и лабораторныхъ занятій. Тѣмъ не менѣе, въ предѣлахъ возможнаго, утилизируется и стационарный, и амбулаторный клиническій матеріалъ, а лабораторія обставляется необходимыми принадлежностями для производства опытовъ и для всей сложной обработки экспериментального и патологического матеріала въ видахъ микроскопического изслѣдованія. Въ настоящее время кабинетъ клиники располагаетъ уже достаточнымъ количествомъ инструментовъ для вивесекцій и двумя микроскопами, изъ которыхъ одинъ, приобрѣтенный въ 1896 г. на средства, завѣщанныя приватъ-доцентомъ Несчастливцевымъ, представляется весьма цѣннымъ и годнымъ для самыхъ тонкихъ изслѣдованій.

Въ лабораторіи обыкновенно занимается наличный персональ клиники и, кромѣ того, посторонніе врачи и студенты, заинтересовавшіеся тѣмъ или инымъ вопросомъ по невропатології.

Добытые результаты при занятіяхъ какъ въ клиникѣ, такъ и въ лабораторіи съ текущаго года систематически обсуждаются совмѣстно всѣмъ персоналомъ лицъ, занимающихся при клинике, въ особыхъ *Собраніяхъ*. Собранія эти происходятъ въ аудиторіи клиники, разъ въ мѣсяцъ, по вечерамъ, при чёмъ къ участію въ нихъ приглашаются обыкновенно и студенты тѣхъ курсовъ, для которыхъ читаются лекціи по Нервнымъ болѣзнямъ. Рефераты всѣхъ докладовъ, равнымъ образомъ и происходящій по поводу ихъ обмѣнъ мыслей, своевременно печатались въ газетѣ „Врачъ“.

Въ отчетномъ году пользовалось стационарно льготніемъ 35 мужчинъ и 6 женщинъ, всего, слѣдовательно, 41 человѣкъ (изъ нихъ одинъ больной поступалъ два раза, другой—три раза, одна больная поступала также дважды, благодаря чему поступленій въ клинику за годъ было $38+7=45$). Сравнительно небольшое количество стационарныхъ больныхъ въ этомъ году зависѣло отъ раннаго прекращенія амбулаторныхъ приемовъ и закрытия клиники въ виду бывшаго въ Казани между 28 Апрѣля и 5 Мая 1899 г. VII Пироговскаго Съѣзда, невольно отвлекавшаго и вниманіе, и время, и силы въ свою сторону (тоже обстоятельство соотвѣтственнымъ образомъ отразилось и на данныхъ амбулаторіи).

Среди всѣхъ больныхъ жители города Казани занимаютъ второстепенное мѣсто по своей численности, значительно уступая въ данномъ отношеніи прѣзжему элементу—жителямъ Казанской губерніи и другихъ областей Восточной Россіи. Такъ, изъ указанного числа больныхъ на долю г. Казани приходится 7 человѣкъ (5 мужчинъ и 2 женщины), остальные 34 человѣка—ицогородніе (30 мужчинъ и 4 женщины). Подобное соотношеніе не представляетъ собой особенности данного года, а есть явленіе, повторяющееся изъ года въ годъ и легко объяснимое производимымъ въ цѣляхъ педагогическихъ и научныхъ „подборомъ“ паціентовъ, а также и тѣмъ обстоятельствомъ, что къ услугамъ горожанъ, кроме клиники, являются двѣ городскихъ больницы и земская. Далѣе упомянемъ, что почти половина всѣхъ больныхъ относится къ крестьянскому сословію; тотъ или иной тяжелый недугъ оторвалъ ихъ прямо отъ сохи, отъ ихъ трудовой жизни, нерѣдко ставя въ невыгодныя материальныя условія и самого больного, и его семью.

По роду заболѣваній стационарныхъ больныхъ можно распределить на слѣдующія категоріи.

A. Заболѣванія периферического нервно-мышечного аппарата.

1. *Polyneuritis*—2 случая (мужчины); изъ нихъ одинъ представлялъ собой „ревматический“ (инфекціонный) полиневритъ, а другой развился вслѣдъ за острымъ отравленіемъ ртутной солью — р. *mercurialis*.

2. *Neuritis plexus brachialis bilateralis*—2 случая (мужчины); одинъ изъ нихъ находился уже въ стадіи улучшения, а другой представлялъ довольно медленное ухудшеніе.

В. Болѣзни спинного мозга.

1. *Syringomyelia*—3 случая (мужчины).

2. *Sclerosis lateralis amyotrophica*—1 случай (мужчина).

3. *Spondylose ryzomelique (Marie)*—1 случай (мужчина), типичный представитель того своеобразного заболѣванія позвоночника, которое въ настоящее время интересуетъ специалистовъ.

4. *Myelitis post trauma medullae spinalis*—1 случай (мужчина).

Paralysis Brown-Sequard'a—1 случай (мужчина).

5. *Meningo-myelitis e spondylit.* — 2 случая (мужчины).
Meningo-myelitis luica — 1 случай (мужчина).
Meningitis spinalis chronica (affectio caudae equinae) — 1 случай (мужчина).

Одновременное поражение спинного мозга и периферическихъ нервовъ можно отмѣтить въ 2-хъ случаяхъ:

1. *Paralysis ascendens Landry* — 1 случай (мужчина), представлявшій нѣкоторыя отступленія отъ „типа“ Landry, съ исходомъ въ медленно наступавшее выздоровленіе и съ большиими дефектами въ двигательной сфере.

2. *Polyneuritis et meningitis spinalis* — 1 случай (мужчина), развившійся подъ вліяніемъ какого-то остраго инфекціоннаго процесса.

C. Болѣзни головного мозга

1. *Epilepsia partialis* — 2 случая (мужчины).

Epilepsia partialis continua — 2 случая (мужчины); оба они въ текущемъ году подверглись операциі — трепанациі черепа — въ хирургической клиникѣ проф. В. И. Разумовскаго; въ первое время послѣ операциі судорожные движения изчезли, но затѣмъ вновь появились, хотя въ болѣе слабой степени, а у первого изъ больныхъ они уменьшились настолько, что сдѣлали его существованіе довольно споснымъ.

2. *Affectio cerebelli*, обнаруживавшееся весьма рѣзкой „мозжечковой“ атаксіей, что въ связи съ другими симптомами позволяло думать о страданіи мозжечка (по всей вѣроятности, —атрофическій процессъ) въ 1 случаѣ (мужчина).

3. *Ictus apoplecticus* — въ 4-хъ случаяхъ (мужчины); одинъ изъ нихъ кончился летально на 7-й день послѣ инсульта, при чёмъ на секціи обнаружено громадное кровоизліяніе въ области внутренней капсулы и смежныхъ узловъ.

Изъ заболеваній, поражающихъ всю нервную систему, отмѣтимъ здѣсь:

1. *Sclerosis disseminata* въ 4-хъ случаяхъ (3 мужчины и 1 женщина).

2. *Tabes dorsalis* — 6 случаевъ (5 мужчинъ и 1 женщина).

Д. Неврозы.

1. *Narcolepsia* — типичное проявление невроза у одного молодого крестьянина — 1 случай (м.).

2. *Hysteria* — 3 случая (женщины) съ весьма своеобразными проявлениями, встречающимися не часто.

а. Случай *akinesia algica* (*Möebius*) у пожилой женщины, вполне симулировавший собой спинальный менингит и значительно улучшившийся отъ примѣненія гипноза.

б. Случай *astasia-abasia* у молодой дѣвушки съ большиими истерическими припадками. Выздоровленіе послѣ гипноза и некоторыхъ физикальныхъ процедуръ.

с. Случай истеріи (у молодой дѣвушки) съ цѣлымъ рядомъ разнообразныхъ эффлюресценцій на кожѣ, трофическими и сосудодвигательными разстройствами кожи, что могло быть поставлено въ связь только съ рассматриваемымъ неврозомъ.

3. *Paraesthesiae sexuales* — 1 случай, относившійся къ пожилой замужней женщинѣ съ чрезмѣрно повышенной libido-ditas, что не уступало никакимъ примѣнившимся втеченіе $1\frac{1}{2}$ лѣтъ терапевтическимъ (фармацевтическимъ, физикальнымъ) мѣроопріятіямъ — до перерѣзки p. pudendi ext. и внутритиматочныхъ вирескинаній (по Грамматикати) — включительно. Какъ ultimum refugium, произведена была двусторонняя оваріотомія, лишь только на первые пѣсколько дней избавившая больную отъ тягостнаго состоянія, которое затѣмъ возвратилось.

Изъ приведенныхъ данныхъ видно, что на ряду съ случаями простыми, ходячими, встречающимися на каждомъ шагу, клиника располагала и материаломъ, весьма цѣннымъ въ научномъ отношеніи.

Всѣхъ больныхъ, посѣтившихъ амбулаторію первой клиники въ отчетномъ году въ 1-й разъ, было 462 мужчины и 405 женщинъ, итого 867 человѣкъ. Изъ нихъ 14 мужчинъ вовсе не подверглись осмотру, 30 были направлены въ другія клиники и больницы, соотвѣтственно ихъ заболѣванію (съ заболѣваніями внутреннихъ органовъ 13 чел., съ заболѣваніями гортани 1, хирургическихъ случаевъ 6, съ пораженіями кожи

и венерическими болѣзнями 7, съ заболѣваніями ушей 3), и, слѣдовательно, въдѣнію амбулаторіи нервной клиники подлежало 418 мужчинъ. Точно также изъ всего количества женщинъ не подвергались осмотру 14, а 32 были направлены въ другія клиники (въ хирургическую 18, въ женскую 1, въ терапевтическую 10, въ сифилидологическую — 2, въ ушную 1), и, слѣдовательно, амбулаторія имѣла дѣло съ 359 женщинами, а въ общемъ съ 777 болѣвыми, посѣтившими клинику втченіе года въ 1-й разъ.

По роду заболѣваній здѣсь можно установить слѣдующія категоріи съ болѣе мелкими дѣленіями.

A. Заболѣванія периферическаго нервно-мышечнаго аппарата наблюдались въ 143 случаяхъ: 84 мужчины и 59 женщинъ.

I. Пораженіе мышечной ткани въ 19 случаяхъ: 13 мужчинъ и 6 женщинъ.

1. *Mionatii* — 9 случаевъ: 7 мужчинъ и 2 женщины:

- a. *Atrophia muscular. progressiva*. — 1 ж.
- b. *Myopathia arthropathica* 7 м. и 1 ж.

2. *Mіозиты* — 10 случаевъ: 6 мужчинъ и 4 женщины.

- a. *Polymyositis* 1 м. и 1 ж.
- b. *Myositis* (m. deltoideus) 1 — —
- c. *Lumbago* 4 — 3 —

II. Пораженіе периферическихъ нервовъ — 124 случая: 71 мужчина и 53 женщины.

1. *Neuritis n. thoracici post. (longi)* . . 1 мужчина.

2. *Neuralgia n. spermatici* 1 —

3. *Neuralgia n. trigemini* — 9 случаевъ: 2 мужчинъ (1 разъ —е malaria) и 7 женщинъ (n. trigem. dex.—4, n. trig. sin.—3; изъ нихъ у 3-хъ подъ вліяніемъ caries dentis, у 1-й вслѣдствіе маляріи). Остальные случаи обязаны своимъ возникновеніемъ „простудѣ“.

4. *Neuritis n. facialis peripherica* — 6 случаевъ: 5 мужчинъ (n. facial. dex. 3, n. facial. sin. 2; подъ вліяніемъ склератинознаго пораженія средняго уха 1 разъ, подъ вліяніемъ otitis med. chron. purulenta 1 разъ и 3 случая — „ревматическихъ“) и 1 женщина (n. facial. sin.), съ lues'омъ въ анамнезѣ.

5. *Neuritis n. ulnaris post trauma* (dex.)—1 мужчина.

6. *Neuritis n. radialis*—6 случаевъ: 2 мужчины (1 п.н. radial. dex. post trauma и 1 п.н. radialis dex. e compressione) и 4 женщины (п.н. radial. e compressione—2 раза на правой сторонѣ и 1 разъ на лѣвой; 1 случай п.н. radialis bilateralis saturnina).

7. *Neuritis n.n. mediani, ulnaris et radialis dex. post trauma*—1 мужчина.

8. *Neuralgia n. occipitalis magni dex.*—1 женщина.

9. *Neuritis plexus brachialis*—25 случаевъ: 15 мужчинъ (3 случая, правостороннихъ, подъ вліяніемъ травмы, 12 подъ вліяніемъ инфекціи—„простуды“, изъ нихъ 6 правостороннихъ, 1 лѣвосторонній и 5 двустороннихъ) и 10 женщинъ (1 случай, лѣвосторонній, травматический; 1, лѣвосторонній, подъ вліяніемъ новообразованія въ подмышечной впадинѣ; 1, лѣвосторонній, подъ вліяніемъ отравленія окисью углерода; 7—„простудныхъ“: 4 правостороннихъ, 2 лѣвостороннихъ, 1 двусторонній).

10. *Neuritis n. ischiadici*—37 случаевъ: 23 мужчины (п.н. ischiad. dex.—11, sin.—8, bilateralis—3, п.н. tibialis postici 1) и 14 женщинъ (1, dex., травматический вмѣсть съ neurit. n. cruralis dex., 13 „простудныхъ“—7 правостороннихъ, 6 лѣвостороннихъ).

11. *Polyneuritis*—36 случаевъ: 20 мужчинъ (р. alcoholica 2, р. mercurialis 1, р. syphilitica 1, р. „rheumatica“ 16, изъ которыхъ—polyneuritis manus dex. 1, manus sin. 1) и 16 женщинъ (р. alcoholica 1, р. syphilitica 1, р. „rheumatica“ 14, въ числѣ которыхъ—polyneuritis manus dex. 1, polyneuritis+hysteria 2, polyneuritis+polymyositis 6).

В. Болѣзни **съчннного мозга** наблюдались въ 42 случаяхъ: 35 мужчинъ и 7 женщинъ.

Sclerosis lateralis amyotrophica . . . 1 мужчина.

Syringomyelia 3 м. въ возрастѣ отъ 24—27 лѣтъ.

Spondylose ryzomelique (Marie) . . . 2 л.

Commotio medullae spinalis 1 —

Poliomyelitis ant. acut. 1 —

Myelitis senilis 3 —

<i>Myelitis post trauma columnae vertebralis et medull. spinalis</i>	<i>1 мужчина.</i>
<i>Myelitis</i>	<i>4 —</i>
<i>Meningo-myelitis — 2 случая</i>	<i>1 — и 1 ж.</i>
<i>Myelitis e spondylit. — 4 случая . .</i>	<i>2 — и 2 —</i>
<i>Meningo-myelitis e spondylit. . . .</i>	<i>3 —</i>
<i>Pachymeningitis cervicalis hypertrophica</i>	<i>1 —</i>
<i>Meningitis spinalis chron. — 8 случаевъ: 6</i>	<i>— и 2 —</i>
<i>Meningitis spinalis luica</i>	<i>2 —</i>
<i>Meningo-myelitis luica — Paralysis Brown-Sequard'a</i>	<i>2 —</i>
<i>Myelitis syphilitica</i>	<i>1 —</i>
<i>Meningo-myelitis syphilitica</i>	<i>2 —</i>
<i>Kypho-scoliosis</i>	<i>1 ж.</i>

Въ качествѣ заболѣваній, въ основѣ которыхъ лежало одновременное пораженіе периферическихъ нервныхъ стволовъ со спиннымъ мозгомъ, отмѣтилось 1 случай (мужчина) *paralysis ascendens Landry* и 1 случай (мужчина) *polyneuritis et meningitis spinalis*, оба лѣченіе стационарно.

С. Болѣзни **головного мозга** наблюдались въ 112 случаяхъ (68 мужчинъ и 44 женщины).

1. *Arteriosclerosis cerebri* — 6 случаевъ: 3 мужчины и 3 женщины.

2. *Ictus apoplecticus* — 47 случаевъ: 31 мужчина (hemiplegia dex. 15, h. sinistra 16; случаевъ, въ основѣ которыхъ лежало кровоизлѣяніе, было 16, съ тромбозомъ — 4, съ эмболіей 3; для 8-ми случаевъ не удалось установить характера первоначального пораженія; между прочимъ одинъ изъ нихъ развился втечение скарлатины, другой — втечение тифа, третій зависѣлъ отъ пораженія мозговой коры) и 16 женщинъ (hemiglegia dex. 7 случ., h. sin. — 8 случ. и 1 случай *paralysis alternans*; изъ нихъ съ кровоизлѣяніемъ было 4, съ эмболіей 4, съ тромбозомъ 4 и въ 4-хъ случаяхъ происхожденіе „удара“ не выяснено).

3. *Paralysis bulbaris* — 1 мужчина.

4. *Abscessus cerebri* — 1 женщина (вслѣдствіе *otitis med. chron. purulenta*).

5. *Affectio cerebelli* — 2 случая: 1 мужчина и 1 женщина.

6. *Affectio cerebri organica* — 4 случая: 3 мужчины (1 случай съ эпилептическими припадками послѣ травмы черепа, въ остальныхъ характеръ пораженія не выясненъ) и 1 женщина (натура заболѣванія также не выяснена).

Tumor cerebri — 6 случаевъ: 2 мужчины (невыяснена локализація и натура новообразованія) и 4 женщины (въ 1 случай — sarcoma durae matris въ височной области, въ другомъ — tumor basis cerebri).

7. *Воспалительныхъ заболеваній* преимущественно дѣтскаго возраста, съ самыми разнообразными послѣдствіями со стороны соматической и психической сферы (парезы, недоразвитіе частей тѣла, эпилептическіе припадки и иная непроизвольная движенія, пониженіе интеллекта и т. д.) было 15: 7 мужчинъ (въ 1-мъ случай послѣ polioencephalit'a развились эпилептическіе припадки, въ другомъ — hemiparesis et hemianaesthesia dex., въ 3-мъ — hemiparesis sin. et athetosis, въ 4-мъ — aphasia motoria et surditas verbalis, въ 5-мъ — общее недоразвитіе субъекта, въ 6-мъ — у старика 68-ми лѣтъ былъ диагносцированъ encephalitis lobi occipitalis и, наконецъ, въ 7-мъ — интересное сочетаніе encephalit'a съ poliomyelitis ant. acuta (post morgilli) у 3-хъ-лѣтняго ребенка) и 8 женщинъ (изъ 4-хъ случаевъ polioencephalit'a въ 1-мъ была epilepsia corticalis, во 2-мъ epilepsia et hemiparesis sin., idiotismus. Изъ 4-хъ случаевъ encephalit'a въ 1-мъ былъ athetosis, во 2-мъ hemichorea et hemiathetosis sin., въ 3-мъ epilepsia, idiotismus, microcephalia, а въ 4-мъ развились глухонѣмota на почвѣ otitis interna labyrinthica).

Epilepsia. Сюда же отнесемъ, кромѣ 7-ми вышеупомянутыхъ, еще 9 случаевъ *epilepsiae symptomaticeae*, изъ нихъ — 7 мужчинъ (epilepsia partialis — 5, ep. partialis continua (*Кожевниковская*) 2) и 2 женщины (ep. partialis 1, ep. senilis 1) и, кромѣ того, 3 случая (мужч.) идіотизма, кромѣ вышеупомянутыхъ.

8. *Воспаленіе мозговыхъ оболочекъ* наблюдалось 7 разъ: 3 мужчины (meningitis cerebralis luica; m. cerebro-spinalis luica и m. cerebralis) и 4 женщины (въ 2-хъ случаяхъ m. basilaris luica, въ 3-мъ — paralysis n. oculomotorii sin. recidiva при meningitis basilaris и въ 4-мъ — m. basilaris?).

9. *Lues cerebri* — 6 случаевъ: 5 мужчинъ (изъ нихъ одинъ представлялъ собой lues cerebri et medullae spinalis) и 1 женщина.

10. *Paralysis progressiva alienorum* въ 5 случаяхъ:
2 мужчины и 3 женщины.

Изъ заболеваний, поражающихъ всю нервную систему — и центральную, и периферическую, — отмѣтимъ, во 1-хъ, громадное количество табиковъ (*tabes dorsalis*) — 57 человекъ: 45 мужчинъ (у 2-хъ изъ нихъ была *mal perforant du pied*, у 9-ти *atrophia nn. opticorum*) и 12 женщинъ (у 1-ой *страга папилля*, у 2-хъ *atrophia n.p. opticorum completa*, у 1 ой *mal perforant du pied* — на обѣихъ пяткахъ; въ 2-хъ случаяхъ *tabes* сочетался съ истеріей). Возрастъ мужчинъ колебался между 21—58 г.г., возрастъ женщинъ между 18 (*neuro-tabes luica*) и 52 г.г.

Во 2-хъ, *Sclerosis disseminata cerebro-spinalis* въ 6-ти случаяхъ: 3 мужчины между 13 и 25 г.г. и 3 женщины между 20 и 38 г.г.

Сюда же далѣе отнесемъ 2 страданія, въ основѣ которыхъ лежитъ своеобразная инфекція:

3) *Chorea minor* — 2 случая: 1 мужчина (10 л.) и 1 женщина (9 л.).

4) *Tetania* — 4 случая: 1 мужчина (15 л., русскій) и 3 женщины (22—30 л.). Всѣ жители г. Казани.

D. Неврозы.

1. *Paralysis agitans* 1 случай (мужчина).

2. *Narcolepsia* — 2 случая (мужчины 29-ти и 30-ти лѣтъ).

3. *Neurosis traumatica* — 4 случая, весьма типичныхъ по происхожденію и своимъ проявленіямъ: 3 мужчины, желѣзнодорожныхъ служащихъ, 27-ми, 39-ти и 41-го года (травма головы въ связи съ желѣзнодорожными катастрофами и случайностями службы; у одного изъ нихъ, совмѣстно съ симптомами травматического невроза, наблюдались и явленія *paroxysmoclonus multiplex*) и 1 женщина (46-ти л.).

4. *Hysteria* въ 68 случаяхъ: 6 мужчинъ (у одного можно было поставить въ связь съ истеріей заиканье (*balbuties*), у другого — головную боль, у третьяго — истерический параличъ *n. mediani dex.*; возрастъ всѣхъ больныхъ колебался между 8-ю, 10-ю и 38-ю годами) и 62 женщины, представлявшихъ самыя разнообразныя проявленія и невроза — отъ легкихъ

степеней до самыхъ тяжелыхъ; такъ, въ числѣ ихъ былъ одинъ случай *akinesia algera*, 1 случай *astasia-abasia*, 1 случай съ *anaesthesia sexualis psychica* и т. д.

5. Близко стоящій къ истеріи *neurosis clymacterica* наблюдался въ 2-хъ случаяхъ.

6. *Neurasthenia* представляетъ собой самый обширный классъ заболѣваній, съ которыми приходится имѣть дѣло въ амбулаторіи; сюда мы намѣрены отнести не только тѣ случаи неврастеніи, въ основѣ которыхъ лежатъ тѣ или иные излишства, цереутомленіе (главнымъ образомъ умственное), неправильности половыхъ отправленій, истощеніе организма благодаря тому же персупотомленію, но и случаи легкаго ипохондрическаго состоянія, стоящіе въ связи съ неврастеническими явленіями, и далѣе — обширную группу заболѣваній, именуемыхъ „головной болью“ (*cephalalgia*), безъ опредѣленныхъ, доказательныхъ измѣненій въ головномъ мозгу и внутреннихъ органахъ или даже въ связи съ ними (*malaria*, *lues*, *otitis media* и т. д.). Понятно, что такимъ образомъ рамки описываемой категоріи случаевъ весьма сильно расширяются.

Среди мужчинъ можно отмѣтить *neurasthenia cerebro-spinalis* въ 45 случаяхъ; далѣе, въ 1 случаѣ она осложнялась симптомами *Менѣровой болѣзни*, въ 1 случаѣ выражалась явленіями „малокровія“ у мальчика 7 лѣтъ, въ 2-хъ случаяхъ — соединялась съ истерическимъ состояніемъ (*hysteroneurasthenia*), въ 8-ми случаяхъ проявлялась преимущественно въ половой сфере въ видѣ *impotentia coeundi psychica* или упорныхъ *pollutiones nocturnae*. Сюда же мы присоединяемъ далѣе 5 случаевъ чисто функционального (не истерического, однако) разстройства мочеиспусканія въ видѣ *enuresis — nocturna* 3 случая, *diurna* 1 случай и 1 случай *enuresis nocturna et diurna* (возрастъ 12—21 годъ).

Кромѣ того, въ 14-и случаяхъ встрѣтились явленія *ипохондрии* (*hypochondria*) въ сравнительно легкой формѣ.

Въ отдѣлѣ „головныхъ болей“ упомянемъ о 5 случаяхъ *мигрии* (*hemigranitis*), 2-хъ случаяхъ головной боли въ зависимости отъ малярии, 1 случаѣ — отъ *otitis media chr. rirulenta*, о 2-хъ случаяхъ въ связи съ *lues'омъ*, объ 1 случаѣ въ зависимости отъ носового полипа и, наконецъ, о 16 случаяхъ головной боли чисто неврастеническаго характера. (Всего, слѣдовательно, 27 случаевъ съ диагнозомъ „*cephalalgia*“).

Среди *женщинъ neurasthenia cerebro—spinalis* была отмѣчена въ 8 и случаяхъ, и, кромѣ того, въ сочетаніи съ истеріей (*hystero-neurasthenia*) въ 21 случаѣ, итого, слѣдовательно, въ 26-ти случаяхъ.

Сюда же, далѣе, мы отнесемъ обширнѣйшую группу съ диагнозомъ „*cephalalgia*“, всего 100 случаевъ изъ нихъ 72 случая приходится на долю чисто неврастеническихъ головныхъ болей, а 28 можно отнести за счетъ болѣе определенныхъ этиологическихъ моментовъ. Такъ можно было поставить головную боль въ связь

съ малокровiemъ, истощенiemъ въ	7-и случ.
— helmenthias.	1 —
— сифилисомъ	4 —
— хроническимъ катарромъ носа	1 —
— злоупотребленiemъ спиртными напитками	1 —
— порокомъ сердца	1 —
— травмой черепа	1 —
— маляріей	5 —
hemicrania	7 —

7. *Epilepsia idiopathica* въ 30 случаяхъ: 24 мужчины (ep. diurna 14; ep. nocturna 3; ep. diurna et nocturna—aequivalentes—1; epilepsia (crampi) cum automatsmo ambulatorio 1; automatismus ambulatorius 2; ep. procursiva 1; ep. procurativa et automatismus ambulat. 1; vertigo epileptica 1) и 6 женщинъ (изъ нихъ ep. nocturna, petit mal 1).

Сюда же отнесемъ 1 случай *eclampsiae* у мальчика 1 г. 11 мѣсяцевъ.

8. Нѣсколько случаевъ, входящихъ въ общее понятіе „*міоклонії*“.

а. *Maladie de tic convulsif*—у мужчины (1 случай).

б. *Tic non douloureux de la face (tic convulsif)*—1 случай (женщина).

с. *Crampi choreiformes (chorea minor chronica)*—въ 3 случаяхъ (мужчины—7-ми, 16-ти и 47-ми лѣтъ).

Съ гораздо меньшимъ правомъ приведемъ здѣсь же еще нѣсколько случаевъ, относящихся къ явленіямъ гиперкинеза, которымъ трудно подыскать соотвѣтствующее мѣсто въ классификаціи нервныхъ заболеваній.

- d. *Профессиональный спазм (пневмоз)* — 1 случай (мужчина).
- e. *Tremor essentialis* — 1 случай (мужчина 20-ти л.).
- f. *Tremor senilis* — 1 случай (мужчина 70-ти л.).
- g. *Crampi* — 1 случай (мужчина 35 л.).

Е. **Хроническая интоксикация** наблюдалась въ 19 случаяхъ (16 мужчинъ и 3 женщины).

Хроническое отравление *морфиемъ* наблюдалось въ 1-мъ случаѣ (мужчина 36 л.—врачъ).

Хроническое отравление *морфиемъ* и *кокаиномъ*—въ 1-мъ случаѣ (мужчина 44 л.—фельдшеръ).

Хроническое отравление *алкоголемъ* — въ 17-ти случаяхъ: 14 мужчинъ (*dipsomania* 2 раза; въ одномъ случаѣ имѣлся *neuritis n. regonei*, въ другомъ — *epilepsia* и явленія полиневрита, въ третьемъ — *epilepsia*) и 3 женщины.

F. Психозы, кромѣ вышеупомянутыхъ, наблюдались въ слѣдующихъ 11 случаяхъ (6 мужчинъ и 5 женщинъ):

Psychosis epileptica—1 случай (мужчина).

Psychosis puerperalis—2 (женщины).

Insanitas moralis—2 (мужчины).

Melancholia—1 (женщина).

Психозовъ съ невыясненнымъ характеромъ было 5 случаевъ: 3 мужчинъ и 2 женщины.

G. Трофоневрозы.

Въ отдѣлѣ *трофоневрозовъ* поставимъ въ первую очередь

1) *Morbus Basedowii* въ 21 случаѣ: 3 мужчинъ (20-ти, 22-хъ и 24-хъ лѣтъ) и 18 женщинъ (причемъ въ 4-хъ случаяхъ было выраженное истерическое состояніе; возрастъ колебался между 17-ю и 48 годами: изъ нихъ было 7 девицъ, 9 замужнихъ и 2 вдовы).

2) *Pruritus dorsi*—1 случай (женщина 60 лѣтъ).

3) Свообразное изчезновеніе пигмента кожи и атрофическая явленія въ ея слояхъ на лицѣ у 22-хъ-лѣтняго мужчины (1 случай).

4) *Infantilismus*—1 случай (женщина)—у 19-ти-лѣтней татарки съ явленіями *lues hereditaria*.

Среди заболеваний, стоящихъ въ связи съ пораженiemъ слухового органа, упомянемъ о 3 случаяхъ *morbus Menière*: 1 *мужчина* и 2 *женщины*.

Наконецъ, приводимъ здѣсь рядъ заболеваний, имѣвшихъ лишь незначительное отношеніе къ нервной системѣ.

1) *Pes plana*—1 случай (*мужчина*), сопровождавшійся значительными болями въ стопѣ при ходьбѣ.

2) *Calcanodupia*—боль въ пяткѣ—подострый и хронической воспалительный процессъ въ мягкихъ частяхъ пятки и стопы—въ 4 случаяхъ: 2 *мужчинъ* и 2 *женщины*.

Подведемъ итоги вышеприведеннымъ даннымъ и ради удобства разсмотрѣнія сгруппируемъ ихъ вмѣстѣ.

А. Заболѣванія периферического нервно-мышечнаго аппарата были наблюдаемы въ 143 случаяхъ (84 мужчины и 59 женщинъ), что составляетъ 18,2% общаго количества больныхъ.

I Изъ этого числа на долю пораженія мышечнаго аппарата приходится 19 случаевъ (13 мужчинъ и 6 женщинъ) т. е. 2,46%.

II На долю пораженія периферическихъ нервовъ приходится 124 случая (71 мужчина и 53 женщины)—15,96%.

В. Заболѣванія спинного мозга встрѣчались въ 42 случаяхъ (35 мужчинъ и 7 женщинъ)—5,43%.

Одновременное пораженіе периферической нервной системы и спинного мозга—въ 2-хъ случаяхъ (мужчины)—0,25%.

С. Заболѣванія головного мозга встрѣчались въ 112 случаяхъ (68 мужчинъ и 44 женщины)—14,54%.

Заболѣванія съ пораженiemъ всей нервной системы представляютъ 69 случаевъ (50 мужчинъ и 19 женщинъ), что составляетъ по отношенію къ общему количеству больныхъ—8,88%.

D. Неврозы, куда включены ипохондрія, epilepsia idiopathica, cephalalgia, разнообразные виды „мюклонії“, составляютъ 346 случаевъ (148 мужчинъ и 198 женщинъ) или—44,53%.

E. Хроническая интоксикація наблюдалась въ 19 случаяхъ (16 мужчинъ и 3 женщины) или—2,44%.

F. Психозы, за исключениемъ вошедшихъ подъ рубрику заболеваній головного мозга, наблюдались въ 11 случаяхъ (6 мужчинъ и 5 женщинъ) или—1,41%.

G. Трофоневрозы — въ 24 случаяхъ (4 мужчинъ и 19 женщинъ) или—3,6%.

H. Наконецъ, на долю morbus Ménière (3 случая), pes plana (1), calcaneodynia (4) приходится 8 случаевъ (4 мужчины и 4 женщины) или—1,16%.

Въ 1 случаѣ діагнозъ не могъ быть поставленъ за отсутствиемъ точныхъ данныхъ.

Въ заключеніе прилагаемъ таблицу, наглядно показывающую по мѣсяцамъ итоги дѣятельности амбулаторіи нервной клиники.



Цифровые данные к отчету о деятельности
амбулатории Казанской первой клиники за
1898—1899 уч. годъ.

	Сентябрь			Октябрь			Ноябрь			Декабрь			Январь			Февраль			Мартъ			Апрель			Итого за уч. годъ.					
	М.	Ж.	Итого.	М.	Ж.	Итого.	М.	Ж.	Итого.	М.	Ж.	Итого.	М.	Ж.	Итого.	М.	Ж.	Итого.	М.	Ж.	Итого.	М.	Ж.	Итого.	М.	Ж.	Итого.			
Всехъ посещений, сделанныхъ въ 1-й разъ	141	113	254	62	52	114	45	54	99	27	27	54	42	39	81	53	42	95	72	59	131	20	19	39	462	405	867			
Повторныхъ посещений, сделанныхъ ради совѣта . . .	49	37	86	26	54	80	41	64	105	39	37	76	55	42	97			157			160			42			803			
Инъекции ртути				49	10	59	93	1	94	40	12	52	8	3	11	45	41	86	193	56	249	246	40	286			105		942	
" больныхъ	5	1	6	7	1	8	3	1	4	2	1	3	3	4	7	12	4	16	14	4	18	8	2	10						
Инъекции natrii nitrosi				180	12	192	245	8	253	271	63	334	134	46	180	52	37	99	25	"	25	128	24	152			144		1379	
" больныхъ	12	1	13	12	2	14	10	3	13	10	3	13	1	2	5	2	"	2	8	1	9	9	2	10						
Сеансы гипноза				"	"	"	6	6	"	"	"	"	4	4		5	5	"	3	3	"	8	8	"	2	2		28		
" больныхъ	"	"	"	"	"	"	1	1	"	"	"	"	1	1		2	2	"	1	1	"	2	2	"	2	2				
Франклинизация: количество больныхъ	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	13			14		13	17			33			30			9			
Фарадизація " "	1	"	1	"	"	"						4			4		"	1			1			5			4			
Гальванизація " "	2	1	3	"	"	"						7			6		2	5			14			14			12			
Общее количество больныхъ, пользовавшихся электротерапевтическими процедурами	3	1	4	"	"	"	8	16	24	6	18	24	8	15	23	17	31	48	14	35	49	10	15	25						
Общее количество посещений для электротерапевтическихъ сеансовъ	"	"	4	"	"	"	54	131	185	25	75	100			98	112	209	321	123	259	382	,,	,,	80			1170			
Общее количество больныхъ, пользовавшихся въ амбулатории разнообразными терапевтическими процедурами .	19	3	22	19	4	23				41			41			37			67			78			47					
Общее количество посещений для терапевтическихъ процедур	232	23	255	338	15	353	365	206	571	167	128	295			228	330	268	598	497	331	828			331			3519			
Общее количество всѣхъ посещений въ амбулатории	422	173	595	426	121	547	451	324	775	233	192	425			466			850			1119			412			5189			

О Т Ч Е Т Ы

о научныхъ собранияхъ врачей при клинике нервныхъ болѣзней за 1898—1899
учебный годъ.

Составилъ д-ръ А. Фаворскій.

Собрание 2-го октября 1898-го года.

Проф. Л. О. Даркшевичъ, открывая собрание, обратился къ присутствующимъ съ слѣдующимъ привѣтствиемъ.

Я испытываю особо отрадное чувство сегодня при видѣ того, что наша клиническая семья сплачивается тѣснѣе во имя научныхъ интересовъ. Въ этой сплоченности, въ этомъ единеніи я вижу залогъ болѣе успѣшного достижения той цѣли, которая преслѣдуется нашей клиникой, какъ однимъ изъ учебно-вспомогательныхъ учрежденій Университета.

Нужно-ли говорить, что первой и главной задачей всѣхъ настѣ, имѣющихъ то или другое отношеніе къ клинике, должна служить помошь студентамъ при усвоеніи ими началь нашей науки. Но задача эта—не изъ легкихъ! Въ самомъ дѣлѣ, стапетъ-ли теперь кто нибудь сомнѣваться въ томъ, что такой предметъ, какъ клиническая невропатология, никоимъ образомъ не можетъ быть вложенъ въ рамки строго опредѣленной и заранѣе составленной учебной программы. Рѣдь нашъ предметъ, какъ и всѣ остальные медицинскія науки, развивается непрестанно, обогащаясь все новыми и новыми фактами, кото-

рые подчасъ въ корнѣ измѣняютъ ранѣе господствовавшія воззрѣнія на самые основные вопросы. А разъ это такъ, то отъ преподавателя слушатель въ правѣ ждать не простой передачи шаблонныхъ отвѣтовъ на вопросы учебныхъ плановъ, а сообщенія всего того, что успѣло сдѣлаться дѣйствительнымъ достояніемъ науки и что даетъ отвѣты на вопросы, выставляемые самой жизнью. Преподающій, чтобы быть въ силахъ удовлетворить такому требованію, долженъ не отставать отъ своей науки; онъ долженъ быть въ курсѣ всѣхъ новыхъ научныхъ пріобрѣтеній.

Итакъ, вѣтъ, къ чему сводится наша задача, разъ мы хотимъ отвѣтить тому назначенію, которое создается нашимъ положеніемъ, какъ руководителей учащихся въ нашей клинике: мы должны напрягать всѣ усилия къ тому, чтобы самимъ участвовать въ разработкѣ стоящихъ на очереди научныхъ вопросовъ и съ своей стороны вносить долю свѣта туда, гдѣ чувствуется наибольшая потребность въ освѣщеніи.

Наша задача, трудная съ первого взгляда, облегчается въ значительной мѣрѣ, разъ мы и въ разработкѣ научныхъ вопросовъ не будемъ отступать отъ усвоенного нами принципа—*работать сообща*, имѣя въ виду одну общую цѣль—интересъ нашего общаго дѣла, нашей клиники. То, что нерѣдко бываетъ не подъ силу одному, часто оказывается по силамъ двухъ, трехъ лицъ; идея, высказанная въ самыхъ общихъ чертахъ, подчасъ развивается необыкновенно полно послѣ того, какъ при ея обсужденіи будутъ приведены новыя и новыя соображенія. Какъ часто, наконецъ, мысль одного будить въ сознаніи другихъ цѣлый рядъ новыхъ идей, и при томъ болѣе счастливыхъ, болѣе глубокихъ... Работая сообща, помогая другъ другу обсужденіемъ добытыхъ научныхъ фактовъ, мы тѣмъ самымъ облегчимъ себѣ достиженіе намѣченной цѣли и достигнемъ наиболыпихъ результатовъ.

Благодаря Васъ за готовность служить интересамъ общаго дѣла, я не могу не пожелать отъ всего сердца цолнаго успѣха общимъ трудамъ на пользу нашей клиники.

Д-ръ И. А. Климовъ О патологоанатомическихъ измѣненіяхъ нервныхъ клѣтокъ сердечныхъ узловъ при дифтерийныхъ параличахъ сердца въ связи съ описаніемъ ихъ нормальнаго вида.

Докладчикъ изучалъ нервныя клѣтки сердечныхъ узловъ, заложенныхыхъ въ перегородкѣ предсердій, пользуясь для своихъ изслѣдований методомъ Nissl'я. Съ цѣлью предварительнаго изученія этихъ клѣтокъ въ нормальномъ состояніи имъ было взято: 1) сердце ребенка, умершаго вскорѣ послѣ обширной ожога тѣла, 2) сердце мертворожденнаго, вполнѣ доношеннаго и правильно развитого ребенка, а также 3) сердце здоровой собаки. Нормальная первая клѣтка сердца человѣка оказалась вполнѣ сходной съ таковой же собаки и въ общемъ напоминала спинномозговую клѣтку, какъ ее описываетъ Lenhossek. (Первная клѣтка сердца новорожденнаго характеризовалась своей малой величиной и мелкими блѣдно окрашенными хроматиновыми зернышками). Изученіе нервныхъ клѣтокъ трехъ сердецъ, взятыхъ изъ труповъ дѣтей, умершихъ при явленіяхъ паралича сердца въ теченіе дифтеріи, доказанной бактериологически, обнаружило во всѣхъ случаяхъ ихъ патологическое состояніе, и хотя степень пораженія клѣтокъ была различна, однако сходныя измѣненія ихъ можно было наблюдать во всѣхъ трехъ сердцахъ. Протоплазма клѣтокъ пріобрѣтала болѣе или менѣе интенсивную диффузную окраску, вслѣдствіе распаденія хроматиновыхъ элементовъ и окрашиванія ахроматической субстанціи. Остатки хромофиля замѣчались по большей части на периферіи клѣтки, изрѣдка же въ окружности ядра; въ послѣднемъ случаѣ контуры ядра нерѣдко были неясны или вовсе не видны. Весьма часто констатировалось периферическое положеніе ядра. Ядрышко не обнаруживало никакихъ видимыхъ измѣненій. Клѣтки пріобрѣтали нерѣдко полигональную форму, въ связи съ чѣмъ шло образованіе перипеллюлярныхъ пространствъ. Кроме того, было отмѣчено обиліе лейкоцитовъ въ межуточной ткани узловъ и въ капсулѣ клѣтки, наполненіе кровеносныхъ сосудовъ форменными элементами и кровоизлѣянія въ существѣ нѣсколькихъ узловъ въ одномъ случаѣ. Въ заключеніе докладчикъ высказалъ предположеніе о возможности объяснить параличъ сердца при дифтеріи первичнымъ заболѣваніемъ нервныхъ клѣтокъ сердечныхъ узловъ.—Докладъ сопровождался демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ, при чемъ докладчику было предложено нѣсколько вопросовъ.

Студ. Г. Я. Трошинъ. Не замѣчали ли Вы въ измѣненныхъ клѣткахъ явлений kariorexis'a, которыхъ указывали бы на сильное заболѣваніе клѣтокъ.

Д-р И. А. Клиновъ. Я видѣлъ въ протоплазмѣ клѣточекъ только хроматолизъ и, главнымъ образомъ, перинуклеарный, а со стороны ядеръ—ненормальное эксцентрическое положеніе ихъ. Явленій же kariorexis'a въ моихъ препаратахъ не было.

Д-р Г. И. Можаевъ. Не есть ли показываемое Вами измѣненіе клѣточекъ слѣдствіе посмертныхъ измѣненій?

Д-р И. А. Клиновъ. Весьма возможно, что и посмертные измѣненія оказали свое вліяніе на строеніе клѣточекъ, но несомнѣнно, по моему, что къ этому вліянію присоединился еще плюсъ въ видѣ дифтерійной инфекціи, такъ какъ нервные клѣтки изъ сердецъ умершихъ отъ дифтеріи, съ одной стороны, и умершихъ отъ иныхъ причинъ, съ другой, обработанныя при одинаковыхъ условіяхъ, давали совершенно различное строеніе протоплазмы.

Д-р Г. И. Можаевъ. Что нужно считать причиной смерти при дифтерійномъ параличѣ: самое-ли измѣненіе клѣточекъ сердечныхъ узловъ, или причина кроется въ заболѣваніи блуждающихъ первовъ?

Д-р И. А. Клиновъ. Вопроса этого въ моей работѣ я не касаюсь, но думаю, что разъ, двигательный аппаратъ сердца (сердечная гангліозная клѣтка) измѣненъ, то едва-ли сердце можетъ работать далѣе.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. На мой взглядъ, измѣненіе клѣточекъ вторичнаго характера едва-ли можетъ имѣть здѣсь мѣсто, такъ какъ п. vagus соединяется съ клѣтками сердечныхъ узловъ посредствомъ контакта, а это уже не допускаетъ мысли, чтобы перерожденіе съ п. vagus могло перейти на клѣтку.

Д-р Г. И. Можаевъ. Считаете-ли Вы periцеллюлярное пространство за явленіе только патологическое?

Д-р И. А. Клиновъ. Перицеллюлярное пространство встрѣчается и въ нормальныхъ, не измѣненныхъ клѣткахъ сердечныхъ узловъ, какъ результатъ съеживанія клѣточной протоплазмы отъ дѣйствія спирта; но въ нормальныхъ клѣткахъ оно встрѣчается значительно рѣже и не такъ рѣзко выражено, какъ въ патологическихъ клѣткахъ.

Собрание 7-го ноября 1898-го года.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Случай множественнаю неврита черепныхъ нервовъ на почве общаго саркоматоза (см. выше стр. 27).

Докладъ сопровождался демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ и рисунковъ, при чемъ докладчику былъ предложенъ рядъ вопросовъ.

Д-ръ В. П. Первушинъ. Какъ Вы представляете себѣ механизмъ развитія неврита въ данномъ случаѣ? Мне кажется, здѣсь необходима интимная близость саркоматозныхъ элементовъ къ нервнымъ волокнамъ.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. По моему мнѣнію, невритъ здѣсь является не результатомъ простого сдавленія нервныхъ волоконъ саркоматозными элементами, а результатъ отравленія ихъ продуктами жизнедѣятельности этихъ элементовъ, какъ носителей извѣстной заразы.

Д-ръ А. В. Фаворскій. Почему надо признать за невритомъ въ данномъ случаѣ паразитарное происхожденіе, а не видѣть въ немъ слѣдствіе вліянія на нервныя волокна химическихъ продуктовъ простой жизнедѣятельности саркоматозныхъ клѣтокъ.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Морфологически саркоматозные клѣтки идентичны соединительно-тканнымъ; а разъ эти послѣднія въ условіяхъ нормального существованія не оказываютъ разрушительного дѣйствія на нервныя волокна, то очевидно, что въ продуктахъ жизнедѣятельности саркоматозныхъ элементовъ имѣется какое-то особое отравляющее начало, вырабатываемое подъ вліяніемъ особаго стимула, вѣроятнѣе всего инфекціи.

Д-ръ I. A. Левинъ отмѣтилъ, что новѣйшія работы послѣдняго времени (*Aschalte* и др.) отрицаютъ чужеядное происхожденіе саркомы.

Д-ръ В. П. Первушинъ и А. В. Фаворскій. Къ казуистикѣ акромегалии (см. выше стр. 43).

Докладъ сопровождался демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ и рисунковъ.

Собрание 2-го декабря 1898-го года.

Д-ръ И. А. Климоу. Преддверная вѣтвь слухового нерва и ея такъ наз. первичные центры (см. выше стр. 1).

Докладъ сопровождался демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ и рисунковъ.

Д-ръ М. П. Романовъ. Какъ Вы оперировали надъ п. *vestibularis*, безъ контроля глазомъ?

Д-ръ И. А. Климоу. Да, операциѣ велась безъ контроля глазомъ и до нѣкоторой степени наугадъ; но послѣ ряда опытовъ, благодаря навыку, мы удавалось сравнительно точно и ограниченно повреждать намѣченную область. Понятно, что объѣ эффекты операциї, въ концѣ концовъ, приходилось судить только по микроскопическимъ препаратамъ.

Проф. Л. О. Даркшевичъ замѣтилъ, что изслѣдованіе докладчика, произведенное по методу Marchi, не оставляетъ никакого сомнѣнія въ чувствительной природѣ преддверной вѣтви. Кроме того, оно прекрасно примиряетъ разнорѣчіе авторовъ касательно первичныхъ центровъ этого нерва и даетъ возможность составить стройную схему п. *vestibularis*.

Д-ръ М. П. Романовъ. Случай наследственной мозжечковой атаксіи (см. выше стр. 62).

Д-ръ А. В. Θаворскій. Какъ Вы объясняете себѣ большее уменьшеніе грубой мышечной силы на правой ногѣ?

Д-ръ М. П. Романовъ. Можетъ быть, полушарія мозжечка поражены не одинаково.

Д-ръ А. В. Θаворскій. Я вполнѣ согласенъ съ Вами, и развивая эту мысль далѣе, поставилъ бы другой вопросъ: нельзя ли предположить здѣсь пораженіе какой нибудь определенной системы, при помощи которой мозжечекъ и вліяетъ на клѣтки переднихъ роговъ накапливающимъ потенциальную энергию образомъ? Быть можетъ, на одной сторонѣ эта система и поражена болѣе, по сравненію съ другой.

Д-ръ И. А. Климоу. Такую систему всего правильнѣе видѣть въ пучкѣ Loewenthalа, который и составляетъ часть центробѣжной системы между мозжечкомъ и клѣтками переднихъ роговъ спинного мозга.

Д-ръ И. А. Левинъ. Дѣйствительно-ли точно доказана наследственность въ данномъ случаѣ?

Д-ръ М. П. Романовъ. О наследственности пришлось включать на основании рассказа больного о томъ, что у его 3-хъ братьевъ имѣется приблизительно та же болѣзнь.

Проф. Л. О. Даркшевичъ привелъ случай изъ своей практики, въ которомъ совокупность припадковъ, описанная P. Marie, была у больного, не имѣвшаго наследственного предрасположенія, и въ которомъ болѣзнь, кромѣ того, начинала развиваться у взрослого. На основаніи этого профессоръ полагаетъ, что ни наследственность, ни развитіе болѣзни съ дѣтского возраста не составляютъ непремѣнныхъ условій болѣзни Marie; тоже теперь приходится признать и относительную Friedreich'овой атаксіи, которая, какъ известно, можетъ развиваться и въ позднемъ возрастѣ, и у лицъ безъ всякой наследственности.

Д-ръ Г. А. Левинъ. Какъ объяснить повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ?

Д-ръ М. П. Романовъ. Я затруднялся бы дать подходящее объясненіе этому явлению; да и въ литературѣ о мозжечковой атаксіи Marie я не нашелъ такого объясненія.

Проф. Л. О. Даркшевичъ полагаетъ, что повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ при атаксіи Marie всего правильнѣе поставить въ параллель съ повышеніемъ рефлексовъ при пораженіи головного мозга, т. е. связать его съ пораженіемъ системы, соединяющей мозжечекъ съ спиннымъ мозгомъ въ центробѣжномъ направлении.

Д-ръ В. П. Первушинъ. Когда развилось косоглазіе у больного и отчего оно зависить?

Д-ръ М. П. Романовъ. Косоглазіе, очень часто наблюдавшееся при болѣзни Marie, замѣчено у больного въ дѣтствѣ; но ближайшую причину его выяснить не удалось. Во всякомъ случаѣ заразныхъ болѣзней, съ которыми можно было бы связать косоглазіе, у него не было.



Собрание 16-го января 1899-го года.

Д-ръ В. П. Первушинъ. Случай травматического невроза съ paramyoclonus multiplex (см. выше стр. 105).

Д-ръ А. В. Фаворский. Травматический неврозъ по вѣ-
которымъ авторамъ, ничто иное, какъ истерія мужчина? Нельзя-ли поэтому судороги и здѣсь признать за истерическую?

Д-ръ В. П. Первушинъ. При истеріи встречаются судо-
роги съ характеромъ paramyoclonus multiplex, но ихъ надо
отличать отъ судорогъ настоящаго paramyoclonus multiplex
(Oppenheim).

Д-ръ М. П. Романовъ. Какой по Вашему мнѣнію наи-
болѣе вѣрный признакъ для отличія травматического невроза
отъ симуляціи?

Д-ръ В. П. Первушинъ. По моему, съуженіе поля зрѣнія
составляетъ наиболѣе вѣрный объективный признакъ. Затѣмъ,
могутъ имѣть значеніе и другіе сопутствующіе симптомы,
напр., анестезія, фибриллярный подергиванія и судороги въ
мышцахъ, которые не могутъ сокращаться отдѣльно подъ
влияніемъ воли (m. triceps, m. supinator longus и проч.).

Проф. Л. О. Даркевичъ. На мой взглядъ, paramyoclonus
multiplex тамъ, где нѣтъ другихъ объективныхъ признаковъ
травматического невроза, дѣйствительно, можетъ служить для
отличія истинного страданія отъ симуляціи. Кроме того, по
моему, описанный случай — довольно чистый примѣръ para-
myoclonus multiplex Friedreichа, хотя судороги по временемъ
и не прекращались ночью и было замѣтно перемѣще-
ніе плечъ.

Д-ръ А. В. Фаворский. Къ ученію объ остромъ ртут-
номъ полиневритѣ (см. выше стр. 77).

Студ. Г. Я. Трошинъ. Вы упоминаете о боли въ ногѣ,
бывшей у Вашего больного. Что это за боль?

Д-ръ А. В. Фаворский. Трудно сказать: повидимому, это
были явленія міозита въ мышцахъ икры, но во всякомъ слу-
чаѣ, судя по разсказу, у больного нельзя было признать по-
линеврита до отравленія ртутью.

В. П. Первушинъ. Я имѣлъ случай наблюдать случаи
остраго суплемового отравленія у молодой девушки, принявшей
съ цѣлью самоубийства спиртный растворъ суплемы въ дозѣ,

далеко превышающей токсическую. Незадолго передъ смертью, наступившей на 7-й день, у нея былъ парезъ конечностей, анестезія периферического типа, отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ и сильная неудержимая діаррея.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Случай, только что приведенный д-ромъ *Первушинымъ*, можетъ служить блестящимъ подтверждениемъ того объясненія, которое д-ръ *Фаворскій* даетъ клинической картинѣ своего случая.

В. П. Первушинъ. Я присоединяюсь къ мнѣнію докладчика, что ртуть и въ терапевтическихъ дозахъ можетъ иногда быть причиной полиневрита. По крайней мѣрѣ, при леченіи сифилитическихъ полиневритовъ ртутью нерѣдко наблюдаютъ усиленіе атрофіи въ зрительныхъ нервахъ. А это даетъ основаніе думать, что воспаленіе въ другихъ нервныхъ стволахъ при извѣстныхъ условіяхъ можетъ усиливаться подъ вліяніемъ ртути, даваемой съ терапевтическою цѣлью.

Въ преніяхъ, кромѣ того, приняли участіе д-ра *Г. И. Можаевъ* и *М. П. Романовъ*.

Проф. Л. О. Даркшевичъ, заключая пренія, указалъ на то, что случай докладчика очень поучителенъ и въ теоретическомъ, и въ практическомъ отношеніяхъ. На основаніи этого случая можно считать несомнѣннымъ, что ртуть, вызывая измѣненія въ сѣрѣмъ веществѣ спинного мозга, въ то же время можетъ подавать поводъ къ развитію и полиневрита. Въ практическомъ отношеніи случай этотъ заслуживаетъ вниманія во 1-хъ потому, что здѣсь имѣются указанія на токсическую дозу препаратовъ ртути, а, во-2-хъ, и потому, что въ немъ можно было прослѣдить теченіе болѣзни.

Собрание 23-го февраля 1899-го года.

Д-ръ А. В. Фаворскій. Къ леченію акромегалии (см. выше стр. 94).

Д-ръ М. М. Мерингъ. Не начала ли болѣзнь останавливаться сама ко времени примѣненія опогипофизина?

Д-ръ А. В. Фаворскій. До лечения у насъ болѣзнь несомнѣнно прогрессировала, какъ это видно изъ разсказа боль-

ной, а за время лечения, въ теченіе 2-хъ лѣтъ, она не только не шла впередъ, а замѣтно регрессировала.

Д-ръ Г. А. Клякинъ. Опогипофизинъ несомнѣнно оказалъ въ данномъ случаѣ положительное влияніе. Я выразилъ бы только желаніе, чтобы была примѣнена и самая железа *reg se*, такъ какъ она не даетъ побочныхъ дѣйствій, которыхъ выступаютъ при гипофизинѣ.

Проф. Л. О. Даркшевичъ, заключая пренія, замѣтилъ, что въ данномъ случаѣ не можетъ быть и рѣчи объ опухоли мокротной железы, такъ какъ, несмотря на давность болѣзни, нѣть никакихъ ни общихъ, ни мѣстныхъ явлений, свойственныхъ опухоли головного мозга. Это даетъ еще разъ основаніе думать, что акромегалия, если только она обязана происходженіемъ нарушенію отравленій мокротной железы, можетъ возникать и независимо отъ развитія въ послѣдней какого-либо новообразованія. Весьма возможно, что подобные случаи и будутъ давать благопріятный результатъ при примѣненіи опогипофизина. Что послѣдній можетъ уменьшить выраженіе акромегалии, несомнѣнно доказывается слушаемъ докладчика.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. *O примененіи natrii nitrosoi при лечении tabes dorsalis* (предварительное сообщеніе, см. выше стр. 125).

Д-ръ Г. А. Клякинъ. Такъ какъ *natrium nitrosum* по физиологическому дѣйствію близко стоитъ къ амилъ-нитриту, то нельзя-ли предполагать, что онъ, усиливая дѣятельность сосудовигателей, тѣмъ самымъ улучшаетъ болѣзнь. По крайней мѣрѣ, я, примѣняя при спинной сухоткѣ альтернативный душъ, который, какъ извѣстно, очень сильно дѣйствуетъ на сосудовигатели, получалъ, помимо исчезновенія стрѣляющихъ болей, также уменьшеніе анестезіи и улучшеніе зрѣнія. Въ силу этого мнѣ кажется, что *natrium nitrosum* скорѣе средство паліативное и не можетъ итти въ сравненіе съ ртутью.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Эта вопросъ можетъ быть выясненъ только дальнѣйшимъ наблюденіемъ надъ больными. Если *natrium nitrosum* дѣйствуетъ только на сосудовигатели, то дѣйствіе его должно быть скоропреходящее. Несомнѣнно, что сосудовигатели принимаютъ здѣсь участіе, что и доказывается расширеніемъ сосудовъ глазного дна; но нельзя отрицать и дѣйствія средства (по Petrone) на сифилитическую

заразу, такъ какъ при примѣненіи его улучшается общая картина болѣзни: и стрѣляющія боли, и глазное дно, чтѣ, по моему, походитъ на дѣйствіе ртути.

Собрание 16-го марта 1899-го года.

Студентъ Г. Я. Трошинъ. Къ вопросу о центростремительныхъ связяхъ ядеръ заднихъ столбовъ (предварительное сообщеніе, см. выше стр. 131).

Въ препіяхъ принимали участіе Проф. Л. О. Даркшевичъ и Д-ра В. П. Первушинъ и А. В. Фаворскій.

