

616.8/06)

т 78

120.526.

Т Р У Д Ы

КЛИНИКИ НЕРВНЫХЪ БОЛѢЗНЕЙ

Императорскаго Казанскаго Университета.

ИЗДАНІЕ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

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

Выпускъ первый.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1899.

6 + 6.8 (072)

ТРУДЫ

КЛИНИКИ НЕРВНЫХЪ БОЛѢЗНЕЙ

Императорскаго Казанскаго Университета.

ИЗДАНИЕ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

Л. О. Даркшевича,

о. профессора нервныхъ болѣзней.

Выпускъ первый.

КАЗАНЬ.

Типо литографія Императорскаго Университета.

1899.



120526

Волгодская Книжная
Лавка
Публичная Библиотека

616.8(06)

т 78

48

Печатано по опредѣленію Медицинскаго факультета Императорскаго Казанскаго Университета.

Деканъ Н. Любимовъ.



Оглавление.

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

Замѣченныя опечатки.

Страницы	Строка	Напечатано	Должно читать.
61	3	снизу мокроткой	мокротной железы
63	19	сверху Воппе	Vonpe
68	13	„ ослобленіе	ослабленіе
74	13	снизу 10—22	10—12
75	17	„ пока будто	какъ будто
91	3	„ попржнему	попрежнему
131	2	сверху связяхъ	связяхъ

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

(Экспериментально-анатомическое изслѣдованіе).

И. А. Климова,

приватъ-доцента Казанскаго Университета.

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

Въ литературѣ мы находимъ указаніе, что уже *Messel* ¹⁾ различалъ въ n. acusticus двѣ части: portio mollis и portio dura. Последняя и соотвѣтствуетъ, повидимому, нашему переднему или внутреннему корешку слухового нерва т. е. n. 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 n. trigemini и проникаетъ по направленію къ сѣрому полостному веществу дна 4-го желудочка. Однако, авторъ не можетъ сказать утвердительно, стоятъ ли волокна передняго корешка въ связи съ находящимися тамъ клѣтками.

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

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

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

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

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

Deiters ³⁾ совершенно отрицаетъ связь наружнаго ядра слухового нерва съ *n. acusticus*; онъ на стр. 85 говоритъ: „что касается большихъ клѣтокъ, какъ мѣста начала *n. acustici*, то онѣ не имѣютъ къ этому нерву никакого отношенія; напротивъ, онѣ принадлежатъ къ *circa 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 перваго возникаетъ задній корешокъ, тогда какъ изъ послѣдняго—передній корешокъ слухового нерва.

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

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

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'y).

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*'а“ и черезъ внутреннее слуховое ядро, причемъ волокна его прободаютъ оба задніе продольные пучка. Второй путь идетъ черезъ наружное 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 поперечнаго сѣченія веревчатого тѣла, 3) изъ передняго ядра слухового нерва, которое также соединяется съ мозжечкомъ. Этотъ пучекъ вступаетъ въ извѣстное соотношеніе съ мозжечкомъ, но только исключительно одноименной стороны.

Huguenin ²⁾ дѣлитъ п. acusticus на три корешка: 1) наружный или задній, 2) внутренній или передній и 3) *nervus intermedius* *Wrisbergii*; мѣстомъ же происхожденія ихъ считаетъ внутреннее и наружное слуховыя ядра, а также и переднее слуховое ядро.

Laura ³⁾ признаетъ истиннымъ слуховымъ ядромъ только внутреннее и останавливается на мысли, что связь слухо-

¹⁾ Vom Gehirn der Säugethiere (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*'а, предполагая и въ данномъ 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 описаніе особыхъ волоконъ, которыя начинаются отъ того мѣста, гдѣ оканчивается *funiculus gracilis* т. е. немного выше *calamus scriptorius*. Быстро увеличиваясь въ своемъ числѣ, они, разъединенныя мелкими клѣтками, достигаютъ крупно-клѣтчатой области п. *acustici*. На уровнѣ внутрѣшняго корешка п. *acustici* можно замѣтить переходъ этихъ волоконъ въ названный корешокъ. „Въ то время какъ“, говоритъ авторъ ³⁾, „восходящій корешокъ п. *acustici* увеличивается на своемъ пути, размѣры *funiculi cuneati* и его ядра быстро уменьшаются, что дѣлаетъ вѣроятнымъ предположеніе о происхожденіи, по крайней мѣрѣ, значительной части этого корешка изъ названнаго пучка, между тѣмъ какъ остальная часть его переходитъ въ увеличивающееся одновременно веревчатое тѣло“. „Выше мѣста выхода упомянутаго корешка“, продолжаетъ авторъ ⁴⁾, „поперечныя сѣченія пучковъ, которыя 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. Hirnnervenpaares. 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 *Meynert*'а, относящіяся къ этой части мозгового ствола. *Meynert* ¹⁾ говоритъ, что „внутренній отдѣлъ задней ножки возникаетъ изъ мозжечка на томъ же приблизительно уровнѣ моста, какъ и *corpus restiforme*. Онъ представляетъ четырехугольное поперечное сѣченіе тонкихъ пучковъ, расположенное кнутри отъ овальнаго сѣченія веревчатого 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*'а“.

Monakow ²⁾ сдѣлалъ поперечную перерѣзку спинного мозга у новорожденнаго кролика и изслѣдовалъ въ послѣдствіи мозгъ по методу *Gudden*'а. Изслѣдованія обнаружили, между прочимъ, рѣзкую атрофію ядра *Deiters*'а при полномъ сохраненіи *n. acustici*. „Это обстоятельство“, заключаетъ авторъ ³⁾, „говоритъ противъ существованія какой либо тѣсной связи между ядромъ *Deiters*'а и *n. acusticus* и убѣждаетъ въ полной ошибочности признанія этого ядра ядромъ слухового нерва. Ядро *Deiters*'а скорѣе соединено со спиннымъ мозгомъ и должно быть разсматриваемо какъ ядро *funiculi cuneati*. Равнымъ образомъ и отношеніе такъ наз. внутренняго отдѣла мозжечковой ножки къ ядру *Deiters*'а не можетъ быть близкимъ“. Высказывая взглядъ, что часть волоконъ *funiculi cuneati* оканчивается посредствомъ *corporis restiformis* въ ядрѣ *Deiters*'а, *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 Acustiskerns“ und deren Beziehungen zum Rückenmark (Archiv f. Psychiatrie. 1883. Bd. XIV. S. 1).

³⁾ loc. cit. S. 13.

⁴⁾ Vorläufige Mittheilung über den Ursprung des Nervus acusticus (Neurol. Centralblatt. 1835. Bd. IV. № 5. S. 101).

велъ разрушеніе его корешковъ у кролика и изслѣдовалъ мозгъ спустя 6 мѣсяцевъ; при этомъ обнаружилась полная атрофія задняго латеральнаго и частичная, но замѣтная, атрофія такъ наз. передняго и задняго медіальнаго корешковъ слухового нерва. Авторъ приходитъ къ заключенію, что „слуховой нервъ имѣетъ только два ясно различныхъ корешка: а) такъ наз. задній и б) такъ наз. передній. Медіальная (расположенная въ медіальномъ 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 мозжечекъ; часть этого корешка, можетъ быть, достигала и передняго ядра ¹⁾“. Припоминаю, между прочимъ, доказанное *Monakow*’ымъ отсутствіе связи слухового нерва съ ядромъ *Deiters*’а, *Forel* отрицаетъ также и связь его съ внутреннимъ слуховымъ ядромъ. Равнымъ образомъ онъ не признаетъ для слухового нерва существованіе особыхъ перекрестныхъ волоконъ (*Meynert*’а), предполагаемую связь съ заднимъ продольнымъ пучкомъ (*Meynert*) и предполагаемое отношеніе его къ передней ножкѣ мозжечка (*Mendel*).

Болѣе полныя изслѣдованія были произведены *Onufrowicz*’емъ ²⁾. Экспериментируя надъ кроликами, авторъ высказываетъ слѣдующія интересныя положенія: „ядро *Deiters*’а не имѣетъ 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 служитъ 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 ампуллъ 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 nervi vestibularis; позднѣе же развивающійся на этомъ же основаніи называется корешкомъ п. cochlearis. „Ни одинъ изъ этихъ корешковъ не имѣетъ 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 нѣкоторомъ 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 верхнихъ оливъ той и другой стороны.

*Flechsig*³⁾ въ своей работѣ описываетъ для обоихъ корешковъ слухового нерва комиссуры, 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 перекрестъ. 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).—Ueber 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 волоконъ изъ боковой стѣнки 4-го желудочка и вступаютъ въ пробковидное или шарообразное ядра соответствующей стороны. Отсюда начинаются другія волокна, которыя достигаютъ посредственно или непосредственно черезъ кору мозжечка передней ножки и исчезаютъ въ красномъ ядрѣ покрышки.

Baginsky ому ¹⁾ на основаніи экспериментальныхъ изслѣдованій удалось установить слѣдующіе факты относительно п. vestibularis. Онъ составляется тремя пучками: первый лежитъ съ медіальной стороны corporis restiformis и частью оканчивается среди мелкихъ клѣтокъ, расположенныхъ вентрально отъ ядра *Deiters*'а, 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 соответствующей стороны, или въ formatio reticularis; наконецъ, еще выше находится третій, занимающій то же положеніе относительно corpus restiforme, какъ и предыдущіе, и спускающійся къ боковой стѣнкѣ 4-го желудочка.

Почти одновременно съ *Baginsky* имъ *Bumm* ²⁾, экспериментируя надъ кроликами, приходитъ къ заключенію, что „передній корешокъ слухового нерва начинается частью въ продолговатомъ мозгу, частью же въ мозжечкѣ. Мѣстомъ происхожденія этого корешка въ продолговатомъ мозгу служатъ нервная сѣть вмѣстѣ съ принадлежащими ей клѣтками, расположенными на вентральной сторонѣ ядра *Deiters*'а: 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 Hörnervens Ursprungs beim Kaninchen (Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. 1889. Bd. XLV. S. 565).

³⁾ loc. cit. S. 573.

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

Цитируя данныя литературы, отрицающія существованіе 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's*а, ни клѣтки ядра *Бехтерева*, ни клѣтки задняго или дорсальнаго 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*; онѣ посылаютъ волокна въ *formatio reticularis*. Въ этой же работѣ авторъ указываетъ, что между переднимъ корешкомъ слухового нерва и мозжечкомъ существуетъ связь, которая устанавливается волокнами, спускающимися по внутренней поверхности передняго отдѣла веревчатого тѣла.

Held ⁴⁾, работая по методу *Golgi* надъ мозгами зародышей человѣка и мелкихъ животныхъ, видитъ полную аналогію между n. vestibularis и входящими задними корешками спинного мозга. По описанію автора, осевые цилиндры n. 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. Firenze, 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.).

зую при этомъ такъ наз. восходящій корешокъ *Roller'a* съ богатыми коллатералами, вступающими въ смежное съ нимъ сѣрое вещество; вторая же своими конечными развѣтвленіями наполняетъ сѣрое вещество дна и боковой стѣнки 4-го желудочка т. е. заднее слуховое ядро, „главное ядро п. vestibularis“ и ядро *Deiters'a*. Последнее 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 приводитъ, между прочимъ, данныя относительно строенія внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка. Этотъ отдѣлъ содержитъ въ себѣ не только нисходящую вѣтвь п. vestibularis, но и нисходящія вѣтви другихъ чувствительныхъ нервовъ, какъ то: nn. trigemini, vagi и glossopharyngei, причемъ отъ всѣхъ поименованныхъ вѣтвей отходятъ въ сѣрое вещество дна 4-го желудочка богатыя развѣтвленія. Толстыя первичныя развѣтвленія чувствительныхъ корешковыхъ нервовъ образуютъ, по мнѣнію *Held'a*, такъ наз. fibrae arcuatae internae, которыя переходятъ въ слѣдующія системы: а) въ остаточную область передне-боковыхъ столбовъ (перекрестно или неперекрестно), б) въ межolivный слой (перекрестно), с) въ боковое поле formationis reticularis (неперекрестно). Посредствомъ fibrae arcuatae internae устанавливается связь всѣхъ вообще чувствительныхъ нервовъ со спиннымъ и большимъ 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 коллатерали къ nucleus dentatus cerebelli.

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

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

²⁾ Beiträge zur feineren Anatomie des Kleinhirns und des Hirnstammes (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 *Бехтерева* и *Obersteiner*, во-вторыхъ, что къ изгибу ствола передняго корешка присоединяются волокна съ внутренней поверхности передняго отдѣла веревчатого тѣла, начинающіяся отъ пробковиднаго и кровельнаго ядеръ, въ третьихъ, что ядро *Deiters'a*, заднее 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 ганглиемъ и аналогомъ спинныхъ ганглий, принадлежитъ къ переднему корешку и къ внутренней части задняго корешка слухового нерва.

Кирилъцевъ 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, кромѣ того, посылаетъ отъ себя ролонца въ кауальномъ направленіи (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 достовѣрнаго ³⁾.“ Связь ядра *Deiters'a* со слуховымъ нервомъ не доказана еще, по мнѣнію автора, вполне 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 человека 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 треугольнаго 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 отрицаетъ 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 дорсальнаго направляются волокна въ мозжечекъ, которыя 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 internae, которыя послѣ перекреста въ raphe становятся продольными, располагаясь съ дорсальной стороны оливы, и присоединяются къ lemniscus lateralis. Далѣе, изъ первичнаго центра нисходящаго корешка n. vestibuli, а также изъ ядра *Deiters'a* идутъ волокна въ ядро n. abducentis. Наконецъ, изъ ядра *Deiters'a* возникаютъ особыя волокна, которыя спускаются косо къ дорсо-медіальной сторонѣ верхней оливы, гдѣ, образуя вѣроятно продольные пучки, присоединяются къ медіальной петлѣ.

¹⁾ Handbuch der Gewebelehre des Menschen. 6 Aufl. Zweiter Band. Erste Hälfte. 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's'a*, содержащимъ элементы крупнаго размѣра, съ описаннымъ мною ядромъ *p. vestibularis*, располагающимся при наружномъ углу дна четвертаго желудочка и содержащимъ клѣточные элементы меньшихъ размѣровъ и наконецъ быть можетъ съ такъ наз. внутреннимъ ядромъ. Вступивъ въ ядро *Deiters's'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 верхней части ядра *Burdach'a*“ ²⁾. Всѣ первичные центры преддверной вѣтви посылаютъ свои волокна ко шву, но, кромѣ того, отъ ядра *Deiters's'a* и *Бехтерева* идутъ волокна черезъ внутренний отдѣлъ 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 передняго корешка, повидимому, направляются и непосредственно въ мозжечекъ, какъ показываютъ изслѣдованія по методу *Golgi (Held. R. у Cajal)*.“ Изъ ядра *Deiters's'a* выходятъ волокна, которыя 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 противоположащей стороны.

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

¹⁾ Проводящіе пути спинного и головного 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 отрѣзки, которые оканчиваются среди клѣтокъ, заложенныхъ въ самомъ пучкѣ (*nucleus cerebello-acusticus Ramon y Cajal'a*). Нисходящія вѣтви преддвернаго нерва представляются сильнѣ развитыми и оканчиваются въ заднемъ слуховомъ ядрѣ, а также въ каудальномъ продолженіи его т. е. въ „нисходящемъ ядрѣ преддвернаго нерва“ *Ramon y Cajal'a*. Осевые цилиндры ядеръ *Deiters'a* и *Бехтерева* направляются въ сторону шва и образуютъ два пути второго порядка: прямой или наружный и перекрестный или внутреннй. Первый, описанный уже *Held'омъ*, проходитъ кнаружи и впереди 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 *gange* вступаетъ въ задній продольный пучекъ, гдѣ раздвояется, давая вѣтви въ противоположномъ другъ къ другу направленіи.

Изученіе литературы предмета, выдвигая цѣлый рядъ спорныхъ вопросовъ, намѣчаетъ въ тоже время общій планъ предстоящихъ изслѣдованій. Прежде всего мы должны выяснить, къ какому роду нервовъ слѣдуетъ причислить п. *vestibularis*. Послѣ этого намъ придется рѣшить, 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 рѣшенія поставленныхъ задачъ примѣненіе метода *Marchi* является въ настоящее время наиболѣе желательнымъ. Поэтому, отдавъ предпочтеніе названному методу, мы произвели на кроликахъ пять различныхъ операцій, имѣвшихъ цѣлью повредить корешокъ п. *vestibularis* или же его так. наз. первичные центры.

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

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

Послѣ операціи, кролики оставались 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 предложенной 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 поврежденіе ствола *n. vestibularis* при полной сохранности его такъ наз. первичныхъ центровъ. Правда, кромѣ того, существовало еще побочное поврежденіе клочка и отчасти зубчатого ядра и волоконъ веревчатого тѣла, но оно не имѣло для насъ существеннаго значенія, такъ какъ зависящія отъ него перерожденія волоконъ исключались легко. На препаратахъ въ поврежденной части корешковыхъ волоконъ мы наблюдали пуги черныхъ глыбокъ, которыя, начинаясь отъ мѣста поврежденія, направлялись между овальнымъ сѣченіемъ веревчатого тѣла и серповиднымъ сѣченіемъ спинальнаго корешка *n. trigemini* къ такъ наз. первичнымъ центрамъ преддвернаго нерва (ясно обозначая тѣмъ самымъ ходъ корешковыхъ волоконъ въ мозговомъ стволѣ).

Принимая во вниманіе локализацию поврежденія и направление, въ которомъ шло перерожденіе въ данномъ случаѣ, мы вправѣ сдѣлать заключеніе, опираясь на извѣстный законъ *Waller*'а, что *n. vestibularis* проводитъ импульсы

центрипетально, а потому и долженъ быть причисленъ къ первымъ чувствительнымъ. Это заключеніе получаетъ подтвержденіе въ остальныхъ нашихъ опытахъ, гдѣ также при поврежденіи самого корешка или его развѣтвленій каждый разъ развивалось перерожденіе поврежденныхъ волоконъ *n. vestibularis* по направленію къ такъ наз. его первичнымъ центрамъ.

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

Въ виду того, что полная, всесторонняя оцѣнка данныхъ, вытекающихъ изъ каждаго опыта въ отдѣльности, возможна только при точномъ опредѣленіи на серіи препаратовъ 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 впослѣдствіи для сопоставленія съ результатами изслѣдованія остальныхъ опытовъ.

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

Препараты на уровнѣ входа корешка *n. vestibularis* въ мозговую стволъ даютъ намъ картину рѣзко перерожденныхъ корешковыхъ волоконъ праваго *n. vestibularis* (рис. 1). Эти волокна, наполненные, начиная отъ мѣста своего поврежденія, крупными

120526

черными глыбками, проходятъ во внутренній отдѣлъ задней ножки мозжечка, между веревчатымъ тѣломъ и дорсальной частью спинальнаго корешка п. trigemini въ косомъ направленіи: снаружи кнутри и кзади (въ дорсальную сторону). На этомъ уровнѣ внутренній отдѣлъ задней ножки мозжечка представляетъ приблизительно неправильную четырехугольную область съ болѣе широкимъ вентральнымъ основаніемъ; границы области составляютъ сзади и снутри *striae medullares*; снаружи—медіальный край веревчатого тѣла; съ вентральной стороны—дорсальная часть спинальнаго корешка п. trigemini. Перерожденные волокна п. vestibularis входятъ именно въ вентрально-латеральный уголъ описаннаго 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, состоитъ изъ подобныхъ же извитыхъ пучковъ, среди которыхъ находятся однако очень крупныя клѣточки, образующія, какъ извѣстно, ядро *Deiters'a*.

Просматривая препараты въ каудальномъ направленіи, мы констатируемъ въ сѣченіи внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка рядъ послѣдовательныхъ измѣненій. Прежде всего крупныя клѣтки ядра *Deiters'a*, расположенныя въ дорсальной части этого сѣченія, постепенно уменьшаются въ своемъ числѣ, такъ что еще на уровнѣ *tuberculi acustici* исчезаютъ послѣднія клѣтки названнаго ядра. Само ядро, а также расположенныя 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 клѣтокъ ядра *Deiters'a*, они не заполняютъ всю его латеральную часть (рис. 2). Здѣсь происходитъ, однако, не абсолютное, но только относительное увеличеніе разсматриваемыхъ перерожденныхъ волоконъ; это видно уже изъ того, что сѣченіе внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка по направленію къ спинному мозгу постепенно уменьшается.



Выше было упомянуто, что *n. vestibularis* входитъ въ ту часть внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка, которая заключается въ себѣ болѣе мелкія клѣтки. Эти же клѣтки находятся на всемъ пути перерожденныхъ волоконъ. Обиліе мелкихъ черныхъ глыбокъ среди нихъ, которое легко констатируется на цѣлой серіи препаратовъ, свидѣтельствуетъ о томъ, что данныя клѣтки служатъ мѣстомъ окончанія перерожденныхъ волоконъ. Кромѣ того, во внутреннемъ отдѣлѣ задней ножки мозжечка, на всемъ его протяженіи, видны отдѣльныя перерожденные волокна, которыя, уклоняясь въ медиальную 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 перерожденныхъ волоконъ, которыя принадлежатъ въ значительной мѣрѣ системѣ, начинающейся въ ядрахъ Бурдаховскаго столба и вступающей въ веревчатое тѣло; послѣднее на этомъ уровнѣ имѣетъ уже небольшіе размѣры. Перерожденные волокна внутренняго отдѣла задней ножки мозжечка не исчезаютъ еще вполне на этихъ препаратахъ: быстро уменьшаясь въ своемъ числѣ, они располагаются внутри отъ ядеръ Бурдахова столба (рис. 3). Съ появленіемъ же ядра Голлевскаго пучка, эти волокна помѣщаются между даннымъ ядромъ и ядромъ Бурдаховскаго столба. Послѣднія окончанія ихъ видны въ вентральной части хорошо уже сформированнаго Бурдаховскаго столба, тотчасъ внизу отъ самой каудальной части его ядра.

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

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

ближайшихъ препаратахъ, начиная съ исходнаго при изученіи данной серіи, мы констатируемъ замѣтное увеличеніе числа большихъ клѣтокъ ядра *Deiters*'а. 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 направленіи и оканчиваются въ ядрѣ *Deiters*'а.

Менѣе толстые пучки, помѣщающіеся вентрально отъ корневидныхъ и принимающіе косо направленіе отъ вентролатеральнаго къ дорсо-медіальному краю даннаго сѣченія т. е. къ тому мѣсту, гдѣ впервые обнаруживается ядро *Бехтерева*, оказываются напротивъ наполненными черными глыбками.

Вскорѣ наконецъ ядро *Deiters*'а исчезаетъ вполне 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 п. vestibularis въ церебральномъ направленіи.

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

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

Наиболѣе удаленныя въ церебральномъ направленіи 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 сказаннаго видно, что корешковые волокна п. vestibularis въ церебральномъ направленіи развиты слабѣе, чѣмъ такъ наз. восходящій корешокъ п. acustici Roller'a и оканчиваются исключительно въ мелко-кѣлочномъ 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 вышеуказаннаго побочнаго поврежденія мозговой ткани.

Прежде всего обращаетъ на себя вниманіе перерожденіе нѣкоторыхъ лучеобразныхъ ¹⁾ 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 соотвѣтствіи со степенью поврежденія веревчатаго тѣла. Наболѣе 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, такъ 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 усыянъ мелкими черными глыбками отъ вступающихъ туда перерожденныхъ волоконъ изъ поврежденныхъ нижнихъ извилинъ мозжечка.

¹⁾ См. о проводящихъ путяхъ мозжечка. Дисс.

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

Перерождение переднихъ волоконъ corporis trapezoides (рис. 1) начиналось отъ мѣста ихъ поврежденія; перерожденные 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-медіальномъ отдѣлѣ лѣваго бугра задняго двухолмія.

Кромѣ того, въ мозговомъ стволѣ замѣчалось нисходящее перерождение дорсальной части праваго спинальнаго 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 поврежденіемъ n. vestibularis, а цѣликомъ объясняется существующими побочными поврежденіями мозговой ткани.

Существенно важнымъ въ разсмотрѣнномъ опытѣ 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 диссертациі я имѣлъ уже возможность доказать, что извитые толстые пучки волоконъ, находящіеся во внутреннемъ отдѣлѣ 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-яго и перейти къ слѣдующему.

Въ опытѣ 4-омъ поврежденіе n. vestibularis было нанесено

черезъ полушаріе мозжечка. Поврежденіе получилось чрезвычайно обширнымъ, такъ что, кромѣ корешка *n. vestibularis*, внутреннего 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 *n. acustici Roller'a* есть массивный спинальный корешокъ *n. vestibularis*, перерождающійся въ центростремительномъ направленіи, такъ какъ мы констатировали въ уцѣлѣвшей конечной части этого корешка черныя глыбки. Выводы наши, сдѣланные въ 3-мъ опытѣ, о протяженіи спинальнаго корешка *n. vestibularis* до самой каудальной части ядра Бурдаховскаго столба, а также объ окончаніи его въ вѣтвяхъ нисходящаго ядра преддвернаго нерва *Ramon y Cajal'a* и *nuclei acustici dorsalis* получили также вѣское подтвержденіе въ 4-мъ опытѣ.

Опытъ 5-ый служитъ 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 *n. 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 *n. vestibularis*.

Эти данныя 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 поименованныя перерожденія результатомъ поврежденія корешка п. *vestibularis*, то и въ данномъ опытѣ напрашивается мысль связать эти перерожденія съ поврежденіемъ корешковыхъ волоконъ названнаго нерва; поврежденіе ихъ въ дѣйствительности мы и видимъ.

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

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

Въ заключеніи считаю не лишнимъ сопоставить результаты моихъ изслѣдованій 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 п. *vestibularis* значенія чувствительнаго нерва. Моими изслѣдованіями, исполненными по методу *Marchi*, вполне подтверждается правильность этого мнѣнія. Такимъ образомъ существующихъ данныхъ оказывается повидимому достаточно, чтобы счи-

тать вопросъ о направленіи проводимости п. vestibularis рѣшеннымъ.

Далѣе, согласно своимъ наблюденіямъ, я долженъ прикнута къ *Clarke*, *Huguenin*, *Held*'у, *Edinger*'у, *Obersteiner*'у, *Koelliker*'у, *Бехтееву*, *Ramon y 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*, отрицавшихъ связь этого ядра съ преддверною вѣтвью.

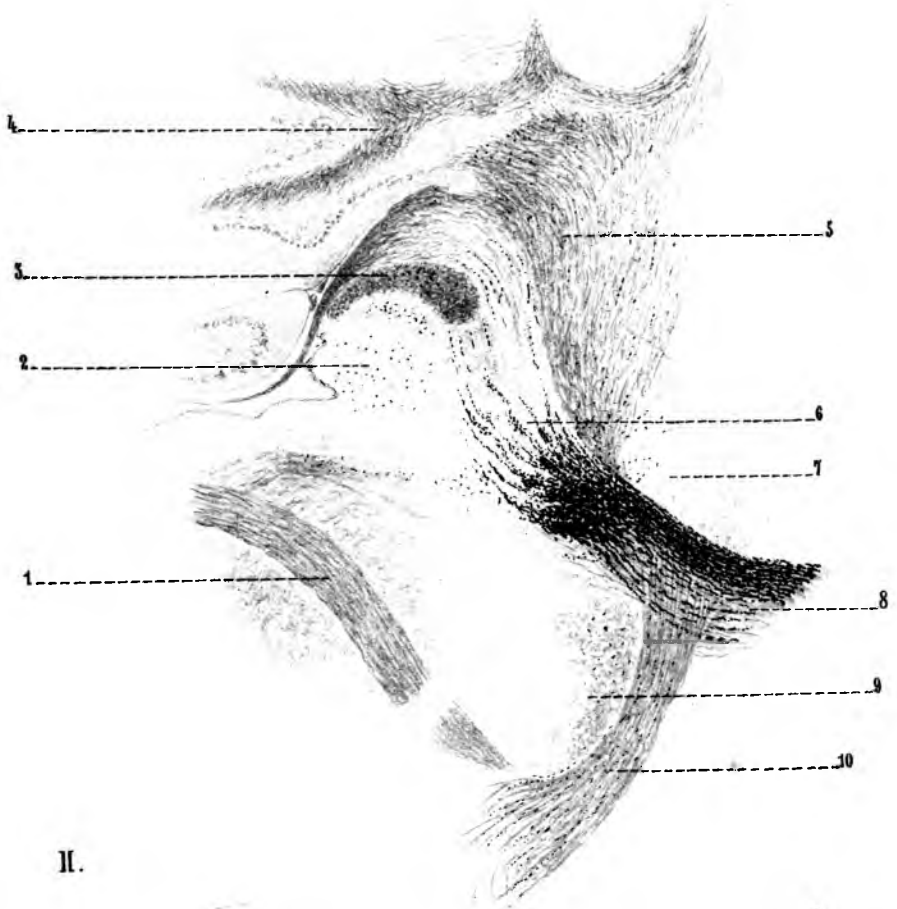
Хотя ядро *Deiters*'а и причисляется цѣлымъ рядомъ изслѣдователей {*Schroeder van der Kolk*, *Clarke*, *Stieda*, *Meynert*, *Huguenin*, *Laura* (съ оговоркой о перекрестной связи), *Hoffman* и *Schwalbe* (перекрестныя и веперекрестныя отношенія), *Forel*, *Held*, *Obersteiner*, *Koelliker*, *Бехтеевъ*, *Ramon y Cajal*} къ первичному центру преддвернаго нерва, но я болѣе согласенъ съ *Deiters*'омъ, *Monakow*'ымъ, *Onufrowicz*'емъ, *Baginsky*'имъ, *Sala* и отчасти съ *Edinger*'омъ, отрицавшими связь этого ядра съ преддвернымъ нервомъ.

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

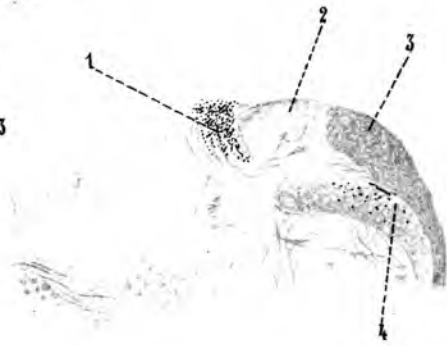
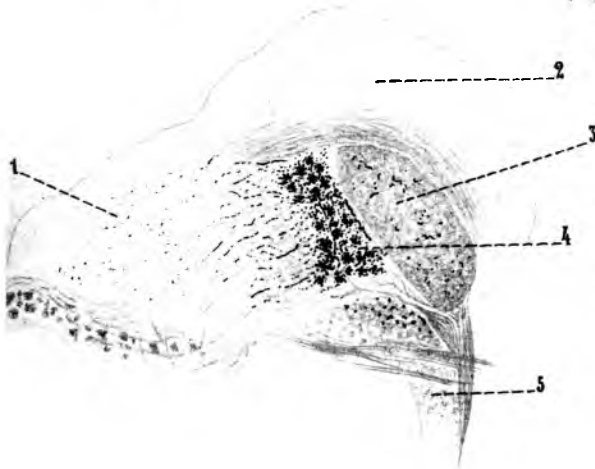
Восходящій корешокъ п. acustici *Roller*'а причисляется всѣми авторами къ слуховому нерву. Съ полною увѣренностью отнести его къ преддверному нерву удалось только пользуясь методомъ *Golgi* (*Held*, *Koelliker*, *Ramon y Cajal*). Мои изслѣдованія, исполненныя по методу *Marchi*, въ этомъ отношеніи могутъ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

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

I.

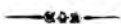


II.



III.

чехъ (*Clarke, Forel, Onufrowicz, Bumm, Sala, Held, Бехтеревъ* (въ позднѣйшей работѣ), *Ramon y Cajal*), другіе признають только посредственный переходъ черезъ ядра преддвернаго нерва (*Meynert, Obersteiner, Бехтеревъ* (въ первыхъ работахъ), *Flechsig, Koelliker*); мои изслѣдованія подтверждаютъ взгляды послѣднихъ.



Объясненіе къ рисункамъ (Таб. II).

Рис. 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.

Рис. 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.

Fig. III.

1. — каудальная часть спинального корешка п. vestibularis.
2. — ядро Бурдаха.
3. — corpus testiforme.
4. — спинальный корешок п. trigemini.



Случай полиневрита черепныхъ нервовъ на почвѣ разлитого саркоматоза.

Проф. Л. О. Даркиевича.

Множественное пораженіе черепныхъ нервовъ воспалительнымъ процессомъ діагностируется нами далеко не часто; далеко не часто встрѣчается также возможность произвести тщательное посмертное изслѣдованіе тамъ, гдѣ при жизни клинически былъ распознанъ полиневритъ въ области черепно-мозговыхъ нервовъ. Въ виду этого я считаю небезынтереснымъ описать здѣсь случай, наблюдавшійся въ Казанской нервной клиникѣ, 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 4/II 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 18/II у него вдругъ перекосило лицо: при улыбка правая половина лица перетягивалась въ лѣвую сторону; въ то же 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 параличныя явленія, такъ и невралгическія боли постепенно все прогрессиرو-

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

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 кнаружи для больного совершенно невозможно. *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 ненормальнаго не замѣчается. Сухожильные рефлексy верхнихъ и нижнихъ конечностей въ предѣлахъ нормы, нормальны также рефлексy глотательный и рвотный. Тазовые органы въ порядкѣ. Зрачки равномѣрны; реакція ихъ на свѣтъ и конвергенцію нормальна. Координація движеній не разстроена; судорогъ нигдѣ не замѣчается.—Общая чувствительность вездѣ нормальна за исключеніемъ области развѣтвленія *n. trigemini dextri*, гдѣ имѣетъ мѣсто замѣтное *пониженіе* всѣхъ видовъ *чувствительности*. Зрѣніе (изслѣдованное любезно проф. Адамякомъ): дно глазъ безъ измѣненія, поле зрѣнія нѣсколько сужено кнаружи въ правомъ глазу; рефракція $H^{1/30}$. *Слухъ пони-*

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

^{6/III}—^{8/III}. Больной жалуется на сильныя боли въ правой половинѣ лица; плохо ѣстъ, плохо спитъ. Назначено впрыскиваніе подъ кожу ртути.

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

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

^{14/III}. Впервые замѣченъ парезъ n. oculomotorii dextri (paresis m. recti inferioris dextri).

^{15/III}. Больной совершенно ничего не ѣстъ, не пьетъ; замѣчается рѣзкая tachycardia: пульсъ 110.

^{19/III}. Жалуется на затрудненіе глотанія. Ничего не ѣстъ. Показался гнусливый оттѣнокъ рѣчи. Очень слабъ: все время лежитъ неподвижно. Болей въ области живота нѣтъ. Послабленія на низъ 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 ѣлъ. Задержка мочи: выводится катетромъ. Затрудненное дыханіе. Tachycardia. t^0 нормальна. Очень слабъ.

^{22/III} въ 6 ч. утра exitus letalis.

Вскрытіе произведено ^{23/III} (д-ръ Заболотновъ). Результаты изслѣдованія:

Hydropericardium; саркоматозные метастазы въ периміо-и эндокардіи; бурая атрофія мышцы сердца; саркоматозная инфильтрація клѣтчатки передняго средостѣнія и лимфатическихъ железъ того же пространства.—Хроническій лѣвосторонній фиброзный слипчивый плевритъ; 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 кишки.—Саркома мелкокруглоклѣточковая поджелудочной железы и инфильтрація ею окружающей клѣтчатки.—Пигментная инфильтрація селезенки.—Саркоматозная инфильтрація клѣтчатки, окружающей почки, и самихъ почек.—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 мѣста выхода нерва изъ мозгового ствола. Первая часть нерва обрабатывалась 1% растворомъ осміевой кислоты, вторая—бралась уже послѣ уплотненія мозга въ *Müller*'овской жидкости. Обѣ части нерва окрашивались различными красящими веществами, какъ то: пикрокарминомъ, голубымъ анилиномъ, *van Gieson*'овской смѣсью, *Magentaroth* 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 центральнаго отрѣзка при окраскѣ препарата *v. Gieson*'овской жидкостью (Fig. I). Здѣсь, въ томъ отдѣлѣ препарата, гдѣ изоляція волоконъ была недостаточной, т. е. гдѣ волокна лежали не разъединенно, 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 длинною цѣпью по направленію хода волоконъ, то представлялись скученными въ группы, большей или меньшей величины (Fig. I, 2). Тамъ же, гдѣ въ полѣ зрѣнія 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 одинаковаго размѣра: колебанія въ величинѣ отдѣльныхъ элементовъ представлялись весьма незначительными. Что же касается наружныхъ очертаній, то однѣ изъ клѣтокъ оказывались кругловатой 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); нѣкоторыя 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 отдѣлѣ не удавалось найти ни одного волокна вполне нормальнаго вида: каждое волокно представляло большую или меньшую степень паренхиматознаго пораженія. Наилучшія картины въ этомъ отношеніи давали препараты изъ осміевой кислоты послѣ обработки *v. Gieson*'овскою 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 періодѣ пораженія. Такъ сплошь и рядомъ приходилось наблюдать распадъ міэлина на отдѣльные уча-

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 длинѣ, 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 осміевоы кислоты. Для микроскопическаго изслѣдованія приготовлялись распианные препараты съ окраской *v. Gieson*'овскою 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 *n. abducentis dextri*. Волоконъ съ распадомъ мякотной обкладки не встрѣчалось почти совсѣмъ, но за то почти въ каждомъ волоконѣ попадались участки съ рѣзкимъ измѣненіемъ химическаго состава міелина. Такіе участки выдѣлялись ясно на осміевыхъ препаратахъ по своей ненормальной окраскѣ. Въ то время, какъ на своемъ остальномъ протяженіи мякотная обкладка представлялась окрашенной въ интенсивно черный цвѣтъ, здѣсь, въ предѣлахъ пораженнаго участка, она имѣла скорѣе дымчатый видъ (Fig. IV, 1) и оказывалась настолько прозрачною, 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 волоконѣ въ различныхъ мѣстахъ его протяженія и при томъ то въ непосредственномъ соосѣдствѣ съ *Ranvier*'овскою перетяжкой, то въ промежуткахъ между двумя перетяжками. Въ послѣднемъ случаѣ между перетяжкой и измѣненнымъ участкомъ міелинъ 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 закономерности въ этомъ отношеніи не существовало. По сосѣдству съ пораженнымъ участкомъ нервного волокна очень нерѣдко не встрѣчалось почти совсѣмъ форменныхъ элементовъ и, наоборотъ, тамъ, гдѣ они скучивались въ большомъ числѣ, мѣкотная обкладка волокна оказывалась совершенно нормальнаго вида.

N. facialis dexter. Стволъ праваго лицевого нерва изслѣдовался какъ изъ периферическаго участка—тотчасъ у мѣста выхода изъ *f. stylo-mastoideum*, такъ и изъ центрального—вблизи мозгового ствола. Периферическій 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 периферическаго участка, послѣ окраски ихъ *v. Gieson'*овскою жидкостью, ясно выступало на видъ рѣзкое измѣненіе нервныхъ волоконъ. Совершенно здоровыхъ волоконъ не встрѣчалось вовсе; каждое волокно представляло большую или меньшую степень распада мѣлина; много попадалось и такихъ волоконъ, отъ которыхъ оставались однѣ запусѣвшія *Schwann'*овскія оболочки, содержащія только кое гдѣ капли мѣлина (Fig. V). Что касается осевого цилиндра, то присутствіе его, даже въ видѣ отдѣльныхъ обрывковъ, не удавалось констатировать нигдѣ, ни въ одномъ волокнѣ.

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

вого цилиндра, но послѣдній въ большинствѣ волоконъ представлялся ненормальнаго вида: на ряду съ утолщеніями его, подобными тѣмъ, которыя 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 в. Gieson'овской жидкостью и голубымъ анилиномъ и изслѣдовался на расщипанныхъ препаратахъ.

Измѣненныхъ нервныхъ волоконъ встрѣчалось здѣсь очень немного, 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 в. Gieson'овской жидкостью; изслѣдовался на расщипанныхъ препаратахъ.

При осмотрѣ готовыхъ препаратовъ (Fig. VII) становилось несомнѣннымъ, что большинство нервныхъ волоконъ было ненормальнаго 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 мѣлина на

отдѣльныя глыбки, какъ это имѣло мѣсто въ волокнахъ *n. abducentis dextri*, ни разрѣженія мякоти, какъ это наблюдалось на волокнахъ *n. oculomotorii*. Здѣсь прежде всего бросалось въ глаза рѣзкое исхуданіе большинства волоконъ, входящихъ въ составъ ствола, и при томъ какъ волокно крупнаго, такъ и волокно 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 отдѣльныя капли мѣлина, красившіяся осмѣемъ въ черный цвѣтъ (Fig. VII, C, 1).

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

Головной мозгъ при вскрытіи 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 изслѣдовать ядра черепныхъ нервовъ по методу *Nissl'*я; въ виду этого при осмотрѣ препаратовъ изъ указанной области пришлось ограничиться изученіемъ такихъ явленій, которыя могутъ наблюдаться на разрѣзахъ мозга, уплотненныхъ въ хромокислыхъ соляхъ.

Область центральнаго хода *n. facialis* и *n. abducentis* 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 соотвѣствующихъ 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 ненормальнаго 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 n. abducentis dextri (Fig. I), не найдено ни въ ткани мозга, ни въ оболочкахъ, прилегающихъ непосредственно къ мозгу въ изслѣдованной области.

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

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

Въ n. 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 воззрѣнія на описываемыя 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, сердцахъ, почкахъ.

Мы говоримъ объ *инфильтраціи* ствола отводящаго нерва саркоматозными элементами потому, что самый 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 съ сосѣдними 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 n. abducentis dextri сводились главнымъ образомъ къ 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 перваго раза, можно было думать, что въ данномъ случаѣ имѣетъ мѣсто *Waller*'овское перерожденіе волоконъ, тѣмъ болѣе, что для

такого перерожденія можно было указать и подходящую причину — инфильтрацію саркоматозными элементами. Говоря иначе, суть измѣненія въ волокнахъ п. *abducentis* можно было свести къ вторичному перерожденію 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 периферическаго 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 периферическаго 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 измѣненныя волокна п. *oculomotorii dextri*. Измѣненія въ этихъ волокнахъ (Fig. IV) всецѣло подходят подъ опредѣленіе паренхиматознаго неврита и при томъ начальной его стадіи и не рѣзкой степени.

Что касается п. *facialis dextri*, то измѣненія, найденныя въ волокнахъ его периферическаго 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 цилиндровъ не оставалось и слѣда. Рѣшить вопросъ съ точностью, съ чѣмъ имѣлось дѣло, можно было только по сравненію препаратовъ периферическаго конца нерва, съ препаратами изъ отрѣзка центральнаго. На препаратахъ же этого послѣдняго, какъ мы видѣли (Fig. VI), встрѣчалась картина, которая несомнѣнно говорила

за воспалительное происхожденіе измѣненій въ волокнахъ. А разъ въ центральной части нервнаго ствола наблюдались явленія воспалительныя, то и патологическую картину изъ периферическаго 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 найденныя тамъ измѣненія нельзя было признать ни за результатъ вторичнаго перерожденія, ни за результатъ паренхиматознаго воспаленія волоконъ. Картина, которую представляли пораженные волокна, всего болѣе подходила къ картинѣ, наблюдаемой въ волокнахъ нерва, подвергнутаго 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 периферическій отдѣлъ волоконъ, но на центральную ихъ часть не распространился. Въ зависимости же отъ деструкціи периферіи волоконъ въ центральномъ ихъ отдѣлѣ неизбежно должны были развиваться тѣ измѣненія, которыя 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 периферическій отдѣлъ волоконъ *n. vagi*. Говоря иначе, есть полное основаніе допустить, что въ периферической части ствола *n. vagi* имѣла мѣсто совершенно таже картина, которую мы констатировали на препаратахъ *n. abducentis dextri*.

Что касается *n. trigemini dextri*, то найденныя 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 паренхиматознаго 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 тройничнаго нерва—какъ чувствительной, такъ и двигательной его порціи—было выражено очень рѣзко. Это кажущееся съ перваго взгляда противорѣчіе можетъ быть объяснено, по нашему мнѣнію, довольно удовлетворительно слѣдующимъ образомъ. Несомнѣнно, что пораженіе *n. trigemini* локализовалось въ периферической части ствола—къ периферіи отъ *ganglion Gasseri*. Пораженіе ствола было не такой большой давности, чтобы въ корешкѣ тройничнаго нерва—въ части, лежащей къ центру отъ *g. Gasseri*, которая и изслѣдовалась нами—въ чувствительныхъ волокнахъ успѣли развиваться 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 тройничнаго нерва число двигательныхъ волоконъ несомнѣнно много меньше числа волоконъ чувствительныхъ, то на препаратахъ расщипанныхъ и должны были встрѣчаться по преимуществу волокна нормальнаго 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 ретрограднаго перерожденія.

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

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 нервныхъ стволовъ. Въ самомъ дѣлѣ, другого этиологическаго момента, на счетъ котораго можно было бы отнести развитіе обнаруженнаго нами полиневрита, въ анамнезѣ больного 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 развитіемъ невритическаго 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 заболѣванія въ нашемъ случаѣ можетъ противорѣчить то обстоятельство, что на препаратахъ *n. facialis dextri*, гдѣ имѣлъ мѣсто невритическій процессъ въ очень рѣзкой степени, саркоматозныхъ элементовъ не было найдено вовсе?

Мы думаемъ, что указываемыя здѣсь обстоятельства несколько не умаляютъ значенія тѣхъ соображеній, которыя высказаны нами въ пользу саркоматозной природы невритическаго процесса въ нашемъ случаѣ. Въ самомъ дѣлѣ, что касается *n. facialis dexter*, то въ центральномъ отдѣлѣ его ствола 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 невритическій процессъ былъ выраженъ въ очень рѣзкой степени, то это могло зависѣть отъ того, что главный фокусъ клѣточной инфильтраціи находился въ среднемъ отдѣлѣ ствола *n. facialis*—въ промежуткѣ между тѣми, которые изслѣдовались нами. То же самое мы должны сказать и относительно *n. trigeminus dexter*. Тѣ измѣненія невритическія, которыя мы констатировали въ изслѣдованной нами части тройничнаго нерва, были настолько незначительны, что ими трудно объяснить параличныя 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, когорая изслѣдовалась нами; говоря иначе, если въ *n. trigeminus* была саркоматозная инфильтрація, то она совер-

шенно свободно могла не распространяться на тотъ участокъ нервного ствола, который изслѣдовался нами.

Итакъ, подводя итогъ всего сказаннаго, мы должны притти къ тому заключенію, что въ нашемъ случаѣ имѣло мѣсто поражение стволонъ 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 в. *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 периферическаго отрѣзка; а. волокно, содержащее глыбки мѣлина, въ которомъ виденъ обрывокъ осевого цилиндра (1). Окраска в. *Gieson*'овской жидкостью послѣ предварительной обработки 1% осмиемъ. 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% осмій и окраска а. *Gieson*'овской жидкостью. 1—разрѣженіе мѣлина, 2—осевой цилиндръ. Zeiss. Ob. 1, 5. Oc. 2 (увел. 333).

Fig. V. *N. facialis*. Периферическій отрѣзокъ. Расщипанный препаратъ. Уплотненіе въ 1% осмій, окраска в. *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 зазубрины (1). Zeiss. Ob. 1, 5. Oc. 2 (Увел. 333).





Къ казуистикѣ акромегаліи.

Д-ра В. П. Первушина и д-ра А. В. Оаворскаго.

Въ виду сравнительной рѣдкости въ литературѣ типичныхъ случаевъ акромегаліи, 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 нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета. Интересъ даннаго наблюденія усугубляется именно тѣмъ обстоятельствомъ, что помимо довольно хорошо выяснившейся клинической картины, явилась возможность подтвердить и дополнить прижизненные наблюденія данными посмертнаго изслѣдованія, оказавшимися, какъ нельзя болѣе, характерными для описываемаго страданія.

Дѣло касается 33-хъ лѣтней замужней женщины А. Бѣ—ой (№ 780 амб. журн. 1894 г.), мѣщанки гор. Казани, приведенной 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 ѣду, и съ жалобами на сильнѣйшую, непрерывную головную боль, не прекращавшуюся 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 особеннымъ не хворала и на обращенные къ ней въ этомъ направленіи вопросы неоднократно отвѣчала,

(1) В. П. Первушинъ.

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

Росла въ своей семьѣ 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. Аномалій со стороны половой сферы она не замѣчала, регулы появились лѣтъ съ 16-ти, шли довольно правильно. На 21-мъ году вышла замужъ, имѣла 4-хъ дѣтей, роды и послѣродовой періодъ протекали благополучно. Большая, 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 ея стали увеличиваться въ размѣрахъ, дѣлаются 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 впоследствии), 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 усиливаясь, 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 парестезіями 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 пиявокъ (сразу) къ ногамъ, но, пользы не получила. Тогда же явилось двоеніе въ глазахъ (иногда даже тройлось), 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 сильнѣйшая 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 марту 1895 г. зрѣніе еще болѣе ухудшилось. За нѣсколько дней до поступленія въ клинику больная въ теченіе 2-хъ дней 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 туловища и конечностей, блѣдность покрововъ съ ціанотичной (особенно въ периферическихъ отдѣлахъ) окраской ихъ и восковидно-мертвеннымъ видомъ. Слизистыя оболочки также блѣдны и ціанотичны. Кожа суха, морщиниста, вяла, на ногахъ немного отека (ямка при давленіи); какихъ-либо специфическихъ эф-флюресценцій 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), непропорціональность отдѣльныхъ частей, бросающаяся въ глаза особенно при сравненіи ихъ съ сосѣдними; сказанное касается нѣкоторыхъ частей лица и периферическихъ отдѣловъ конечностей. При нормальныхъ приблизительно размѣрахъ черепа обращаетъ на себя вниманіе громадное *увеличеніе нижней челюсти* во всѣхъ размѣрахъ — въ передне-заднемъ и боковыхъ; она широка, массивна, выдается сильно въ стороны и впередъ, обуславливая тѣмъ челюстной прогнатизмъ. *Носъ* также слишкомъ великъ — онъ массивенъ, утолщенъ во всѣхъ направленіяхъ; ноздри слегка выворочены, носовыя отверстія непомѣрно ши-

роки; выдаются и надбровныя дуги. *Язык* и *губы* также увеличены.

На конечностяхъ измѣненія касаются почти исключительно *кистей* и *стопъ*: онѣ очень массивны, толсты, широки (не столько 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*, *грудины*, 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 нервовъ 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. Произвольныя движенія были въ достаточной степени координированы, замѣтна была лишь небольшая атаксія при выполненіи мелкихъ движеній 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 сферѣ* отмѣчены были слабо выраженные *кожные* рефлексы; изъ сухожильныхъ — получался отчетливо рефлексъ съ разгибателей пальцевъ рукъ, съ m. biceps — слабо, а *рефлексы коленные*, голеностопные и съ m. triceps — *отсутствовали*. Тазовые органы были въ порядкѣ, имѣлась лишь наклонность къ запорамъ. *Зрачки* — *неравномерны*, 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 произвольныхъ — 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 психическаго угнетенія?)

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

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

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. Со стороны genitalia—vulvo-vaginitis, lacerationes, atrophia uteri.

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

Речь больной медленна, растянута, *голосъ*—грубый (прежде „мягче“ былъ). Больная испытываетъ сильную *слабость*, предпочитаетъ лежать, выглядит истомленной; настроеніе самое тяжелое и въ то же время какое то безразличное къ окружающему; апатична, вяло и неохотно отвѣчаетъ на вопросы.

Изъ *субъективныхъ жалобъ* самой существенной является *головная боль*, очень сильная, иногда локализирующаяся 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 жа-

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

Въ теченіе непродолжительнаго *пробыванія* больной въ клиникѣ (съ 19 по 28 апрѣля) въ состояніи ея была отмѣчена въ качествѣ доминирующаго симптома постоянная и временами сильнѣйшая *головная боль*, безъ тошноты и рвоты, иногда, кромѣ того, боли бывали такъ сильны, что даже инъекціи морфія (до $\frac{1}{6}$ грам. по 2 раза въ день), помимо фенацетина, 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 бѣлка и сахара (до 3 $\frac{0}{100}$). Жаловалась постоянно на общую *слабость*, недомоганіе; была иногда безпокойна, особенно по ночамъ; нѣкоторыя ночи плохо спала (отъ головной боли), при ослабленіи болѣй спала довольно хорошо. За послѣдніе дни головныя боли, бессонница и общая слабость выступали рѣзче. Ночь на 28/iv провела хорошо (головная боль подъ вліяніемъ морфія нѣсколько ослабѣла); утромъ 28/iv вставала, немного 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^0 въ 40,5 0 и пульсъ 110 въ 1', средняго наполненія); лицо покраснѣло, дыханіе затруднено; судорогъ въ конечностяхъ не было, замѣтны лишь подергиванія въ области n. facialis sin.; прикусилъ языкъ. Въ 9 часовъ вечера Cheyne-Stokes'ово дыханіе; въ 2 часа ночи — смерть при явленіяхъ паралича сердца и дыханія.

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

Слѣдовательно мы имѣли передъ собой 33-хъ лѣтнюю женщину, не страдавшую сифилисомъ, алкоголизмомъ, какими-либо инфекціонными заболѣваніями, безъ травмы черепа, тяжелаго физическаго истощенія въ анамнезѣ, съ нормально развивавшейся половой сферой и нормальными отправлениями полового прибора, до и послѣ замужества. Лѣтъ 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 *dyspnoea* (длвившаяся 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. Параличей и парезовъ нѣтъ, имѣется лишь равномерное ослабленіе силы движеній (справа больше), легкій *exophthalmus* и *ptosis* съ обѣихъ сторонъ. Колѣнные, голеностопные рефлексy и рефлексъ съ *m. triceps* отсутствовали, тазовые органы въ порядкѣ, зрачки расширены неравномѣрно (лѣвый болѣе), очень вяло 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 непокоенъ; сильнѣйшія головныя боли, безъ рвоты; сильнѣйшая жажда и прожорливость; t^0 нормальна.

При производствѣ антропометрическихъ *измѣреній* (на трупѣ) оказалось слѣдующее:

Разстояніе отъ подбородка до края рѣзцовъ	5,9	снт.
— — — — — 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	снт.
— 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 —
— указательнаго пальца	9,6	—
Ширина указательнаго пальца	1,5 и 2,0	(на 2-мъ суставѣ)
Длина средняго пальца	10,1	—
Ноготь большаго пальца руки	длина 1,2	—
	ширина 1,8	—
Длина большаго 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 ухудшеніемъ симптомовъ или присоединеніемъ новыхъ, — въ общемъ, слѣдовательно, можно отмѣтить медленный, поступательный ходъ процесса. Начало его не было отмѣчено чѣмъ-либо особеннымъ — постепенно стали увеличиваться периферическіе отдѣлы конечностей и головы, явились боли въ животѣ, усиленная жажда, общая слабость и — только черезъ два года сюда присоединяется новый важный симптомъ — *амеоррея*, 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 *dyspnoea*, 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 усумниться, что передъ нами была *акромегалия*. Въ самомъ дѣлѣ, діагностику устанавливалъ уже самый выдающійся

симптомъ — характерныя измѣненія въ лицѣ и конечностяхъ, остальные же явленія, какъ нельзя болѣе, соответствовали подобному представленію.

Сравнивая описанныя измѣненія костнаго скелета съ наблюдаемыми при сходныхъ заболѣваніяхъ, безъ труда убѣждаемся, что въ нашемъ случаѣ они представлялись типичными именно для акромегаліи. Дѣйствительно, въ противоположность микседемѣ здѣсь затронута была главнымъ образомъ костная система, кожные покровы — сравнительно мало; противъ *osteoarthritis hypertrophicante pneumique* (Marie) въ достаточной мѣрѣ говорили — присутствіе прогнатизма лица, увеличеніе губъ, языка, отсутствіе рѣзкихъ обезображиваній конечностей, самая локалізація разстройствъ костной системы и къ тому же — отсутствіе основного легочнаго процесса. Объ *elephantiasis Arabum*, эритромелалгіи, хроническомъ суставномъ ревматизмѣ не приходилось и говорить.

Установивъ такимъ образомъ діагнозъ, рассмотримъ, 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 акромегаліи: 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 интенсивности, длительности, а отчасти и опредѣленной иногда локалізаціи долженъ былъ 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 головного мозга, или самого его вещества (*encephalitis, tumor*). Однако, сильно выраженного менингеальнаго 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 локалізаціи его на выпуклой поверхности полушарій, рѣзкаго пораженія черепныхъ нервовъ — при локалізаціи на основаніи черепа и т. д.

Не было здѣсь и опредѣленныхъ данныхъ въ пользу абсцесса головного мозга ни въ анамнезѣ— инфекціонныхъ заболѣваній, 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 психическаго 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, припомнимъ, что новообразованія головного мозга и въ особенности нѣкоторыхъ его отдѣловъ (мозжечекъ, 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 картинѣ болѣзни (походка, рефлексы, *pustagmus*, локалізація головной боли и т. д.), почему отсутствіе соответствующихъ симптомовъ даетъ намъ право исключить здѣсь пораженіе мозжечка, а скорѣе (въ виду указанныхъ соображеній) предположить *tumor hypophyseos*. Эта мысль, не встрѣчая себѣ противорѣчій со стороны общемозговыхъ припадковъ, подтверждается и данными *status praesentis* и анамнеза: опухоль, разростаясь, могла сдавливать сѣднія части и нарушать ихъ функцію, и, между прочимъ, функцію нервовъ, проходящихъ по основанію черепа; этимъ путемъ можно объяснить и бывшее ранѣе двоеніе въ глазахъ у больной (вслѣдствіе сдавленія одного изъ нервовъ, имѣющихъ отношеніе къ наружнымъ мышцамъ глаза), и наблюдавшееся въ клиникѣ небольшое опущеніе того и другого верхняго вѣка, легкій *exophthalmus*, неравенство зрачковъ и ихъ вялую свѣтовую реакцію, боли въ правомъ вискѣ и глазѣ (раздраженіе *n. trigemini dex.*), сильный упадокъ зрѣнія. Со стороны глазъ для *tumor hypophyseos* считается особенно характернымъ половинное выпаденіе поля зрѣнія (*hemianopsia bitemporalis*), вслѣдствіе давленія опухоли на *chiasm*'у; у своей больной этого намъ подмѣтить не удалось, быть можетъ, вслѣдствіе сильнаго разрушенія *chiasm*'ы или зрительныхъ канатиковъ.

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

Признавая у своей пациентки tumor hypophyseos, мы, разумѣется, никакъ не ожидали 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 диабетомъ: усиленная жажда и чувство голода, повышенный діурезъ, постоянное присутствіе въ мочѣ бѣлка и сахара — вполне вяжутся съ нашимъ представленіемъ о *сахарномъ мочеизнуреніи*, нерѣдко сопровождающемъ явленія акромегаліи.

Мозговая опухоль и диабетъ 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 развилось недомоганіе, общая слабость и похуданіе, упадокъ сердечной дѣятельности, одышка — въ сферѣ физической, безразличное отношеніе къ окружающему, апатія, вялость, тоска — въ духовной сферѣ, а испытываемыя болевыя ощущенія лишь усугубляли эти явленія, вызывая въ то же время повышенную раздражительность, бессонницу и т. п.

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

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

рефлексовъ — фактъ, отмѣченный въ литературѣ и, быть можетъ, стоящій въ связи съ діабетомъ (діабетическій полиневритъ?).

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 ведетъ 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 этого рудиментарнаго органа въ происхожденіи описываемаго заболѣванія. — Заканчивая этимъ клиническое описаніе случая, предоставляю многоуважаемому товарищу *д-ру А. В. Оаворскому* дальнѣйшее изложеніе данныхъ патолого-анатомическаго изслѣдованія, вполне подтвердившихъ прижизненную діагностику.

При вскрытіи (произведенномъ проф. *Н. М. Любимовымъ*) было констатировано слѣдующее.

Вѣсъ трупъ = 55000,0. Трупное окоченѣніе довольно сильное. Посмертная краснота багровофіолетоваго цвѣта на отлогахъ мѣстахъ.

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

Черепъ овальной формы и вѣситъ 452,1; продольный діаметръ 15,7 снт., поперечный діаметръ 128 снт. Кости толщиною 1,1 снт.; швы не сросены; кости почти не просвѣчиваютъ; *diploe* развито хорошо, синеватокраснаго цвѣта. *Sulci meningei* не рѣзки. Внутренняя поверхность черепа гладка, синевато-краснаго цвѣта; *impressionses 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. *Пахионовы грануляціи* мѣстами прорастаютъ. *Sella turcica* значительно углублена, въ тѣлѣ клиновидной кости слѣва есть углубленіе, 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 грм. Основаніе мозга, начиная отъ ножекъ и вплоть до начала *n. olfactorii*, представляется мало узнаваемымъ, какъ это отчасти и видно изъ прилагаемаго рисунка (Таб. III, рис. 2). Этотъ отдѣлъ занятъ большимъ новообразованиемъ величиною съ грецкій орѣхъ, разросшимся главнымъ образомъ въ лѣвую сторону, гдѣ и находится большая его часть. Значительно выдаваясь на нижней поверхности мозга, новообразование 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, новообразование 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—треугольной формы, а другая грушевидной. Первая имѣетъ характеръ прямоугольнаго треугольника, одинъ катетъ котораго соотвѣтствуетъ передней долѣ мозга, а другой идетъ параллельно длинной оси мозга, а гипотенуза — по правому косому діаметру мозга. Прямой уголъ закругленъ. Размѣры этой части новообразованія: длина передняго катета 2,6 снт., длина лѣваго наружнаго 2,3 снт. Новообразование сѣро-желтаго цвѣта, мягкой консистенціи. Соотвѣтственно прямому углу имѣется круглой формы темно-бурое 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 снт.; ширина 2,3 снт. Вся масса новообразованія одѣта плотной, довольно гладкой оболочкой. Новообразование имѣетъ связь съ *tuber cinereum* посредствомъ *infundibulum* и сидитъ какъ бы на ножкѣ соотвѣтственно гинофизису. Спереди опухоль крута и какъ бы обрѣзана, а сзади спускается полого и впереди прилегающихъ къ ней *corpora mamillaria* на задней ея поверх-

ности имѣется кольцевидное углубленіе, въ верхней части котораго *infundibulum* и связанъ съ опухолью.

Естественно, что присутствіе такой огромной опухоли неминуемо должно было отразиться и на состояніи сосѣднихъ съ ней частей мозга. И дѣйствительно, помимо упомянутаго сдавливанія артерій основанія мозга и узурированія костей, мы видимъ, что *cornua mamillaria* 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, находящеяся между ними, причемъ лѣвый *tractus opticus* сейчасть-же по выходѣ изъ-подъ ножекъ мозга кажется какъ бы вросшимъ въ опухоль, вслѣдствіе чего на дальнѣйшемъ своемъ протяженіи онъ становится невиднымъ. Что касается праваго *tractus opticus*, то онъ приросъ къ опухоли на всемъ протяженіи вплоть до мѣстонахожденія хіазмы. *Crura 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 направленіи между ними и собою глубокую щель. Начало обохъ *nn. olfactoriorum* по вполне понятной причинѣ тоже атрофировано. При вскрытіи мозга найдено, что новообразованіе идетъ съ передней лѣвой части нижней стѣнки третьяго желудочка, задаваясь отчасти въ *corpus striatum* лѣвой стороны. Новообразованіе чрезвычайно мягко, рыхло, буро-краснаго цвѣта, довольно однородно и представляется пропитанной немного густою кровью.

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

только noduli Arnoldii нѣсколько рѣзки. *Венозные клапаны* valvulae bicuspidalis слегка имбибированы, обычно грубы по краямъ, тоже и valvula tricuspidalis. Стѣнка сердца толщиною въ лѣвомъ желудочкѣ 1, 1 снт., въ правомъ 0,2 снт. Мышцы буроватаго цвѣта, крайне дряблы. Трабекулы и сосцевидныя мышцы лѣваго желудочка утолщены, въ правомъ—сильнѣе развиты, чѣмъ обыкновенно; ихъ сухожилія 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 имбибирована. Сосуды *легкихъ* проходимы. Легкія по переднему краю эмфизематозны, на ощупь мягки, при разрѣзѣ крепитируются; 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 брызжеечныя железы не измѣнены.

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

Желудокъ. Слизистая оболочка съ аспиднымъ оттѣнкомъ. Слизистая оболочка тонкихъ *кишекъ* (около v. *Vaughinii*) блѣдна, отечна, въ толстыхъ кишкахъ съ аспиднымъ оттѣнкомъ. Одночныя 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 умеренное количество крови. Дольки слегка затупшеваны.

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

Почки. Правая вѣситъ 240,0; лѣвая—220,0; длина правой 14,2 снт., лѣвой—14,0 снт.; ширина правой—7, лѣвой—7 снт.; толщина правой—2,9 снт.; лѣвой—2,9 снт. Оболочка въ лѣвой почкѣ снимается легко; въ правой почкѣ—серозная киста съ конопляннѣе зерно. Крѣпковѣе слой гладковѣе, *venae stellatae* замѣтны; въ разрѣзѣ онѣ нѣсколько утолщенѣе; мозговѣе лучи замѣтны; лабиринтъ сѣро-желтаго цвѣта; пирамиды мѣстами нерѣзко отдѣляются отъ корковаго слоя. Основаніе пирамиды, сосочки, лоханки и мочеточникѣе не измѣнены.

Мочевой пузырь растянутѣе; слизистая оболочка его блѣдна, стѣнка не утолщена.

Половые органы. Матка длиною 7,5 снт., шириною 6 снт.; толщина стѣнки 1,2 снт.; мышцы мутны, блѣдны, дряблы, желтаго цвѣта; слизистая оболочка гладка; влагалищная часть нѣсколько мала, губы надорваны. *Яичники* мягки, въ разрѣзѣ сѣровато-розоваго цвѣта. Правѣе яичникѣе содержитъ серозную кисту въ лѣсной орѣхѣе; въ лѣвомѣе—тоже киста величиною въ вишневою косточку.

При микроскопическомѣе изслѣдованіи наше¹⁾ вниманіе было сосредоточено на главной паталого-анатомической находкѣе—опухоли мокротной железы съ прилегающими къ ней частями мозга. Послѣднія (обработанныя по методу Weigert'a) не обнаружили никакихъ замѣтныхъ уклоненій отъ нормы. Что же касается самаго новообразованія, то на микроскопическихъ препаратахъ было видно, что опухоль окружена толстою соединительно-тканною оболочкою, которая испещрена въ различныхъ направленіяхъ массою разнаго калибра сосудовъ, пронизывавшихъ всю толщѣе оболочки и, повидимому, имѣвшихъ сообщеніе съ самою опухолью. Сосуды эти уклоненій отъ нормы не представляли. Сама опухоль представлялась сплошь заполненною красными кровяными тѣльцами, которыя своею массою почти совершенно разрушили ткань и до того ступевали строеніе самого мозгового придатка, что было крайне трудно ориентироваться въ его строеніи. При этомѣе надо замѣтить, что красныя кровяныя тѣльца немного, приблизительно въ одинаковой степени, измѣнили свою форму, но не распались. Это обстоятельство даетъ полное право предположить, что въ данномѣе случаѣе кровоизліаніе 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 существованіе стараго прижизненнаго кровоизліянія; но оно было по размѣрамъ гораздо менѣе послѣдняго, занимавшаго всю опухоль, что вполне согласуется и съ макроскопическимъ видомъ разрѣза новообразованія. Основные элементы опухоли составляли кѣлки различной величины и формы. Однѣ изъ нихъ были малы, круглы, слабо зернисты, съ большимъ однимъ сильно красящимся ядромъ; другія—очень велики, съ 2-мя или 3-мя ядрами; третьи, наконецъ, нѣсколько овальны, съ тою же мелко-зернистостью и различнымъ содержаніемъ ядеръ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ кѣлки располагались правильными цугами, а въ большей части новообразованія онѣ были разбросаны безъ всякаго порядка. Между ними попадалось очень много тонкихъ нитей свернушагося фибрина, который въ нѣкоторыхъ мѣстахъ скопился въ большомъ количествѣ. Подмѣтить какую либо строму на выбитыхъ кисточкой препаратахъ намъ не удалось. Чтобы точнѣе судить объ измѣненіяхъ въ мокротной железнѣ нашего случая, мы для контроля взяли неизмѣненную человѣческую железу. Сравненіе тѣхъ и другихъ препаратовъ показало, что на срѣзахъ изъ нормальнаго мозгового придатка видно извѣстное строго опредѣленное расположеніе кѣлокъ, характерное для него, т. е. было видно, какъ придатокъ раздѣлялся соединительно—тканными тяжами на правильныя дольки, наполненныя кѣлками круглой или слегка полигональной формы, съ различной зернистости протоплазмой, 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 кровоизліяніи, сильная гиперплазія кѣлочныхъ элементовъ, измѣнившихъ отчасти и свою форму, и характеръ, а, главное, бросается въ глаза ихъ атипическое расположеніе. Кѣлки не расположены правильными долками, обрамленными тяжами соединительной ткани, а разбросаны въ безпорядкѣ. Послѣднее обстоятельство говоритъ уже о новообразованіи въ железнѣ 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 даннаго случая мы имѣемъ обильное разрастаніе сосудовъ, кровоизліяніе изъ нихъ въ ткань опухоли и присутствіе огромнѣйшаго количества кѣтокъ 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 железн при акромегалии, то увидимъ, что *Marie и Marinesco* (цитировано по *Кожевникову*) въ своемъ случаѣ наблюдали гипертрофію фолликулъ и значительный склерозъ сосудовъ и стѣнокъ, окружающихъ железистыя ячейки. *Lancereau* ¹⁾ нашелъ при вскрытіи своего больного чистую гипертрофію железы. *Henrot* ²⁾, *Fritsch и Klebs* ³⁾ находили въ гипертрофированномъ придаткѣ коллоидное перерожденіе. *Saucerotte* ⁴⁾ въ своемъ случаѣ наблюдалъ подъ микроскопомъ сильное увеличеніе соединительной ткани, пронизанной большимъ количествомъ сосудовъ и дѣлившей весь мозговой придатокъ на доли, изъ которыхъ одна часть была заполнена различной величины и формы кѣтками, а другая — коллоидными массами. *Judson—Bury* ⁵⁾ нашелъ гліоматозное перерожденіе придатка. Изъ новѣйшихъ наблюденій обращаютъ на себя вниманіе случаи *Fr. Schultze и Jores*'а ⁶⁾ и *A. Strümpell*'я ⁷⁾, гдѣ мозговой придатокъ былъ пораженъ ангиосаркомой. Въ случаѣ *Friedrich Pineles*'а 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 патолого-анатомическомъ отношеніи), отличающую его отъ вышеприведенныхъ наблюденій. Это именно — сильное кровоизліяніе

¹⁾ Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 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, H. 1 и 2; 1897, S. 42.

⁷⁾ ibidem, S. 79.

⁸⁾ Neurol. Central. 1898, S. 421.

I.



II.

N. olfactorius



1. olóvna garu; 2. tv opticus; 3.
onyxox coombromma. hypophym'y.

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

Что касается гистогенеза данной опухоли, то рѣшить 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, соотвѣтственно измѣнившихъ свой характеръ.

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

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

СЛУЧАЙ

НАСЛѢДСТВЕННОЙ МОЗЖЕЧКОВОЙ АТАКСИИ (MARIE).

М. П. РОМАНОВА,

ординатора клиники нервныхъ болѣзней.

Однимъ изъ темныхъ вопросовъ неврологіи въ настоящее время является вопросъ о фізіологіи и патологіи мозжечка. Слишкомъ мало знаемъ мы о его фізіологическихъ функціяхъ, 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 пробѣлъ въ нашихъ знаніяхъ. И вотъ, за послѣднія 5—6 лѣтъ, желая восполнить этотъ недостатокъ, подробнѣе и тщательнѣе стали останавливаться на нѣкоторыхъ клиническихъ формахъ, стали принимать въ расчетъ при дифференціальномъ діагнозѣ и мозжечекъ, благодаря чему мало помалу началъ накапливаться отчасти патолого-анатомическій, но главнымъ образомъ клинический матеріалъ, гдѣ съ большимъ или меньшимъ правомъ можно діагносцировать заболѣваніе интересующаго насъ органа.

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

Думая, 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, наслѣдственная мозжечковая атаксія Marie.

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

Въ началѣ девяностыхъ годовъ текущаго столѣтія Marie ¹⁾ первый описалъ эту болѣзненную форму, а затѣмъ Brissaud ²⁾ въ 1894 году подробно разобралъ ее на своихъ лекціяхъ. Эти авторы и назвали это заболѣваніе наслѣдственной мозжечковой атаксіей, или буквально—*héréditaire ataxie cérébelleuse*, а по имени перваго, описавшаго ее, она носитъ еще названіе—атаксія Marie.

Прежде всего болѣзнь эта наслѣдственная и въ томъ именно смыслѣ, что ею заболѣваютъ члены одной и той-же семьи, хотя и не удастся 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 Brissaud ³⁾, а въ послѣднее время это явленіе особенно отмѣчаютъ Pauly и Boune ⁴⁾, описавшіе нѣсколько случаевъ мозжечковой атаксії.

Атаксія эта начинается приблизительно съ 10—12 лѣтнаго возраста и развивается постепенно, медленно.—Ея проявленія сначала совершенно неощутительны 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 такъ постепенно, незамѣтно, въ теченіе 5—10—15 лѣтъ, болѣзнь прогрессируетъ, пока не дойдетъ до своего полнаго развитія.

Pierret ⁵⁾ обращаетъ вниманіе на то, что иногда разстройству координаціи движеній предшествуютъ головныя боли, не сильныя, но упорныя, мало поддающіяся лѣченію.

При объективномъ *изслѣдованіи* этихъ больныхъ на первый планъ выступаютъ атактические 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 Brissaud ⁶⁾ характеризуетъ походку при heredo—ataxie cerebelleuse.

Далѣе, важнымъ и необходимымъ симптомомъ мозжечковой атаксіи является повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ. Кромѣ того за послѣдніе два года особенно настойчиво отмѣчаютъ при этой болѣзни Россолимо ⁷⁾, Pauly ⁸⁾ и др. тотъ или иной видъ косоглазія. Затѣмъ, наблюдаются, хотя не всегда, puytagmus, небольшія хореическія движенія, измѣненіе рѣчи, напоминающее отчасти скандированную рѣчь, и ослабленіе зрѣнія.

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 обследованы крайне неполно и ни въ одномъ почти не сдѣлано микроскопическаго 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 атрофію: онъ говоритъ, что мозжечекъ нормальнаго взрослого человѣка среднимъ числомъ вѣситъ отъ 150 до 170 grm., а при интересующемъ насъ заболѣваніи въ случаѣ Froser'a мозжечекъ вѣсилъ 118 grm., въ случаѣ Nonne—81 grm. Сѣрое и бѣлое вещество мозжечка представляется утонченнымъ и атрофированнымъ, клѣтки Пуркинѣ уменьшены въ числѣ и сморщены. Но къ сожалѣнію, сказанной атрофіей мозжечка en masse и приходится ограничиться при описаніи патологической картины, ибо болѣе детальныя изслѣдованія въ этомъ направленіи не производилось. Имѣется еще въ литературѣ одинъ случай, гдѣ вмѣстѣ съ мозжечкомъ наблюдалась атрофія и всего спинного мозга.

Относительно *этіологіи* даннаго заболѣванія тоже многое намъ извѣстно.

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 въ заболѣваніи, тоже не извѣстно. Указываютъ на то, что родители заболѣвшихъ нерѣдко сами страдаютъ какимъ ни-

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

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

По Flechsig'у ⁹⁾ мозжечекъ можетъ вліять на двигательные нервы спинного мозга черезъ волокна, идущія сквозь *corpora restiformia* въ боковые столбы спинного мозга. По опытамъ Luciani ¹⁰⁾ мозжечку свойственны слѣдующія три главныя функціи: 1) онъ сообщаетъ произвольнымъ движеніямъ потребную силу, 2) увеличиваетъ тонусъ мышцъ въ покоѣ и 3) ускоряетъ ритмъ отдѣльныхъ двигательныхъ импульсовъ, изъ коихъ слагается движеніе, и сливаетъ эти импульсы въ одинъ непрерывный актъ. У лягушекъ по Eshhard'у ¹¹⁾ и Goltz'у ¹²⁾ между продолговатымъ мозгомъ и мозжечкомъ имѣется органъ, удаленіе котораго влечетъ за собой потерю способности совершать координированныя движенія. Фізіологическіе 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 вполне сущность заболѣванія и удовлетворительно объяснить весь симптомокомплексъ пока мы не въ состояніи.

Особенно трудно дать объясненіе повышенію колѣбныхъ рефлексовъ, не говоря уже о *nystagmus'ѣ*, о скандированной рѣчи—этихъ вообще необъяснимыхъ симптомахъ; въ настоящее время нѣкоторые авторы считаютъ мозжечокъ за органъ, усиливающий рефлексъ, другіе—за задерживающій ихъ; клиническіе факты говорятъ скорѣе за послѣднихъ.

О *теченіи* 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 головныя 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*. Ведеть-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 *restitutionem 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 *терапии*. Здѣсь возможна лишь терапія палліативная, здѣсь пока еще можетъ примѣняться только симптоматическое лѣченіе. Такъ рекомендуется массажъ конечностей, какъ способствующій лучшему обмѣну питательныхъ веществъ въ тканяхъ и возбуждающій ихъ дѣятельность; съ этой-же цѣлью назначаютъ и гальванизацию катодомъ. Для уменьшенія головныхъ болей употребляютъ франклинизацию вѣтеркомъ, а также иногда примѣняютъ и обыкновенныя 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 переходжу къ нашему случаю.

Больной Петръ К., мѣщанинъ Самарской губ., 18 лѣтъ, русскій, холостой, до тринадцатилѣтняго возраста былъ совершенно здоровъ. Въ это приблизительно время родные его стали замѣчать 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 перѣдко спотыкаться и даже не одинъ разъ падалъ.

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

Лѣтъ съ тринадцати занимается онанизмомъ, хотя неособенно сильно. Инфекціонными болѣзнями, насколько помнитъ, не страдалъ; *lues'a* не было; алкоголя не употребляетъ.

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

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

Слѣдующія за этимъ сыномъ двѣ дочери (26 лѣтъ и 20 лѣтъ) совершенно здоровы. Четвертый по порядку ребенокъ въ семьѣ—нашъ больной. Слѣдующіе за нимъ два сына—одинъ 14 лѣтъ, а другой 13 лѣтъ—тоже больны и такъ же, какъ и предъидущіе, главнымъ образомъ, ногами; оба брата не могутъ ходить, нижнія конечности у нихъ высохли, но активныя движенія не совершенно утрачены. Кромѣ того, у одного изъ этихъ мальчиковъ (13 лѣтъ) замѣчается довольно сильное трясеніе рукъ. Болѣзнь у всѣхъ трехъ развивалась такъ-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, кромѣ 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 функціи: 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 воротникѣ рубашки. Съ открытыми и съ закрытыми глазами при сдвинутыхъ ногахъ стоитъ нетвердо, причемъ въ послѣднемъ случаѣ легко падаетъ. Опусканіе на колѣно больной производитъ 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. Подлѣстницѣ поднимается съ трудомъ и то только съ условіемъ, если держится за перила.

Дрожаній и судорогъ не имѣется.

Сухожильные рефлексы съ *m. m. biceps, triceps, extensores et flexores* обѣихъ сторонъ нормальны; колѣнные рефлексы на обѣихъ конечностяхъ значительно повышены; съ *tendo Achilli* обѣихъ сторонъ отсутствуютъ.

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

Тонусъ мышцъ уклоненій отъ нормы не представляетъ, ригидности нѣтъ. Дно глаза и поле зрѣнія, любезно изслѣдованныя уважаемымъ профессоромъ *Е. В. Адамюкомъ*, ока-

зались нормальны; острога зрѣнія лѣваго глаза нормальна, правый глазъ видитъ хуже вслѣдствіе *maculae corneae* и сильной гиперметропіи. Слухъ, вкусъ и обоняніе уклоненій отъ нормы не представляютъ.

Болевое чувство не разстроено.

Чувство осязанія, 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 умеренно. 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: мышечныя волокна представляются полигональной формы, количество соединительной ткани и ядеръ сарколеммы не увеличено. Говоря иначе картина представлялась вполне 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 ненормальныя болѣзненные явленія, наблюдаемыя въ данномъ случаѣ; должны рѣшить, что предъ нами за страданіе.

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

При объективномъ изслѣдованіи главнаго вниманія заслуживаетъ:

1. Разстройство координаціи движеній; это разстройство наблюдается 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. Повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ на обѣихъ стопонахъ.

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. головныя боли.

Въ анамнезѣ рѣзко бросается въ глаза

1. Постепенное развитіе и хроническое теченіе заболѣванія и 2., повидимому, наслѣдственность 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, наслѣдственность, намекъ на комбинацію атрофій съ ложной гипертрофіей—плечевой поясъ нашего больного отчасти производитъ 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 насъ мышца нормальна, нѣтъ никакихъ даже слѣдовъ измѣненія въ ней. Значитъ самый характерный признакъ міопатій—измѣненіе мышечной ткани—въ данномъ случаѣ отсутствуетъ. Да, кромѣ того, если мы попристальнѣе взглянемъ въ картину нашего заболѣванія, то и безъ микроскопическаго изслѣдованія мышцы едва-ли здѣсь возможно будетъ признать

какую либо міопатію. 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 движеній въ колѣнномъ и голеностопномъ сочлененіяхъ; это не свойственно міопатіямъ. При міопатіи въ такое продолжительное время болѣзненный процессъ все бы захватилъ какія нибудь мышечныя группы, а мы нигдѣ, кромѣ нижнихъ конечностей, никакихъ уклоненій отъ нормы ни въ силѣ, ни въ объемѣ движеній не находимъ. Кромѣ того, объяснить значительную атаксію тѣми минимальными измѣненіями въ мышцахъ, которыя имѣются на лицо въ нашемъ случаѣ, нѣтъ возможности тѣмъ болѣе, что разстройство координаціи у насъ — главный болѣзненный симптомъ. Не объяснить такъ же міопатіей и головныхъ болей, если, конечно, не считать ихъ за случайное осложненіе, что представляется мало вѣроятнымъ.

И такъ здѣсь не міопатія.

Не зависить-ли весь симптомокомплексъ даннаго случая отъ страданія периферической нервной системы? Можно-ли съ точки зрѣнія периферическаго страданія объяснить нашъ главный и первый симптомъ — разстройство координаціи движеній? бываетъ-ли при невритахъ это разстройство?

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

Въ нашемъ случаѣ разстройства чувствительности нѣтъ, если не считать самаго незначительнаго нарушенія мышечнаго 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 периферическаго заболѣванія нервной системы нашъ случай, ибо два самыхъ важныхъ симптома — разстройство координаціи

движеній и повышеііе рефлексовъ мы объяснить этими заболѣваніями не въ состояніи.

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

Не есть-ли это *tabes dorsalis*?

Говоря о заболѣваніяхъ периферической нервной системы, мы уже отчасти исключили *tabes*, ибо табическая атаксія объясняется чаще, какъ результатъ заболѣванія периферическихъ нервовъ, а именно нарушеніемъ мышечнаго и тактильнаго чувства. Да кромѣ того, мы не имѣемъ больше ни одного характернаго 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 періодъ *tabes*'а отсутствуетъ. Атаксію, которая такъ и заставляетъ подозрѣвать *tabes*, относятъ ко второму періоду; но характерныхъ признаковъ и этого періода — расстройства тазовыхъ органовъ и чувствительности — мы не имѣемъ. Не подыщемъ для спинной сухотки и этиологическаго момента: *lues*'а 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 мышечныя атрофіи, при томъ еще дегенеративнаго характера, тамъ сильное ослабленіе рефлексовъ — все это не подходитъ къ нашему случаю.

Можетъ быть предъ нами *sclerosis lateralis amyotrophica*.

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

нія, столь типичныя для позднихъ стадій предполагаемой нами болѣзни.

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

Отсутствіе параличей, нормальная чувствительность и тазовые органы не позволяютъ здѣсь думать и о хроническомъ міэлитѣ. Ненарушенная же чувствительность, отсутствіе 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 типическаго *sclerosis disseminata*. Правда, что разсѣянный склерозъ иногда протекаетъ крайне атипично, такъ что могло-бы явиться подбѣзрѣніе, 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 нѣтъ. Не Фридрейхова-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 движеній, пошатывающаяся походка, другія отрицательныя данныя нашего случая — все это говоритъ за *morbus Fridreichii*. А колѣнные рефлексы? при Фридрейховой болѣзни колѣнные рефлексы понижены, а у насъ наоборотъ — повышены. Четыре года назадъ мы не смутились-бы этимъ и назвали-бы нашъ случай не типичнымъ, тѣмъ болѣе, что и нѣкоторыхъ другихъ признаковъ, очень нерѣдкихъ при *m. Fridreichii* у насъ нѣтъ: нистагма, дрожанія, разстройства рѣчи въ видѣ заиканія, медленности и монотонности произно-

шенія, но въ настоящее время, благодаря трудамъ Marie, мы знаемъ, что если весь симптомокомплексъ страданія вполне соответствуетъ Фридриховой болѣзни, а рефлексы, и, главнымъ образомъ, колѣнные, повышены, это уже не morbus Fridreichii, а особая форма заболѣванія мозжечка.

Какихъ либо заболѣваній продолговатаго мозга въ нашемъ случаѣ предполагать нельзя.

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

Какія либо новообразования мозжечка легко исключить по изслѣдованію глазного дна, ненарушенному зрѣнію, да и головныя боли, которыя 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 наслѣдственности въ нашемъ случаѣ. Отецъ и мать, по словамъ больного, здоровы, четыре брата больны, повидимому, этой-же болѣзью; 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 настала урочная часъ.

Все выше сказанное о развитіи болѣзни Marie точь въ точь повторяетъ резкавъ нашего мальчика. Pierret обращаетъ вниманіе на то, что иногда разстройству координаціи движеній предшествуютъ головныя боли; объ этихъ боляхъ, несильныхъ, но упорныхъ, мало поддающихся леченію, упоминаетъ и Brissaud ¹⁴). 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 вполне 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: *pustagmus*, 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^{го} года появятся и эти остальные симптомы. И такъ предъ нами *hérédod-ataxie cérébelleuse Marie*.

Больной пребылъ подъ нашимъ наблюденіемъ въ клиникѣ 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 клиникѣ, мы можемъ отмѣтить, что самочувствіе больного было все время хорошее; если бы не нарушеніе походки, онъ не замѣчалъ-бы своей болѣзни.

Незначительныя, небезпокоющія 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 атактическия явленія усилились: больному труднѣе стало ходить по лѣстницѣ, пателлярные рефлексы повысились, а затѣмъ къ концу пребыванія больного въ клиникѣ легко вызывались рефлексъ съ *tendo Achilli* обѣихъ сторонъ, чего раньше не было. Значить, 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. Jbidem.
 4. Pauly et Bonne. Maladie familiale à simptome 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 психіатровъ въ Москвѣ за 1897 г
 8. Pauly. Revue de médecine, 1897 г., № 3.
 9. Flechsig, }
10. Luciani. }
11. Eckhard. }
12. Goltz. } Цитировано по Landois, Физиологія человека. Харьковъ 1897 г.
 13. Pierret. Цитировано по Brissaud.
 14. Brissaud. Revue de médecine, 1897 г., № 3.
-

Къ учению объ остромъ ртутномъ полиневритѣ.

А. ТАВОРСНАГО,

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 диссертациі проф. *Н. М. Попова* ¹⁾, видно, что цѣлый рядъ авторовъ давно уже указывалъ на разнообразныя пораженія нервной системы, наступающія при остромъ ртутномъ отравленіи. Такъ, еще *Dévèr-gie* (1843 г.) видѣлъ парезъ и анестезію нижнихъ конечностей при отравленіи ртутью. *Falck* считаетъ параличи за обычное явленіе при ртутной интоксикаціи. *Orfila* упоминаетъ объ общей потерѣ чувствительности кожи и о конвульсіяхъ. *Feinberg* приводитъ случай паралича при ртутномъ отравленіи. Но всѣ названные авторы говорятъ вообще о параличахъ, не упоминая, какого характера были эти параличи—центрального 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 меркуріа-

¹⁾ Н. М. Поповъ. Матеріалы къ учению объ остромъ мізлитѣ токсического 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⁾), опубликовавший свои „клиническія и экспериментальныя наблюденія надъ меркуріальными параличами“, уже опредѣленно указываютъ на существованіе невритовъ съ хроническимъ теченіемъ. Затѣмъ, *Ketli* ²⁾), повидимому, первый описалъ случай острого сулемового полиневрита. Въ этомъ случаѣ, кончившимся летально, наблюдался, спустя недѣлю послѣ отравленія сулемомъ, восходящій параличъ Landry. Изслѣдованіе мозга послѣ аутопсіи не дало никакихъ результатовъ. Послѣ *Ketli* въ литературѣ чаще и уже съ большею 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 острого меркуріальнаго полиневрита только случай *Ketli* и одно наблюденіе (*Le Spillmann'a-Etienne'a*) 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 наблюденій, то во всѣхъ нихъ констатируется съ несомнѣнностью присутствіе такого могущественнаго 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., p. 1022.

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

такіе моменты имѣли мѣсто, то, на нашъ взглядъ, еще можно оспаривать, 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 объ этиологіи случаевъ *Leyden*'а, *Forestier*'а и 2-хъ послѣднихъ наблюденій *Spillmann*'а и *Etienne*'а можно спорить, то относительно случаевъ *Brauer*'а, *Nolda* и *Crocq*'а (*филс*) не будетъ большой ошибки сказать, что они едва-ли могутъ вѣсти въ расчетъ, какъ ртутные полиневриты. Для подтвержденія сказаннаго возьмемъ хотя-бы случай *Brauer*'а.

Больной—сифилитикъ; послѣ 34-хъ втираній, которыя уничтожили припадки *lues*'а, вдругъ появились общая слабость и судороги въ мускулахъ. Спустя нѣсколько дней, внезапно развились диплопія, разстройство рѣчи, глотанія и *incontinencia urinae*. Лечение ртутное было пріостановлено. Вскорѣ произошелъ рецидивъ вторичныхъ припадковъ сифилиса. Назначены ртутныя инъекціи. Сифилитическіе 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 воспримчивымъ къ сифилитическому токсину. Для насъ не ясно, почему здѣсь виновата ртуть, которая даже не дала обычныхъ явленій отравленія ею, 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 условіемъ, 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 специфическаго полиневрита, но тѣмъ не менѣе въ подобномъ случаѣ едва-ли есть основаніе назвать полиневритъ про-

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

Какъ видно изъ приведеннаго обзора доступной намъ литературы, случаи чистаго остраго ртутнаго 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 остраго ртутнаго полиневрита, который намъ пришлось наблюдать въ нервной клиникѣ Казанскаго университета. Но прежде чѣмъ перейти къ изложенію этого наблюденія, мы попытаемся на основаніи вышеприведенныхъ случаевъ, а также и того, который мы сейчасъ сообщимъ, дать краткій очеркъ ученія объ остромъ ртутномъ полиневритѣ.

Симптоматологія. Болѣзнь чаще всего начинается разстройствомъ со стороны пищеварительнаго тракта—рвотой, діарреей, а иногда даже и дезинтеріей, стоматитомъ. Одновременно съ этими симптомами или тотчасъ послѣ нихъ, или спустя недѣли 1½ появляются самопроизвольныя сильныя 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 параличъ выраженъ сильнѣе, на другой слабѣе. Иногда мышцы одного функциональнаго назначенія поражаются болѣе, чѣмъ ихъ антагонисты, напр. разгибатели. Координація движеній въ большинствѣ случаевъ разстраивается. Часто наблюдается симптомъ *Romberg'a*. Колѣнные рефлексъ рѣзко понижаются или совсѣмъ исчезаютъ. Общая чувствительность почти всегда разстраивается и притомъ по периферическому типу. Къ этому часто присоединяется разстройство со стороны сосудодвигате-

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

Этіологія. 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 втираніяхъ, такъ и при впрыскиваніяхъ подъ кожу растворимыхъ и нерастворимыхъ соединенийъ ртути. Впрочемъ, нѣсколько чаще острый невритъ наблюдается при приѣмѣ внутрь токсической дозы ртути, а затѣмъ и при введеніи терапевтическихъ дозъ путемъ фрикцій и инъекцій. Для развитія болѣзни отъ терапевтическихъ приѣмовъ ртути необходимо, чтобы организмъ былъ исключительно чувствителенъ къ ртути по наслѣдственности или въ немъ была особая ядосинергія къ ней. Помимо того, въ этомъ играютъ видную роль и тавіе моменты, какъ переутомленіе организма или ослабленіе его какимъ-либо заболѣваніемъ. Количество впрыскиваній или втираній не играетъ большого значенія: болѣзнь можетъ развиться какъ послѣ 3-хъ мѣсячнаго пользованія ртутью, такъ и послѣ мѣсячнаго.

Патологическая анатомія острого ртутнаго полиневрита до сихъ поръ разработана очень мало. Это станетъ вполне понятнымъ, если принять въ соображеніе, что изъ опубликованныхъ доселѣ случаевъ только въ двухъ (*Ketli, Brauer*) была произведена аутопсія; но въ случаѣ *Ketli* периферическіе нервы совсѣмъ не были изслѣдованы, а въ мозгѣ измѣненій не найдено. Въ случаѣ *Brauer*'а (если только его можно считать за ртутный полиневритъ) послѣ вскрытія были обнаружены явленія полиневрита; были-ли при этомъ одновременно констатированы измѣненія и въ спинномъ мозгѣ, авторъ не упоминаетъ. Такая скудость патологоанатомическаго матеріала, 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 полиневритъ, такъ какъ они обыкновенно погибають раньше его появленія. Проф. *Н. М. Поповъ* находилъ при остромъ ртутномъ отравленіи 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. *Heller* ¹⁾, получивъ почти полную клиническую картину остраго сулемоваго полиневрита экспериментально на кроликахъ, при вскрытіи нашелъ паренхиматозный полиневритъ и поврежденіе переднихъ и заднихъ корешковъ спинного мозга; объ измѣненіи въ нервныхъ клѣткахъ авторъ ничего не говоритъ. Д-р *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 *Перовъ* ²⁾ 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⁾ Д-р *Heller*. Des polynévrites mercurielles. La semaine médicale, 1896 г. № 4, р. 28.

²⁾ Д-ръ *Перовъ*. Къ патологической анатоміи остраго отравленія сулемомъ. Дисс. Казань. 1898 г.

взглядъ къ острому сулемовому 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 дегенерацію нервовъ въ зависимости отъ первичнаго пораженія нервныхъ клѣтокъ спинного мозга, то атрофія мышечная развивалась бы рука объ руку съ параличемъ, общая чувствительность не была бы разстроена по периферическому типу и не было бы постепеннаго ослабленія паралича по мѣрѣ удаленія отъ периферіи къ центру. Конечно, весьма возможно, что ртуть дѣйствуетъ одновременно и на клѣтки спинного мозга и на периферическіе нервы, но во всякомъ случаѣ тамъ, гдѣ клинически выступаютъ на первый планъ явленія полиневрита, всѣ шансы остаются на сторонѣ взгляда, что тамъ мы имѣемъ главное пораженіе периферическихъ нервовъ и только, такъ сказать, попутно—и клѣтокъ спинного мозга.

Течение. По теченію острые сулемовые полиневриты скорѣе примыкаютъ къ мышьяковымъ. По устраненіи причины параличныя явленія обыкновенно въ 5—8 мѣсяцевъ постепенно ослабѣваютъ, разстройство чувствительности исчезаетъ и остаются только легкія парестезіи въ конечностяхъ. Колѣнные рефлексы иногда возвращаются къ нормѣ, въ другихъ же случаяхъ остаются пониженными или даже повышенными. Атрофія мышцъ нѣкоторое 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*), гдѣ болѣзнь кончается летально. Что касается предсказанія *quo ad valetudinem completam*, то дѣло обыкновенно кончается исцѣленіемъ.

Перейдемъ теперь къ изложенію исторіи болѣзни нашего паціента.

Больной К., 55 ти лѣтъ, крестьянинъ, грамотный, служившій приказчикомъ, родился вполне 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 страдалъ, 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 относитъ къ апрѣлю 1898 года. Желая полечить ломоту, появлявшуюся у него по временамъ въ правой ногѣ, онъ обратился за совѣтомъ къ знахарю. Послѣдній снабдилъ его слѣдующимъ рецептомъ: „взять *сулемы 1 золотникъ, киновари 1 зол., мѣднанаго купороса 1 зол., сѣры „горючей“ 1 зол., смѣшать все это съ $\frac{1}{2}$ штофомъ воды и пить по рюмкѣ до тѣхъ поръ, пока не будетъ рвать, какъ слѣдуетъ*“, такъ какъ „*съ рвотой вся болѣзнь выйдетъ наружу*“. На другой день послѣ свиданія съ знахаремъ 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 рекомендованнаго средства, какъ у него появились сильная рвота съ кровью, діаррея, 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 то же 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 лежатъ его рука или нога. Тазовые органы во все время болѣзни функціонировали правильно. Въ такомъ видѣ больной пролежалъ 2 мѣсяца, въ теченіе каковаго времени ему дѣлали ножныя паровыя ванны, массажъ и электричество. Въ серединѣ іюня того же года ножныя паровыя ванны, по совѣту спеціалиста по нервнымъ болѣзнямъ, были замѣнены общими теплыми ваннами и кромѣ того назначенъ внутрь іодъ. Въ концѣ іюня больной сталъ замѣчать 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 движенія въ конечностяхъ стали все больше и больше возстановляться, а равно стала улучшаться и чувствительность въ нихъ. Мѣсяца 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 Казанскаго университета съ жалобами на расстройство 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 1898 г. Произвольныя движенія въ области черепныхъ нервовъ, вполнѣ нормальны. Изъ спинномозговыхъ нервовъ 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; движенія въ пястно-фаланговыхъ и фаланговыхъ суставахъ по объему ограничены очень замѣтно: больной не можетъ разогнуть пальцевъ до горизонта; по силѣ эти движенія рѣзко ослаблены. Сила лѣвой руки по динамометру 6 kilo., правой 13 kilo. Супинація и пронація нормальны. Всѣ пассивныя движенія во всѣхъ сочлененіяхъ рукъ возможны до полного объема.

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

Координація движеній 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 имѣетъ болѣе паралитическій характеръ, но въ ней есть и атактический элементъ*. Кромѣ того, на-

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

Сухожильные рефлексы съ *m. triceps*, *m. m. extensores* et *flexores* той и другой руки нормальны. Рефлексы коленные *отсутствуютъ совершенно*, а равно и съ Ахиллова сухожилия. Кожные рефлексъ—аксиллярный, брюшной и съ *m. cremaster* имѣются, съ подошвы отсутствуютъ. Рефлексъ съ слизистыхъ оболочекъ глаза, носа и зѣва нормальны; зрачки равномерно 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 *анэстезія периферическаго типа*. Кожные покровы уклоненій отъ нормы не представляютъ, за исключеніемъ нѣсколькихъ фурункуловъ на лѣвой голени. Подкожножирный слой развитъ слабо. Изслѣдованіе кожной электровозбудимости на фарадическій токъ показало существованіе анэстезіи периферическаго 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 фарадическій и гальваническій токъ (посредствомъ гальваническаго аппарата системы *Spartan'a*) дало слѣдующіе результаты.

	фарадич. токъ		гальванич. токъ ¹⁾			
	прав.	лѣв.	прав.		лѣв.	
<i>M. deltoideus</i>	80mm.	70mm.	Kaz 15	Anz 21	Kaz 17	Anz 20
<i>M. biceps</i>	80	90	9	12	14	17

¹⁾ Цифры выражаютъ количество элементовъ.

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

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

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

Костный скелетъ развитъ удовлетворительно, заболѣванія костей не имѣется.

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

Резюмируя все вкратцѣ, мы видимъ, что всѣ клиническіе 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 колѣнныхъ рефлексовъ; 5) разстройству всѣхъ видовъ чувствительности по периферическому типу; 6) сильнымъ стрѣляющимъ болямъ въ рукахъ и ногахъ и парѣстезіямъ 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 колѣнныхъ рефлексовъ, дегенеративная атрофія мышцъ, стрѣляющія боли и парѣстезіи въ ногахъ и рукахъ и т. д; словомъ, такія явленія, которыя отсутствуютъ при пораженіи этого отдѣла нервной системы. Предположеніе же, что весь симптомокомплексъ у нашего паціента обязанъ своимъ появленіемъ заболѣванію спинного мозга, едва-ли можетъ имѣть за собою основаніе, такъ какъ въ подобномъ случаѣ мы имѣли бы анестезію спинальнаго типа, а не периферическаго, 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, слѣдовательно, 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 периферическаго типа и кончая дегенеративной мышечной атрофіей, вполне отвѣчаютъ кли-

ической 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* даннаго полиневрита, мы должны напомнить, что нашъ больной принималъ въ продолженіе 5-ти часовъ $6\frac{1}{2}$ рюмокъ смѣси изъ сулемы, киновари, мѣднаго купороса и сѣры по 1-му золотнику cadaго 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, причемъ образовались сѣрно-кислая ртуть, препаратъ не менѣе ядовитый, чѣмъ сулема и хорошо растворимый въ водѣ, и хлорная мѣдь, вещество по своей ядовитости 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, равномерно 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 cadaго изъ нерастворимыхъ веществъ, находившихся въ смѣси въ взвѣшенномъ соостояніи, — по 0,18 grm. Слѣдовательно, всего въ $6\frac{1}{2}$ рюмкахъ содержалось cadaго 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 дѣйствию *ртути*

Что касается вопроса о *патогенезѣ* страданія въ данномъ случаѣ, то мы думаемъ, что наше наблюденіе является вѣснымъ доказательствомъ того положенія, что при ясно выраженномъ (клинически) ртутномъ полиневритѣ заболѣваютъ, главнымъ образомъ, и притомъ первично периферическія нервныя 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 спинного 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 ступшевывалось въ клинической картинѣ рѣзко выраженнаго полиневрита.

По теченію болѣзни нашъ случай надо признать затянувшимся болѣе, чѣмъ это встрѣчается обычно. Это обстоятельство, вѣроятно, надо объяснить тяжестью пораженія периферическихъ нервныхъ волоконъ, почему и требовался болѣе большой промежутокъ времени для регенераціи ихъ. Послѣ соответствующаго леченія, состоявшаго въ массажѣ и электризаціи 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 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 рукѣ 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 посторонней помощи. Что касается *кожныхъ рефлексовъ*, то они *отсутствовали попрежнему*. Со стороны чувствительности можно было констатировать совершенное исчезновеніе стрѣляющихъ 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 нѣкоторыя мышцы останутся ослабленными въ своей функціи, но большая ихъ часть возвратится къ нормѣ и больной получитъ полную возможность приняться за свои обычныя занятія. Относительно коленнаго рефлекса трудно сказать, что-либо опредѣленное; очень можетъ быть, что онъ совсѣмъ не возвратится, что, конечно, безразлично для больного.

Въ заключеніе мы не можемъ обойти молчаніемъ практически важный вопросъ, какъ отличить у сифилитика, лечащагося ртутью, меркуріальный полиневритъ отъ начинающагося сифилитическаго. Отвѣтить на это теперь при малочисленности наблюденій несомнѣннаго меркуріальнаго полиневрита едва-ли возможно, но намъ кажется, въ такихъ случаяхъ до нѣкоторой степени можно руководиться слѣдующими признаками. Если у больного появляются разстройства со стороны пищеварительнаго тракта въ видѣ сильнаго стоматита си люнотеченія, а, главное, въ видѣ діарреи или дезинтеріи съ рвотой, и если одновременно съ этимъ или вскорѣ появляются упорныя парестезіи съ сильными ланцинирующими болями въ конечностяхъ; если *быстро* начинается при этомъ падать общая чувствительность периферическихъ частей и быстро появляется паретическое состояніе конечностей; если въ мочѣ констатируется бѣлокъ; если, наконецъ, всѣ эти симптомы послѣ остановки ртутнаго леченія исчезаютъ, то все это вмѣстѣ, а, самое важное, присутствіе въ мочѣ бѣлка,

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 примѣненіи ея всегда надо быть на сторожѣ и больной, по возможности, всегда долженъ находиться подъ наблюденіемъ врача.

Къ леченію акромегаліи.

А. ВАВОРСКАГО,

ординатора клиники нервныхъ болѣзней.

Въ 1869 году *Brown-Séquard* ¹⁾ впервые высказалъ предположеніе, что функціонирующія въ нашемъ организмѣ железы имѣютъ какое-то полезное значеніе для него, и тѣмъ далъ сильный толчекъ къ детальному изученію той роли, какую играютъ эти железы въ физиологій и патологій организма. Клиническія и экспериментальныя наблюденія въ этомъ направленіи не замедлили выяснитъ, что маленькія, 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 акромегалію—болѣзнь, впервые, какъ утверждаетъ *Sternberg* ²⁾, довольно подробно описанную еще *Magendie* въ 1838 году.

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

¹⁾ Д-ръ *Шуперовичъ*. Современное ученіе объ органотерапій.

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 médecine expérimentale, 1898 г.

главѣ склонны видѣть корень всего зла въ извращеніи или совершенномъ прекращеніи функціи мокротной железы, другіе держатся теоріи *Strümpell*'а ¹⁾. По этой послѣдней теоріи измѣненіе мокротной железы есть не болѣе, какъ симптомъ общаго конституціональнаго заболѣванія организма, выражающагося въ общемъ разстройствѣ питанія. За самое послѣднее время *Sternberg* выступаетъ съ новой теоріей, примиряющей существующіе взгляды на акромегалию. Собравъ всѣ доселѣ извѣстные случаи акромегалии, онъ дѣлитъ ихъ на два разряда. Къ первому онъ относитъ акромегалию, сопровождающую другія заболѣванія, какъ напр. диабетъ, микседему, Базедову болѣзнь, кретинизмъ и т. д., и ставитъ 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 вполне 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 вскрытіями, почти во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ акромегалии бываетъ такъ или иначе измѣнена. Изъ новѣйшихъ же изслѣдованій физиологовъ *Oliver*'а и *Schäfer*'а 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, H. 1 u 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 отказаться въ этомъ теорія *Strümpell*'я. Вставъ на эту точку зрѣнія, мы въ правѣ ожидать нѣкоторыхъ результатовъ отъ примѣненія при акромегаліи соотвѣтствующей органотерапіи. Какая же здѣсь должна быть органотерапія? Нѣкоторые авторы, исходя изъ того факта, что при акромегаліи щитовидная железа иногда отсутствуетъ, примѣняли тиреоидинъ. Такъ, *Hagelstam* ¹⁾ пробовалъ въ своемъ случаѣ тиреоидинъ, но не получилъ никакого положительнаго результата, а скорѣе отрицательный: аппетитъ, бывшій до того хорошимъ, совершенно пропалъ. *Mendel* ²⁾ тоже не получилъ при акромегаліи никакого результата отъ примѣненія тиреоидина. Между тѣмъ *Mendelsohn* ³⁾ видѣлъ отъ такого леченія 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 выразился 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 недѣльнаго леченія, наблюдалъ паденіе вѣса съ 52 kilg. до 45 kilg., уменьшеніе окружности груди съ 1 м. и 15 снт. до 80 снт.; головныя боли у него почти исчезли, а интеллектъ повысился, пульсъ сталъ регулярнѣе 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'*я, гдѣ акрамеголія наблюдалась въ сравнительно типичной формѣ у 25-ти лѣтней женщины. У этой больной, кромѣ ясной темпоральной геміанопсіи, neuritis optica, прогнатизма нижней челюсти и нѣкотораго увеличенія костей пальцевъ рукъ и ногъ, наблюдалось и полное исчезновеніе пателлярныхъ рефлексовъ. Послѣ приѣма въ теченіе 14 дней бычачей мокротной железы по 2 gm. въ сутки, больная могла уже свободнѣе приводить въ соприкосновеніе 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 клиникѣ нервныхъ 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 мъ ребенкомъ. Отецъ больной былъ вполне здоровымъ человекомъ и умеръ 70-ми лѣтъ отъ воспаления легкихъ. Мать часто жаловалась на сердцебіеніе и умерла, по словамъ больной, отъ разрыва сердца. Имѣющіеся въ живыхъ 3 сестры и братъ вполне здоровы. Никакихъ указаній на фамиліальныя заболѣванія нервной системы не имѣется, а равно нѣтъ указаній и на туберкулезъ, алкоголизмъ и т.п. какъ самой больной, такъ и ея родителей. Въ дѣтствѣ ничѣмъ серьезнымъ N. не страдала. Росла она дѣвочкой живой, рѣзвой и вполне здоровой. 12¹/₂ лѣтъ отъ роду у нея появились регулы, которыя вскорѣ и установились; продолжались по цѣлой недѣлѣ и никогда не сопровождались болями. 18-ти лѣтъ, полная силъ и цвѣтущая здоровьемъ, вышла она замужъ Супругъ, которому тогда было 40 лѣтъ отъ роду, оказался импотентомъ, въ силу чего наша больная и по сію 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 Semaine 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, послѣ чего у нея появились кашель, головная боль и ощущеніе подергиванія въ затылкѣ. Послѣ соотвѣтствующей медицинской помощи всѣ симптомы прошли за исключеніемъ головной боли. Затѣмъ, къ этому присоединилось еще головокруженіе, усиливавшееся при наклоненіи головы.

Настоящее свое заболѣваніе наша больная относитъ къ 1891-му году, когда она впервые стала замѣчать боли въ колѣняхъ 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 замѣчать въ зеркалѣ 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 кольцо, которое прежде свободно шло на палецъ, надѣвалось теперь съ трудомъ. Номеръ перчатокъ и обуви ей пришлось увеличить. Вскорѣ появились боли въ костяхъ пальцевъ рукъ, большею частью по ночамъ, причемъ эти боли часто лишали ее сна. Спустя 1—1½ 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 порѣстезіи 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 сильныя, 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 беспокоили, главнымъ образомъ, больную и заставили ее искать медицинской помощи въ нервной клиникѣ, куда она и явилась 19-го марта 1897 года.

Status praesens 18¹⁹/III 97 г. При *осмотрѣ* больной можно замѣтить нѣкоторую непропорціональность отдѣльных частей лица. *Носъ* кажется нѣсколько *удлиненнымъ и широкимъ*, *скулы выдаются* больше нормальнаго. Вообще же все лицо носить 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 важутся не измѣненными. Имѣется легкій *exophthalmus* и едва прощупываемая *щитовидная железа*. *Произвольныя движенія* въ области черепныхъ и спинно-мозговыхъ нервовъ нормальны. Судорогъ и судорожныхъ припадковъ нѣтъ. Имѣется *tremor digitorum manus*. *Рефлексы коленные* слегка оживлены; получается рефлексъ съ Ахиллова сухожилія. Рефлексы съ слизистыхъ оболочекъ носа и глаза нормальны, а съ слизистой оболочки *зѣва пониженъ*. *Тазовыя органы* функціонируютъ правильно. *Зрѣніе*. По изслѣдованію проф. Е. В. Адамюка оказалось, что глазное дно нормально. *Слухъ, вкусъ, обоняніе* нормальны. *Болевая чувствительность* представляетъ легкое расстройство въ видѣ *гиперестезіи* вокругъ всей шеи и на

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

правой тыльной поверхности кисти, начиная съ пальцевъ до лучезапястного сочлененія. Анэстезіи 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 ненормальнаго; *virgo intacta* (проф. Н. Н. Феноменовъ). Реакція мочи кислая. Бѣлка и сахара въ мочѣ нѣтъ. Вѣсъ тѣла—3 пуда 30 фунт.

Не останавливаясь подробно на діагностикѣ даннаго случая, такъ какъ это отвлекло бы насъ 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 анэстезія зѣва и ограниченная гиперэстезія на правой рукѣ и шеѣ. Въ пользу такой діагностики высказались, какъ мы узнали отъ самой больной, и два московскихъ спеціалиста невропатолога, къ которымъ она обращалась за совѣтомъ въ бытность свою въ Москвѣ.

Имѣя предъ собою случай акромегаліи въ начальномъ стадіи, мы и рѣшились испытать здѣсь леченіе вытяжкой изъ мокротной железы. Впрочемъ, въ началѣ ея посѣщеній съ 20/III по 15/IV 1897 года, т. е. почти въ теченіе двухъ мѣсяцевъ, ей съ цѣлью ослабить усиленное сердцебіеніе дѣлалась гальванизация п. *sympathici* анодомъ, 3 раза въ недѣлю; но это леченіе осталось безъ результата и больная попрежнему плохо себя чувствовала. Послѣ такого неуспѣшнаго примѣненія гальванизация была отмѣнена и приступлено было съ 4/IX 1897 года къ леченію гипофизиномъ. Въ началѣ больной былъ назначенъ *orophorphysinum Pochl'*я 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 сердцебіеніе, усиленіе трясенія рукъ и ощущеніе жара во всемъ тѣлѣ. t° тѣла утромъ

36, 6°C., 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 пріемовъ 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 гальванизация съ $\frac{8}{XI}$ по $\frac{1}{XII}$ 1897, но это не дало никакого облегченія больной и всѣ симптомы оставались въ прежнемъ положеніи, почему 13-го декабря 1897 г. гальванизация 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 къ лучшему во время прекращенія пріемовъ *орохурорфизин*'а, было рѣшено, что ухудшеніе общаго самочувствія и ненормальная частота пульса не зависятъ отъ *орохурорфизин*'а, почему больной снова было предложено принимать *орохурорфизинит*. Съ 13-го декабря 1897 г. и до 12-го мая 1898 года (за исключеніемъ февраля, когда она ѣздила въ г. Москву) т. е. въ теченіе 5-ти мѣсяцевъ больная аккуратно, конечно, кромѣ менструальнаго періода, принимала *орохурорфизинит* по 0,06 grm., 1 разъ въ сутки. На лѣто былъ сдѣланъ перерывъ въ леченіи, такъ какъ пациентка въ это время, живя на дачѣ, не могла находиться подъ наблюденіемъ врача. Затѣмъ, съ 22-го сентября 1898 года и по 30-е января 1899 года она опять принимала ежедневно *орохурорфизинит* 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. Аритміи за это время наблюдать почти не приходилось. Синеватая окраска лица почти исчезла. Отекъ на ногахъ было трудно констатировать. Сравненіе измѣреній частоты тѣла, произведенныхъ при началѣ леченія больной, съ тѣми измѣреніями, которыя были сдѣланы не задолго ($\frac{8}{II}$ 1899 г.) передъ настоящимъ докладомъ, показало, что процессъ не подвинулся впередъ. Вотъ эти данныя.

	правая сторона.		лѣвая сторона.	
	20/II 97 г.	8/II 99 г.	20/II 97 г.	8/II 99 г.
Горизонтальная окружность черепа. ¹⁾	55,2 снт.	54,1 снт.		
Подбородочно-ушная линия	26,1 снт.	24,7 снт.		
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 среднего 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 насъ смущаетъ замѣчаніе самой больной, которая категорически заявила намъ, что вѣнчальное *кольцо*, которое *прежде* ей *не надѣвалось* на палецъ, *теперь надѣвается свободно*, въ чемъ 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 наблюденія за больной не только не произошло увеличенія объема пораженныхъ частей тѣла, но онѣ даже нѣсколько уменьшились.

Переходя далѣе къ остальнымъ симптомамъ, мы должны отмѣтить полное исчезновеніе головныхъ болей, очень рѣдкое появленіе сердпбѣіеній, болѣе спокойное настроеніе духа, болѣе ясную ясность психики. Больная говоритъ, 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 аѣкуратнаго пріема опогипофизина больная настолько оправилась, что сама стала очень довольна настоящимъ своимъ положеніемъ. Вѣсъ тѣла увеличился до 4-хъ пуд.

Принимая во вниманіе все только что сказанное, естественно, является желаніе приписать улучшеніе въ состояніи больной примѣненію здѣсь органотераніи. На самомъ дѣлѣ, пользуя гальванизаціей, мы не видѣли никакого успѣха, между тѣмъ какъ *при леченіи гипопфизиномъ* (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 акромегаліи не даетъ того терапевтическаго эффекта, какъ при миксѣдемѣ, но намъ кажется, что при отсутствіи другихъ средствъ для леченія акромегаліи слѣдуетъ настойчиво пробовать органотерапію и именно препараты мокротной железы, напр. опогипофизинъ, такъ какъ онъ по нашимъ наблюденіямъ, въ небольшихъ дозахъ не вызываетъ никакихъ осложнений и при очень продолжительномъ употребленіи. Главное же основаніе, позволяющее намъ рекомендовать опогипофизинъ (или другіе препараты мокротной железы), заключается въ томъ, что при сравненіи результатовъ леченія акромегаліи гипопфизиномъ съ ре-

зультатами леченія 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 акромегаліи, то тамъ, какъ это показали опытъ надъ одной такой больной, бывшей въ нашей клиникѣ, примѣнять гипофизинъ едва-ли удобно въ виду сильнаго ослабленія дѣтельности сердца. За это говоритъ и случай *Schultze*, гдѣ послѣ 3-хъ пріемовъ гипофизина послѣдовала смерть.

Подводя итогъ всему сказанному и сравнивая полученные результаты леченія съ результатомъ примѣненія органотерапіи при микседемѣ, мы въ правѣ сказать, что терапія при акромегаліи оставляетъ желать еще очень многого. А это наводитъ на мысль, что въ происхожденіи акромегаліи виновать не одинъ гипофизисъ, что здѣсь играютъ роль какія-то другія доселѣ невыясненныя условія.

СЛУЧАЙ

ТРАВМАТИЧЕСКАГО НЕВРОЗА СЪ PARAMYOSCLONUS MULTIPLEX.

В. П. Первушина,

ассистента клиники нервныхъ болѣзней.

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

¹⁸/х 1898 г. на амбулаторный клиническій пріемъ обратился Н. К.-овъ, 40 л., женатый, имѣющій 3 дѣтей, служащій помощникомъ машиниста на одной изъ желѣзныхъ дорогъ центральной полосы. Первоначальное образованіе онъ получилъ въ сельскомъ училищѣ, затѣмъ пріучался къ дѣлу при желѣзнодорожныхъ 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 паховой грыжей „съ натуги“. Венерическихъ болѣзней не было, спиртные напитки употреблялъ мало и рѣдко, табуку почти не курилъ (иначе дѣлалось головокруженіе). 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 особеннаго не даетъ.

Года 3—4 тому назадъ, ранней весной (въ февралѣ или мартѣ 1894 или 1895 г. — больной хорошо не помнитъ) 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 направленію къ пріемнику 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 кровотеченіемъ. 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 замѣчать 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 другіе ужъ напоминаютъ. Напр., станетъ набирать воду въ паровозъ и забудетъ вовремя „запереть паръ“. Насколько усилились съ теченіемъ времени головокруженія, видно, напр., изъ слѣдующаго несчастнаго случая, повлекшаго за собой новую травму черепа. Спустя 1 — 1½ года послѣ перваго ушиба, К-овъ, находясь на крышѣ стоявшаго 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 (физическаго напряженія, возбужденія и т. п.) и притомъ сопровождались временной утратой сознанія. Такъ въ январѣ или февралѣ мѣсяцѣ 1898 г. боль-

ной, не торопясь, шелъ къ поѣзду, неся корзинку съ провизіей, и вдругъ ему сдѣлалось дурно, — закружилась голова, потемнѣло 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 полученіи жалованья и т. п.) уже со времени появленія другихъ болѣзненныхъ симптомовъ; впоследствии оно также все усиливалось и въ концѣ концовъ дошло до указаннаго ниже состоянія.

Субъективныя жалобы больного сводятся на постоянную головную боль (тяжесть 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 сидитъ 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, придерживаясь 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 ориентированъ легко, отдаетъ себѣ достаточно ясный отчетъ; словомъ, имѣется лишь забывчивость. Настроеніе самое тяжелое, безотрадное: постоянный, безотчетный страхъ, неопредѣленная боязнь чего-то; все время больной находится точно въ туманѣ, словно пьяный, какъ бы пришибленный, отъ всякаго пустяка,

отъ всякаго огорченія плачетъ; на сердцѣ—тоска, тяжелое чувство, вѣчно разстраиается, „жизнь не мила“. Измѣнился и характеръ: изъ веселаго, общительнаго и добраго 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 работникъ!...“ 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 болѣнъ, можно ли рассчитывать на выздоровленіе и стоитъ ли лечиться), получить должныя указанія относительно ея леченія для своихъ докторовъ и, кромѣ того, просить выдать ему удостовѣреніе („для своего начальства“) въ томъ, что онъ дѣйствительно 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 несостоятельнымъ при исполненіи своихъ обязанностей, требующихъ величайшаго вниманія, быстрой оріентировки, 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 вполне достаточной силой (правда, больной говоритъ, что прежде онъ обладалъ значительно бѣльшей силой, поднималъ до 8-ми пудовъ; теперь по динамометру сила рукъ 60 kilo). Паретическихъ явленій нѣтъ 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 слѣдъ бывшей травмы, небольшой кожный рубецъ, не проникающій, повидимому, въ кость, но до нея доходящій, немного болѣзненный при давленіи; кромѣ того, и вся соотвѣтствующая теменная область представляется нѣсколько болѣзненной при давленіи и поколачиваніи. Координація движеній вездѣ сохранена. Въ сферѣ рефлекторной можно отмѣтить лишь легкое оживленіе колѣнныхъ рефлексовъ, вялую реакцію зрачковъ

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 два—сильную блѣдность папиллы и очень слабое наполненіе артеріальныхъ сосудовъ; острота зрѣнія правильна (изслѣдованіе въ клиникѣ проф. Е. В. Адамюка). Вкусъ и обоняніе не измѣнены. Въ сферѣ общей чувствительности замѣчается нѣкоторая тупость воспріятія болевыхъ и тактильных ощущеній (гипѣстезія) въ области 1-й вѣтви п.п. *trigeminorum*., 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 сферѣ: наличность произвольныхъ движеній. Какое бы положеніе больной не принималъ, независимо отъ его воли возникаютъ быстрыя клоническія сокращенія симметричныхъ мышцъ на обѣихъ сторонахъ тѣла; ихъ почти нѣтъ въ мышцахъ нижнихъ конечностей (лишь иногда бываютъ незначительныя подергиванія въ *m. quadriceps femoris*); они болѣе замѣтны въ мускулатурѣ верхнихъ конечностей и туловища (*mm. deltoideus, biceps, pectoralis major et minor, triceps*, мышцы живота), но всего рѣзче—въ мышцахъ надплечій и верхней части грудной клѣтки (*mm. cucullaris*, мышцы лопатки, *rhomboidei, latissimus dorsi* и др.). Эти сокращенія носятъ явно клоническій характеръ: мышца быстро сокращается и вскорѣ же расслабляется съ тѣмъ, чтобы тотчасъ же снова сократиться и снова расслабнуть (въ *mm. cucullares* бывало до 30—60 и болѣе сокращеній въ минуту). Быстрота и частота сокращеній много зависитъ 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 *m. scullaris*—плечи постоянно и значительно приподнимаются и опускаются. Далѣе въ нѣкоторые моменты сокращеніе проявляется преимущественно въ однихъ мышечныхъ группахъ, въ иныя моменты—въ другихъ. Ночью и вообще во время сна описываемыя движенія, по словамъ больного, по большей части, совершенно прекращаются (иногда, впрочемъ, они не успокоиваются и во время сна, нарушая его), въ остальное время они сильно беспокоятъ больного, нерѣдко дѣлая невозможнымъ какой-либо правильный трудъ (послѣдній, однако, оказываетъ умѣряющее вліяніе на судороги).

На ряду съ указанными довольно крупными судорожными движеніями имѣется *tremor* выпрямленныхъ пальцевъ рукъ, а въ нѣкоторыхъ мышцахъ еще и фибриллярныя подергиванія, довольно рѣзко выраженные (въ *mm. 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 явленій отчасти въ сферѣ 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, тоскливое, безотрадное, подавленное настроеніе—словомъ, личность чловѣка сдѣлалась неузнаваемой: на ней легъ отпечатокъ какой-то подавленности, пришибленности, угнетающей всю психическую жизнь и дѣлающей порой невыносимымъ самое существованіе.... Невольно поражаетъ несоотвѣтствіе данныхъ субъективныхъ съ результатами объективнаго изслѣдованія. Здѣсь важно отмѣтить общее хорошее состояніе со стороны кожныхъ покрововъ, костной системы (за исключеніемъ кожного рубца и болѣзненности въ области лѣвой теменной кости), мускулатуры, внутреннихъ органовъ, отсутствіе хотя бы слабыхъ паретическихъ явленій, а въ сферѣ рефлексорной—легкое

оживленіе ко́лѣнныхъ рефлексовъ, расширеніе и неравенство зрачковъ, ихъ вялую реакцію на свѣтъ. Далѣе имѣется двусторонняя слабость слуха и ослабленіе зрѣнія; поле зрѣнія нормально, соски зрительныхъ нервовъ блѣдны, съ узкими сосудами; общая чувствительность слегка понижена (гипѣстезія) въ области 1-й вѣтви *n. trigemini*, живота и конечностей. Въ сферѣ произвольныхъ движеній — *ragamuclopus multiplex*, *tremor digitorum*, фибриллярныя сокращенія въ *mm. triceps, latissimus dorsi*.

Желая рѣшить вопросъ, съ чѣмъ мы въ данномъ случаѣ имѣемъ дѣло, прежде всего необходимо согласиться, что большинство имѣющихся у больного симптомовъ, а, быть можетъ, и всѣ приходится ставить въ связь съ нарушеніемъ функций 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 нѣтъ; 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. Общій *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, хроническаго 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 наблюдаемыхъ явленій. 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 функциональнаго?

Уже бѣлаго знакомства съ клинической картиной случая достаточно для того, чтобы не усматривать въ его основѣ заболѣванія периферическаго нервно-мышечнаго аппарата или нарушенія спинномозговыхъ функций въ виду полного несоотвѣтствія этой картины съ обычными симптомами пораженія названныхъ отдѣловъ нервной системы.

Большинство патологическихъ симптомовъ даннаго случая можно вполне связать съ заболѣваніемъ содержимаго черепной полости. Въ самомъ дѣлѣ, сюда можно отнести главную боль, головокруженіе, 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 болѣзненность при давленіи 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, устанавлиющія 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 заболѣваніи 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 мозговья опухоли, долгое время протекавшія подъ видомъ тяжелой невралгіи, мигрени, малокровія и т. п., гдѣ діагнозъ не могъ быть установленъ за отсутствіемъ положительныхъ объективныхъ данныхъ и становился очевиднымъ, порой даже неожиданнымъ для наблюдателей, при ухудшеніи состоянія больныхъ, при появленіи грозныхъ припадковъ явнаго органическаго заболѣванія головного мозга.

Въ нашемъ случаѣ нѣтъ 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 ограниченная, а разлитая, голова вся точно тяжелая, точно шапка тяжелая на нее надѣта и давить—особенности, скорѣе свойственныя невралгической головной боли. Состояніе глазного дна (блѣдность

папиллы, узкія артеріи) скорѣе противорѣчитъ діагностику 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 анамнестическія данныя: отсутствіе инфекціонныхъ заболѣваній и въ особенности заболѣваній внутреннего уха, играющихъ выдающуюся роль въ этиологіи гнойниковъ головного мозга и его оболочекъ.

Съ болѣшимъ правомъ здѣсь можно ожидать хронически протекающій воспалительный процессъ въ мозговыхъ оболочкахъ, одѣвающихъ лѣвое полушаріе въ теменной области, болѣзненной 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 нѣкоторые 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 зависеть всецѣло отъ грубыхъ измѣненій мозгового вещества. Этимъ самымъ мы поставлены въ необходимость 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 функциональных страданій центральной нервной системы, именно—для неврастенія и истеріи, а способъ развитія припадковъ позволяетъ думать, что здѣсь—такъ называемый „травматическій неврозъ“.

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

„шокомъ“ (весьма важно), а въ основѣ предполагаются лишь молекулярныя 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 физическіе симптомы. Послѣдніе представляютъ комбинацію неврастеническихъ и истерическихъ явленій (съ преобладаніемъ то однихъ, то другихъ), къ которымъ присоединяются другія сходныя функциональныя расстройства: психическія явленія, разнообразнѣйшія двигательныя расстройства въ формѣ акинеза (парезы и параличи) и гиперкинеза (начиная съ эпилепсїи, локализованныхъ мышечныхъ судорогъ въ родѣ *tic convulsif*, *paramyoclonus multiplex*, и кончая мелкимъ трясеніемъ и даже фибриллярными мышечными сокращеніями). Наблюдаются также различныя явленія въ сферѣ трофической, сосудодвигательной, чувствительной и т. д., откуда понятна вся сложность и запутанность клиническаго проявленія болѣзни.

Нашъ случай по своимъ особенностямъ вполне подходитъ подъ понятіе травматическаго невроза и во всѣхъ своихъ деталяхъ объяснимъ съ этой точки зрѣнія; тогда будутъ понятны общая слабость субъекта, его головныя боли, головокруженія, болѣзненность темени, явленія со стороны глазъ, состояніе рефлексовъ, чувствительности, *tremor digitorum* и, наконецъ, характерныя 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 рассматриваемой формѣ вполне 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 травматическаго невроза, даже болѣе того—для него специфично.

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

Здѣсь я имѣю въ виду явленія гиперкинеза—*tremor dtgitorum*, клоническія судороги въ нѣкоторыхъ мышцахъ туловища и отчасти конечностей и фибриллярныя 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 симптомокомплексъ? Последнее предположеніе намъ представляется болѣе вѣроятнымъ. Этихъ явленій не было до травмы черепа, которой мы склонны придавать значеніе этиологическаго момента въ происхожденіи рассматриваемаго невроза. Въ случаяхъ же травматическаго невроза явленія гиперкинеза, какъ сказано, далеко не рѣдки. Здѣсь возможны истерическіе, эпилептические припадки, разнообразныя виды дрожанія, фибриллярное дрожаніе то по всему тѣлу, то въ нѣкоторыхъ мышцахъ и, наконецъ, различныя судорожныя явленія безъ расстройства сознанія—по преимуществу локализованныя судороги мышцъ *H. Oppenheim*, Руководство по нервнымъ болѣзнямъ, 1896 г.).

Наблюдаемое у нашего больного дрожаніе рукъ—явленіе заурядное, часто встрѣчающееся у такъ называемыхъ „нервныхъ“ лицъ, т. е., при истеріи, неврастеніи и близкихъ къ нимъ состояніяхъ; фибриллярныя мышечныя 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 объ аміотрофіи здѣсь не можетъ быть и рѣчи. Несравненно труднѣе рѣшить вопросъ относительно самаго характера имѣющихся у больного клоническихъ судорогъ въ нѣкоторыхъ мышечныхъ группахъ, объ ихъ происхожденіи, типѣ, ихъ значеніи для больного и самой терапіи, такъ какъ онѣ составляютъ одинъ изъ наиболѣе тяжкихъ и мучительныхъ симптомовъ. Здѣсь мы вступаемъ въ одну изъ интереснѣйшихъ, но въ тоже время, къ сожалѣнію, мало изученныхъ областей невропатологіи—область произвольныхъ движеній.

Въ настоящее время мы можемъ лишь квалифицировать различныя формы этихъ движеній, 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 истеченіи органическихъ заболѣваній нервной системы; относительно же „двигательныхъ невродовъ“, разнообразнѣйшихъ формъ гиперкинеза, не имѣющихъ подъ собой грубо-анатомической подкладки и по тому причисляемыхъ пока къ заболѣваніямъ чисто функціональнымъ, мы поставлены въ гораздо худшія условія. Не говоря уже о томъ, что о самой сущности процесса мы имѣемъ лишь гадательное, смутное представленіе (а порой и того нѣтъ), мы нерѣдко затрудняемся въ самой діагностикѣ 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 отдѣльных формъ, типовъ, отдѣльных даже болѣзней. Задача позднѣйшаго времени заключается въ томъ, чтобы разобраться въ этой грудѣ сырого матеріала, 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“, помещенную въ его „Leçons sur les maladies du système nerveux (année 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 собственные наблюденія, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ.

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

Во 2-хъ, всѣ эти разновидности міоклоніи служатъ выраженіемъ наслѣдственной или приобрѣтенной дегенераціи.

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

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

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

в) *Chorea electrica* ¹⁾ *Henoch-Bergeron'a* и *tic non douloureux de la face*—судороги, производящія координированное движеніе, особенно въ мышцахъ лица, шеи, плечъ; движенія очень быстры, молніеобразны, въ извѣстной мѣрѣ подавляются произвольными движеніями соотвѣтствующихъ мышцъ хотя вообще психика мало на нихъ вліяетъ; во снѣ онѣ ослабляются; наблюдаются главнымъ образомъ у дѣтей; *prognosis bona*.

д) *maladie des tics*, въ своей благопріятной формѣ выражается гримасами лица, рѣзкими произвольными движеніями 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, обзаванное инфекціи заболѣваніе, наблюдаемое въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ Италіи, отличающееся хроническимъ теченіемъ и фатальнымъ исходомъ въ большинствѣ случаевъ. Болѣзнь начинается съ боли головы, спины; затѣмъ наступаютъ молніеобразныя сокращенія въ рукѣ, лицѣ, а потомъ ногѣ одной стороны. Черезъ нѣкоторое время тоже происходитъ и на другой сторонѣ тѣла; затѣмъ присоединяются эпилептическіе припадки (иногда односторонніе), параличи, мышечныя атрофіи, гиперестезія кожи и больнои, но большей, части погибаетъ (черезъ нѣсколько недѣль, мѣсяцевъ). Вскртія пока ничего опредѣленнаго 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 внѣшнее сходство (да и то сомнительное).

ными психическими ненормальностями (въ особенности навязчивыми идеями).

Въ 4-хъ, у невропатовъ можно встрѣтить формы міоклоніи, не подходящія вполне 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, классическіе случаи той или другой формы хотя и наблюдаются, но рѣдко, и несравненно чаще приходится сталкиваться съ тѣми или другими отступленіями отъ „типа“.

Возвращаясь къ нашему случаю, припомнимъ, что его особенностью являются клоническія судороги главнымъ образомъ въ мышцахъ верхней части туловища и рукъ, сопровождающіяся по отношенію къ *mt. sacculares* двигательнымъ эффектомъ, во время сна, по большей части, прекращающіяся, усиливающіяся при возбужденіи больного, позволяющія ему отправленіе его служебныхъ обязанностей, хотя и гораздо хуже, чѣмъ то было до болѣзни (повидимому, произвольныя движенія нѣсколько умѣряли судороги). Подъ указанное описаніе нельзя отнести судорогъ эпилептовидныхъ, атетоза, хорейческихъ, сальтаторнаго спазма; истерическія судороги также исключаются въ виду почти постоянной стереотипности движеній: здѣсь нѣтъ той пестроты, смѣны картинъ, которая такъ свойственна истеріи. Сальтаторный спазмъ, характеризующійся непроизвольными клоническими сокращеніями въ мускулатурѣ нижнихъ конечностей подъ вліяніемъ душевнаго возбужденія или даже прикосновенія къ подошвамъ при вставаніи, 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 Henoch-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'u*, фибриллярными сокращеніями въ мышцахъ икръ и задней части бедеръ, откуда они могутъ перейти на мышцы туловища и на руку, щадя однако всегда лицо и шею. *Morvan* считаетъ эту форму хорей раз-

новидностью *paramyoclonus multipl. Friedreich'a* (не происходит перемѣщенія части тѣла, подверженной судорогѣ), куда присоединяются разстройства потоотдѣленія и иногда вазомоторныя. Самый характеръ сокращеній (фибриллярный) не позволяетъ признавать этой формы въ нашемъ случаѣ.

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

Въ 1881 г. *Friedreich* опубликовалъ одинъ случай *paramyoclonus multiplex*, который и легъ затѣмъ въ основаніе созданнаго имъ типа. Дѣло касалось одного взрослого мужчины, у котораго послѣ испуга появились конвульсивныя, клоническія судороги въ симметричныхъ мышцахъ конечностей, но почти безъ участія мускулатуры лица и нижнихъ отдѣловъ конечностей. Частота судорогъ колебалась отъ 1 до 50 въ 1', иногда же—гораздо чаще (въ родѣ тетанизаціи мышцъ); частота и интензивность ихъ были подвержены большимъ колебаніямъ въ зависимости отъ окружающихъ условій: психическое возбужденіе, кожныя 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. Также и произвольныя движенія оказывали умѣряющее вліяніе на судороги (т. е. судороги не мѣшали или мало мѣшали произвольнымъ движеніямъ). Судороги проявлялись въ видѣ быстрыхъ подергиваній, охватывающихъ отдѣльныя мышцы и притомъ такія, которыя „не производятъ совмѣстнаго синергическаго дѣйствія, почему и самый эффектъ ихъ въ смыслѣ перемѣщенія членовъ ничтоженъ или сводится къ нулю“ (*Oppenheim*); „легкое перемѣщеніе сегмента членовъ наблюдалось только въ видѣ исключенія“ (*Raymond*). Ритмъ судорогъ весьма неправиленъ; какъ сказано, судороги симметричны, но неодинаково и одновременно проявляются на обѣихъ сторонахъ. Мышечная сила, электровозбудимость мышцъ и нервовъ, чувствительность—безъ измѣненія, рефлексъ кожныя и сухожильныя были повышены. Черезъ нѣсколько лѣтъ судороги у больного въ одинъ день прекратились; позднѣе, однако, былъ рецидивъ, во время котораго больной умеръ отъ посторонней причины.—Таковъ въ общихъ чертахъ случай *Friedreich'a*. Появившіяся вслѣдъ затѣмъ описанія другихъ

авторовъ или подходить подъ этотъ „типъ“, или въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ отъ него разнятся, причемъ иногда довольно сильно. Такъ иногда въ общей мышечной ажитации участвуютъ и мышцы лица, мышечныя сокращенія порой продолжаются и во время сна; въ нѣкоторыхъ случаяхъ они сопровождались двигательнымъ эффектомъ; иногда къ клоническимъ судорогамъ *paramyoclonus*'а присоединялись другіе виды движенія—дрожаніе, атетозъ. Наблюдались случаи съ пониженіемъ или даже уничтоженіемъ колѣнныхъ и вообще сухожильныхъ рефлексовъ; послѣдніе бывають выражены то одинаково на обѣихъ сторонахъ, то больше съ одной стороны, до полной утраты на другой. Порой наблюдали присоединеніе и расстройствъ въ психическихъ отправленіяхъ: появленіе навязчивыхъ идей и даже психозовъ.—Такимъ образомъ, эти случаи, повторяя въ общихъ чертахъ картину, нарисованную *Friedreich*'омъ, въ частностяхъ представляютъ значительныя отступленія: чистый типъ *Friedreich*'а рѣдокъ.

Подобное положеніе вопроса естественно, съ накопленіемъ новаго матеріала, требовало какого-либо солиднаго критерія для того, чтобы можно было разбираться въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ и отличать „*paramyoclonus Friedreich*'а“ 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*'а самостоятельное заболѣваніе, отъ котораго 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*'а и *chorea electrica Henoch*'а и полную аналогію хореи съ тикомъ, который является скрытою и благопріятною формой *maladie des tics*. Другіе авторы предлагали часть случаевъ электрической хореи *Henoch*'а, 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 „міоклоніи“ всѣ вышеуказанныя формы (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 вскрытіи типичнаго случая paramyoclonus'a, произведенномъ *Schultze*, гистологическое изслѣдованіе нервныхъ центровъ дало отрицательные результаты), клиническія же наблюденія, какъ было уже указано, для всѣхъ разновидностей міоклоніи устанавливаютъ общую почву (дегенерация) и формы переходныя, напр., переходъ paramyoclonus'a къ maladie des tics, или тика лица—къ paramyoclonus'у; выше мы уже видѣли, какъ смотритъ 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 произвольныхъ движеній. Во 2-хъ, мы будемъ смотрѣть на него какъ на представителя цѣлой группы явленій, почему въ правѣ дѣлать выводы отъ общаго къ частному.

Припоминая описаніе paramyoclonus multiplex *Friedreich's*, мы безъ труда убѣждаемся, что нашъ случай въ общихъ чертахъ повторяетъ его: клоническія, быстрыя судороги въ симметричныхъ мышцахъ безъ участія мускулатуры лица и периферическихъ отдѣловъ 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 фибриллярное сокращеніе нѣкоторыхъ мышцъ. Не взирая на эту небольшую разницу, мы, конечно, скажемъ, что передъ нами—paramyoclonus multiplex *Friedreich's* въ довольно типичной формѣ, представитель явленій міоклоніи.

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

жить въ основѣ всѣхъ міоклоническихъ состояній, и почему она явилась у человѣка здороваго, сильнаго, безъ подозрительныхъ (насколько можно было выяснитъ) особенностей въ анамнезѣ? Авторы приписываютъ извѣстную роль въ происхожденіи рагатуослопус'а и другихъ явленій 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 паденіемъ съ высоты и неминуемымъ при этомъ ощущеніемъ страха. До 1-й травмы головы онъ пользовался хорошимъ (относительно) здоровьемъ, но, весьма возможно, что условія его непокойной, трудной и отвѣтственной службы уже успѣли сдѣлать свое, успѣли подточить здоровье и создать почву для всевозможныхъ невротозъ (вещь далеко нерѣдкая среди желѣзнодорожныхъ служащихъ). Такимъ образомъ, травма въ связи съ шокъ могла попасть на готовую уже почву, достаточно было сравнительно небольшого повода и незамѣтно развилась тяжелая картина травматическаго 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 рагатуослопус'омъ *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 повышение сухожильныхъ рефлексовъ. Основаніемъ для такого предположенія служить то обстоятельство, что у нѣкоторыхъ больныхъ міоклонія бываетъ какъ бы предлюдіей аміотрофическаго пареза (т. е. начальное возбужденіе клѣтки позднѣе смѣняется ея угнетеніемъ). Кроме того, проводятъ параллель съ прогрессивной мышечной атрофіей, гдѣ наблюдаются въ началѣ фибриллярныя сокращенія, а потомъ парезы. *Vanlair* придерживается другой гипотезы. По его мнѣнію скрытая причина заключается въ чрезмѣрной возбудимости чувствительныхъ клѣтокъ, развившейся вслѣдствіе воз-

бужденія съ периферіи. *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 происхожденія міоклоніи одного этого мало, тѣмъ болѣе что этимъ путемъ многого 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 происхожденіемъ*, на основаніи слѣдующихъ соображеній. Умственные способности міоклониковъ какъ извѣстно, рѣдко бываютъ нормальны; вліяніе причинъ нравственнаго 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 говоритъ и то соображеніе, что клоническія 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 вноситъ въ ученіе о неврозахъ болѣе рачіональныя представленія и упрощаетъ до извѣстной степени ихъ пониманіе. Съ накопленіемъ клиническихъ и патолого-анатомическихъ фактовъ подобное представленіе получить болѣе реальную основу и тогда легче будетъ понимать разнообразныя симптомы міоклоніи.

Что касается до *предсказанія* при міоклоніи, то, по самой сути вещей, оно должно быть серьезнымъ: съ наслѣдственной и приобрѣтенной дегенераціей борьба трудна, а потому возвраты болѣзни часты, случаи же излеченія рѣдки.

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

каиваютъ приступы судорогъ, но иногда приходится прибѣгать къ морфію. Болѣе успѣшныя 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, водолѣченіе. *Gowers* довольно горячо рекомендуетъ гальваническій токъ (ежедневно въ теченіе $\frac{1}{4}$ час. пропускать отъ позвоночника сильный токъ по направленію къ пораженнымъ мышцамъ).

Д-г. *Destarac* въ своей статьѣ: „Къ леченію міоклоніи электричествомъ“ (*La médecine moderne*, 1898, № 36) сообщаетъ, что, „болѣзнь эта успѣшно поддается леченію электричествомъ даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется болѣзненная наслѣдственность“; только необходимо начинать леченіе какъ можно ранѣе. Всего лучше дѣйствуетъ гальванизация нисходящимъ токомъ значительной силы (до предѣла выносливости больного). Хорошо дѣйствуетъ и франклинизация вѣтромъ (реф. Терапевтическаго Вѣстника, № 11, 1899 г.).

Нашему больному, во 1-хъ, выдано было клинкой, 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, гипѣстезія, 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 наслѣдственность, можно надѣяться на болѣе или менѣе благоприятный исходъ какъ явленій травматическаго невроза, такъ и тѣсно связанныхъ съ нимъ проявленій міоклоніи.

О

примѣненіи *natrii nitrosi*

при *tabes dorsalis*.

Проф. Л. О. ДАРКШЕВИЧА.

(*Предварительное сообщеніе*).

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 іода очень часто или совсѣмъ остается безъ вліянія на табическія проявленія, или вліяетъ на нихъ въ самой незначительной степени.

Но примѣненіе ртути при *tabes*, какъ извѣстно, возможно далеко не во всѣхъ случаяхъ. Въ этомъ отношеніи самымъ главнымъ противопоказаніемъ сужить атрофическій процессъ въ зрительныхъ нервахъ. Несомнѣнно, что *atrophia grisea nervorum opticorum* иногда улучшается подъ вліяніемъ ртутнаго лѣченія; но несомнѣнно и то, что очень нерѣдко съ первыхъ же дней примѣненія ртути она начинаетъ быстро прогрессировать, обуславливая 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, по возможности, приближались бы къ ртути и въ тоже время не отражались бы на глазахъ больного такъ неблагоприятно, какъ отражается на нихъ порою примѣненіе ртути.

Имѣя въ виду сообщеніе о томъ ¹⁾, что *Petrone* съ большимъ успѣхомъ примѣнялъ при лѣченіи сифилиса *natrium nitrosum* въ видѣ подкожныхъ вырыскиваній, и принимая въ соображеніе благоприятные отзывы объ этомъ средствѣ Д-ра *Липскаго* ²⁾, я рѣшилъ испытать азотистокислый натръ въ завѣдываемой мною клиникѣ на табикахъ. Первоначально *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 дополняя его.

Свои наблюденія я далеко не могу считать еще законченными: многое для меня остается еще неполнѣ выясненнымъ; однако общее впечатлѣніе отъ употребленія *natrii nitrosi* весьма благоприятно для этого средства и я полагалъ своевременнымъ сообщить здѣсь свои наблюденія хотя бы въ самомъ краткомъ видѣ ³⁾ 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 *nat-*

¹⁾ La semaine médicale. 1895, № 51, p. ССН.

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

³⁾ Доложено въ научномъ собраніи врачей при Клиникѣ нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета 23 февраля 1899 года.

rium nitrosum оказывается дѣйствительнымъ 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. *начальныхъ*. Въ частности нужно замѣтить, что прежде всего и полнѣе всего поддаются лѣченію стрѣляющія 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 отмѣчать замѣтное улучшеніе общаго питанія 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 каждаго больного и при томъ нѣсколько разъ въ теченіе лѣченія. Общій выводъ касательно только что поставленнаго вопроса тотъ, что natrium nitrosum несомнѣнно не имѣетъ того неблагоприятнаго вліянія на зрительный нервъ, какое оказываетъ на него въ иныхъ случаяхъ ртуть. У всѣхъ больныхъ, гдѣ примѣнялся natrium nitrosum, намъ ни разу не приходилось отмѣчать усиленія атрофическаго 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 натромъ 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 *patrii nitrosi* давало обычный терапевтическій эффектъ. Я останавливаюсь на этомъ фактѣ, хотя и не считаю себя въ правѣ рѣшать вопроса, зависитъ ли это явленіе отъ болѣе благопріятнаго вліянія *patrii nitrosi* сравнительно съ ртутью, или, быть можетъ, здѣсь сказывается вліяніе совместнаго дѣйствія двухъ средствъ заразъ; не буду однако отрицать и того, что явленіе это могло быть совершенно случайнымъ и не подтвердится въ будущемъ при дальнѣйшихъ наблюденіяхъ на большемъ числѣ случаевъ.

Что касается способа примѣненія *patrii nitrosi*, то въ нашихъ случаяхъ мы пользовались исключительно подкожными впрыскиваніями. 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 указаній на болѣзненность впрыскиванія слишкомъ крѣпкаго раствора.

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

Принимая въ соображеніе нѣкоторое разнорѣчіе, существующее въ литературѣ по отношенію къ дозировкѣ *patrii nitrosi*, и не считая азотистокислый натръ средствомъ безразличнымъ, мы у каждаго 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 *patrii nitrosi*; слѣдующіе пять дней— по шприцу 2‰-го раствора; далѣе слѣдовали пять 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. 1⁰/₀-го раствора natrii nitrosi

5 " " " " 2⁰/₀-го " "

5 " " " " 3⁰/₀-го " "

5 " " " " 4⁰/₀-го " "

5 " " " " 5⁰/₀-го " "

55 " " " " 6⁰/₀-го " "

Лѣченіе продолжалось нами обыкновенно дней 80 потому, что при указанной дозировкѣ средства терапевтическій 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 скорѣе 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 6⁰/₀-ый растворъ natrii nitrosi, введенный безъ предварительной подготовки больного къ этому средству, будетъ переноситься также хорошо, какъ переносится онъ послѣ приученія больного рядомъ впрыскиваній болѣе слабыхъ растворовъ. А это, несомнѣнно, значительно сократить срокъ, необходимый для проведенія „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 стоекъ терапевтическій эффектъ, достигаемый введеніемъ азотистокислаго натра въ теченіе одного „курса“, нами не можетъ быть пока рѣшенъ съ положительностью. Продолжительность наблюденія въ нашихъ случаяхъ, гдѣ 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 кровонаполненія сѣтчатки, достигаемое при подкожныхъ впрыскиваніяхъ natrii nitrosi, никоимъ образомъ не можетъ считаться

явленіемъ скоропреходящимъ, прекращающимся одновременно съ прекращеніемъ 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 веденіи лѣченія этимъ средствомъ въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній, каждый разъ тщательно слѣдили за тѣмъ, не наступало ли у больного какихъ нибудь явленій, которыя должны были разсматриваться, какъ явленія интоксикаціонныя.

Въ этомъ отношеніи общее впечатлѣніе наше было таково, что *natrium nitrosum* при той дозировкѣ, которая примѣнялась нами, переносится больными вполне 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 дневные, частью ночные, прекращавшіеся также очень скоро вслѣдъ за прекращеніемъ дальнѣйшихъ впрыскиваній. Явленій удушья, рѣзкаго паденія волны пульса или усиленнагосердцебіенія нами не наблюдалось ни разу.

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

Къ вопросу

о центростремительныхъ связяхъ ядеръ заднихъ столбовъ.

Студ. Г. Я. ТРОШИНА.

(Предварительное сообщеніе).

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 открытія 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. Изслѣдованіемъ петли занимались Reil, Rosenthal, Burdach, B. Stilling, Arnold, Gratiollet, Schröder 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 корогкій 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 спеціальныя методы. Такъ, по эмбриологическому

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-анатомическаго метода, то въ этомъ отношеніи петлѣ 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-бы 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 продолговатаго мозга и кончая thalamo optico, чечевицеобразнымъ 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 вполне подтверждаютъ данныя эмбриологическаго метода. Нѣтъ, напр., согласія по такому кардинальному вопросу: доходить 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 образованія. Надо думать, что петля состоитъ изъ нѣ-

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

Наши опыты по вопросу о центропетальныхъ связяхъ ядеръ заднихъ столбовъ производились на кошкахъ. Ядра заднихъ столбовъ повреждались чрезъ заднее затылочное отверстіе. Животныя оставались въ живыхъ отъ 14 до 21 дня, затѣмъ убивались, при чемъ мозгъ обрабатывался по методу Marchi. Полученные ряды фронтальныхъ срѣзовъ 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—найлены 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 веревчатого 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—экстирпація, выжиганіе—не употреблялись. Дѣлалось это съ тою цѣлю, чтобы произвести точно локализованное поврежденіе, не задѣвая образований, прилежащихъ къ ядрамъ заднихъ столбовъ; кромѣ того, небольшая травма, производимая иглой, вызывала обыкновенно лишь незначительное реактивное воспаленіе. Благодаря послѣднему обстоятельству, можно было точно установить, что задніе столбы внизъ не перерождаются; даже разбросанныя глыбки міэлина, воспалительнаго 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 перекрестъ петли, а къ области ядра бокового столба. Одни изъ этихъ волоконъ входили въ самое ядро бокового столба, большинство-же ихъ скопилось въ дорсальной периферіи этого ядра, принимало продольное направленіе и шло фронтально, рѣзко отличаясь своимъ мѣстоположеніемъ 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 посылало отъ себя перерожденные волокна въ сѣрое вещество спинного мозга.

Болѣе интереснымъ является соединеніе заднихъ столбовъ и ихъ ядеръ съ мозжечкомъ. Изъ поврежденнаго Бурдаховскаго столба перерожденные 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 центропетальной, такъ какъ въ данныхъ опытахъ съ разрушеніемъ ядеръ заднихъ столбовъ, эти *fibrae* не перерождались. Упомянутыхъ волоконъ, идущихъ изъ Бурдаховскаго ядра въ веревчатое тѣло, не 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 направленіи отъ собственно Бурдаховскаго ядра, будучи окружено въ двухъ третяхъ своей периферіи веревчатымъ тѣломъ; оно извѣстно подѣ именемъ ядеръ веревчатого тѣла Meynert'a. Во всѣхъ опытахъ, гдѣ съ поврежденіемъ ядра Бурдаховскаго столба былъ поврежденъ и самый столбъ, этотъ послѣдней перерождался въ восходящемъ направленіи до ядра веревчатого тѣла Meynert'a, густо наполняя это ядро производными мѣлиноваго распада. Въ одномъ изъ опытовъ было разрушено и самое ядро веревчатого тѣла и при этомъ можно было констатировать, что изъ ядра веревчатого тѣла идутъ перерожденные 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 Голлеускаго ядра, отъ такихъ же волоконъ, вступающихъ изъ ядра Бурдаховскаго столба, не представляется возможнымъ, хотя это различіе описываютъ нѣкоторые авторы. *Fibrae arcuatae internae*, изъ какого бы ядра онѣ не выходили, идя къ средней линіи, перемѣшиваются между собой и проходятъ среднюю линію въ одномъ изъ слѣдующихъ трехъ направленій. 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 переходятъ на другую сторону.

Перерожденные *fibrae arcuatae internae* послѣ описаннаго перекреста въ средней линіи, скопляются на противоположной отъ мѣста 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 особеннаго. Сначала онъ занимаетъ дорсо-вентральное направленіе, скопаясь между пирамидой и нижней оливой, между

нижними оливами, въ *hilus olivae*, между оливой и ея придатками; затѣмъ онъ принимаетъ горизонтальное положеніе снутри кнаружи, начинаясь около средней линіи; въ области верхняго четверохолмія петлевой слой быстро отходитъ отъ средней линіи по направленію 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 разрушеніи Голлевскаго ядра, такъ и при разрушеніи Бурдаховскаго, глыбки міэлина не скопляются въ какомъ-нибудь извѣстномъ участкѣ, а разсыяны 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 (медіальная) 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 послѣдняго 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 посылаетъ волокна къ слѣдующимъ образованіямъ, встрѣчающимся ей на пути:

1. къ сѣрому веществу, находящемуся въ области Варолиева моста подъ петлей и надъ ней (т. е. къ сѣрому веществу моста и *substantiae reticularis* въ медіальной 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, незначительныя.

Связь петли съ сѣрымъ веществомъ моста и *substantiae reticularis* совершается такимъ образомъ, что изъ перерожденнаго поля петлевого слоя выходятъ продольно-перерѣзанныя кривыя волокна, которыя 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 указаннаго выше характера,—рѣшить по методу *Marchi* невозможно. При приближеніи къ четверохолміямъ самыя наружныя волокна петли принимаютъ на сръзяхъ не поперечное, 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 начинается бугоръ задняго 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, которыя продолжаютъ подниматься дорсально по боковой периферіи ствола, при появленіи задняго четверохолмія, въ значительномъ количествѣ входятъ въ него; здѣсь одна часть волоконъ оканчивается въ ядрѣ задняго 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 перекрестъ надъ *aqueductus Sylvii*, прослѣдить не удастся. Что касается передняго 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 передняго 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 перерожденные волокна,

которыя идутъ чрезъ *substantia reticularis* въ дорсо-медіальномъ направленіи и пересѣкая все протяженіе *S. reticularis*, достигаютъ фронтальнаго корешка V пары. Въ этомъ послѣднемъ на нѣкоторомъ протяженіи они идутъ параллельно серповидному краю пучка V пары (слѣдовательно, являются перерѣзанными продольно), но затѣмъ исчезаютъ, вѣроятно, принимая одинаковое направленіе съ волокнами фронтальнаго корешка V пары.

На уровнѣ передняго четверохолмія и даже выше этого послѣдняго можно наблюдать связь петли съ двумя новыми образованіями: съ краснымъ ядромъ и *substantia nigra*. Эта связь совершается вполне сходно съ связью, существующею 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 четвертяхъ *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 указанные ядра кончаются и, взамѣнъ ихъ, вентрально-латеральную область *thalami* занимаетъ *nucleus ventralis anterior*, волокна петли кончаются въ этомъ послѣднемъ; болѣе фронтально отъ этого ядра волоконъ петли не замѣтно. Всѣ перечисленные ядра лежатъ въ вентрально-латеральной части *thalami*; на эту область нужно смотрѣть, какъ на важнѣйшій конечный пунктъ для волоконъ петли. Но кромѣ этой области петля посылаетъ волокна и въ другихъ направленіяхъ. Такъ, можно замѣтить отдѣльныя перерожденныя 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 сѣрымъ веществомъ III желудочка какъ одноименной, такъ и противоположной стороны.

Наше особое вниманіе должны останавливать на себѣ тѣ волокна петли, которыя, 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 уровнѣ передней трети наружнаго колѣнчатого тѣла можно прослѣдить перерожденные пути въ спайкѣ *Meunert'a*; нѣсколько фронтальнѣе, приблизительно на уровнѣ передней четверти *corp. geniculati externi*, такіе-же пути перерожденія замѣтны въ петлѣ чечевицеобразнаго тѣла, какъ своей, такъ и противоположной стороны. Такимъ образомъ, спайка *Meunert'a* и петля чечевицеобразнаго тѣла представляютъ одинъ путь, по которому волокна петли изъ области *thalami optici* переходятъ въ *coronam radiatam*. Кромѣ того, можно констатировать еще и другой путь: на срѣзахъ чрезъ переднюю половину *thalami* вплоть до исчезанія *nuclei ventralis anter.* изъ области петли выходятъ перерожденные волокна, пересекаютъ *zonam incertam* и рѣшетчатый слой *thalami* и вступаютъ во внутреннюю капсулу.

Всего затруднительнѣе рѣшить вопросъ, какъ и куда идутъ волокна петли. тѣмъ или другимъ путемъ попавшія во внутреннюю сумку. Руководиться здѣсь расположеніемъ отдѣльныхъ глыбокъ міэлина, окрашенныхъ реагентомъ *Marchi* въ черный цвѣтъ, 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 онѣ разбросаны въ большомъ количествѣ по всему полю фронтальнаго срѣза чрезъ весь мозгъ. Большинство изъ этихъ глыбокъ къ перерожденію петли не имѣетъ никакого отношенія, а представляетъ или частички грязи или косо отрѣзанныя частицы міэлина отъ нормальныхъ волоконъ *coronae radiatae*, переплетающихся между собою въ самыхъ разнообразныхъ направленіяхъ. Такія отдѣльныя частички нормальной міэлиновой оболочки при чезнѣр-

номъ дѣйствии жидкости Marchi сморщиваются, чернѣютъ, не пропускаютъ свѣта и могутъ очень удачно симулировать мѣлиновый распадъ. Въ силу всего вышеуказаннаго, при изслѣдованіи перерожденія петли въ плащѣ, приходилось руководствоваться исключительно цугами перерожденія, т. е. продольными разрѣзами перерожденныхъ волоконъ. Конечно, для появленія такихъ цуговъ необходимо было случайно удачное направление бритвы при срѣзахъ. Пользуясь такимъ критеріемъ, можно было съ достаточной вѣроятностью, хотя, можетъ быть, съ недостаточною полнотой, установить ходъ петли въ *capsula interna* и окончаніе ея въ корѣ.

Тѣ волокна, которыя 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 направленіе. Во внутренней сумкѣ эти волокна встрѣчаются съ тѣми волокнами петли, которыя изъ вентрально-латеральной области *thalami optici* проникаютъ въ *capsula interna* чрезъ *zonam incertam* и рѣшетчатый слой. Далѣе волокна того и другого происхожденія поднимаются по внутренней капсулѣ вверхъ до горизонтальной плоскости, соотвѣтствующей *corpori calloso*. Здѣсь волокна раздѣляются: одни поворачиваютъ къ средней линіи, вступаютъ въ мозолистое тѣло и идутъ въ немъ (переходятъ ли они на другую сторону и кончаются ли тамъ, установить не удастся), другія волокна отъ мѣста раздѣленія направляются въ сѣрое вещество *g. g. suprasylvii* и *suprasplenii*.

Областью коры, къ которой, главнымъ образомъ, направляется описываемое перерожденіе петли, является передняя часть *gyrorum suprasplenii* и *suprasylvii*, т. е. приблизительно область, съ которой Monakow (*Arch. f. Psychiatrie*, Bd. 27, за 1895 г.): связываетъ проэкціонную систему двухъ ядеръ *thalami optici*: *n. ventralis a* и *n. ventralis b*. Нужно замѣтить, что это—область коры, съ которой преимущественно связаны перерожденные волокна петли, хотя отдѣльныя цуги перерожденія можно встрѣтить гораздо болѣе впереди и гораздо болѣе кзади отъ указываемаго участка, именно—въ задней части *g. sygmoidei* 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.

Приступая къ обзорѣ 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 которыя 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 поръ вмѣстѣ съ прочими факультетскими клиниками въ особомъ зданіи „Клиники“, находящемся противъ Университета, въ центрѣ г. Казани; въ немъ она занимаетъ небольшіе размѣровъ мужскую *палату* (въ среднемъ этажѣ клипического зданія), на 6 кроватей, и, кромѣ того, въ нижнемъ этажѣ небольшую комнату (*кабинетъ* клиники), предназначенную для пріема 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 матеріала; тутъ же хранятся микроскопическіе препараты изъ различныхъ отдѣловъ центральной и периферической нервной системы, какъ нормальные, такъ и характеризующіе тотъ или другой патологическій процессъ, и далѣе — цѣлая серія объектовъ, полученныхъ при секціяхъ и сохраняемыхъ по тому или другому способу. Кромѣ этого, въ лабораторіи находится нѣсколько 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 интересные и цѣнные принадлежности лабораторіи 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 августа мѣсяца заканчиваются необходимыя приготовленія къ открытію клиническихъ занятій и обыкновенно въ первыхъ числахъ сентября клиника открывается приѣмомъ приходящихъ больныхъ. Съ первыхъ же приѣмовъ подходящія 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 распределяется въ двухъ направленіяхъ: 1) занятія со стационарными и 2) съ приходящими больными. Такъ какъ клиника имѣетъ 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 заболѣваний нервной системы, обращается особенное вниманіе на самостоятельныя занятія студентовъ въ клиникѣ и амбулаторіи, но подъ руководствомъ врачебнаго персонала. Наконецъ, въ числѣ за-

дачь клиники, какъ и всякаго другого научнаго учрежденія, почетное мѣсто отводится понятному стремленію ея представителей слѣдить за движеніемъ 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 (научныя собранія, ихъ засѣданія).

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

Амбулаторія представляетъ вполне благодарную задачу для Казанской нервной клиники и поддерживается ею всѣми средствами въ виду особыхъ условій, въ которыхъ приходится дѣйствовать клиникѣ. Располагая слишкомъ незначительнымъ количествомъ стаціонарныхъ мѣстъ, Казанская нервная клиника, вполне 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, бассейны р.р. Волги и Камы съ притоками послѣдней—Вяткой, Бѣлой, а съ 1893 г. и Московско-Казанская желѣзная дорога, соединяющая Казань съ желѣзно-дорожною сѣтью государства; нѣкоторое значеніе въ зимнюю пору имѣютъ большія трактовые 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, вполне естественно, дѣятельность нервной клиники, подобно остальнымъ клиникамъ Казанскаго 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 пріемъ нервно-больныхъ производится, кромѣ 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.

Пріемъ приходящихъ въ клинику больныхъ производится 3 раза въ недѣлю въ присутствіи студентовъ 5-го курса директоромъ клиники при участіи его помощниковъ, подготовляющихъ больныхъ и помогающихъ студентамъ разобраться въ томъ или другомъ случаѣ. Наиболее трудные въ діагностическомъ отношеніи или представляющіе извѣстный научный интересъ случаи подвергаются особому, болѣе подробному изслѣдованію или въ тотъ же день (по окончаніи общаго пріема), или въ одинъ изъ слѣдующихъ дней сообразно съ наличностью свободнаго времени у врачебнаго 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 журналѣ, а болѣе подробныя свѣдѣнія объ интересныхъ случаяхъ заносятся на спеціальныя клиническія бланки. Для статистическихъ цѣлей въ минувшемъ году введена карточная система для записи амбулаторныхъ больныхъ (помимо амбулаторнаго 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 продолжительнаго и систематическаго примѣненія. Такъ нерѣдко проводится противосифилитическое ртутное лѣченіе

(впрыскиванія) въ случаяхъ, гдѣ предполагается лежащимъ въ основѣ заболѣванія *lues*. Иногда въ аналогичныхъ случаяхъ примѣняется втеченіе продолжительнаго времени *patrium nitrosum* (впрыскиванія), въ нѣкоторыхъ случаяхъ алкоголизма—впрыскиванія стрихнина. Затѣмъ въ подходящихъ случаяхъ производится систематическое приставленіе мушекъ, прижиганія аппаратомъ Raquelin'a, уходъ за нѣкоторыми 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 простѣйшія 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 сказаннаго видно, что дѣятельность амбулаторіи представляется довольно сложной, требуя и внимательнаго къ себѣ отношенія, и немалой затраты времени и силъ, что достижимо лишь при достаточномъ количествѣ врачебнаго персонала. Въ видѣ иллюстраціи сказаннаго 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, дачѣ совѣта, а 598 посѣщеній падаютъ на производство разныхъ лѣчебныхъ процедуръ, а именно: 25 посѣщеній — 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 слѣдано 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 амбулаторіи клиника дорожитъ 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 сказаннаго, является и другое чрезвычайно важное послѣдствіе подобной системы: это именно — возможность слѣдить за больными втеченіе долгаго времени, за ходомъ ихъ болѣзни, вліяніемъ терапевтическихъ мѣропріятій, что составляетъ драгоцѣннѣйшую привиллегію клинической практики.

Амбулаторія функціонируетъ съ сентября до наступленія лѣтняго 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 человекъ; съ повторными же посѣщеніями и различными терапевтическими процедурами это число достигаетъ вѣсколькихъ 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 осенняго 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 человекъ, что объясняется экстренными случаями (травма, кровоизліяніе 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 стаціонарныхъ больныхъ втеченіе продолжительнаго времени; она вынуждена ихъ довольно часто мѣнять, дабы передъ слушателями проциркулировало возможно болѣе и болѣе разнообразное количество больныхъ. За годъ въ общемъ бываетъ отъ 50 до 55 стаціонарныхъ больныхъ, изъ которыхъ лишь нѣкоторые, въ видахъ особаго интереса той или другой болѣзненной формы, пользуются клиническимъ леченіемъ втеченіе 2-хъ, 3-хъ, даже 4-хъ и 5-ти мѣсяцевъ. Это именно — случаи рѣдкіе, экзквизитные, гдѣ хотятъ наблюдать постепенное развитіе симптомовъ, ихъ колебанія, результаты примѣненія тѣхъ или иныхъ терапевтическихъ средствъ или процедуръ. Большинство же больныхъ остается въ клиникѣ 4—3 недѣли, иногда 2 и даже менѣе, вообще столько времени, сколько требуется для правильнаго распознаванія ихъ болѣзни, выясненія результатовъ примѣненной терапіи и подробнаго ознакомленія съ состояніемъ больного группы студентовъ, а при посредствѣ ихъ, бесѣды 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 лекціи въ недѣлю), сопровождаемое необходимыми демонстраціями больныхъ, фотографическихъ снимковъ, картъ, макро- и микроскопическихъ препаратовъ, приборовъ, инструментовъ и т. д.; 5-ый курсъ занимается въ клиникѣ — принимаетъ участіе (пассивное и активное) въ пріемѣ амбулаторныхъ больныхъ, курируетъ больныхъ стаціонарныхъ и присутствуетъ при ихъ разборѣ во время обходовъ палатъ и на клиническихъ лекціяхъ (одна 2-х часовая лекція въ недѣлю). Студенты вызываются къ больнымъ въ качествѣ кураторовъ въ такомъ расчетѣ, чтобы каждый изъ нихъ имѣлъ втеченіе 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 назначенныя терапевтическія процедуры (массажъ, электризація 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 діагноза, а по окончаніи своихъ наблюденій и изслѣдованій представляютъ подробную 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 исполнѣ понятнымъ причинамъ въ клинику принимаются преимущественно больные съ органическими расстройствами нервной системы, что важно для ознакомленія слушателей съ симптоматологіей нервныхъ заболѣваній. По окончаніи же студенческихъ занятій въ клиникѣ (къ концу марта) уже нѣтъ 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 открытіемъ навигации (середина апрѣля мѣсяца) представляется всегда очень много, и приходится лишь жалѣть о скудости клиническихъ средствъ и о невозможности утилизировать весь матеріалъ.

Научной дѣятельности клиники внѣшнія условія отчасти благопріятствуютъ, отчасти нѣтъ. Въ качествѣ фактора первой категоріи нужно снова отмѣтить то значеніе, какое выпадаетъ вообще на долю Клиники въ городѣ Казани и смежныхъ губерніяхъ 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 прибѣгаетъ 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 скудость 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 клинический матеріалъ, а лабораторія обставляется необходимыми принадлежностями для производства опытовъ и для всей сложной обработки экспериментальнаго и патологическаго матеріала въ видахъ микроскопическаго изслѣдованія. Въ настоящее время кабинетъ клиники располагаетъ уже достаточнымъ количествомъ инструментовъ для вивсекцій и двумя микроскопами, изъ которыхъ одинъ, пріобрѣтенный въ 1896 г. на средства, завѣщанныя приватъ-доцентомъ Несчастливцевымъ, представляется весьма цѣннымъ и годнымъ для самыхъ тонкихъ изслѣдованій.

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

Добытые результаты при занятіяхъ какъ въ клиникѣ, такъ и въ лабораторіи съ текущаго года систематически обсуждаются совмѣстно всѣмъ персоналомъ лицъ, занимающихся при клиникѣ, въ особыхъ *Собраніяхъ*. Собранія эти происходятъ въ аудиторіи клиники, разъ въ мѣсяцъ, по вечерамъ, при чемъ къ участию 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 леченіемъ 35 мужчинъ и 6 женщинъ*, всего, слѣдовательно, 41 человекъ (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 ранняго прекращенія амбулаторныхъ пріемовъ и закрытія клиники въ виду бывшаго въ Казани между 28 Апрѣля и 5 Мая 1899 г. VII Пироговскаго Съѣзда, невольнаго 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 пріѣзжему элементу—жителямъ Казанской губерніи и другихъ областей Восточной Россіи. Такъ, изъ указаннаго числа больныхъ на долю г. Казани приходится 7 человекъ (5 мужчинъ и 2 женщины), остальные 34 человека—ивогородніе (30 мужчинъ и 4 женщины). Подобное соотношеніе не представляетъ собой особенности даннаго года, а есть явленіе, повторяющееся изъ года въ годъ и легко объяснимое производимымъ въ цѣляхъ педагогическихъ и научныхъ „подборомъ“ пациентовъ, а также и тѣмъ обстоятельствомъ, что къ услугамъ горожанъ, кромѣ 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 матеріальныя условія и самого больного, и его семью.

По роду заболѣваній стационарныхъ больныхъ можно распредѣлять на слѣдующія категоріи.

А. Заболѣванія периферическаго нервно-мышечнаго аппарата.

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

2. *Neuritis plexus brachialis bilateralis* — 2 случая (мужчины); одинъ изъ нихъ находился уже въ стадіи улучшенія, 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 своеобразнаго заболѣванія позвоночника, которое въ настоящее время интересуется 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 пораженіе 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 большими дефектами въ двигательной сферѣ.

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

С. Болѣзни головного мозга

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

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

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 случай (мужчина).

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

Изъ заболѣваній, 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 проявленіе невроза у одного молодого крестьянина — 1 случай (м.).

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

а. Случай *akinesia algera* (*Möbius*) у пожилой женщины, вполне симулировавшей собой спинальный менингитъ и значительно улучшившійся отъ примѣненія гипноза.

б. Случай *astasia—abasia* у молодой дѣвушки съ большими истерическими припадками. Выздоровленіе послѣ гипноза и нѣкоторыхъ физикальныхъ процедуръ.

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

3. *Paraesthesiae sexuales* — 1 случай, относившійся къ пожилой замужней женщинѣ съ чрезмерно повышенной *libiditas*, что не уступало никакимъ примѣнявшимся втеченіе 1½ лѣтъ терапевтическимъ (фармацевтическимъ, физикальнымъ) мѣропріятіямъ — до перерѣзки *p. pudendi ext.* и внутриматочныхъ впрыскиваній (по *Грамматикати*) — включительно. Какъ *ultimum refugium*, произведена была двусторонняя овариотомія, лишь только на первые нѣсколько дней избавившая больную отъ тягостнаго состоянія, которое затѣмъ возвратилось.

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

Всѣхъ больныхъ, посѣтившихъ амбулаторію первой клиники въ отчетномъ году въ 1-й разъ, было 462 мужчины и 405 женщины, итого 867 человекъ. 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, вѣдѣнію 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 больными, посетившими клинику втеченіе года въ 1-й разъ.

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

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

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

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

a. *Atrophia muscular. progressiva* 1 ж.

b. *Myopathia arthropathica* 7 м. и 1 ж.

2. *Миозиты* — 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 скарлатинознаго 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 случаев: 2 мужчины (1 n.n. radial. dex. post trauma и 1 n.n. radialis dex. e compressione) и 4 женщины (n.n. radial. e compressione — 2 раза на правой сторонѣ и 1 разъ на лѣвой; 1 случай n.n. 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 случаев: 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, травматическій; 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 случаев: 23 мужчины (n.n. ischiad. dex. — 11, sin. — 8, bilateralis — 3, n.n. tibialis postici 1) и 14 женщинъ (1, dex., травматическій вмѣстѣ съ neurit. n. cruralis dex., 13 „простудныхъ“ — 7 правостороннихъ, 6 лѣвостороннихъ).

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

В. Болѣзни спинного 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 м.

Commotio medullae spinalis. 1 —

Poliomyelitis ant. acut.. 1 —

Myelitis senilis. 3 —

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

Въ качествѣ заболѣваній, въ основѣ которыхъ лежало одновременное пораженіе периферическихъ нервныхъ стволовъ со спиннымъ мозгомъ, отмѣтимъ 1 случай (мужчина) *paralysis ascendens Landry* и 1 случай (мужчина) *polyneuritis et meningitis spinalis*, оба лѣченные 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 кровоизліяніе, было 16, съ тромбозомъ — 4, съ эмболией 3; для 8-ми случаевъ не удалось установить характера первоначальнаго пораженія; между прочимъ одинъ изъ нихъ развился въ теченіе скарлатины, другой — въ теченіе 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 кровоизліяніемъ было 4, съ эмболией 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 локализация и натура новообразованія) и 4 женщины (въ 1 случаѣ — *sarcoma durae matris* въ височной области, въ другомъ — *tumor basis cerebri*).

7. *Воспалительныхъ заболѣваній* преимущественно дѣтскаго возраста, съ самыми разнообразными послѣдствіями со стороны соматической и психической сферы (парезы, недоразвитіе частей тѣла, эпилептическіе припадки и инныя произвольныя движенія, пониженіе интеллекта и т. д.) было 15: 7 мужчинъ (въ 1-мъ случаѣ 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 диагностированъ *encephalitis lobi occipitalis* и, наконецъ, въ 7-мъ — интересное сочетаніе *encephalit'a* съ *poliomyelitis ant. acuta* (post morbilli) 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 развилась глухонѣмота на почвѣ *otitis interna labyrinthica*).

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

8. *Воспаленіе мозговыхъ оболочекъ* наблюдалось 7 разъ: 3 мужчинъ (*meningitis cerebri luica*; *m. cerebro-spinalis luica* и *m. cerebri*) 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 заболѣваній, 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 сѣрая папилла, у 2-хъ *atrophia n.n 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 мужчинъ 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 инфекция:

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.

Д. 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 травматическаго невроза, наблюдались и явленія *ramusoclonus 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 — *иоловную боль*, у третьяго — *истерическій параличъ n. mediani dex.*; возрастъ всѣхъ больныхъ колебался между 8-ю, 10-ю и 38-ю годами) и 62 женщины, представлявшихъ самыя разнообразныя проявленія невроза — отъ легкихъ

степеней до самых тяжелых; 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 излишества, переутомленіе (главнымъ образомъ умственное), неправильности половыхъ отправленій, истощеніе организма благодаря тому же переутомленію, 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 cerebrospinalis* въ 45 случаяхъ; далѣе, въ 1 случаѣ она осложнялась симптомами *Меньеровой болѣзни*, въ 1 случаѣ выражалась явленіями „малокровія“ у мальчика 7 лѣтъ, въ 2-хъ случаяхъ — соединялась съ истерическимъ состояніемъ (*hystero-neurasthenia*), въ 8-ми случаяхъ проявлялась преимущественно въ половой сферѣ въ видѣ *impotentia coeundi psychica* или упорныхъ *pollutiones nocturnae*. Сюда же мы присоединяемъ далѣе 5 случаевъ чисто функціональнаго (не истерическаго, 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 *мигрени* (*hemicrania*), 2-хъ случаяхъ головной боли въ зависимости отъ маляріи, 1 случаѣ — отъ *otitis media chr. purulenta*, 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 опредѣленныхъ этиологическихъ моментовъ. Такъ можно было поставить головную боль въ связь

съ малокровіемъ, истощеніемъ въ	7-и случ.
— <i>helmenthias</i>	1 —
— сифилисомъ	4 —
— хроническимъ катарромъ носа	1 —
— злоупотребленіемъ спиртными напитками	1 —
— порокомъ сердца	1 —
— травмой черепа	1 —
— маляріей	5 —
<i>hemicrania</i>	7 —

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

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

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

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

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

в. *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 заболѣваній.

d. *Профессиональный спазмъ (пѣвцовъ)* — 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. Хроническія интоксинаціи наблюдались въ 19 случаяхъ (16 мужчинъ и 3 женщины).

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

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

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

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

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.

Г. Трофоневрозы.

Въ отдѣлѣ *трофоневрозовъ* поставимъ въ первую очередь 1) *Morbus Basedowi* 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-ью и 48 годами: изъ нихъ было 7 дѣвицъ, 9 замужнихъ и 2 вдовы).

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

3) Своеобразное исчезновеніе пигмента кожи и атрофическія 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 заболѣваній, стоящихъ въ связи съ пораженіемъ слухового органа, упомянемъ о 3 случаяхъ *morbus Ménière*: 1 мужчина и 2 женщины.

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

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

2) *Calcanodynia*—боль въ пяткѣ—подострый и хроническій 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 периферическаго 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 пораженіемъ всей нервной системы представляютъ 69 случаевъ (50 мужчинъ и 19 женщинъ), что составляетъ по отношенію къ общему количеству больныхъ—8,88%.

Д. Неврозы, куда включены пихондрія, *epilepsia idiopathica*, *cephalalgia*, разнообразныя виды „міоклоніи“, составляютъ 346 случаевъ (148 мужчинъ и 198 женщинъ) или—44,53%.

Е. Хроническія интоксикаціи наблюдались въ 19 случаяхъ (16 мужчинъ и 3 женщины) или—2,44%.

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

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

И. Наконецъ, на долю *morbus Ménière* (3 случая), *res plana* (1), *calcanodunia* (4) приходится 8 случаевъ (4 мужчины и 4 женщины) или—1,16%.

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

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



Цифровыя данныя къ отчету о дѣятельности амбулаторіи Казанской нервной клиники за 1898—1899 уч. годъ.	Сентябрь			Октябрь			Ноябрь			Декабрь			Январь			Февраль			Мартъ			Апрѣль			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.	
Всѣхъ посѣщеній, сдѣланныхъ 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 посѣщеній, сдѣланныхъ ради совѣта	49	37	86	26	54	80	41	64	105	39	37	76	55	42	97			157			160			42			803	
Инъекціи ртути {	количество посѣщеній			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	
Инъекціи natrii nitrosi {	количество посѣщеній			180	12	192	245	8	253	271	63	334	134	46	180	42	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 {	количество посѣщеній			"	"	"	"	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					
Фарадизация " "	1	"	1	"	"	"			4			4	"	1			1			5			4					
Гальванизация " "	2	1	3	"	"	"			7			6	2	5			14			14			12					
Общее количество больныхъ, пользовавшихся электро- терапевтическими процедурами	3	1	4	"	"	"	8	16	24	6	18	24	15	23	17	31	48	14	35	49	10	15	25					
Общее количество посѣщеній для электротерапевтиче- скихъ сеансовъ	"	"	4	"	"	"	54	131	185	25	75	100		98	112	209	321	123	259	382	"	"	80			1170		
Общее количество больныхъ, пользовавшихся въ амбу- латоріи разнообразными терапевтическими процедурами . .	19	3	22	19	4	23			41			41		37			67			78			47					
Общее количество посѣщеній для терапевтическихъ про- цедуръ	232	23	255	338	15	353	365	206	571	167	128	295		228	330	268	598	497	331	828			331			3519		
Общее количество всѣхъ посѣщеній въ амбулато- ріи	422	173	595	426	121	547	451	324	775	233	192	425		466			850			1119			412			5189		

ОТЧЕТЫ

о научныхъ собраніяхъ врачей при кли-
никѣ нервныхъ болѣзней за 1898—1899
учебный годъ.

Составилъ д-ръ **А. Оваторскій.**

Собраніе 2-го октября 1898-го года.

Проф. Л. О. Даркшевичъ, открывая собраніе, обратился къ присутствующимъ съ слѣдующимъ привѣтствіемъ.

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 успѣшнаго достиженія той цѣли, которая преслѣдуется нашей клиникой, какъ однимъ изъ учебно-вспомогательныхъ учрежденій Университета.

Нужно-ли говорить, что первой и главной задачей всѣхъ насъ, имѣющихъ то или другое отношеніе къ клиникѣ, должна служить помощь студентамъ при усвоеніи ими началъ нашей науки. Но задача эта—не изъ легкихъ! Въ самомъ дѣлѣ, станетъ-ли теперь кто нибудь сомнѣваться въ томъ, что такой предметъ, какъ клиническая невропатологія, никоимъ образомъ не можетъ быть вложенъ въ рамки строго опредѣленной и заранее составленной учебной программы. Еѣдъ 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 ждаты 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, выставяемые самой жизнью. Преподающій, чтобы быть въ силахъ удовлетворить такому требованію, долженъ не отставать отъ своей науки; онъ долженъ быть въ курсѣ всѣхъ новыхъ научныхъ приобрѣтеній.

Итакъ, вотъ, къ чему сводится наша задача, разъ мы хотимъ отвѣчать тому назначенію, которое создается нашимъ положеніемъ, какъ руководителей учащихся въ нашей клиникѣ: мы должны напрягать всѣ усилія 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 перваго взгляда, облегчается въ значительной мѣрѣ, разъ мы и въ разработкѣ научныхъ вопросовъ не будемъ отступать отъ усвоеннаго 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 наибольшихъ результатовъ.

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

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

Докладчикъ изучалъ нервныя клѣтки сердечныхъ узловъ, заложенныхъ въ перегородкѣ предсердій, пользуясь для своихъ изслѣдованій методомъ Nissl'я. Съ цѣлью предварительнаго изученія этихъ клѣтокъ въ нормальномъ состояніи имъ было взято: 1) сердце ребенка, умершаго вскорѣ послѣ обширной ожоги тѣла, 2) сердце мертворожденнаго, вполне доношеннаго и правильно развитого ребенка, а также 3) сердце здоровой собаки. Нормальная нервная клѣтка сердца человѣка оказалась вполне сходной съ таковой же собаки и въ общемъ напоминала спинномозговую клѣтку, какъ ее описываетъ Lep-hossek. (Нервная 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 распадѣнія хроматиновыхъ элементовъ и окрашиванія ахроматической субстанціи. Остатки хромофилей 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 перичеселлюлярныхъ пространствъ. Кромѣ того, было отмѣчено обиліе лейкоцитовъ въ межуточной ткани узловъ и въ капсулѣ клѣтки, наполненіе кровеносныхъ сосудовъ форменными элементами и кровоизліянія въ существо 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 явленій kariorexis'a, которыя указывали бы на сильное заболѣваніе клѣтокъ.

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

Д-ръ Г. И. Можаяевъ. Не есть ли показываемое Вами измѣненіе клѣтокъ слѣдствіе посмертныхъ измѣненій?

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

Д-ръ Г. И. Можаяевъ. Что нужно считать причиною смерти при дифтерійномъ параличѣ: самое-ли измѣненіе клѣточекъ сердечныхъ узловъ, или причина кроется въ заболѣваніи блуждающихъ нервовъ?

Д-ръ И. А. Климовъ. Вѣдъа этого въ моей работѣ я не касаюсь, но думаю, что разъ, двигательный аппаратъ сердца (сердечныя гангліозныя клѣтки) измѣненъ, то едва-ли сердце можетъ работать далѣе.

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

Д-ръ Г. И. Можаяевъ. Считаеете-ли Вы перичеллюлярное пространство за явленіе только патологическое?

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

Собраніе 7-го ноября 1898-го года.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Случай множественнаго неврита черепныхъ нервовъ на почвѣ 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? Мнѣ 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 жизнедѣтельности этихъ элементовъ, какъ носителей извѣстной заразы.

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

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Морфологически саркоматозныя клѣтки идентичны соединительно-тканнымъ; а разъ эти послѣднія въ условіяхъ нормальнаго существованія не оказываютъ разрушительнаго дѣйствія на нервныя волокна, то очевидно, что въ продуктахъ жизнедѣтельности саркоматозныхъ элементовъ имѣется какое-то особое отравляющее начало, вырабатываемое подъ вліяніемъ особаго стимула, вѣроятно же всего инфекція.

Д-ръ Г. А. Левинъ отмѣтилъ, что новѣйшія работы послѣдняго времени (*Aschaltz* и др.) отрицаютъ чужеродное происхожденіе саркомы.

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

Докладъ сопровождался демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ и рисунковъ.

Собрание 2-го декабря 1898-го года.

Д-ръ И. А. Климовъ. 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. Климовъ. Да, операція велась безъ контроля глазомъ и до нѣкоторой степени наугадъ; но послѣ ряда опытовъ, благодаря навыку, мнѣ удавалось сравнительно точно и ограниченно повреждать намѣченную область. Понятно, что объ эффектѣ операціи, 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. Кромѣ 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 атакіи (см. выше стр. 62).

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

Д-ръ И. А. Климовъ. Такую систему всего правильнѣе видѣть въ пучкѣ Loewenthal'a, который и составляетъ частноцентробѣжной системы между мозжечкомъ и клѣтками переднихъ роговъ спинного мозга.

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

Д-ръ М. П. Романовъ. О наслѣдственности пришлось аключать на основаніи разсказа 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 Р. Marie, была у больного, не имѣвшаго наслѣдственнаго предрасположенія, и въ которомъ болѣзнь, кромѣ того, начала развиваться у взрослого. На основаніи этого профессоръ полагаетъ, что ни наслѣдственность, ни развитіе болѣзни съ дѣтскаго возраста не составляютъ непремѣнныхъ условій болѣзни Marie; тоже теперь приходится признать и относительно Friedreich'овой атаксіи, которая, какъ извѣстно, можетъ развиваться и въ позднемъ возрастѣ, и у лицъ безъ всякой наслѣдственности.

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

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

Проф. Л. О. Даркшевичъ полагаетъ, что повышение 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 направленіи.

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

Д-ръ М. П. Романовъ. Косоглазіе, очень часто наблюдаемое 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 травматическаго невроза съ *paramyoclonus multiplex* (см. выше стр. 105).

Д-ръ А. В. Таворскій. Травматическій неврозъ по нѣкоторымъ авторамъ, ничто иное, какъ истерія мужчинъ. Нельзя-ли поэтому судороги и здѣсь признать за истерическія?

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

Д-ръ М. П. Романовъ. Какой по Вашему мнѣнію наиболѣе вѣрный признакъ для отличія травматическаго невроза отъ симуляціи?

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

Проф. Л. О. Даркшевичъ. На мой взглядъ, *paramyoclonus multiplex* тамъ, гдѣ нѣтъ другихъ объективныхъ признаковъ травматическаго невроза, дѣйствительно, можетъ служить для отличія истиннаго страданія отъ симуляціи. Кромѣ того, по моему, описанный случай — довольно чистый примѣръ *paramyoclonus multiplex* Friedreich'a, хотя судороги по временамъ и не прекращались ночью и было замѣтно перемѣщеніе плечъ.

Д-ръ А. В. Таворскій. Къ ученію объ остромъ ртутномъ 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. Таворскій. Трудно сказать: повидимому, это были явленія миозита въ мышцахъ икры, но во всякомъ случаѣ, судя по разсказу, у больного нельзя было признать полиневрита до отравленія ртутью.

В. П. Первушинъ. Я имѣлъ случай наблюдать припадки остраго сулемоваго отравленія у молодой дѣвушки, принявшей съ цѣлью самоубійства спиртный растворъ сулемы въ дозѣ,

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

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

В. П. Первушинъ. Я присоединяюсь къ мнѣнію докладчика, что ртуть и въ терапевтическихъ дозахъ можетъ иногда быть причиною 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. Можаяевъ* и *М. П. Романовъ*.

Проф. Л. Ө. 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 сѣромъ 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.

Собраніе 23-го февраля 1899-го года.

Д-ръ А. В. Өаворскій. Къ леченію акромегаліи (см. выше стр. 94).

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

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

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

Д-ръ Г. А. Клячкинъ. Опогипофизинъ несомнѣнно оказалъ въ данномъ случаѣ положительное вліяніе. Я выразилъ бы только желаніе, чтобы была примѣнена и самая железа *per se*, такъ какъ она не даетъ побочныхъ дѣйствій, которыя выступаютъ при гипопизинѣ.

Проф. Л. О. Даркшевичъ, заключая пренія, замѣтилъ, что въ данномъ случаѣ не можетъ быть и рѣчи объ опухоли мокротной железы, такъ какъ, не смотря на давность болѣзни, нѣтъ никакихъ ни общихъ, ни мѣстныхъ явленій, свойственныхъ опухоли головного мозга. Это даетъ еще разъ основаніе думать, что акромегалія, если только она обязана происхожденіемъ нарушенію отпавленій 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 внѣшнее проявленіе акромегаліи, несомнѣнно доказывается случаемъ докладчика.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. О *примѣненіи natrii nitrosi при леченіи tabis dorsalis* (предварительное сообщеніе, см. выше стр. 125).

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

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Этотъ вопросъ можетъ быть выясненъ только дальнѣйшимъ наблюденіемъ надъ больными. Если *natrium nitrosum* дѣйствуетъ только на сосудодвигатели, то дѣйствіе его должно быть скоропреходящее. Несомнѣнно, что сосудодвигатели 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, что, по моему, походить на дѣйствіе ртути.

Собраніе 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 преніяхъ принимали участіе Проф. Л. О. Даркшевичъ и Д-ра В. П. Первушинъ и А. В. Базорскій.

