

Изъ дѣтской клиники проф. С. М. Тимашева въ Томскѣ.

616.831-006

Л-014 п.

Л-246

Р. 8

А. Н. Лаптевъ.

Изъ книги д-ра А. В. Лукина.

ПЯТЬ СЛУЧАЕВЪ

ОПУХОЛЕЙ ВЪ ГОЛОВНОМЪ МОЗГУ.

ТОМСКЪ.

Тило-литографія Сибирскаго Т-ва Печатнаго Дѣла, уг. Дворянской ул. и Ямск. пер., с. л.

1911.

Томский Государственный
Медицинский Институтъ
Библиотека
№ 33420

4.984

110134

Многоуважаемому Товарищу
А. Н. Лаптеву

Изъ дѣтской клиники проф. С. М. Тимашева въ Томскѣ.

оф. автог.
НА ДОМ
НЕ ВЫДАЕТСЯ

616. 831-006

А. Н. Лаптевъ.

Л-014 п.
Л-246

ПЯТЬ СЛУЧАЕВЪ

ОПУХОЛЕЙ ВЪ ГОЛОВНОМЪ МОЗГУ.

110137

Томский Го-сударственный
Медицинский институтъ
Научная библиотека
23420
ПРОВЕРЕНО

1999

Научно-учебная
БИБЛИОТЕКА
Томского Государствен-
ного медицинскаго института

ТОМСКЪ.

Типо-литографія Сибирскаго Т-ва Печатнаго Дѣла, уг. Дворянской ул. и Ямск. пер., с. л.

1911.

✓

Печатано по постановленію Совѣта Императорскаго Томскаго Университета.
Ректоръ И. А. Базановъ.

Въведеніе
въ
Томскій
университетъ
въ 1911 году

ТОМСКЪ

1911

Пять случаевъ опухолей въ головномъ мозгу.

А. Н. Лаптевъ.

Діагностика опухолей мозга по справедливости считается однимъ изъ наиболѣе трудныхъ отдѣловъ невропатологіи. Здѣсь все еще остается обширное поле для послѣдующихъ изслѣдователей, много еще только намѣченного и неяснаго. Но несомнѣнно все-же и то, что многое уже сдѣлано и имѣетъ подѣ собой прочную основу. „Въ послѣднее время—говоритъ *Forster*¹⁾—распознаваніе мозговыхъ опухолей приобрѣло гораздо большую увѣренность“. И дѣйствительно, богатые успѣхи изслѣдованій послѣднихъ десятилѣтій дали въ руки врача много такихъ данныхъ, о которыхъ раньше не имѣлось никакого представленія. Значительно подвинута впередъ фізіологія нервныхъ центровъ, быстро разрастается область извѣстнаго въ сложной сѣти проэкціонныхъ, асоціаціонныхъ и коммиссуральныхъ волоконъ центральной нервной системы, накапливается клиническій матеріалъ, тщательно провѣренный на секціонномъ столѣ,—все это дѣлаетъ задачу діагностики болѣе легкой. Однако, выше цитированный авторъ заявляетъ далѣе, что есть случаи, „гдѣ имѣются гнѣздные симптомы и тѣмъ не менѣе встрѣчаются особыя трудности для распознаванія“ локализаціи болѣзненнаго процесса. Д-ръ М. Д. Ханутина²⁾ въ своей статьѣ „Случай опухоли мозжечка“ слѣдующими словами заключаетъ свою работу: „Заканчиваю свое сообщеніе выраженіемъ печальной увѣренности въ томъ, что въ другой разъ мнѣ, вѣроятно, не удастся распознать при жизни опухоль мозжечка, и, какъ я пыталась выяснитъ выше, пессимизмъ мой основанъ на данныхъ экспериментальной патологіи“. Просматривая литературу, не трудно замѣтить, что число случаевъ, гдѣ невѣрно была діагносцирована опухоль, или неточно локализована, или не распознана

1) *Forster*. Трудности при распознаваніи мозговыхъ опухолей. („Практическій Врачъ“ 1908 г. № 27—28).

2) М. Д. Ханутина. Случай опухоли мозжечка („Русскій Врачъ“ 1902 г. № 7).

все еще очень велико. Профессоръ *H. Eichhorst*³⁾, разбирая вопросъ объ опухоляхъ головного мозга, опредѣленно заявляетъ, что — „распознаваніе опухоли мозга подчасъ невозможно“, при чемъ указываетъ на возможность смѣшенія съ 1) мозговымъ кровоизліяніемъ, 2) тромбозомъ и эмболией мозговыхъ артерій, 3) мозговымъ абсцессомъ, 4) уремией, 5) эпилепсіей и психопатіей, 6) истеріей и 7) прогрессивной злокачественной анеміей. На сколько можно судить по литературнымъ даннымъ, этотъ перечень болѣзней, могущихъ подать поводъ къ невѣрнымъ діагнозамъ опухолей мозга, далеко не полонъ. Кромѣ *Eichhorst*'а и другіе авторы, какъ *A. Strümpell*⁴⁾, *Bruns*⁵⁾, *Л. О. Даркшевичъ*⁶⁾, *W. Osler*⁷⁾, *M. de Fleury*⁸⁾ и др. также указываютъ на значительныя трудности, встрѣчающіяся при установкѣ діагноза опухоли различныхъ областей головного мозга.

Зависитъ это отъ того, что симптомы, симулирующіе опухоль полости черепа, могутъ явиться результатомъ многихъ другихъ заболѣваній, какъ воспалительнаго (менингитъ, энцефалитъ и пр.), такъ и невоспалительнаго (головная водянка, уремія и пр.) характера, сопровождающихся и несопровождающихся повышеніемъ внутри-черепного давленія. Такимъ образомъ, съ одной стороны, различнаго рода заболѣванія, ничего общаго съ опухолью не имѣющія, могутъ дать поводъ къ ошибкамъ и будетъ диагностирована опухоль тамъ, гдѣ ея нѣтъ, — съ другой, какъ показываютъ многочисленныя наблюденія, просматриваются, благодаря отсутствію достовѣрныхъ признаковъ или неправильному ихъ толкованію, довольно значительныя по величинѣ опухоли. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, по словамъ проф. *Л. О. Даркшевича*⁶⁾, — „могутъ имѣть мѣсто самыя грубыя діагностическія ошибки: мы можемъ принять мозговую опухоль за простое функціональное страданіе, напр., за истерію“. Проф. *A. Strümpell*⁴⁾ въ своемъ учебникѣ, въ главѣ объ опухоляхъ головного мозга, говоритъ, что

³⁾ *H. Eichhorst*. Руководство къ частной патологіи и терапіи, 3-е русск. изд. 1892 г. Томъ III.

⁴⁾ *A. Strümpell*. Учебникъ частн. патол. и терап. Томъ III, 3-е русск. изд. 1909 г.

⁵⁾ *Bruns*. Статья объ опухоляхъ головного мозга. (Современная клиника и терапія, 1910 г. № 3—4).

⁶⁾ *Л. О. Даркшевичъ*. Курсъ нервныхъ болѣзней, т. II. 1909 годъ.

⁷⁾ *W. Osler*. Руководство по внутр. и нервн. бол., т. II, русск. перев. 1906 г.

⁸⁾ *M. de Fleury*. Руководство къ изученію бол. нервн. сист., русск. пер. 1907 г.

⁹⁾ Loc. cit.

¹⁰⁾ Loc. cit.

„Hydrocephalus chronicus такъ-же иногда можетъ быть смѣшанъ съ мозговою опухолью. Мы наблюдали случай водянки четвертаго желудочка, въ которомъ при жизни больного существовала полная картина опухоли мозжечка“.

Равнымъ образомъ допустима и обратная возможность. По мнѣнію *Bruns'a*⁵⁾, въ очень многихъ случаяхъ приобретенную головную водянку нельзя отличить отъ опухоли. Очень пессимистически высказывается *Jacobsohn*⁹⁾, который говоритъ, что „дальнѣйшія изслѣдованія приведутъ, вѣроятно, къ болѣе точному отличію этихъ двухъ болѣзней. При настоящемъ же положеніи невозможно навѣрное отличить hydrocephalus отъ опухоли мозга“. Этотъ же авторъ указываетъ на истерію, уремію, множественный склерозъ, прогрессивный параличъ въ атипическихъ случаяхъ, даже хлорозъ, какъ на болѣзни, могущія подать поводъ къ неожиданнымъ ошибкамъ. Большія затрудненія могутъ представлять въ особенности тѣ случаи, гдѣ въ концѣ концовъ оказывается на лицо и hydrocephalus intern. chron. и tumor.

Въ дѣтской клиникѣ Томскаго Университета было до сего времени прослѣжено 5 случаевъ опухолей мозга. Въ двухъ изъ нихъ, когда діагнозъ провѣрялся на секціонномъ столѣ, опухоль оказывалась въ задней черепной области, гдѣ предполагалась и прижизненно клинически; въ трехъ остальныхъ случаяхъ секціи не было, такъ какъ больные выписаны по желанію родныхъ до летальнаго исхода и діагнозъ такимъ образомъ остался не провѣреннымъ. Ниже описанные случаи представляютъ извѣстный интересъ въ томъ отношеніи, что у всѣхъ больныхъ или была констатирована post mortem комбинація головной водянки съ опухолью въ задней черепной области, или же это подозрѣвалось. Кромѣ того въ одномъ случаѣ посмертно констатировано нѣсколько опухолей, при чемъ клинически трудно было настаивать на такомъ распознаваніи, какъ это будетъ видно при изложеніи соответствующей исторіи болѣзни. Слѣдуетъ такъ-же отмѣтить, что этотъ случай закончился летально при явленіяхъ паралича дыханія, при чемъ остановка дыханія наступила за нѣсколько часовъ до остановки сердца (повидимому, подобные случаи далеко не часты).

Только что упомянутый случай является первымъ по счету въ нашей клиникѣ за время ея существованія. Съ него я и начну описаніе имѣющагося въ моемъ распоряженіи матеріала.

⁵⁾ Loc. cit.

⁹⁾ *Jacobsohn*. Современное положеніе ученія объ опухоляхъ мозга (Сиб. Врач. Газета, 1910 г. №№ 40—41).

Александръ Кошеваровъ, 8 лѣтъ 10 мѣс., сынъ приказчика. Поступилъ въ клинику 12-го декабря 1903 года съ жалобами на почти непрерывную головную боль, рвоту и сильное головокруженіе.

При осмотрѣ оказалось слѣдующее: мальчикъ значительно истощенъ, кожа и слизистыя оболочки блѣдны, доступныя оцупыванію лимфатическія железы нѣсколько увеличены. Костная система развита, въ общемъ, правильно, никакихъ признаковъ протекающихъ въ ней патологическихъ процессовъ отмѣтить не удастся,—въ частности, періоститовъ нѣтъ. Мышечная система развита слабо и мышцы вялы. Сухожильные рефлексы повышены. Состояніе общей чувствительности замѣтныхъ уклоненій не представляетъ, хотя, разумѣется, угнетенное состояніе пациента врядъ ли могло позволить провести детально и навѣрняка соотвѣтствующія изслѣдованія. Со стороны глазъ отмѣченъ: полный параличъ праваго *nervi oculomotorii* и застойный сосокъ на днѣ праваго глаза. Въ легкихъ никакихъ измѣненій не найдено. Сердце не увеличено въ размѣрахъ, тоны его чисты, но пульсъ рѣзко замедленъ, до 50 ударовъ въ минуту. Со стороны желудочно-кишечнаго тракта кромѣ рвоты и довольно упорнаго запора ничего существеннаго не обнаружено.

Анамнезъ. Мальчикъ родился и росъ до послѣдняго времени здоровымъ, на груди воспитывался до 1 года 3 мѣс., никакими инфекціонными болѣзнями, по заявленію родителей, не хворалъ.

Въ началѣ ноября 1903 года больной сталъ жаловаться на головную боль. Одновременно окружающіе замѣтили, хотя и не придавали этому особеннаго значенія, что онъ щуритъ правый глазъ (*ptosis*). Вскорѣ больному пришлось ѣхать по желѣзной дорогѣ и онъ упалъ съ верхней полки, но, повидимому, ушибся только слегка, такъ какъ ни на что не жаловался. 25-го ноября появились головныя боли, но на слѣдующій день исчезли и мальчикъ былъ по наружному виду здоровъ до 4-го декабря, когда вновь у него заболѣла голова. Черезъ 3 дня головная боль прошла и началась опять послѣ двухдневнаго промежутка. Съ 9-го декабря головныя боли не прекращались до поступленія въ клинику. Въ послѣднее время присоединилась постепенно усиливающаяся рвота. Ко всему предыдущему можно прибавить, со словъ больного, что лѣтомъ 1903 года онъ упалъ съ лошади и неоднократно получалъ ушибы головы, при чемъ ему однажды разсѣкли камнемъ голову до крови.

Мать больного умерла отъ чахотки, младшая сестра растетъ слабой, остальные братъ и сестра умерли въ раннемъ дѣтствѣ.

Течение болѣзни. Больной пролежалъ въ клиникѣ нѣсколько дней и умеръ на 6 сутки. Въ течение этого времени общія мозговые явленія нарастали: усилилась головная боль, рвота и мальчикъ погибъ при симптомахъ паралича дыханія совершенно неожиданно. Въ 7 час. вечера, въ день смерти, прекратилось дыханіе, появился рѣзкій ціанозъ и похолоданіе конечностей. Въ виду того, что сердечный толчокъ еще прощупывался, производилось искусственное дыханіе, при помощи котораго удавалось въ значительной степени ослаблять ціанозъ. Въ 10 час. веч. больной умеръ.

Что касается головной боли, то она сосредоточивалась преимущественно во лбу. Въ значительной степени было выражено головное окруженіе. Всѣ остальные явленія къ моменту смерти въ существенныхъ чертахъ не измѣнились въ сравненіи съ тѣмъ, что было описано выше при изложеніи данныхъ объективнаго изслѣдованія больного.

При разборѣ больного въ клиникѣ остановились на распознаваніи опухоли въ полости черепа, при чемъ локализанія ея опредѣлялась изолированнымъ пораженіемъ глазодвигательнаго нерва. Какъ видно будетъ изъ протокола вскрытія, установленный въ клиникѣ діагнозъ опухоли *nervi oculomotorii* вполне подтвердился на секціонномъ столѣ, но въ то же время секція обнаружила еще рядъ опухолей прижизненно нераспознанныхъ. Въ дальнѣйшемъ изложеніи я попытаюсь доказать въ какой степени было затруднительно, основываясь на симптоматологіи даннаго случая, заключить о множественности имѣвшихся у больного мозговыхъ опухолей, не говоря уже о точной изъ локализации. Установить множественность опухолей очень трудно и даже такой солидный невропатологъ какъ *Bruns*¹⁰⁾ (стр. 473) откровенно сознается „что только въ рѣдкихъ случаяхъ можно распознать присутствіе множественныхъ опухолей“.

Перехожу теперь къ изложенію протокола вскрытія.

Результатъ вскрытія.

Ростъ 129 см., вѣсъ 21 kg., вѣсъ мозга 1430 gr., сердца? селезенки 85 gr., праваго легкаго 220 gr., лѣваго 235 gr., печени 86,5 gr.

Сильное истощеніе, кожа блѣдная, на спинѣ блѣдно-синеватого цвѣта.—Зрачки значительно расширены.

Черепъ мезоцефалическаго типа. *Diploë* краснаго цвѣта; *dura mater* сильно истончена и напряжена, хорошо просвѣчиваетъ, продольная пазуха ея пуста; внутренняя поверхность *durae* розоваго цвѣта; другихъ измѣненій не представляетъ.

¹⁰⁾ *Bruns*. Статя въ Реальн. Энцикл. практ. мед. т. V, изд. 1911 г.

Мозгъ: Извилины сильно приплюснуты, борозды между ними сглажены только болѣе крупные сосудики *riae* наполнены кровью; боковые желудочки мозга сильно растянуты и наполнены серезной жидкостью. На основаніи мозга, въ области праваго *n. oculomotorii* и на немъ самомъ, сидитъ мягкая, сѣровато-бѣлесоватая опухоль съ кедровый орѣхъ величиной. Другая опухоль нѣсколько болѣе величина находится на основаніи мозга въ углубленіи между Вароліевымъ мостомъ и мозжечкомъ съ лѣвой стороны. И та, и другая опухоль впередъ продолжаютъ подъ твердую мозговую оболочку и тѣсно прилежатъ непосредственно къ костямъ. Въ лѣвой долѣ мозжечка, ближе къзади, находится опухоль съ голубиное яйцо, мягкая, сѣровато-полупросвѣчивающая. На разрѣзѣ внутри ея содержатся мелкія кисты съ серознымъ содержимымъ. Опухоль рѣзко отграничена отъ окружающей мозговой ткани. Последняя въ окружности опухоли на значительномъ протяженіи сильно размягчена, такъ что сама опухоль при выниманіи мозжечка выпала какъ что-то постороннее. На заднемъ концѣ червяка прощупывается и видна на разрѣзѣ сѣровато-бѣлесоватая опухоль меньше кедроваго орѣха величиной. Мягкая мозговая оболочка на поверхности лѣвой половины мозжечка надъ опухолью утолщена, мягка, непрозрачна, бѣлесоватаго цвѣта.

Thymus состоитъ изъ двухъ долей, соединенныхъ внизу и расходящихся кверху; доли кверху значительно суживаются; въ общемъ *thymus* значительной величины.

Въ остальныхъ органахъ ничего особеннаго.

Такимъ образомъ, у здороваго мальчика за мѣсяцъ до поступленія въ клинику появились головныя боли, затѣмъ *ptosis* праваго верхняго вѣка, головокруженіе и рвота. Въ клиникѣ обнаружено повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, полный параличъ *n. oculomotorii* праваго глаза и застойный сосокъ того же глаза, головныя боли, головокруженіе и запоры. На 6 сутки пребыванія въ клиникѣ смерть при явленіяхъ паралича дыханія. На вскрытіи обнаружено четыре разной величины опухоли—одна на правомъ *n. oculomotorio*, одна въ промежуткѣ между Вароліевымъ мостомъ и мозжечкомъ слѣва и двѣ въ области мозжечка и, кромѣ того, водянка боковыхъ желудочковъ.

Уже по первымъ даннымъ опроса и осмотра можно было предположить какой-либо болѣзненный процессъ въ головномъ мозгу. Судя по тому, что головныя боли съ начала заболѣванія не порождали своей интенсивностью и постоянствомъ, и усилились только позднѣе, можно было отвергнуть первичную локализацию его въ мозговыхъ оболочкахъ или костяхъ и искать фокусъ гдѣ-либо въ

ткани мозга. Изъ гнѣздныхъ симптомовъ обращалъ на себя вниманіе параличъ п. oculomotorii и застойный сосокъ праваго глаза и потому естественно было искать причину, вызвавшую вышеописанную картину заболѣванія, въ этомъ направленіи, именно: предположить процессъ въ области праваго п. oculomotorii. Что касается формы этого процесса, то предположеніе опухоли, сидящей на нервѣ или находящейся въ интимномъ сосѣдствѣ съ нимъ, казалось наиболѣе умѣстнымъ. Такое распознаваніе, какъ это видно изъ предыдущаго, и было поставлено клинически.

Намъ необходимо разобраться въ нѣкоторыхъ симптомахъ, имѣвшихъ мѣсто въ настоящемъ случаѣ, которые могли навести на иные предположенія относительно локализациі болѣзненнаго очага. Въ клиникѣ все время обращала на себя вниманіе сосредоточенная во лбу головная боль. Это обстоятельство, не противорѣча первому распознаванію, заставляло подумать о возможной локализациі опухоли или болѣзненнаго процесса и въ лобныхъ доляхъ мозга. При такомъ предположеніи невольно напрашивался вопросъ, не зависятъ ли всѣ клиническія явленія въ нашемъ случаѣ только отъ опухоли въ лобныхъ доляхъ, такъ какъ при такой локализациі опухоли, по *Bruns'у*¹⁰⁾ возможны односторонній застойный сосокъ и „частичные или полные параличи глазныхъ мышцъ на одномъ и даже на обоихъ глазахъ“. Однако это предположеніе приходилось оставить, за отсутствіемъ другихъ доказательныхъ для него признаковъ. При опухоляхъ лобныхъ долей, растущихъ въ сторону основанія мозга и дающихъ аналогичную вышеописанной картину болѣзни, очень быстро наступаетъ слѣпота съ кровоизліяніями и жировымъ перерожденіемъ сѣтчатки—чего у нашего больного не было. Противъ этого предположенія говорило также отсутствіе соотвѣствующихъ двигательныхъ (лобная атаксія) и психическихъ расстройствъ (напр., слабоуміе и пр.). Такимъ образомъ, хотя діагностика опухолей лобныхъ долей головного мозга въ значительной степени расплывчата и недостаточно разработана и, слѣдовательно, исключать эти опухоли въ высшей степени затруднительно, все-же въ нашемъ случаѣ можно было съ большою долей вѣроятности исключить локализацию болѣзненнаго процесса въ лобныхъ доляхъ мозга и, слѣдовательно, приходилось придерживаться первой діагностики, особенно, если имѣть въ виду, что боль во лбу симптомъ непостоянный и что онъ одинаково можетъ быть вызванъ фокусомъ и въ задней черепной области.

¹⁰⁾ Loc. cit.

Обратимся теперь къ вопросу, насколько вѣроятной была бы, кромѣ распознанной клинически, опухоль еще и въ задней черепной ямкѣ. Надо замѣтить, что распознаваніе и этихъ опухолей часто бываетъ мало доступнымъ. „Опухоли мозжечка, говоритъ *G. Dieulafoy* ¹¹⁾, развиваются зачастую медленно и *скрытно*“ (курсивъ нашъ). Это будетъ понятно, если принять во вниманіе, что физиологія мозжечка до сихъ поръ представляетъ много загадочнаго и невыясненнаго (Проф. Л. В. Блюменау ¹²⁾). Въ описываемомъ нами случаѣ категорически высказаться за опухоль въ задней черепной ямкѣ, въ частности въ мозжечкѣ, было довольно трудно, тѣмъ болѣе, что имѣющіеся симптомы, какъ общіе (головная боль, рвота, головокруженіе и пр.), такъ и частные (параличъ п. oculomotorii могли быть объяснены опухолью на п. oculomotorio. Данный случай представляется интереснымъ именно въ томъ отношеніи, что очаговые симптомы со стороны мозжечка отсутствовали, несмотря на двѣ опухоли въ мозжечкѣ и одну рядомъ съ нимъ. Подобные случаи отмѣчались въ литературѣ неоднократно. Напримѣръ, подобныхъ наблюденій приводятся въ монографіи проф. *Monakow*'а ¹³⁾. Тѣмъ не менѣе, у нашего больного былъ одинъ признакъ—именно изолированный параличъ дыханія,—который, какъ намъ кажется, и раскрываетъ, хотя и поздно, истину. Среди просмотрѣнной мной литературы мнѣ попались описанія двухъ случаевъ опухолей мозжечка, сопровождавшихся изолированнымъ пораженіемъ дыхательнаго центра,—это наблюденія д-ровъ В. И. *Фомиліанта* ¹⁴⁾ и П. И. *Шатилова* ¹³⁾. Послѣдній описываетъ параличъ дыхательнаго центра у своего больного слѣдующимъ образомъ. „Въ 10½ час. утра я засталъ больного въ палатѣ въ сильнѣйшей синюхѣ и безъ малѣйшихъ признаковъ дыханія. По словамъ сосѣдей, за нѣсколько минутъ до моего прихода онъ еще вставалъ съ постели и ходилъ. Ухомъ можно было уловить еле замѣтные признаки сердечныхъ сокращеній. Немедленно начато было искусственное дыханіе и минутъ черезъ 5 синюха исчезла, кожа сдѣлалась розоватой, тоны сердца слышны были ясно и отчетливо, но собственнаго дыханія не наступало. Черезъ 1—2 мин. опять синюха. Искусственное дыханіе поддерживали 7½ час. съ одинаковымъ итогомъ: дѣлають его, цвѣтъ кожи становится нормальнымъ, сердце

¹¹⁾ *G. Dieulafoy*. Ручов. къ внутр. патол., изд. 1899 г.

¹²⁾ *Л. В. Блюменау*. Мозгъ человѣка, 1909 г.

¹³⁾ *П. И. Шатиловъ*. Къ вопросу о заболѣваніи мозжечка (Врачъ, 1901 г., №№ 6—7).

¹⁴⁾ *В. И. Фомиліантъ*. Случай сообщенъ въ отдѣлѣ корресп. въ видѣ отчета Петерб. Хир. О—ва (Врачъ, 1899 г. № 10).

бьется правильно; перекрашиваютъ, наступаетъ синюха. Электризація грудобрюшнаго нерва и конечностей, подкожныя впрыскиванія эфира, камфоры, вдыханіе нашатырнаго спирта, общее растираніе тѣла и согрѣваніе и охлажденіе его—все это не привело ни къ чему: ни разу не явилось произвольнаго дыханія. Въ 6 час. веч. сердце остановилось“.

Подобное же наблюденіе было сообщено въ 1899 г. и д-ромъ *Фомиліантомъ*, который при подобныхъ же обстоятельствахъ поддерживалъ у своего больного искусственное дыханіе въ теченіе 14 часовъ. При сравненіи всѣхъ трехъ случаевъ (Д-ровъ Шатилова, Фомиліанта и нашего) невольно напрашивается мысль, что первенствующее значеніе при пораженіи дыхательнаго центра имѣла локализациа опухоли въ мозжечкѣ, которая создавала благопріятныя условія для сдавленія продолговатаго мозга при одновременномъ существованіи значительной головной водянки. Относить этотъ феноменъ только на счетъ сильно развитой головной водянки и создаваемого ею механическаго момента, какъ это дѣлаетъ д-ръ *П. И. Шатиловъ*, мнѣ казалось бы недостаточнымъ.

При діагносцированіи опухоли мозжечка всегда приходится дифференцировать эти опухоли отъ такихъ же въ сосѣднихъ областяхъ мозга. У нашего больного пораженіе затылочныхъ долей легко исключается ввиду отсутствія наиболѣе характерныхъ симптомовъ такой локализациа, именно—геміанопсій и оптической афазіи (*L. Bruns*¹⁰), *A. Goldscheider*¹¹). На эти симптомы нѣтъ указаній ни въ анамнезѣ, ни за время наблюденія больного въ клиникѣ.

Противъ опухоли четверохолміи говоритъ одностороннее поражение *n. oculomotorii*, при одностороннемъ же застойномъ соскѣ, что легче укладывается въ діагнозъ опухоли глазодвигательнаго нерва. Отсутствуетъ также глухота, которая иногда наблюдается при опухоляхъ четверохолмія и которая при пораженіи *corp. genic. later.* комбинируется съ одноименной геміанопсіей или слѣпотой (побочный симптомъ *Bruns*¹⁰). Впрочемъ, глухота возможна и при опухоляхъ мозжечка, и если я упоминаю объ этомъ, то только чмѣ въ виду, что при указанныхъ выше тяжелыхъ общихъ симптомахъ, слѣдовало бы предполагать настолько большую опухоль четверохолмія, что она могла бы дать комбинацію глухоты и геміанопсій, resp. слѣпоты, скорѣе, чѣмъ при опухоли мозжечка.

Остается сказать нѣсколько словъ относительно опухоли съ лѣвой стороны между мозжечкомъ и мостомъ. Дѣло въ томъ, что опу-

¹⁰) Loc. cit.

¹¹) *A. Goldscheider*. Диагн. бол. нервн. сист., русск. пер. 1898 г.

холи этой области легко вызываютъ пораженія расположенныхъ здѣсь черепныхъ нервовъ, между тѣмъ у нашего больного ничего подобнаго мы не видимъ, что, по всей вѣроятности, объясняется незначительными размѣрами самой опухоли.

Такимъ образомъ, вышеизложенная исторія болѣзни не давала, какъ я пытался доказать, возможности предполагать множественности опухолей. Самое большее мы могли бы рассчитывать при сходномъ симптомокомплексѣ распознать двѣ опухоли: одну на п. oculomotor. и другую въ мозжечкѣ, и то въ послѣднемъ случаѣ только имѣя ввиду изолированный параличъ дыхательнаго центра. Все другіе симптомы, по моему, едва-ли давали право категорически высказаться за опухоль въ мозжечкѣ. Долженъ еще разъ повторить, что „только въ рѣдкихъ случаяхъ можно распознать присутствіе множественныхъ опухолей (*Bruns*¹⁰⁾“.

Остается сказать нѣсколько словъ о gl. thymus, значительное увеличеніе которой было обнаружено при вскрытіи трупа Кошеварова (точные размѣры и вѣсъ железы въ протоколѣ вскрытія не указаны).

Очень многіе авторы, занимавшіеся выясненіемъ роли, которую играетъ вилочковая железа въ организмѣ человѣка, склонялись къ тому убѣжденію, что эта железа въ томъ случаѣ, когда она велика, можетъ повести къ смертельному исходу. Сплошь и рядомъ случаи смерти въ теченіи какой-либо болѣзни, а также случаи внезапной смерти совершенно здоровыхъ до того дѣтей, относились на счетъ обнаруживавшейся на вскрытіи увеличенной thymus. Необходимо отмѣтить, что діагнозомъ смерти (особенно внезапной) отъ увеличенной вилочковой железы, какъ на то указалъ проф. Д. А. Соколовъ¹⁶⁾, слишкомъ злоупотребляли. На основаніи изученія обширнаго матеріала указанный авторъ категорически утверждаетъ (по вопросу о внезапной mors thymica), что mors thymica невозможна безъ „предварительнаго заболѣванія астматическими припадками (положеніе II-e)“. Въ описанномъ нами случаѣ за время пребыванія Кошеварова въ клиникѣ никакихъ астматическихъ приступовъ у него не было, ничего не извѣстно объ этомъ и изъ анамнеза. Правда, смерть мальчика наступила не сразу, а послѣ предварительныхъ явленій со стороны дыханія. Эти явленія характеризовались полной остановкой дыханія и никоимъ образомъ, конечно, не могли быть уложены въ понятіе о какой бы то ни было астмѣ. Это былъ параличъ дыхательнаго центра, для объясненія котораго въ нашемъ случаѣ имѣются вполне опредѣленные данныя.

¹⁰⁾ Loc. cit.

¹⁶⁾ Д. А. Соколовъ. Thymus у человѣка, 1910 г.

Перейдемъ теперь ко второму случаю, гдѣ діагнозъ на секціонномъ столѣ не былъ провѣренъ, такъ какъ больной былъ выписанъ по просьбѣ родныхъ до летальнаго исхода.

Молокофдовъ Никита, 10 лѣтъ, сынъ крестьянина. Поступилъ въ клинику 19 ноября 1904 года съ жалобами на постоянныя головныя боли во лбу и потерю зрѣнія.

При осмотрѣ оказалось слѣдующее: внутренніе органы безъ замѣтныхъ уклоненій отъ нормы, со стороны же нервной системы и органовъ чувствъ имѣются значительныя измѣненія. Какъ выше указано, больной былъ слѣпъ и страдалъ отъ постоянныхъ головныхъ болей во лбу. Произведенной въ клиникѣ офтальмоскопіей былъ установленъ застойный сосокъ въ обѣихъ глазахъ въ далеко запущенной стадіи. Кромѣ послѣдняго симптома еще отмѣчено: ptosis праваго вѣка, расширение обоихъ зрачковъ и пучеглазіе. Движенія глазныхъ яблокъ ограничены—на правомъ внизъ и внутрь, на лѣвомъ—вверхъ, внизъ и внутрь. Колѣнные сухожильные рефлексы отсутствуютъ. Характеръ походки не отмѣченъ. Со стороны чувствительности ничего особеннаго не обнаружено.

Анамнезъ. Кромѣ больного у его родителей было еще 7 члѣвъ дѣтей, изъ коихъ двое умерло,—одинъ отъ „головной боли“, 4-хъ лѣтъ, второй до году отъ неизвѣстной причины. Первымъ серьезнымъ заболѣваніемъ нашего мальчика является то, съ которымъ мы имѣемъ дѣло въ настоящее время. Начало заболѣванія относится къ марту 1904 г., когда изрѣдка стали беспокоить больного головныя боли и головокруженіе, съ каждымъ днемъ усиливавшіяся. Все лѣто ребенокъ пролежалъ въ постели. Время отъ времени его рвало. Лѣтомъ же начались запоры, при чемъ не слабило иной разъ дня по три. Съ августа зрѣніе стало замѣтно слабѣть и ко дню поступленія въ клинику оно было окончательно потеряно. Сифилиса у родныхъ установить не удалось.

Въ клиникѣ больному былъ назначенъ 3 % растворъ *Kalii jodati* по десертной ложкѣ 3 раза въ день, а 22-го Ноября назначены кромѣ того втиранія *ung cinerei* по 1,0 ежедневно. 24-го Ноября ввиду сильной головной боли данъ былъ *Natr bromat.* въ 3 % растворѣ, 3 раза въ день по столовой ложкѣ. Такъ какъ благоприятныхъ результатовъ отъ брома не было, то на слѣдующій день прибавили еще *Phenacetinum* по 0,3, 2 раза въ день. 27 Ноября головныя боли слабѣе, аппетитъ хорошій. Частый позывъ на мочеиспусканіе. 1-го Декабря головная боль то обостряется, то успокаивается. *Kal. jodatum* отмѣненъ вслѣдствіе насморка. 12-го Декабря больной выписанъ. За время пребыванія въ клиникѣ въ теченіи болѣзни существенныхъ перемѣнъ не отмѣчено,—усили-

лось только головокруженіе. Такимъ образомъ исторія болѣзни даннаго случая болѣе или менѣе извѣстна на протяженіи около 10 мѣсяцевъ, въ теченіи которыхъ развились: головныя боли, головокруженіе, слѣпота при застойныхъ соскахъ, парезъ обоихъ nerv. oculomot. и потеря колѣнныхъ, сухожильныхъ рефлексовъ. Въ данномъ случаѣ приходится ограничиться только предположеніями о характерѣ заболѣванія и его локализациі. Выяснившіеся изъ анамнеза, наблюденій и изслѣдованій больного въ клиникѣ симптомы болѣзни опредѣленно говорятъ за пораженіе въ полости черепа. Въ виду отсутствія соотвѣствующихъ данныхъ исключаемъ такія заболѣванія, какъ злокачественная анемія и уремія. Не приходится останавливаться, по понятнымъ причинамъ, и на различнаго рода функціональныхъ неврозахъ. Что касается менингита, абсцессовъ мозга и энцефалитовъ, то полное отсутствіе указаній на соотвѣствующую этиологію съ одной стороны, нормальная температура, и вся сумма имѣющихся симптомовъ съ другой—позволяютъ съ большимъ правомъ исключить перечисленные заболѣванія. Равнымъ образомъ нѣтъ основаній говорить объ артеріосклерозѣ съ его послѣдствіями ввидѣ кровоизліянія resp. размягченія въ какомъ либо участкѣ головного мозга. Нѣтъ данныхъ останавливаться и на эмболии мозговыхъ артерій, ни по симптомамъ, ни по началу.

Остается предположить или опухоль мозга, за которую говорятъ всѣ описанные выше припадки, или внутреннюю головную водянку, которая можетъ протекать при аналогичныхъ явленіяхъ. Вдумываясь, однако, въ исторію болѣзни, намъ кажется все-же, что въ нашемъ случаѣ болѣе данныхъ за опухоль, чѣмъ за водянку головного мозга. У больного со стороны величины и конфигураціи черепа не отмѣчено ничего, что могло бы говорить въ пользу врожденной внутренней головной водянки. Кромѣ того, нѣтъ такъ же никакихъ особенныхъ мотивовъ предполагать и *самостоятельно* развившуюся въ болѣе позднемъ періодѣ жизни больного головную водянку. Такимъ образомъ, опухоль мозга является болѣе пріемлемымъ въ данномъ случаѣ заболѣваніемъ, которое можно было бы считать, такъ сказать, основнымъ первичнымъ, а hydroceph. intern., который совершенно исключить здѣсь едва-ли возможно, будетъ уже вторичнымъ болѣзненнымъ явленіемъ, возникшимъ въ связи съ предполагаемой опухолью или ея локализацией.

Что касается мѣстоположенія опухоли, то здѣсь, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, отмѣчается боль во лбу и такъ же, какъ и тамъ, мы не можемъ остановиться на распознаваніи опухоли въ лобныхъ

доляхъ мозга. Противъ такой локализациі говорятъ не только тѣ данныя, которыя были приведены при описаніи перваго случая, но и слѣпота на оба глаза и двустороннее пораженіе *n. oculomotorii*. Что бы разобраться въ этихъ явленіяхъ, имѣя въ виду довольно быстро наступившую слѣпоту съ застойнымъ соскомъ, можно было бы предположить, что опухоль находится гдѣ-либо въ области *chiasm. n. opticozum*. Но мы не должны забывать, что слѣпота отъ сдавленія перекреста зрительныхъ нервовъ можетъ наступить какъ вслѣдствіе *прямого* воздѣйствія опухоли, такъ и *посредственно*, при опухоляхъ въ болѣе отдаленныхъ частяхъ мозга, благодаря развитію водянки желудочковъ, въ частности, водянки 3-го желудочка. Последнее бываетъ, напр., при опухоляхъ мозжечка. Такъ, проф. *И. Г. Оршанскій*¹⁷⁾ говоритъ, что ослабленіе зрѣнія, вплоть до полной слѣпоты, наблюдающееся при опухоляхъ мозжечка, зависитъ отъ „прижатія перекреста зрительныхъ нервовъ вслѣдствіе накопленія жидкости въ третьемъ желудочкѣ“. Аналогичныя указанія можно найти и у другихъ авторовъ. Итакъ, имѣется ли достаточно оснований въ данномъ случаѣ предполагать опухоль въ области *chiasm. n. opticozum*. Здѣсь допустимы двѣ возможности (*Bruns*, стр. 467)¹⁰⁾: или опухоль была расположена на *n. optic.* и затѣмъ перешла на перекрестъ зрительныхъ нервовъ, или она съ самаго начала локализовалась въ этомъ послѣднемъ пунктѣ. При первомъ процессѣ дѣло начинается со слѣпоты соответствующаго глаза, затѣмъ развивается височная геміанопсія и, далѣе, носовая геміанопсія, иными словами, полная слѣпота. Во второмъ случаѣ развивается *hemianopsia bitemporal.*, а потомъ поражаются и внутреннія половины полей зрѣнія, при чемъ, какъ предварительная ступень, можетъ быть сначала внутренняя геміанопсія одного глаза. Слѣдовательно, и тутъ въ концѣ концовъ процессъ заканчивается слѣпотой. Далѣе могутъ наступить параличи глазныхъ мышцъ, расстройства со стороны тройничнаго нерва и т. д. (*Bruns.*).

Исторія болѣзни Молокоѣдова не даетъ намъ вполне точныхъ свѣдѣній о томъ, какъ развилась у него слѣпота и потому намъ придется взять за исходную точку въ дѣлѣ топической діагностики порядокъ возникновенія всѣхъ вообще симптомовъ, имѣющихся у разбираемаго больного, и принявъ во вниманіе время ихъ появленія, намъ, можетъ быть, удастся исключить области зрительныхъ нервовъ, resp. ихъ перекреста.

¹⁷⁾ *И. Г. Оршанскій*. Выпотъ въ 3-й желудочекъ. (Врачъ, 1898 г. № 37).

¹⁰⁾ *Loc. cit.*

Какъ выше указано, первыми симптомами, развивавшагося заболѣванія были головная боль и головокруженіе; затѣмъ рвота, запоръ и только черезъ 5 мѣсяцевъ стали замѣчать расстройства со стороны зрѣнія, при чемъ позволительно думать, что эти расстройства состояли въ постепенномъ паденіи зрѣнія *in toto*, а не въ появленіи геміанопсій, закончившихся слѣпотой.

Пораженіе корковыхъ двигательныхъ областей большого мозга легко исключается въ нашемъ случаѣ, такъ какъ симптомы, характеризующіе процессы, протекающіе въ этомъ отдѣлѣ головного мозга, совершенно отсутствуютъ. Такъ, у насъ нѣтъ ни параличей, ни судорогъ, которые легко могли явиться, какъ результаты уничтоженія или раздраженія расположенныхъ въ этой области двигательныхъ центровъ, если бы въ указанномъ пунктѣ развилась опухоль.

Отсутствіе расстройствъ чувствительности говоритъ противъ локализаціи опухоли въ заднихъ центральныхъ извилинахъ коры головного мозга и темянныхъ доляхъ. Должно, впрочемъ, отмѣтить, что опухоли, локализирующія въ правой темянной доле и въ бѣломъ веществѣ лѣвой темянной доли (у правой), если опухоль гнѣздится въ болѣе переднихъ частяхъ ея, иногда не сопровождаются симптомами, которые давали бы ясныя указанія на локализацію пораженія (*Bruns*).

При локализаціи опухолей въ височныхъ доляхъ наблюдаются глухота, парафазія, расстройство обонянія, и, какъ побочные симптомы,—геміанопсія, Jackson'овскія судороги и гемиплегія съ геміанестезіей (*Bruns*¹⁰). Въ описываемомъ нами случаѣ, какъ это видно изъ предыдущаго изложенія, нѣтъ ничего такого, что говорило бы за локализацію опухоли въ височныхъ доляхъ.

Мѣстонахожденіе опухоли въ затылочныхъ доляхъ, повидимому, можно также отвергнуть въ виду отсутствія у больного хотя бы намековъ на геміанопсію, оптическую афазію, душевную слѣпоту и пр.

Опухоли сѣрыхъ узловъ, внутренней капсулы и мозговыхъ ножекъ исключаются на основаніи отсутствія какихъ бы то ни было явленій со стороны двигательной и чувствительной сферъ.

Остаются четверохолміе, Варолиевъ мостъ и мозжечекъ.

Картина симптомовъ при всѣхъ трехъ послѣднихъ локализаціяхъ въ значительной степени можетъ быть сходной въ отдѣльныхъ своихъ частяхъ и потому топическая діагностика въ случаяхъ, когда приходится дифференцировать заболѣванія этихъ трехъ

¹⁰) Loc. cit.

областей можетъ представить большія трудности (въ особенности, если принять во вниманіе побочные симптомы, легко возникающіе здѣсь, какъ результатъ близкаго сосѣдства указанныхъ трехъ участковъ головного мозга).

Въ нашемъ случаѣ возможно исключить заболѣваніе Варолиева моста въ виду отсутствія пораженія *n. n. facial., abducentis., trigem., acust.*, отсутствія гемиплегіи и геміанѣстезіи.

Значительно труднѣе разобраться въ двухъ остальныхъ локализацияхъ.

Если взять симптоматическую картину нашего случая и сравнить ее съ симптоматологіей опухолей четверохолмія, то едва ли съ полной увѣренностью можно было бы говорить, что опухоль у разбираемаго больного ни въ какомъ случаѣ не находится въ четверохолміи. Извѣстно, что при пораженіи четверохолмія въ нижней его части наступаетъ офтальмоплегія при пораженномъ *n. abduc.* Намъ случай характеризуется именно такой же комбинаціей. Однако можно указать, что у насъ имѣется часто сопутствующая мозжечковымъ опухолямъ слѣпота обоихъ глазъ при застойномъ сосѣ. Хотя и при пораженіи четверохолмія, *resp. corp. genic. later.* могутъ быть точно такія же явленія, но въ данномъ случаѣ не пораженъ *n. acustic.* и это обстоятельство, взятое вмѣстѣ съ другими вышеуказанными, да еще боли во лбу и позднее развитіе очаговыхъ симптомовъ заставляють насъ сдѣлать предположеніе, что опухоль вѣроятнѣе всего локализуется въ мозжечкѣ.

О локализациі опухоли въ продолговатомъ мозгу мы не говоримъ, такъ какъ бульбарные признаки отсутствуютъ у нашего больного.

Слѣдующіе три случая наблюдались мной лично. Первый изъ нихъ попалъ на вскрытіе, остальные же два выписаны по желанію родныхъ до летальнаго исхода.

Нижеслѣдующая исторія болѣзни 3-го по порядку случая интересна въ томъ отношеніи, что наружныя очертанія черепа больного и нѣкоторые данныя анамнеза позволяли предполагать значительную головную водянку (*hydros. int. chronic.*), а въ то же время теченіе болѣзни и отдѣльные симптомы заставляли діагностировать одновременное существованіе опухоли въ мозгу.

Николай Ю. 3 лѣтъ, сынъ чиновника, поступилъ въ клинику 12 октября 1908 г., умеръ 14 ноября того же года. Осмотръ въ клиникѣ далъ слѣдующіе результаты: ребенокъ хорошаго питанія, сложенъ правильно. Голова увеличена, непосредственное измѣреніе ея показало окружность 56 см. (По Гундобину¹⁸) табл. Болдырева—

¹⁸) Гундобинъ, Н. П.—Особенности дѣтск. возраста. С.-П.-Б. Изд. 1906 г.

окружность головы у мальчиковъ къ 4 год. достигаетъ 48—52 см.). Глаза были изслѣдованы еще до поступленія въ дѣтскую клинику въ глазной клиникѣ проф. *С. В. Лобанова*, при чемъ тамъ были обнаружены явленія застойнаго соска въ обоихъ глазахъ, въ начальномъ стадіѣ развитія. При вторичномъ (черезъ двѣ недѣли) осмотрѣ глазъ картина мало измѣнилась: въ лѣвомъ соскѣ явленія застоя сдѣлались какъ будто менѣе рѣзкими. При наружномъ осмотрѣ глазъ замѣчалось внутреннее косоглазіе. При изслѣдованіи органовъ груди и живота ничего ненормальнаго отмѣтить не удалось. Костная система безъ замѣтныхъ измѣненій. Между прочимъ, періоститовъ не найдено.

Изслѣдованіе нервно-мышечнаго аппарата не могло быть произведено во всѣхъ деталяхъ, такъ какъ ребенокъ вначалѣ дичился, а затѣмъ при прогрессивномъ ухудшеніи болѣзни это сдѣлалось еще менѣе возможнымъ. Прежде всего слѣдуетъ отмѣтить спастическую, нѣсколько неувѣренную походку. Ребенокъ при ходьбѣ слегка пошатывался и инстинктивно держался ближе къ стѣнѣ, что производило впечатлѣніе, какъ будто у него были приступы головокруженія, и дѣйствительно, онъ жаловался временами, особенно въ дальнѣйшемъ, на то, что у него кружится голова. Сухожильные рефлексы немного повышены. Со стороны чувствительности замѣтныхъ измѣненій не обнаружено. Общее самочувствіе измѣнчиво, вообще же подавлено,—ребенокъ часто жаловался на головныя боли и капризничалъ. Моча нормальнаго состава. Изслѣдованіе крови дало слѣдующіе результаты: гемоглобина (по Говерсу) 78%, красныхъ шариковъ 5,5 милліоновъ, бѣлыхъ 9.450, изъ нихъ: нейтрофиловъ 43,5%, мононуклеаровъ 20%, переходныхъ 8%, лимфоцитовъ 25% и эозинофиловъ 3%.

Анамнезъ. Ребенокъ родился доношеннымъ и здоровымъ, четвертымъ по счету. Изъ первыхъ троихъ дѣтей одинъ умеръ отъ какой-то мозговой болѣзни. Остальныя дѣти здоровы. Нашъ больной воспитывался на груди до 8 мѣсяцевъ, при чемъ мѣсяцевъ съ 6 его начали прикармливать молокомъ. Первый прорѣзъ зубовъ на 5 мѣсяцѣ,—остальные появились въ нормальные сроки. Изъ болѣзней перенесъ корь на 7 мѣсяцѣ и на 2 году поносъ и коклюшъ въ довольно тяжелой формѣ. Прошлую зиму часто хворалъ расстройствами желудочно-кишечнаго тракта. Той же зимой раза четыре опухали шейныя железы. Въ началѣ августа 1908 года, слѣдовательно, около 2-хъ съ лишнимъ мѣсяцевъ тому назадъ, онъ упалъ затылкомъ съ высоты 1 аршина. Недѣли двѣ послѣ паденія былъ, повидимому, здоровъ, а затѣмъ родители стали замѣчать, что ребенокъ слабо держится на ногахъ и часто падаетъ. Въ началѣ сентяб-

ря нѣсколько дней подрядъ утрами была рвота, ребенокъ сдѣлался скучнымъ, раздражительнымъ и жаловался на головную боль. На первыхъ порахъ предполагали гастритъ и въ этихъ видахъ больному былъ данъ salomet, послѣ чего ему какъ-будто стало лучше. Дальнѣйшее теченіе показало однако, что улучшение было временнымъ, и болѣзнь видимо прогрессировала и въ концѣ сентября появилось косоглазіе. Кромѣ того родители замѣтили, что большая и до того голова ребенка за послѣдніе недѣли какъ будто еще болѣе увеличилась. Въ виду подозрѣнія на мозговое страданіе, ребенокъ былъ отправленъ въ Томскъ съ предложеніемъ обратиться въ клинику, куда и былъ принятъ послѣ осмотра въ амбулаторіи.

Въ клиникѣ были назначены втиранія ung. hydrarg., cinerei с. resorb. и Natr. jod. внутрь. Указанное назначеніе явилось результатомъ сообщенія отца, о бывшемъ у него въ молодости lues'ѣ, что и дало поводъ подозрѣвать у больного специфическое пораженіе мозга.

17 октября. Реакція tuberc.-test. (Pirquet) отрицательная. Ребенокъ послѣ ртутныхъ втираній ослабъ, почему лѣченіе временно отмѣнено. Ходитъ хуже, чѣмъ въ первые дни пребыванія въ клиникѣ.

19 октября. Видитъ какъ будто хуже, чѣмъ раньше. Аппетитъ плохой. Часто жалуется на головную боль.

20 октября. Втираніе ртути возобновлены. Natri jodat. вмѣсто 2% назначенъ въ 3% растворѣ, 3 раза въ день по чайной ложкѣ.

21-го октября. Мочится и испражняется съ трудомъ.

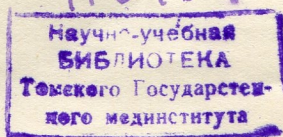
24 октября. Сдѣланъ поясничный проколъ. Выпущено около 15 к. с. стерильной цереброспинальной жидкости. Предыдущіе дни больной сильно страдалъ отъ головныхъ болей, которыя у него сосредоточивались преимущественно въ затылкѣ.

26 октября. Послѣ прокола больной чувствуетъ себя лучше, мочится свободнѣе, но стулъ задержанъ. Сегодня ночью возобновились сильныя головныя боли,—было два приступа.

27 октября. Сегодня за день три раза были приступы жестокихъ головныхъ болей. Во время приступовъ мальчикъ кричитъ. Сознаніе не затемнено. Пульсъ неровный по силѣ ударовъ и аритмиченъ. Больной лежитъ.

28 октября. Назначено смазываніе затылка tinct. jodi, кромѣ того на тыльную поверхность шеи поставлена миланская мушка.

30 октября. Послѣ смазыванія затылка tinct. jodi и мушки ребенокъ успокоился, вставалъ съ постели и немного гулялъ по палатѣ.



31 октября. Сегодня ночью было два приступа головных болей. Днем больной не вставалъ съ постели и даже садился неохотно, жалуясь на головокруженіе. Аппетитъ все время плохъ.

1-го ноября. Сегодня утромъ два раза рвало.

2-го ноября. Вечеромъ Т-ра 38,5.

3-го ноября. При осмотрѣ глотки замѣчена припухлость миндалины и гиперемія слизистой оболочки зѣва и глотки.

4 ноября. Т-ра нормальна. Стулъ задержанъ.

8 ноября. Послѣдніе дни мало или совсѣмъ не жалуется на головныя боли. Тошноты и рвоты не было. Стулъ задержанъ и приходится прибѣгать къ слабительнымъ, или промывательнымъ.

11 ноября. Сонъ и стулъ удовлетворительны. Съ кровати не встаетъ, но сидитъ въ ней охотнѣе и увѣреннѣе, чѣмъ раньше.

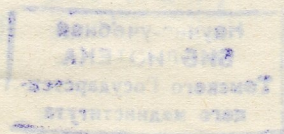
14 ноября. Со вчерашняго дня возобновились сильныя боли и рвота, ребенокъ сильно ослабъ и выглядитъ очень плохо. Къ ночи больному стало очень плохо—онъ очень беспокоился и жаловался на головную боль. Смерть послѣдовала при рѣзко замедленномъ пульсѣ и Cheune-Stokes'овскомъ дыханіи. Съ диагнозомъ *hydroceph. int. chr. et tumor cerebelli* трупъ былъ отправленъ на вскрытіе.

Вскрытіе было произведено на слѣдующій день и по просьбѣ родителей ограничилось только осмотромъ черепной полости. Результаты его слѣдующіе.

Трупъ хорошо упитаннаго мальчика. Головка сильно увеличена. Кости черепа истончены. Извилины мозга сглажены. Боковые желудочки рѣзко растянуты и наполнены прозрачной свѣтлой жидкостью. Съ виѣшней стороны въ мозжечкѣ ничего особеннаго.

При вскрытіи мозжечекъ не былъ разрѣзанъ. Когда затѣмъ (9 декабря) мозжечекъ былъ разсѣченъ, то въ немъ оказалась опухоль съ куриное яйцо величиной, выполнявшая и сильно раздвинувшая 4 желудочекъ. Опухоль исходила изъ дна желудочка. Верхняя поверхность ея слегка бугриста и частью сращена съ верхней стѣнкой желудочка. Опухоль довольно плотная, въ нижней своей части красноватаго цвѣта (вслѣдствіе переполненія кровью), въ верхней—сѣровато бѣлаго. Границы опухоли рѣзко очерчены. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли она оказалась саркомой.

Такимъ образомъ, болѣзнь протекала быстро и черезъ 3 мѣсяца отъ начала закончилась смертельнымъ исходомъ. Первые болѣзненные симптомы обнаружили въскорѣ послѣ паденія ребенка и проявились разстройствомъ походки, а затѣмъ головной болью и рвотой. Эти симптомы нарастали и заставили предположить серьезное мозговое страданіе. Ребенокъ былъ помѣщенъ въ клинику,



гдѣ болѣзнь быстро прогрессировала. Въ клиникѣ были отмѣчены: застойный сосокъ въ обоихъ глазахъ, сходящееся косоглазіе, атаксія, рвота, головокруженіе даже и въ сидячемъ положеніи, отчаянныя головныя боли въ затылкѣ и наряду съ этимъ значительная апатія при повышенныхъ колѣбныхъ рефlekсахъ и отсутствіи замѣтныхъ расстройствъ чувствительности. Имѣя въ виду нѣсколько увеличенную голову и подозрительный на lues анамнезъ, при первыхъ осмотрахъ въ клиникѣ останавливались на предположеніи головной водянки и гуммы, съ локализацией послѣдней, быть можетъ, въ задней черепной ямѣ. За внутреннюю головную водянку, помимо общихъ мозговыхъ симптомовъ, говорило то обстоятельство, что, какъ отмѣчено родителями, голова за послѣднее время замѣтно увеличилась. Если послѣднему показанію родителей и не придавать особенной вѣры, то все-же значительныя размѣры головы давали право считать доказаннымъ существованіе головной водянки, какъ остатокъ болѣзненныхъ процессовъ, протекшихъ въ болѣе ранніе періоды жизни ребенка. Что же касается другого предположенія, именно гуммы, то его пришлось оставить ввиду отсутствія какихъ бы то ни было видимыхъ проявленій lues'a съ одной стороны, и отрицательныхъ результатовъ ртутно-іодистаго леченія, съ другой. Злокачественное же теченіе болѣзни заставляло искать причины тяжелаго состоянія больного въ чемъ либо другомъ помимо головной водянки, въ существованіи которой, какъ указано выше, не сомнѣвались. Между прочимъ напрашивалось такое предположеніе, что, быть можетъ, ранѣе того имѣвшаяся головная водянка быстро увеличилась подъ вліяніемъ препятствія для оттока мозговой жидкости, созданнаго быстро растущей и помѣщающейся въ мозжечкѣ опухолью. Основаніемъ для предположенія опухоли въ полости черепа служили быстро нарастающіе симптомы повышенія внутри-черепнаго давленія. Объяснить описанную выше болѣзненную картину какимъ-либо другимъ процессомъ врядъ-ли было-бы возможно, такъ какъ микроскопическія и химическія изслѣдованія крови и мочи до нѣкоторой степени исключали разнаго рода конституціональныя заболѣванія, а температура больного устраняла предположеніе острыхъ и подострыхъ воспалительныхъ процессовъ въ мозгу и оболочкахъ его. Что же касается хроническихъ менингитовъ, то, являясь чаще всего въ связи съ lues'омъ и буторчаткой, они могли быть въ данномъ случаѣ съ большимъ вѣроятіемъ исключены въ виду отрицательнаго результата антилюэтическаго леченія и негативной туберкулиновой пробы. Итакъ, клинически предполагалась опухоль мозга, при чемъ локалізация ея опредѣлялась въ мозжечкѣ. Я позволю себѣ не перечислять всѣхъ

исключенныхъ при дифференціальномъ разборѣ болѣзни Ю—ва областей мозга, такъ какъ мнѣ пришлось бы повторить многое изъ того, что сказано по поводу предыдущаго больного. Остановлюсь лишь на опухляхъ въ лобныхъ доляхъ мозга, четверохолміи, Вароліевомъ мосту и мозжечкѣ. Противъ локализациі опухоли въ лобныхъ доляхъ мозга между прочимъ свидѣтельствуетъ раннее появленіе у нашего больного застойнаго соска и сосредоточенная боль въ затылкѣ, что говоритъ скорѣе за локализацию опухоли въ мозжечкѣ. Противъ опухоли въ лобныхъ доляхъ мозга говоритъ такъ-же отсутствіе судорогъ у больного за все время наблюденія, а равно и другихъ двигательныхъ разстройствъ. Слѣдуетъ замѣтить, кромѣ того, что опухоли въ мозжечкѣ встрѣчаются значительно чаще по сравненію съ опухлями въ лобныхъ доляхъ мозга.

Діагностика опухоли въ четверохолміи не можетъ быть прочно установлена за отсутствіемъ для этого такихъ признаковъ, какъ атаксія верхнихъ конечностей, глухота, офтальмоплегія съ пощаженымъ *abducens*, который въ нашемъ случаѣ какъ-разъ пораженъ съ обѣихъ сторонъ. Далѣе, возможная при опухляхъ четверохолмія, какъ побочный симптомъ, геміанопсія, также отсутствовала у нашего больного.

Опухоли въ Вароліевомъ мосту очень легко вызываютъ очаговые симптомы. При этой локализациі опухоли на сцену прежде всего выступаютъ такія явленія, какъ *hemiplegia alternans*, параличъ взора, геміанѣстезія и проч. Въ нашемъ случаѣ, строго говоря, почти нѣтъ очаговыхъ симптомовъ и, во всякомъ случаѣ, нѣтъ характерныхъ для пораженія Вароліева моста.

Оставалось предположить опухоль въ мозжечкѣ. Эта локализациа объясняла бы намъ обостренія головной водянки, за нее говорили бы замѣтно выраженное головокруженіе и рѣзкая головная боль въ затылкѣ. Особенно же доказательными въ пользу нахождения опухоли въ мозжечкѣ были послѣднія минуты жизни ребенка, когда болѣзнь закончилась тяжелыми припадками со стороны дыхательнаго центра, каковыя припадки, въ качествѣ побочнаго симптома, какъ указано мной выше, чаще и, пожалуй, преимущественно бывають при опухляхъ въ мозжечкѣ. Какъ подтверждающее предположенную локализацию обстоятельство слѣдуетъ считать и рано появившійся застойный сосокъ, который въ день прибытія больного въ клинику (спустя мѣсяць отъ начала заболѣванія) былъ уже рѣзко выраженъ, при чемъ можно было отмѣтить и значительное паденіе остроты зрѣнія. Далѣе, очень рано появившаяся атаксія также учитывалась, какъ доводъ за распознаваніе опухоли гдѣ-либо въ мозжечкѣ. Что-же касается небольшого косоглазія у наше-

го больного, то легче всего было бы связать этот симптомъ съ повышеннымъ внутреннимъ давленіемъ. Какъ видно изъ приведеннаго протокола вскрытія, наша прижизненная топическая діагностика подтвердилась, по крайней мѣрѣ, въ томъ смыслѣ, что опухоль, занявъ 4 желудочекъ, въ значительной степени, благодаря своей величинѣ, принадлежала мозжечку. Болѣе же точная діагностика едва-ли вообще возможна.

Четвертый случай.

Колтунъ Мина, 7 лѣтъ, дочь торговца. Поступила въ клинику 16 сентября 1910 г. съ жалобами на головную боль, рвоту, запоръ, общую слабость и косоглазіе.

При первомъ осмотрѣ больной обнаружено слѣдующее: питаніе подорвано, грудная клѣтка узка, животъ нѣсколько втянутъ, доступныя ощупыванію железы увеличены до горошины, языкъ обложенъ. Во внутреннихъ органахъ ничего особеннаго. Со стороны нервной системы и органовъ чувствъ замѣчено слѣдующее: сухожильные рефлексy повышены; имѣется стопный клонусъ; лѣвый глазъ выпяченъ и его abducens парализованъ; ограничена функція лѣваго блокового нерва; зрачекъ лѣваго глаза расширенъ и слабѣе реагируетъ на свѣтъ, чѣмъ правый; ротъ скошенъ въ правую сторону; при ходьбѣ замѣтенъ правосторонній гемипарезъ; голова нѣсколько отклоняется въ лѣвую сторону. Въ дальнѣйшемъ, при неоднократномъ изслѣдованіи оказалось, что глазное дно было безъ измѣненій, застойный сосокъ отсутствовалъ; чувствительность сохранена за исключеніемъ правыхъ конечностей, гдѣ на кисти и стопы замѣтно ослабленіе тактильной и температурной чувствительности, при сохраненной болевой; походка имѣетъ атактическій характеръ; слухъ слѣва значительно ослабленъ, хотя барабанная перепонка безъ измѣненій; вкусъ и обоняніе, повидимому, не измѣнены; говорить вяло и, вообще, больная апатична. Со стороны наслѣдственности ничего особеннаго не обнаружено. Дѣвочка родилась здоровой. На груди оставалась мѣсяцевъ до семи. Одновременно прикармливали молокомъ. Зубы стали прорѣзываться послѣ года. Говорить начала съ трехъ лѣтъ. На ноги встала съ начала второго года. Мѣсяцевъ около 4-хъ захворала поносомъ и рвотой. Болѣла съ мѣсяць, при чемъ сильно исхудала. Въ трехлѣтнемъ возрастѣ перенесла легкую корь, протекающую безъ всякихъ осложнений. Послѣ того до нынѣшняго года ничѣмъ особеннымъ не хворала, росла полной, здоровой и всегда была весела.

Первые признаки настоящаго заболѣванія обнаружилились въ началѣ апрѣля 1910 года. Безъ всякихъ предвѣстниковъ появилось косоглазіе, при чемъ лѣвый глазъ былъ повернутъ кнутри и плохо

видѣлъ. Мѣсяца черезъ два или три покосило ротъ въ правую сторону и одновременно замѣтили, что правая рука и нога функционируютъ не особенно правильно: рука тряслась, если дѣвочка что-либо брала, а нога при ходьбѣ нѣсколько тащилась. Мѣсяць тому назадъ появились періодическія головныя боли, укладывавшія больную въ постель, рвота и запоръ. Походка сдѣлалась атактической.

Течение болѣзни.

17 сентября. Сильныя головныя боли. Утромъ рвота. Во время сна вскрикиваетъ, иногда плачетъ и смѣется. Назначены *Natr. bromat. cum. Kal. jodat.*

22 сентября. Послѣ брома боли нѣсколько стихли, но сегодня вновь усилились; раза два рвало.

25 сентября. Замѣтенъ парезъ праваго n. abducent. Головная боль мѣняется въ своей интенсивности, но все время сосредоточивается въ лѣвой половинѣ головы.

27 сентября. Изслѣдованіе крови: гемоглобина (по Говерсу) 90%, красныхъ шариковъ 5,725,000, бѣлыхъ—8,200, изъ нихъ—лимфоцитовъ 38%, многоядерныхъ 53%, переходныхъ—4,6%, эозинофиловъ—4,4%

29 сентября. Апатичное состояніе усиливается, отвѣчаетъ не сразу и очень медленно. На лѣвое ухо слышитъ хуже, чѣмъ сначала.

1 октября. Тактильная и температурная чувствительность какъ будто улучшилась на кисти правой руки, а на стопѣ безъ перемѣнъ.

3 октября. Назначены втиранія *ung. ciner.* по 0,5 за разъ.

4 октября. Отмѣчается пониженіе тактильной и температурной чувствительности на стопѣ и голени правой ноги. Если сравнивать обѣ половины тѣла, то вообще въ правой половинѣ его можно подмѣтить нѣкоторое ослабленіе вышеуказанныхъ видовъ чувствительности.

5 октября. Головныя боли по прежнему въ лѣвой половинѣ головы и иногда усиливаются до того, что укладываютъ больную въ постель. Тактильная и болевая чувствительность въ этой области повышена.

9 октября. Послѣдніе два дня чувствуетъ себя болѣе или мѣнѣе сносно, хотя головныя боли и временами рвота продолжаются. На наружной сторонѣ склеры лѣваго глаза краснота—сосуды здѣсь расширены. Понижена чувствительность лѣвой роговицы.

12 октября. Состояніе больной безъ всякой перемѣны къ лучшему, а головныя боли даже усилились. Выписана по желанію родныхъ.

По имѣющимся свѣдѣніямъ, дѣвочка умерла приблизительно черезъ мѣсяць послѣ выхода изъ клиники.

Продолжительность всей болѣзни можно считать около 6 съ лишнимъ мѣсяцевъ, при чемъ дѣло началось, повидимому, съ пораженія п. *abduc.* лѣваго глаза, а затѣмъ одно за другимъ появились признаки пораженія п. *facial.* (лѣваго), правосторонній гемипарезъ, наконецъ, головныя боли со рвотой и атаксіа. Въ клиникѣ констатированы: атаксіа, правосторонній гемипарезъ съ ослабленіемъ тактильной и температурной чувствительности, параличъ лѣваго *abducens* и парезъ п. п. *oculom. trochlear. et facial.* слѣва, лѣвосторонній экзофтальмъ, пониженіе слуха слѣва, головныя боли съ преимущественной локализацией въ лѣвой половинѣ головы и рвота.

Въ дальнѣйшемъ теченіи расстройства чувствительности колебались въ своей интенсивности. Къ концу пребыванія въ клиникѣ обнаружено пониженіе чувствительности лѣвой роговицы и явленія раздраженія со стороны склеры лѣваго глаза.

Характеръ заболѣванія выяснялся въ достаточной степени уже изъ анамнеза. Постепенное пораженіе черепныхъ нервовъ, появленіе гемипареза, нарастаніе общемозговыхъ явленій—все это указывало на какое-то хроническое мозговое страданіе, при чемъ вся картина симптомовъ въ цѣломъ позволяла съ большой достовѣрностью предполагать опухоль въ мозгу.

Переходя, далѣе, къ топической діагностикѣ этого случая, должно сказать, что она не представляла особыхъ трудностей. Исторія болѣзни Колтунъ является болѣе типичной, характерной для опухоли въ мозгу, чѣмъ исторія болѣзни предыдущихъ случаевъ.

Въ самомъ дѣлѣ,—уже анамнезъ намъ открываетъ, что болѣзнь началась съ паралича лѣваго *abducens*—важный симптомъ, сразу же направляющій наше вниманіе на Вароліевъ мостъ. Проходитъ два—три мѣсяца и появляются признаки пораженія лѣваго *facial.* (покосило ротъ вправо). Обнаруженное въ клиникѣ пораженіе слуха слѣдуетъ, повидимому, считать результатомъ вовлеченія въ процессъ волоконъ *corp. trapezoidis* и корешка п. *acustici*, находящагося не подалеку отъ ядеръ двухъ предыдущихъ нервовъ. Далѣе поражается п. *trigemin.*, что даетъ вначалѣ явленія раздраженія въ видѣ болей соотвѣтствующей половины лица и волосистой части головы, а затѣмъ пониженіе чувствительности роговицы лѣваго глаза, при чемъ сосудистая инъекція сосѣднихъ областей склеры указывала, повидимому, на начало трофическихъ расстройствъ въ этой области. Кромѣ того, мы видѣли, что развивается правосторонній гемипарезъ съ геміанѣстезіей той же стороны, каковыя явле-

нія слѣдуетъ трактовать какъ послѣдствіе болѣзненного процесса, затронувшаго проходящія въ Вароліевомъ мосту чувствительныя и двигательныя пути. Въ связи съ поражениемъ остальныхъ нервовъ, слѣдуетъ отмѣтить также поражение *n. trochlear. et n. oculomotor.* слѣва. Вышеописанное развитіе симптомовъ у нашей больной приводитъ къ убѣжденію, что болѣзненный фокусъ развивался въ лѣвой половинѣ Вароліева моста въ пограничной съ продолговатымъ мозгомъ области. Проф. Л. О. Даршкевичъ (стр. 549⁶⁾) говоритъ, что „одностороннее поражение нижняго конца Varoli'ева моста, захватывающее одновременно какъ вентральный, такъ и дорсальный его отдѣлъ вплоть до дна четвертаго желудочка, подаетъ поводъ къ развитію особаго симптомокомплекса. У больного имѣетъ мѣсто параличъ конечностей одной стороны вмѣстѣ съ геміанестезіей, перекрестный параличъ *n. facialis*, отклоненіе глазъ въ сторону парализованныхъ конечностей и параличъ содружественныхъ движеній глазныхъ яблокъ вбокъ, въ сторону здоровыхъ конечностей, при сохраненіи конвергенціи движенія ихъ вверхъ и внизъ“. Приведенная цитата, такимъ образомъ, какъ нельзя лучше подтверждаетъ наши предположенія относительно локализациі болѣзненного фокуса въ лѣвой половинѣ Varoli'ева моста. При дальнѣйшемъ своемъ развитіи, опухоль, видимо, начала оказывать свое дѣйствіе и на правую половину Вароліева моста, что сказалось въ поражении *pravae abducens*.

Базальные опухоли этой области могутъ дать сходную картину и дифференцировать ихъ трудно, но, по отношенію къ данному случаю, пожалуй, можно было бы подчеркнуть, что базальные опухоли чаще захватываютъ *n. acusticus* и первымъ симптомомъ является такимъ образомъ глухота на соотвѣтствующее ухо. За первичное поражение Вароліева моста говоритъ поражение *n. abduc.*, какъ первый симптомъ, сравнительно раннее поражение длинныхъ проводящихъ путей и отсутствіе застойнаго соска, рано появляющагося при болѣе или менѣе большихъ опухоляхъ мозжечк.-мостн. угла.

Намъ остается еще сказать нѣсколько словъ о сосѣднихъ съ пораженнымъ участкомъ областяхъ мозга. Дѣло въ томъ, что опухоли четверохолмія также могутъ дать въ результатъ такіе симптомы, какъ офтальмоплегія и глухота, что имѣется въ данномъ случаѣ у насъ. Но во превыхъ при офтальмоплегіи, происходящей отъ поражения четверохолмія, *abducens* чаще всего остается пощаженнымъ, между тѣмъ какъ въ нашемъ случаѣ онъ пораженъ и при томъ въ самомъ началѣ болѣзни; во вторыхъ, при локализациі опухоли въ

⁶⁾ Loc. cit.

лѣвой половинѣ четверохолмія, глухота имѣла бы мѣсто на сторонѣ противной пораженному участку, — слѣдовательно, глухота должна бы быть на правое ухо, а не на лѣвое, какъ это наблюдалось у нашей больной. Наконецъ, предполагая опухоль въ четверохолміи, мы никоимъ образомъ не могли бы объяснить себѣ другихъ болѣзненныхъ симптомовъ, какъ напр. *paralysis alternans* съ геміанестезіей, что имѣлось у нашей больной. Что касается возможности локализаціи опухоли въ мозжечкѣ, то она была бы допустима только въ предположеніи интимной близости опухоли къ четвертому желудочку, въ противномъ случаѣ мы не объяснили бы всѣхъ явленій со стороны Вароліева моста, которыя выступили у нашей больной *на первый планъ*. Но вмѣстѣ съ тѣмъ, тогда стало бы совершенно непонятнымъ отсутствіе застойнаго соска, который вполне естественно было бы ожидать при сдавленіи четвертаго желудочка, какъ это мы и видѣли при описаніи предыдущаго случая. Такимъ образомъ, локализація опухоли въ Вароліевомъ мосту представляется въ описываемомъ нами 4-мъ случаѣ наиболѣе, повидимому, достовѣрной.

Пятый случай.

Потарскій Иванъ 8 л., сынъ торговца изъ с. Елгай Томск. губ. Поступилъ въ клинику 4-го ноября 1910 г. съ жалобами на рвоту, головную боль, слабость въ ногахъ, ослабленіе зрѣнія и запоръ.

При осмотрѣ оказалось слѣдующее: Питаніе нормально. Кожные покровы, слизистыя оболочки, костная и мышечная системы ничего особеннаго не представляютъ. Внутренніе органы безъ измѣненій. Окружность головы 58 цтм. Нервная система: Чувствительность не измѣнена; колѣнные сухожильные рефлексy повышены, стопнаго клонуса и рефл. Babinsk'аго нѣтъ. Въ правомъ глазу отмѣчается ограниченіе движенія кнаружи (парезъ п. abduc. dextr.); въ лѣвомъ глазу имѣется легкій парезъ п. abduc., вялая реакція расширеннаго зрачка и небольшой ptosis. Зрѣніе значительно понижено на оба глаза. При изслѣдованіи глазнаго дна въ обоихъ глазахъ обнаруженъ рѣзко выраженный застойный сосокъ. Походка атактическая, при чемъ самъ больной объясняетъ, что хотя у него голова и не кружится, но его точно бросаетъ. При ходьбѣ жалуется на слабость въ ногахъ. На вопросы отвѣчаетъ разумно. Угнетенное состояніе выражено слабо.

Анамнезъ: У родителей нашего больного всего было одиннадцать дѣтей, не считая одного выкидыша при третьей беременности. До рожденія нашего паціента, было пятеро дѣтей, изъ коихъ трое умерло до году отъ неизвѣстныхъ болѣзней, а изъ родившихся позднѣе пятерыхъ умеръ только одинъ отъ поноса. Изъ семи остав-

шихся въ живыхъ шестеро здоровы. Иванъ, какъ и остальные дѣти, родился здоровымъ. На грудномъ молокѣ воспитывался болѣе года. Съ 3-хъ мѣсяцевъ его начали прикармливать манной кашей и булкой, при чемъ послѣднюю давали въ жеванномъ видѣ—„жевка“. Первый прорѣзъ зубовъ до году. Ходить съ двухъ лѣтъ. Кромѣ кори ничѣмъ особеннымъ въ дѣтствѣ не хворалъ, но, повидимому, былъ рахитиченъ. Родился ребенокъ съ нѣсколько увеличенной головой. Изъ словъ родителей можно заключить, что и въ дальнѣйшемъ голова увеличивалась. Передняя фонтанель была значительно увеличена, боковые углы ея переходили въ фронтальный, широко раскрытый шовъ. Были ли раскрыты другіе швы отецъ не знаетъ. Родничекъ не закрывался лѣтъ до четырехъ. Въ развитіи умственныхъ способностей ребенка родители ничего особеннаго не замѣчали, только учась въ школѣ мальчикъ обнаружилъ слабую память. Росъ тихимъ и малоподвижнымъ, хотя въ общемъ былъ по словамъ родителей здоровъ и крѣпокъ.

Настоящее заболѣваніе началось около половины мая 1910 года головной болью и рвотой. Головная боль и рвота съ временными облегченіями продолжается до сего времени. Въ началѣ сентября замѣчено косоглазіе и ptosis лѣваго вѣка. Одновременно стали замѣчать, что при ходьбѣ мальчика „покидываетъ въ стороны“. На головокруженіе не жаловался, и только въ день приѣма въ клинику больной почувствовалъ, что у него кружится голова. Это явленіе, впрочемъ, продолжалось очень короткое время. Съ первыми признаками заболѣванія начались также запоры, но безъ потери аппетита. Остается еще прибавить, что съ дѣтства мальчикъ страдаетъ нѣсколько затрудненнымъ мочеиспусканіемъ.

Теченіе болѣзни. 18-го ноября. Со дня поступленія въ клинику и до настоящаго времени головныхъ болей не было. Сегодня утромъ сильная головная боль во лбу, безъ рвоты. Послѣ приѣма antipyrin'a головная боль прошла.

19 ноября. Утромъ опять головная боль. Рвоты не было. Ptosis лѣваго глаза выраженъ болѣе рѣзко. Данъ antipyrin, головная боль успокоилась.

20 ноября. Вечеромъ головная боль, быстро уступившая antipyrin'у.

21 ноября. Головной боли не было.

22 ноября. Легкая головная боль утромъ, исчезнувшая сама собой. Видитъ хуже, жалуется на слабость въ ногахъ и потому большую часть времени проводитъ въ постели. Потери чувства мѣсть и разстройствъ другихъ формъ чувствительности не замѣтно. При отведенномъ въ сторону взглядѣ можно подмѣтить слабый нистагмъ.

24 ноября. Утромъ легкая головная боль. Боли относятся къ височной области правой стороны, оцупываніе этой области болѣзненно. Иногда жалуется на боли во лбу.

25 ноября. Опреѣленно констатируется парезъ праваго *facialis*: лобныя и носогубныя складки выражены болѣе слѣва, уголь рта оттянуть влѣво.

28 ноября. Иногда жалуется на легкія головныя боли.

2 декабря. Изслѣдованіе глаза: атрофія обоихъ зрительныхъ нервовъ и больше справа. Зрѣніе очень плохо,—больной едва различаетъ предметы лѣвымъ глазомъ, правымъ же видитъ только движенія руки.

5 декабря. Больной жалуется на сильное колотье въ лѣвой височной области и лѣвомъ глазѣ. Нѣсколько разъ была рвота. Пульсъ замедленъ до 53 ударовъ въ мин. (ранѣ колебался между 65—100 ударами въ минуту).

8 декабря. Боли въ лѣвомъ глазѣ и лѣвой височной области иногда повторяются. Сегодня утромъ рвало.

15 декабря. Часто и въ рѣзкой формѣ повторяются описанныя выше боли. Послѣдніе четыре дня жаловался на головокруженіе.

17 декабря. Выписанъ съ явленіями полной атрофіи обоихъ зрительныхъ нервовъ и съ полной потерей зрѣнія. Головны боли и головокруженія все усиливаются. Исторія болѣзни Потарскаго извѣстна, такимъ образомъ на протяженіи мѣсяцевъ семи. Дѣло началось съ головныхъ болей и рвоты, т. е. съ общемозговыхъ явленій, и только спустя мѣсяца три—четыре выступили на сцену симптомы со стороны черепныхъ нервовъ.

Головокруженій до клиники почти не было, но можно было констатировать атаксію и кромѣ того мальчикъ жаловался на слабость въ ногахъ. Уже на глазахъ, въ клиникѣ, развившееся ранѣ ослабленіе зрѣнія, закончилось полной слѣпотой, появился парезъ *n. facialis* справа и выяснилось, что по крайней мѣрѣ часть головныхъ болей относится на счетъ пораженія чувствительныхъ вѣтвей *n. trigemini*, сперва правой стороны, а затѣмъ и лѣвой.

Общій ходъ болѣзни, нормальная температура, застойный сосокъ, пораженіе черепныхъ нервовъ и пр. вполне, какъ мнѣ кажется, укладываются въ діагностику опухоли какой-нибудь изъ областей головного мозга. Впрочемъ, данныя анамнеза, указывающія на бывшую, повидимому, въ дѣтствѣ у нашего больного внутреннюю головную водянку, въ результатъ чего, у него и въ настоящее время голова увеличена, нѣсколько уменьшаютъ цѣнность перечисленныхъ выше признаковъ. При описаніи третьяго случая мы уже имѣли дѣло съ этого рода затрудненіями. Основываясь на исторіи



болѣзни третьяго случая, гдѣ діагнозъ былъ подтвержденъ вскрытіемъ, мы и здѣсь также можемъ, не отрицая существующей у Потарскаго внутренней головной водянки, діагносцировать еще и опухоль мозга. Во всякомъ случаѣ, предположить комбинацію головной водянки и мозговой опухоли представляется наиболѣе рачіональнымъ въ смыслѣ легкости и достовѣрности объясненія развившихся признаковъ внутричерепнаго заболѣванія и сравнительной быстроты ихъ наступленія безъ другихъ видимыхъ причинъ. Къ топической діагностикѣ описываемаго случая можно подойти двумя путями, во-первыхъ, путемъ исключенія, и во-вторыхъ, прямого діагноза опухоли мозжечка, какъ наиболѣе удобнаго для объясненія происхожденія описаннаго выше симптомокомплекса. При изложеніи предыдущихъ случаевъ намъ неоднократно приходилось имѣть дѣло съ первымъ путемъ, при чемъ были приведены болѣе или менѣе характерные признаки локализаціи опухолей въ различныхъ участкахъ головного мозга. Поэтому, что бы не повторяться, я не буду касаться многихъ областей послѣдняго. Исключая опухоли основанія черепа, мы должны замѣтить, что они характеризуются, выступающими на первый планъ симптомами или со стороны мозговыхъ оболочекъ, или со стороны черепныхъ нервовъ. Какъ видно изъ предыдущаго, черепные нервы у нашего больного были затронуты нѣсколько мѣсяцевъ спустя послѣ начала заболѣванія, да и то степень ихъ пораженія выражена была довольно слабо. Такимъ образомъ, у насъ нѣтъ достаточно данныхъ останавливаться на этого рода опухоляхъ.

Противъ опухоли четверохолмія, которая могла бы повести къ быстрому усиленію головной водянки, говорить до нѣкоторой степени застойный сосокъ, пораженіе n. abducentis, отсутствіе глухоты, пораженіе n. facialis, отсутствіе паралича взора въ вертикальномъ направленіи, геміанопсіи интенціоннаго дрожанія и пр. Здѣсь не лишнее также указать, что очаговые симптомы появились сравнительно поздно. Опухоли затылочныхъ долей съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ исключаемъ въ виду отсутствія геміанопсіи.

Остаются опухоли мозжечка.

За эту локализацію говорить, кромѣ быстрого развитія общемозговыхъ симптомовъ,—рѣзко выраженный застойный сосокъ въ обоихъ глазахъ съ послѣдовательнымъ переходомъ въ атрофію, атаксія, слабость нижнихъ конечностей и позднѣе появленіе симптомовъ со стороны Вароліева моста, каковое появленіе въ данномъ случаѣ можно учеть какъ отраженное, въ зависимости отъ давленія на Вароліевъ мостъ мозжечка. Что касается болѣе точной локализаціи опухоли, то, быть можетъ, она лежитъ въ лѣвомъ полуша-

рії мозжечка, такъ какъ впервые признаки заболѣванія замѣчены, повидимому, слѣва. Предположить же опухоль въ червячкѣ представляется рискованнымъ ввиду почти полнаго отсутствія головокруженія.

Въ заключеніе позволю себѣ выставить нѣсколько положеній, основанныхъ на разобраннымъ нами въ настоящей работѣ матеріалѣ.

1. Очень часто трудно и даже невозможно не только установить съ полной увѣренностью топическую діагностику, но и констатировать опухоль въ головномъ мозгу.

2. Еще болѣе затруднительно распознаваніе множественности опухолей въ головномъ мозгу, такъ какъ нѣкоторые изъ нихъ могутъ имѣть много общемозговыхъ и мало очаговыхъ симптомовъ. Далѣе, отдѣльныя опухоли очень незначительной величины и опухоли нѣмыхъ областей головного мозга могутъ не дать никакихъ симптомовъ. Необходимо также отмѣтить, что очаговые симптомы часто не поддаются правильной оцѣнкѣ и приписываются вліянію одной опухоли.

3. Для распознаванія опухоли въ головномъ мозгу, если извѣстна или подозрѣвается хроническая головная водянка, важно отмѣтить (при стаціонарныхъ формахъ) быстрое нарастаніе общемозговыхъ и появленіе очаговыхъ симптомовъ.

4. Если удастся исключить опухоли сосѣднихъ областей головного мозга, то при условіяхъ изложенныхъ въ пунктѣ 3-мъ сравнительно быстрое появленіе не рѣзко выраженныхъ симптомовъ пораженія ядеръ Вароліева моста, быть можетъ, слѣдовало бы трактовать какъ признакъ опухоли мозжечка, а появленіе рѣзко выраженныхъ симптомовъ со стороны тѣхъ же ядеръ какъ признакъ опухоли Вароліева моста, при чемъ послѣднее въ особенности тогда, когда анамнезъ указываетъ, что прежде всего появились соотвѣтствующіе очаговые симптомы.

5. Иногда, повидимому, опухоли угла между Вароліевымъ мостомъ и мозжечкомъ могутъ не дать надежныхъ признаковъ для распознаванія, если величина ихъ незначительна.

6. Опухоли мозжечка по большей части могутъ быть распознаваемы лишь косвеннымъ путемъ, да и то не всегда и часто діагнозъ остается подъ большимъ сомнѣніемъ.

7. Изолированный параличъ дыханія, заканчивающій картину развитія опухоли въ головномъ мозгу, можетъ служить надежнымъ признакомъ распознаванія опухоли мозжечка.

110137

Научно-учебная
БИБЛИОТЕКА
Томского Государствен-
ного мединститута

is. 10 RON.

10