

616
Λ751

Изъ терапевтической факультетской клиники проф. М. Г. Курлова.

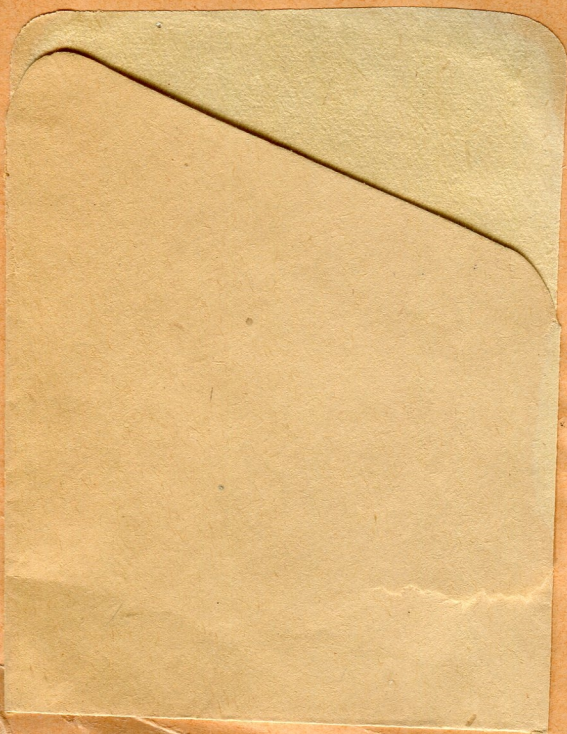
П. А. Ломовицкій.

ДВА СЛУЧАЯ АКРОМЕГАЛИИ.

ТОМСКЪ.

Типо литографія Сибирск. Т—ва Печати. дѣла, уг. Дворянск. ул. и Ямск. пер., соб. д.
1909.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO



1907

616.831

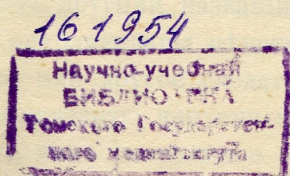
Л-751

Изъ Терапевтической факультетской клиники проф. М. Г. Курлова.

П. А. Ломовицкій.

ДВА СЛУЧАЯ АКРОМЕГАЛИИ.

456191



1.984

1999-0

ТОМСКЪ.

Типо-литографія Сибир. Т—ва Печат. Дѣла уг. Дворян. и Ямского пер., соб. д.
1909.

ИЗДАТЕЛЬСТВО СОВЕТСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА

И. А. Демидов

ИЗДАТЕЛЬСТВО СОВЕТСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА

1987



ИЗДАТЕЛЬСТВО СОВЕТСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА
1987

Два случая акромегалии.

П. Домовицкаго.

Въ истекшемъ 1907/8 учебномъ году въ терапевтической факкультетской клиникѣ лежали двое больныхъ съ довольно рѣдкимъ заболѣваніемъ — чрезмѣрнымъ увеличеніемъ конечностей. Подобныя заболѣванія были наблюдаемы очень давно. Первые описанія ихъ относятся еще къ XVI вѣку, но только Marie въ 1886 году, по выраженію Sternberg'a, перенесъ эту болѣзнь изъ кабинетовъ рѣдкостей и уродствъ въ клинику (¹). Опубликованная имъ работа „Sur deux cas d'acromégalie, hypertrophie singulière non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphalique“ представляетъ первую попытку опредѣлить характерные признаки болѣзни и дифференцировать ее отъ сходныхъ съ нею заболѣваній. За этой работой послѣдовалъ цѣлый рядъ новыхъ сообщеній и съ тѣхъ поръ литература по этому вопросу стала быстро обогащаться новыми и новыми сообщеніями. Подобно тому, какъ до работы Marie случаи акромегалии описывались подъ другими названіями, такъ теперь подъ этимъ именемъ были опубликованы нѣкоторыя иныя формы, имѣвшія съ ней лишь то или другое сходство. Необходимо было дать болѣе точную клиническую картину этой болѣзни и въ 1888 году Marie отмѣчаетъ какъ постоянное явленіе при акромегалии — увеличеніе мозгового придатка (²). Кромѣ того въ 1890 г. изъ группы болѣзней, характеризующихся измѣненіемъ периферическихъ частей конечностей, онъ выдѣлилъ особое заболѣваніе подъ именемъ „osteoarthropatie hypertrophiante pneumonique“, зависящее отъ расстройства газообмѣна и установилъ еще нѣкоторыя формы вторичныхъ измѣненій костей и суставовъ. (³) Въ 1896 году онъ описалъ два типа руки акромегаликовъ — широкую (type en

large) и длинную (type en long)⁽⁴⁾. Работами другихъ изслѣдователей этой болѣзни, появившимися отчасти еще раньше работъ Marie, какъ-то: Magendie (1839)⁵⁾, Chalk (1855)⁶⁾, Verga (1869)⁷⁾, Henrot (1877—79)⁸⁾, Cunningham (1879)⁹⁾, Souza-Leute (1890)¹⁰⁾, Schultze⁽¹¹⁾, Asmus⁽¹²⁾, Furnier⁽¹³⁾, Erb⁽¹⁴⁾, Virchow⁽¹⁵⁾, Freund⁽¹⁶⁾, Massalongo⁽¹⁷⁾, Neufeld L.⁽¹⁸⁾ и др. клиническая картина акромегаліи была разработана очень подробно.

Теперь подъ именемъ акромегаліи понимаютъ общее системное заболѣваніе, сопровождающееся постояннымъ увеличеніемъ конечностей: кистей, стопъ, головы. Измѣненія эти всегда двусторонни и на обѣихъ половинахъ довольно одинаковы. Голова бываетъ увеличена вся цѣликомъ, причемъ надбровныя дуги, скулы отъ расширенія лобныхъ и челюстныхъ пазухъ рѣзко выдаются впередъ. Сосцевидные отростки очень массивны. Нижняя челюсть представляется увеличенной еще больше, чѣмъ другія части головы. Подбородокъ толстъ, массивенъ, опущенъ книзу и выдается впередъ. Увеличеніе самаго тѣла нижней челюсти ведетъ къ тому, что альвеолярный отростокъ и зубы ея стоятъ впереди верхнихъ, а иногда даже охватываютъ верхнюю челюсть на подобіе дуги. Все лицо удлинено, овально. Мягкія части лица измѣнены также значительно. Носъ очень большой, мясистый, толстый. Губы особенно характерны для лица акромегаликовъ, онѣ толсты, особенно нижняя; послѣдняя какъ бы опухла и выдается впередъ. Языкъ нерѣдко достигаетъ настолько большихъ размѣровъ, что съ трудомъ укладывается въ ротовой полости. На краяхъ его замѣтны отпечатки зубовъ.

Особенно характерны руки акромегаликовъ. Въ то время какъ предплечія, плечи увеличены очень мало или даже совсѣмъ не измѣнены, кисти, какъ уже было упомянуто выше, достигаютъ огромныхъ размѣровъ. Различаютъ два типа руки акромегаликовъ—широкую (type en large) и длинную (type en long). Въ первомъ случаѣ измѣненіе формы ихъ обусловливается разрастаніемъ мягкихъ частей и костей. Рука толста, широка, утолщенная кожа образуетъ высокія складки и глубокія борозды. Пальцы толсты, принимаютъ форму цилиндровъ и напоминаютъ сосиски. Ногти обычныхъ размѣровъ, часто съ легкой продольной исчерченностью. На костяхъ фалангъ замѣтны иногда при рентгеновскихъ и анатомическихъ изслѣдованіяхъ небольшіе экзостозы. Второй типъ руки встрѣчается значительно рѣже. Кисть увели-

чена больше въ длину, разрастается главнымъ образомъ костная ткань, участіе въ процессѣ мягкихъ частей незначительно.

Ступни ногъ подобно рукамъ при первомъ типѣ мясisty, толсты, широки, при второмъ типѣ увеличены главнымъ образомъ только въ длину. Кромѣ конечностей и другія части тѣла не остаются безучастными. Позвоночникъ образуетъ рѣзкій кифозъ. Ключицы, ребра сильно утолщены, грудина широка и толста, нерѣдко вмѣстѣ съ массивнымъ мечевиднымъ отросткомъ выдается впередъ. Грудная клѣтка, благодаря указаннымъ измѣненіямъ позвоночника и грудины, принимаетъ особую форму. Она сдавлена съ боковъ и увеличена въ передне-заднемъ размѣрѣ.

Участіе кожи въ гипертрофическомъ процессѣ значительно. Особенно она утолщена на увеличенныхъ конечностяхъ *type en large*. Наклонность къ гипертрофіи сказывается и въ частомъ развитіи фибромъ, иногда келоидовъ. Сущестующія бородавки увеличиваются до значительныхъ размѣровъ. Потоотдѣленіе въ большинствѣ повышено, волосы обычно не измѣнены.

Со стороны нервной системы замыкъ частымъ явленіемъ представляется измѣненіе мозгового придатка. Въ этомъ измѣненіи многіе видятъ даже причину болѣзни. Въ большинствѣ случаевъ онъ увеличенъ (гиперплезія, новообразование), въ меньшинствѣ пораженъ безъ увеличенія объема (интерстиціальное воспаленіе), и въ нѣкоторыхъ, требующихъ, правда, провѣрки—въ немъ не найдено никакихъ измѣненій. Насколько случаи послѣдней категоріи нуждаются въ провѣркѣ, достаточно указать, что въ наблюденіи Bonardi, гдѣ самъ авторъ считаетъ мозговой придатокъ не увеличеннымъ, послѣдній по изслѣдованіи Sternberg'a оказался увеличеннымъ не менѣе какъ въ 5 разъ⁽¹⁹⁾. Какъ ближайшія послѣдствія увеличенія мозгового придатка являются головныя боли и различной степени расстройства зрѣнія. Послѣднія при акромегаліи бываютъ очень характерны и все зависятъ отъ того, насколько увеличенный мозговой придатокъ повреждаетъ зрительные пути и сосѣдніе нервы. Когда сдавливаются и атрофируются только внутреннія части зрительныхъ путей, то при изслѣдованіи больного обнаруживается типичная картина двусторонней *hemianopsiae temporalis*. Если же опухоль придатка очень значительна, она разрушаетъ съ одной или съ обѣихъ сторонъ весь зрительный трактъ и захватываетъ *nervus oculomotorius*. Расстройства зрѣнія у больного становятся болѣе тяжелыми,

зрѣніе почти теряется и даже пропадаетъ совсѣмъ, иногда появляется косоглазіе. Изъ другихъ явленій со стороны нервной системы наиболѣе часты у акромегаликовъ парѣстезіи въ конечностяхъ.

Слизистая оболочка носа, гортани утолщена, какъ-бы опухла; гортанные хрящи въ большей или меньшей степени увеличены⁽¹⁸⁾, голосъ становится низкимъ и грубымъ.

Къ очень частымъ осложненіямъ акромегаліи относятся измѣненія половыхъ органовъ. Въ то время какъ наружная форма ихъ мѣняется мало, половая функція ослабѣваетъ очень рано. У женщинъ прекращеніе мѣсячныхъ часто является первымъ признакомъ болѣзни.

Измѣненія другихъ органовъ менѣе постоянны и для распознаванія акромегаліи особеннаго значенія не имѣютъ. Щитовидная железа то увеличена, то нѣтъ. Заглушеніе перкуторнаго звука въ области грудины, объясняемое Erb'омъ какъ результатъ увеличенія *gl thymus*, въ большинствѣ случаевъ оказывается слѣдствіемъ утолщенія грудинной кости. Сердце находятъ часто увеличеннымъ. Увеличеніе это зависитъ по Huchard'y⁽²⁰⁾ отъ 3-хъ причинъ: 1) сплянхномегаліи, 2) склероза артерій и 3) измѣненія грудной клѣтки.

Со стороны пищеварительныхъ органовъ отмѣчаютъ полифагію, полидипсію, нерѣдко опущеніе желудка, иногда запоры. Количество мочи часто увеличено. Иногда наблюдались случаи альбуминуріи и мелитурии.

Акромегалія поражаетъ по преимуществу молодой возрастъ (отъ 20 до 40 лѣтъ). Съ началомъ ея больные становятся апатичными, вялыми, потомъ присоединяется слабость, упадокъ силъ и кахексія. Болѣзнь тянется очень долго, обычно 5—10—20 лѣтъ. Случаевъ акромегаліи, закончившихся смертію въ короткое время, описано очень немного.

Больные акромегаліей встрѣчаются далеко не часто. Насколько мнѣ извѣстно, наши случаи въ Томскѣ являются первыми. Канкрovichъ⁽²¹⁾, пользуясь матеріаломъ Обуховской больницы, высчиталъ, что на долю акромегаликовъ среди другихъ больныхъ падаетъ всего лишь 0,0001%. Въ виду такой рѣдкости болѣзни, а также и въ виду того, что въ Сибири такіе случаи еще ниразу не описаны, и вопросъ объ акромегаліи далеко еще не разработанъ окончательно, я и позволю себѣ привести наши случаи

возможно подробнѣе, полагая, что они могутъ служить цѣннымъ матеріаломъ въ разработкѣ ученія объ акромегаліи.

1) Большой М. Бурдуковъ (фот. I) 11 октября 1907 г. былъ принятъ въ клинику съ амбулаторнаго приѣма, куда онъ явился съ жалобами на общую слабость. При осмотрѣ сразу же бросилась въ глаза необыкновенная величина тѣла. Большой высокъ, широко въ плечахъ, а конечности его—руки, ноги, голова увеличены до того, что даже и по такому огромному туловищу, какъ у нашего больного, представляются невѣроятно большими. При общемъ же осмотрѣ видно, что вся лѣвая половина развита нѣсколько больше, чѣмъ правая. Больной стоитъ съ согнутыми въ колѣнахъ ногами, быстро устаетъ. Ростъ его при возможно большемъ выпрямленіи ногъ и позвоночника—183 снт. Состояніе питанія довольно хорошее, подкожный жиръ въ достаточномъ количествѣ. Окраска кожи слегка блѣдновата, на кистяхъ и стопахъ съ цианотическимъ оттѣнкомъ; кожа утолщена, суха; на ладоняхъ и стопахъ даетъ глубокія борозды. На груди, въ области грудины надъ правымъ *proc. acromial.* имѣются келоиды (въ этихъ мѣстахъ больной ставилъ себѣ пиявки), на спинѣ двѣ бородавки и двѣ папилломы, достигшія значительныхъ размѣровъ. Подъ угломъ лѣвой лопатки одна, а надъ лѣвой *crista os. ilei* (съ боковой стороны) двѣ небольшихъ липомы; величина большей изъ нихъ около 4 снт. въ діаметрѣ. На ягодицахъ, внутренне-задней поверхности бедеръ утолщеніе и слущиваніе эпителия (*lichen simpl.*), на бедрахъ, голеняхъ, отчасти предплечьяхъ расчесы, на *penis* и мошонкѣ небольшія экскориации. На кожѣ *penis* и внутренней поверхности бедеръ кромѣ того небольшія везикулы и, какъ-бы, ходы чесоточнаго клеща, микроскопическими же изслѣдованіями содержимаго везикулъ присутствія клеща обнаружить ниразу не удалось. Слѣды расчесовъ замѣтны такъ же и на нижней части туловища. Волосы на головѣ хорошіе, усовъ, бороды почти нѣтъ (не было и раньше), въ подмышечныхъ ямкахъ волосъ нѣтъ совсѣмъ и на *genitalia* они слабо развиты. На этихъ частяхъ волосы большими никогда не были, а во время болѣзни они убыли еще болѣе. Ногти особенной величиною не отличаются.

Голова—окружность ея (затылочн. бугоръ, лобъ) 61 снт., передне-задн. діам. (лобъ, зат. б.) 20,5 снт., поперечный—(темян. кости) 17 снт. Ширина лица на скуловыхъ костяхъ 16 снт.,

длина—(отъ волосист. части головы и до подбородка) 23,5 снт., (лобъ 8 снт., лицо 15,5 сн.). Длина носа 7 снт. Глазныя щели немного сужены, конъюнктивы блѣдноваты. Носъ большой, мясистый, носовыя отверстія широки, слизистая оболочка носа набухла, лѣвый носовой проходъ уже праваго. Губы, языкъ утолщены. Уши по головѣ малы, мочки приращены. Зубы цѣлы, рѣдки, средней величины и по сравненію съ челюстью кажутся маленькими. На верхнихъ рѣзцахъ замѣтны полудунныя выемки. Нижняя челюсть въ сравненіи съ верхней немного выстоитъ впередъ. Какъ уже упомянуто—лѣвая половина головы развита сильнѣе, чѣмъ правая, больше всего это замѣтно при сравненіи скуловыхъ и сосцевидныхъ отростковъ.

Шея укорочена, щитовидная железа не прощупывается. Изслѣдованіе гортани зеркаломъ, кромѣ блѣдности слизистыхъ оболочекъ, никакихъ другихъ измѣненій не дало. Лимфатическія железы не увеличены.

Грудная клѣтка: рѣзкій грудной кифозъ, надключичныя ямки запади (больше справа), ключицы и ребра (кромѣ четвертыхъ реберъ съ обѣихъ сторонъ) значительно утолщены, грудина широка, въ нижней части она и мечевидный отростокъ, образуя уголь къзади, рѣзко выдаются впередъ. Окружность груди на уровнѣ сосковъ 124 снт., продольный діаметръ на уровнѣ рукоятки грудины 28 снт., на уровнѣ сосковъ 34 снт., поперечный діаметръ на уровнѣ сосковъ 33,5 снт. Разстояніе между наружными концами акроміальныхъ отростковъ 48 снт.

Окружность живота на уровнѣ пупка 104 снт.

	Прав.	Лѣв.			
Длина плечевыхъ костей	40,5	40,0			
„ предплечій	31	31			
Отъ конца луча до верхушки средняго пальца .	22,5	22,5			
Длина пальцевъ:					
	1	2	3	4	5
Правой руки.	7,8	10,8	12,2	12	9,2 снт.
Лѣвой „	8,1	10,6	12,5	11,9	9,8 „
Окружность плеча (на muscul. biceps)				31	30,5
„ предплечія (у pronat. teres)				29	29
„ надъ лучезап. суст.				20	20,5
Ширина кисти				12,8	12,9

Прав. Лѣв.
Окружность кисти на пястно-фалангов. сочлен. 27,5 27,5 снт.

Окружность пальцевъ:		1	2	3	4	5
Правой руки	на первой	9,5	9	9,75	9	7,8 снт.
Лѣвой	» фалангѣ	9,5	9	9,5	8,8	7,8 „
Длина бедра (отъ головки до наружн. мышелка).					50	50
„ голени (отъ внутр. мыш. до лодыжки).					43	43
Отъ лодыжки до подошвы					8	8
Длина стопы (по внутр. краю)					30,5	31,5
Окружность бедра (подъ паховой складкой) . .					58	59
Окружность голени на икрахъ					35,5	36
„ „ надъ лодыжками.					26	26

Половина роста (91,5 снт.) падаетъ на $2\frac{1}{2}$ попер. пальца выше лобка.

Внутренніе мышелки большихъ берцовыхъ костей съ обѣихъ сторонъ значительно утолщены. Осмотръ руки рентгеновскими лучами, рентгенограмма показали, что въ увеличеніи размѣровъ кисти почти въ одинаковой мѣрѣ участвуютъ и кости и мягкія части; измѣненій въ суставахъ нигдѣ не замѣтно, на поверхности же пястныхъ и фаланговыхъ костей выступаютъ болѣе или менѣе значительныя неровности.

Дыхательные органы. Типъ дыханія брюшной, дыханіе поверхностное. При перкуссіи правая надключичная ямка даетъ звукъ немного короче, чѣмъ лѣвая, звукъ въ правой подмышечной впадинѣ также короче, чѣмъ слѣва. Звукъ въ области рукоятки грудины притупленъ, но въ стороны за края грудины это притупленіе не распространяется. Нижнія границы легкихъ, праваго: по сосковой линіи—5-е ребро, по срединной аксиллярной—7 ребро, по лопаточной подъ 10 ребр.; лѣваго: по парастернальной между 3—4 ребр., по сосковой—6 ребр., по средн. аксил.—9 ребр и по лопаточн. подъ 10 ребромъ. Подвижность краевъ легкихъ при дыханіи очень слабая. Голосовое дрожаніе на симметричныхъ мѣстахъ одинаково. Дыханіе везикулярное, слабое, въ области правой верхней доли жесткое, выдохъ затянутъ. Въ обоихъ легкихъ, больше въ правомъ, слышны свистящіе хрипы. Число дыханій 22 въ минуту. Жизненная емкость легкихъ 4500 куб. см.; сила вдоха

140, выдоха 70. Хрипы въ легкихъ скоро исчезли, лишь въ правой верхней долѣ упорно осгавалось жесткое дыханіе, а по временамъ появлялись опять и сухіе хрипы. Многократное изслѣдованіе мокроты на Коховскія палочки дало отрицательный результатъ. Куршмановскихъ волоконъ, эозинофиловыхъ клѣтокъ, Шарко-Лейденовскихъ кристалловъ въ мокротѣ ни разу не найдено.

Сердце. Границы при поверхностной перкуссіи: сверху между 3—4 ребр., правая—лѣвый край грудины и лѣвая на $2\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца кнутри отъ соска; при глубокой перкуссіи: между 2—3 ребр. сверху, на $2\frac{1}{2}$ пальца заходитъ за правый край грудины и слегка за лѣвый сосокъ. Сердечный толчекъ разлитой, слабый, ощутимый яснѣе всего въ четвертомъ межреберьи немного кнутри отъ соска. Тоны глуховаты, шумовъ нѣтъ. Пульсъ 85 ударовъ въ минуту, наполненіе хорошее, ритмъ правильный; стѣнки сосудовъ слегка уплотнены.

Животъ вздутъ, всюду при перкуссіи заглушенный тимпанический звукъ. Печень по правой сосковой линіи съ 5 ребра, нижній край ея здѣсь не выходитъ изъ подъ реберной дуги. Селезенка опредѣляется по перкуссіи съ 8 ребра, не заходитъ за переднюю аксиллярную линію, не прощупывается. При ощупываніи живота кромѣ значительнаго скопленія въ кишкахъ каловыхъ массъ ничего не опредѣляется.

Кровь. Гемоглобина 87% (по Fleischl-Mischer' y), красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 5,200,000 и бѣлыхъ 6800 въ куб. м. Изъ отдѣльныхъ формъ бѣлыхъ кров. шариковъ:

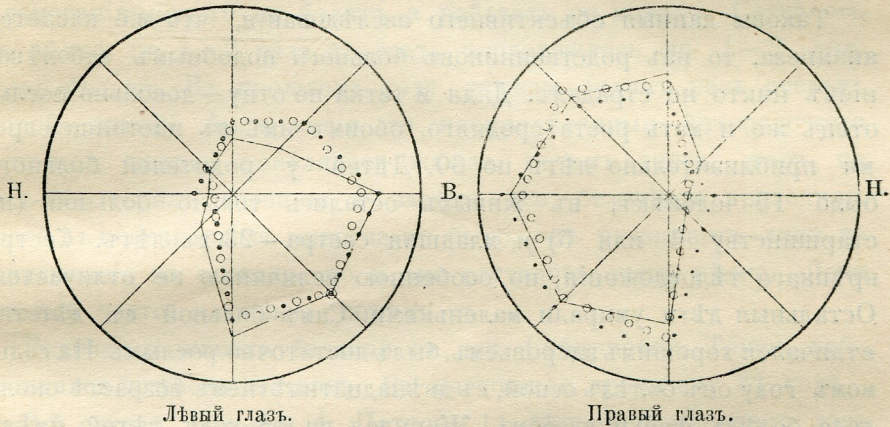
Нейтрофиловыхъ	57%
Лимфоцитовъ	26%
больш. одноядерныхъ	9%
Эозинофиловыхъ	8%

Въ красныхъ кровяныхъ шарикахъ замѣтныхъ измѣненій нѣтъ. Кровь за время пребыванія больного въ клиникѣ была изслѣдована нѣсколько разъ и результаты получались всегда почти одни и тѣже; эозинофилы всегда держались на прежней высотѣ, только количество гемоглобина къ концу пребыванія больного въ клиникѣ стало нѣсколько меньше (75%).

Нервная система. Обоняніе сохранено; зрѣніе, главнымъ образомъ, въ лѣвомъ глазу ослаблено, безъ коррекціи visus os. dextri

20/LXX, v. os. sinistri $\frac{1}{200}$. Внутреннія половины сѣтчатки поражены, видитъ больной только ихъ наружными половинами. (рис. № 1).

— — — — — Бѣлый.
 Красный.
 о о о о о Синій.



Цвѣта различаетъ хорошо. Изслѣдованіе периметромъ на синій и красный цвѣта дало границы поля зрѣнія почти тѣ же, что и для бѣлаго цвѣта. При офтальмоскопическомъ изслѣдованіи обнаружена начинающаяся атрофія зрительнаго нерва съ правой стороны и рѣзко выраженная—съ лѣвой. Застойныхъ явленій въ глазу нѣтъ; свѣтопреломляющія среды прозрачны. Лѣвый зрачекъ немного шире праваго и на свѣтъ реагируетъ слабѣе. Лѣвый глазъ немного отклоненъ кнаружи. Вѣки закрываютъ глазные яблоки въ одинаковой мѣрѣ. Остальные черепные нервы безъ особыхъ измѣненій. Всѣ виды кожной чувствительности всюду, за исключеніемъ тылъ стопъ, сохранены. На стопахъ же тактильная чувствительность немного ослаблена. Рефлексы сохранены, коленные слегка повышены. Возбудимость нервовъ и мышцъ при раздраженіи электрическимъ токомъ оказалась немного пониженной, реакція перерожденія не получается. Мышечная сила значительно ослаблена, въ правой рукѣ 16, въ лѣвой 26 по силомѣру. Моча держится плохо, нерѣдко, особенно при вставаніи больного, выдѣляется непроизвольно, но съ другой стороны при желаніи помочиться больному приходится стоять и ждать, пока поидетъ моча—очень подолгу.

Количество мочи 2500—3000 въ сутки, и во все остальное время колебалось оно отъ 1500—3000., удѣльный вѣсъ ея 1010, иногда поднимался до 1020, бѣлка, сахара въ ней ни разу не обнаружено.

Аппетитъ хорошъ, первое время не хватало даже ординарной клинической порціи. Жалобъ со стороны желудка нѣтъ. Со стороны кишечника упорные запоры Въ калѣ глистовъ и яицъ ихъ не найдено. Вѣсъ больного 106 kilogr.

Таковы данныя объективнаго изслѣдованія, что же касается анамнеза, то изъ родственниковъ больного подобнымъ заболѣваніемъ никто не страдалъ. Дядя и тетка по отцу—довольно рослы, отецъ же и мать роста средняго, обоимъ имъ въ настоящее время приблизительно лѣтъ по 60. Дѣтей у родителей больного было 15 человѣкъ, въ живыхъ остались только больной (по старшинству 4 или 5) и младшая сестра—23-хъ лѣтъ. Сестра крѣпкаго тѣлосложенія, но особенною величиною не отличается. Остальныя дѣти умирали маленькими. Самъ больной съ дѣтства отличался хорошимъ здравьемъ, былъ достаточно рослымъ. На седьмомъ году онъ болѣлъ оспой, въ двѣнадцатилѣтнемъ возрастѣ около года болѣлъ фурункулезомъ. Женился на 18 году, дѣтей имѣлъ 5 человѣкъ, всѣ они умерли маленькими. Жена здорова. Образъ жизни велъ правильный, водки пилъ очень немного. Съ 19 лѣтъ страдаетъ бронхіальной астмой, причину которой онъ склоненъ относить къ простудѣ. Припадки удушья появляются, и днемъ и ночью. Больной сидитъ опершись руками на столъ, въ груди раздаются свисты. Черезъ нѣкоторое время появляется кашель съ значительнымъ отдѣленіемъ мокроты и больному становится лучше. Такіе приступы бываютъ по нѣскольку разъ въ годъ; послѣдній разъ былъ не задолго до поступленія больного въ клинику. Съ 21 года сталъ замѣчать увеличеніе рукъ и ногъ, но не придавалъ этому особеннаго значенія и связывалъ съ возмужалостью. Ростъ конечностей былъ постепенный, медленный, но непрерывный. 4 года назадъ онъ приостановился.

Сутуловатъ больной былъ съ дѣтства, а развитіе горба сталъ замѣчать приблизительно въ одно время съ увеличеніемъ конечностей. Съ 22—23-хъ лѣтъ ослабѣла половая функція, сперва libido, вскорѣ же potentio, а къ 25 годамъ угасла уже совсѣмъ. Вскорѣ же послѣ этого (точно больной указать не можетъ) начали разстраиваться мочеиспусканіе и дефекація. Моча стала задерживаться, появились запоры. Лѣтъ съ 23-24 чувствуетъ

слабость въ ногахъ, въ настоящее время она развилась уже настолько, что стоитъ и ходить больной съ большимъ трудомъ. Лѣтъ 5 назадъ (съ 26 лѣтъ) стало ослабѣвать зрѣніе, три года назадъ больной совершенно случайно замѣтилъ, что лѣвымъ глазомъ почти не видитъ. Голова болитъ рѣдко и только почти одна лобная часть. Одновременно съ началомъ роста конечностей, а можетъ быть немного и раньше начали появляться какія то недомоганія: ничего не болитъ, а работать не можетъ. Случалось это рѣдко, по 1—2 раза въ годъ, продолжалось по 1—2 дня. рѣдко больше. Въ прошломъ году дважды (одинъ разъ осенью, второй—зимой) были какія то неопредѣленныя лихорадочныя состоянія: сперва появлялась жажда, потомъ знобъ, жаръ, на часъ-два терялъ сознание, а затѣмъ все безслѣдно проходило. Болей въ конечностяхъ никогда не было, онъ указываетъ лишь на покалываніе въ стопахъ, но и оно случалось очень рѣдко. Дома больной часто и сильно потѣлъ.

Родился и живетъ больной въ дер. Сибирцевой, Томск. губ., занимался хлѣбопашествомъ. Въ настоящее время ему 31 годъ.

2-й случай. Больная А. Петрова 11 лѣтъ и 3 мѣсяцевъ, дочь крестьянина-хлѣбопашца, родилась и живетъ въ дер. Петровой, Томскаго уѣзда, поступила въ клинику 29 марта 1908 г. Въ роду у больной никого большихъ по росту не было и нѣтъ. Отецъ роста очень небольшого, много пьетъ водки, сифилиса и др. хроническихъ болѣзней не имѣетъ. Женатъ второй разъ. Мать была худенькая и небольшая, умерла десять лѣтъ назадъ, заболѣвъ послѣ родовъ нашей больной; роды были тяжелые. Отъ первой жены, матери больной, было четверо дѣтей; въ живыхъ осталось трое, больная самая младшая. Обѣ старшія сестры небольшого роста. Больная родилась довольно крупнымъ ребенкомъ, съ первыхъ же дней жизни отличалась величиною отъ своихъ сверстницъ, а въ 3-4 года ростъ ея обращалъ на себя общее вниманіе.

У годовой начали болѣть глаза, часто гноились, и потомъ, хотя замѣтныхъ измѣненій въ глазахъ не осталось, однако больная видѣла ими плохо. За послѣднее время зрѣніе ухудшилось еще болѣе. Слышитъ плохо съ дѣтства. За лѣвымъ ухомъ (надъ *proc. mastoideus*) еще въ грудномъ возрастѣ былъ нарывъ, оставившій послѣ себя небольшой рубецъ. Другихъ заболѣваній не было. Умственные способности развиты очень слабо. Менструаций

не было. Ростъ все время продолжаетъ увеличиваться. Въ клинику привезена съ жалобами на разстройства зрѣнія и отчасти на тошноту, давленіе подъ ложечкой и поносъ. Разстройство мочеиспусканія не было.

Ростъ для ея лѣтъ очень великъ—173 сант.; голова, кисти рукъ, стопы ногъ непропорціонально велики и для этого роста; ассиметріи незамѣтно. Питаніе хорошее, подкожный жировой слой развитъ съ избыткомъ. Ксжа не утолщена, нормальной окраски, никакихъ измѣненій, кромѣ небольшого дерматита отъ бывшихъ расчесовъ на обоихъ предплечіяхъ и упомянутого рубца за лѣвымъ ухомъ на ней не замѣтно; t^0 нормальна. Волосы на головѣ густые, на половыхъ органахъ едва пробиваются, въ подмышкахъ еще нѣтъ. Ногти не увеличены, а въ сравненіи съ руками кажутся даже маленькими. Грудныя железы совершенно не развиты.

Голова,—окружность ея *) 58,5 сант., переднезадн. діаметръ 19,5 сант., поперечный 16,5 сант. Лицо овальное, одутловатое. Длина лица 21,5 сант. (лобъ 7 сант. лицо 14,5 сант.), ширина между скуловыми костями 14,5 сант. Носъ большой, толстый 6,5 сант., уши по 7,5 сант., мочки приращены. Вѣки очень толсты, к. б. одутловаты, лѣвая глазная щель нѣсколько сужена. Особенно толсты губы какъ верхняя, такъ и нижняя. Языкъ большой и толстый. Зубы всѣ цѣлы, рѣдки и небольшіе. Нижняя челюсть при закрытомъ ртѣ не выдается изъ подъ верхней, напротивъ, рѣзцы послѣдней, имѣя нѣсколько наклоненное положеніе впередъ, слегка заходятъ за рѣзцы нижней челюсти. Сосцевидные отростки замѣтно выдаются. Въ области лѣвой parotis небольшая припухлость, въ глубинѣ ея ощупывается небольшая, величиною въ лѣсной орѣхъ—плотная железа. Въ другихъ мѣстахъ железы не увеличены. Шея безъ измѣненій. Щитовидная железа прощупывается, замѣтнаго увеличенія нѣтъ.

Грудь правильной формы, вмѣсто поясничнаго лордоза—небольшой кифозъ. Окружность груди на уровнѣ сосковъ 96 снт., передне-задн. діаметръ на уровнѣ рукоятки грудины 21 снт., у мечевидн. отростка 24 снт., поперечный діаметръ (на уровнѣ сосковъ)

*) Измѣренія сдѣланы на тѣхъ же мѣстахъ, что и у перваго больного.

26,5 снт. Разстояніе между наружными концами акроміальн. отростковъ 42,5 снт. Окружность живота (на уровнѣ пупка) 88,5 снт. Ключицы толсты.

	Прав.	Лѣв.
Длина плечевыхъ костей	31 сн.	31 сн.
— предплечій	26 сн.	26 сн.
— кисти (отъ конца луча до верх. сред. п)	21 сн.	20,75 сн.
	1 2 3 4 5	
Длина пальцевъ прав.	6,9 10 11,5 10,5 8,3 снт.	
лѣв.	6,8 10 11,5 10,4 8,2 снт.	
Окружность плеча (на mus. biceps)	26 сн.	26 сн.
— предплечія (на pron. teres)	25 сн.	25 сн.
— надъ proc styloideus	18 сн.	18 сн.
Окружность пальцевъ на первыхъ фалангахъ		

	1	2	3	4	5
прав. р.	7	7,5	7	6,8	6,1 снт.
лѣвой р.	7	7,4	7	6,7	6,1 снт.

Ширина кистей на уровнѣ пястно-фаланг. сочлененій по 10 сн. Окружность ихъ на томъ же мѣстѣ:

	прав.	лѣвой
Длина бедра	22,5	22 сн.
— голени	42,5	42,5 сн.
отъ лодыжки до пола	37	37 сн.
Длина стопы	9 сн.	9 сн.
Окружность бедра (подъ пахов. складк.)	29,8	29,8
— голени (на икрахъ)	51,5	51,5
— надъ лодыжками	32,5	32,5
	22,5	22,5

Половина роста (86,5 сн.) приходится на $3\frac{1}{2}$ попер. пальца выше лобка (на границѣ нижней и средней трети между пупкомъ и лобкомъ).

На рентгеновскомъ снимкѣ руки видно, что увеличеніе ея зависитъ главнымъ образомъ отъ увеличенія костей. Мягкія части развиты умѣренно. Какихъ либо измѣненій въ суставахъ и на поверхности костей не замѣчено. Діафизы и эпифизы длинныхъ костей еще не сращены

Типъ дыханія—смѣшанный. При перкуссіи въ области легкихъ всюду ясный звукъ за исключеніемъ грудины, гдѣ перкуторный звукъ, особенно въ области рукоятки ея, притупленъ. За края грудины притупленіе не распространяется. Границы легкихъ нормальны, подвижны; дыханіе везикулярное, ослабленное. Границы сердца при глубокой перкуссіи: правая на 2 попер. пальца заходитъ за правый край грудины, сверху 3-е ребро и слѣва, приблизительно, по сосковой линіи (точно не опредѣляется изъ за сильнаго тимпанита въ области желудка и выше), сердечный толчекъ въ 5 межреберья, кнутри отъ сосковой линіи, очень слабый. Первый тонъ сердца глуховатъ. Пульсъ хорошаго наполненія, ритмъ правильный—80 ударовъ въ минуту. Гемоглобина по Fleischl-Mischer'y—74⁰/₀, красныхъ кров. шариковъ 4586000, бѣлыхъ 7800 въ куб. мил., изъ нихъ отдѣльныхъ формъ:

Нейтрофиловыхъ	43,4 ⁰ / ₀
Лимфоцитовъ	31,3 ⁰ / ₀
больш. одноядерныхъ	12,3 ⁰ / ₀
Эозинофиловыхъ	13 ⁰ / ₀ .

Очень рѣдко встрѣчаются полинуклеарныя формы съ базофиловой зернистостью. Повторныя изслѣдованія крови дали тѣже результаты. Со стороны красныхъ кровяныхъ шариковъ замѣтныхъ измѣненій нѣтъ.

Животъ значительно вздутъ, окружность его на уровнѣ пупка 88,5 снт., всюду даетъ рѣзкій тимпаническій звукъ, при ощупываніи въ тонкихъ кишкахъ довольно сильное урчаніе. Печень по правой сосковой линіи съ 6-го ребра, не выходитъ изъ подъ реберной дуги по перкуссіи и не прощупывается. Селезенка изъ за сильнаго тимпанита перкуссіей не опредѣляется и не прощупывается.

Обоняніе, вкусъ сохранены. Лѣвый глазъ по временамъ, главнымъ образомъ при разсматриваніи близкихъ предметовъ, немного коситъ кнаружи, при конвергенціи наблюдается слабость внутреннихъ прямыхъ мышцъ. Правый значекъ немного шире лѣваго, оба на свѣтъ реагируютъ хорошо. На правомъ глазу небольшое помутненіе роговицы, въ обоихъ глазахъ миопія; visus (обоими глазами) безъ коррекціи ок. —¹⁵/₂₀₀, съ коррекціей же стеклами ок. —²⁰/₇₀. При офтальмоскопическомъ изслѣдованіи наружныя половины сосковъ зрительныхъ нервовъ оказались слегка блѣднѣе, чѣмъ внутреннія половины. Цвѣта различаетъ удовлетворительно. Изслѣдо-

вать периметромъ поле зрѣнія удалось, и то только послѣ очень многихъ упражненій, на лѣвомъ глазу. При изслѣдованіи праваго глаза больная въ показаніяхъ все время путалась.

Изслѣдованіе было произведено только на бѣлый цвѣтъ и дало слѣдующія цифры:

Вер.

15.

Вн. 55. + 10. Н.

55.

Нижн.

Чувствительность всюду сохранена (тактильная, болевая, температурная), сухожильные, а отчасти и сосудистые рефлексы повышены. Умственные способности развиты слабо, больная почти все время молчитъ, на вопросы отвѣчаетъ неохотно—по 1—2 слова. Сила правой руки по динамометру 13, лѣвой—9. Мочеиспусканіе, дефекація не разстроены. Аппетитъ хорошъ, но жалуются на тошноту и давленіе подъ ложечкой, появляющіяся спустя $\frac{1}{2}$ —1 час. послѣ ѣды. Количество мочи за сутки 1500—2000 к с., удѣльный вѣсъ 1010—1015, бѣлка, сахара въ ней нѣтъ. Въ осадкѣ мочи очень небольшое количество большихъ эпителиальныхъ клѣтокъ и гнойныхъ тѣлецъ, цилиндровъ не найдено. Испражненія въ первые дни пребыванія въ клиникѣ были полужидки, раза 3—4 въ сутки, достаточно окрашены желчью. Глистовъ больная никогда не замѣчала, яицъ ихъ въ испражненіяхъ нѣтъ.

Такимъ образомъ въ нашихъ случаяхъ типичные признаки акромегаліи на лицо: голова большая, губы, носъ, высунутый языкъ, при первомъ же взглядѣ на нихъ поражаютъ своею толщиною. Кисти рукъ, ступни ногъ въ обоихъ случаяхъ непропорціонально велики въ сравненіи съ общей величиною конечностей и тѣла. Ключицы, ребра также отличаются своею толщиною. Разстройство зрѣнія въ смыслѣ ограниченія его наружныхъ полей, это ближайшее послѣдствіе увеличенія мозгового придатка и сдавленія имъ внутреннихъ частей зрительныхъ путей, въ обоихъ случаяхъ выражено довольно рѣзко. У Бурдукова опредѣлено оно на обоихъ глазахъ, а у Петровой изъ-за пораженья роговицы праваго глаза—только на лѣвомъ. У обоихъ

рѣзко выражены были апатія, вялость, а у Бурдукова еще и большая слабость.

Таковы общіе признаки заболѣванія, но при болѣе подробномъ сравненіи нашихъ случаевъ находимъ и значительныя различія. Укажемъ прежде всего на возрастъ больныхъ. Большинство заболѣваній акромегалией падаетъ по Sternberg'у ⁽²²⁾ на возрастъ отъ 20 до 40 лѣтъ. Значительно меньшій процентъ приходится на болѣе молодой возрастъ (ок 14⁰/_с) и еще меньше заболѣваній послѣ 40 лѣтъ (5—10⁰/_с). Самая молодая больная изъ всѣхъ, на которую ссылаются Sternberg и Massalongo въ своихъ монографіяхъ имѣла 14 лѣтъ. Слѣдовательно, въ то время какъ нашъ первый больной—Бурдуковъ въ возрастѣ 31 годъ представляетъ явленіе обычное для акромегалии, вторая больная—Петрова, имѣющая только 11 лѣтъ 3 мѣсяца, является первымъ случаемъ заболѣванія въ такомъ раннемъ возрастѣ.

Далѣе, что касается роста больныхъ, то въ этомъ отношеніи необходимы нѣкоторыя предварительныя разъясненія. Людей ростомъ въ 2 метра и выше называютъ великанами, гигантами (Riesenwuchstypus), имѣющихъ же ростъ 175—200 снт. высокорослыми. (Hochwuchstypus) Различіе это установлено не произвольно, такъ какъ помимо роста обычно и строеніе скелета тѣхъ и другихъ довольно не одинаково. У человѣка средняго роста разница въ величинѣ обѣихъ половинъ тѣла (верхней и нижней) очень небольшая, небольшой перевѣсъ падаетъ на нижнюю часть и середина роста приходится обычно около верхняго края лоннаго сращенія.

У людей, превосходящихъ средній ростъ, высокорослыхъ, (Hochwuchstypus) бываетъ: 1) увеличеніе нижней части тѣла въ сравненіи съ верхней, обусловливаемое болѣе сильнымъ ростомъ ногъ и относительнымъ отставаніемъ въ ростѣ позвоночника, 2) относительно малая голова, 3) относительное уменьшеніе плечъ о 4) увеличеніе ширины бедеръ. Такимъ образомъ высокорослые субъекты въ сравненіи съ людьми средней величины являются длинноногими, половина величины роста падаетъ у нихъ не надъ лобкомъ, а значительно ниже. ⁽²³⁾

Иныя отношенія между половинами туловища бываютъ при гигантизмѣ (Risenwuchs). Здѣсь они почти такія же, какъ у людей средняго роста, скорѣе даже наблюдается относительное уменьшеніе длины ногъ. Sternberg предѣльной цифрой, отличаю-

шей великановъ, считаетъ 177 снт., для женщинъ онъ понижаетъ ее даже до 173 снт. ⁽²⁴⁾ Наша больная Петрова ростомъ въ 173 снт. по обоимъ авторамъ должна быть отнесена къ числу великановъ, тѣмъ болѣе, что она еще ребенокъ, ей только 11 лѣтъ. По цифрамъ Liharzik'a ⁽²⁵⁾ дѣти въ возрастѣ нашей больной имѣютъ въ среднемъ только 145 снт. Neubner ⁽²⁶⁾ даетъ при опредѣленіи роста дѣтей болѣе низкія цифры, полученныя путемъ очень большого количества измѣреній, произведенныхъ на дѣтяхъ розличнаго возраста. Изъ его таблицы, составленной по работамъ Camerer'a, Lyndsberger'a и др. видно, что дѣвочка въ 11 лѣтъ должна быть ростомъ въ среднемъ 131, 9 снт. а дѣвочка въ 12 лѣтъ.—137, 3 снт. Другіе авторы даютъ цифры, очень близкія къ этимъ. Такъ у проф. Н. Vierordt'a ⁽²⁷⁾ находимъ слѣдующія цифры роста для дѣвочекъ въ 11—12 лѣтъ:

		по Quetelet.	по Beneke.	по Roberts.
въ 11	лѣтъ	130,1.	130,5	134,8
въ 12	лѣтъ	135,2.	130,6	141,4

Если теперь, въ 11 лѣтъ, Петрова вмѣсто 130—135 снт. роста имѣетъ 173 снт. то каковъ же будетъ ростъ ея въ періодъ физической зрѣлости, Объ этомъ можемъ приблизительно судить сопоставивъ только, что упомянутыя величины, именно 130,1 (134,8): 173=160*): x , при чемъ x , предполагаемый ростъ больной, будетъ равенъ 205—210 снт., т. е. цифрамъ, свойственнымъ только великанамъ.

Что касается Бурдукова, то его при ростѣ въ 183 снт. слѣдовало бы, придерживаясь дѣленія Smidt'a, отнести къ типу высокорослыхъ. Однако выше было упомянуто, что основаніемъ къ дѣленію на великановъ и высокорослыхъ служить не одна только величина роста, имѣютъ значеніе но и отношенія отдѣльныхъ частей тѣла. Если посмотримъ на Бурдукова съ этой стороны, увидимъ, что верхняя и нижняя половины тѣла у него приблизительно равны, можетъ быть даже верхняя немного больше нижней, а если это такъ, то онъ ужъ не высокорослый, у него не достаетъ для этого характернаго признака, увеличенія нижней половины туловища въ сравненіи

*) Въ таблицѣ Neubner'a (I. с.) полный ростъ женщинъ опредѣляется въ среднемъ въ 160 снт., въ таблицахъ у Vierordt'a 158—160 снт.

съ верхней. Кромѣ того нельзя оставить безъ вниманія и слѣдующаго: полного выпрямленія позвоночника при измѣреніи Бурдукова получить было нельзя. Кифозъ оставался значительнымъ, ноги совершенно выпрямить онъ былъ не въ состояніи, истинная величина роста его слѣдовательно, не 183 снт., а нѣсколько больше, можетъ быть даже близкая къ 200 снт. Эти соображенія заставляютъ и Бурдукова съ большой вѣроятностью отнести также къ типу великановъ. По Sternberg'у его слѣдуетъ отнести сюда уже на основаніи одной только величины его роста. Такимъ образомъ Петрова представляетъ собою типичный примѣръ комбинаціи акромегаліи съ гигантизмомъ, Бурдуковъ-же долженъ быть подведенъ подъ эту категорію лишь съ упомянутою оговоркою.

Дальнѣйшее различіе у нашихъ больныхъ—сводится къ типу болѣзни. Широкое, съ выдающимися скулами лицо, толстая, широкія, сравнительно немного увеличенныя въ длину кисти рукъ и стопы ногъ Бурдукова при первомъ же взглядѣ отличаютъ его отъ больной Петровой. У послѣдней лицо овальное, удлинненное, безъ рѣзкихъ выступовъ и костныхъ бугровъ. Кисти рукъ, стопы ногъ едва только (на 1—1,5 снт.) короче, чѣмъ у Бурдукова, между тѣмъ какъ ширина и толщина ихъ значительно меньше. На прилагаемыхъ рисункахъ замѣтно это довольно ясно. Рентгеновскіе снимки показываютъ дальнѣйшія различія. Широкая рука Бурдукова увеличена главнымъ образомъ за счетъ гипертрофіи мягкихъ частей, у Петровой же наоборотъ, болѣе выражено увеличеніе костей въ длину. Кромѣ того, у Бурдукова на фаланговыхъ и пястныхъ костяхъ замѣтны значительныя неровности, кости же „длинной“ руки Петровой совершенно гладки и ровны. Еще несросшіеся діафизы и эпифизы въ послѣднемъ случаѣ указываютъ только на молодой возрастъ нашей больной.

Изучавшіе акромегалію, чтобы показать непропорціональное увеличеніе конечностей, пользуются обычно сравненіемъ больного съ здоровымъ субъектомъ. Мнѣ хотѣлось найти цифровыя данныя, которыя для каждаго роста прямо указывали-бы размѣры отдѣльныхъ органовъ. Въ этомъ направленіи я могу сослаться лишь на цифры Topinard'a (²⁸), который указываетъ, что длина кисти при каждомъ ростѣ равна 11,5% величины роста (въ Русс. пер. 1879 г. (²⁹)—12,7%), ширина середины кисти 6% и длина стопы 15% роста.

Пользуясь этими указаніями, мы видимъ, что

	длина кисти			ширина кисти			длина стопы		
	д. быть.	есть.	разн.	д. б.	есть.	разн.	д. б.	есть.	разн.
у Бурдукова:	21, 4.	22,5.	1,1	10,98.	12,9	1,92	27,45	31,0*)	3,55
у Петровой:	19,89.	21,0.	1,1	10,38.	10,0	0,38	25,95	29,8	3,85

Разница такимъ образомъ ясная. У Бурдукова кисть увеличена въ длину на 1,1, а въ ширину почти на 2 снт. Рука Петровой увеличена только въ длину (на 1,1 снт.), ширина же ея въ сравненіи съ ростомъ оказывается даже, меньше нормальной (на 0,38 снт.).

Сердце у обоихъ больныхъ было увеличено, главнымъ образомъ вправо. О возможномъ объясненіи этого явленія у акромегаликовъ было упомянуто выше, другихъ какихъ либо причинъ для увеличенія сердца въ нашихъ случаяхъ не было. Со стороны легкихъ необходимо отмѣтить у Бурдукова въ анамнезѣ приступы бронхіальной астмы. Извѣстно, что заболѣванія слизистой оболочки носа служатъ частой причиной бронхіальной астмы. Очень вѣроятно, что и въ нашемъ случаѣ рѣзко утолщенная, какъ бы опухлая слизистая оболочка носовой полости является именно такой причиной. Это тѣмъ болѣе вѣроятно, что приступы бронхіальной астмы стали появляться и Бурдукова не за долго (года за 1½—2) до замѣтнаго увеличенія конечностей, слѣдовательно почти одновременнаго съ развитіемъ настоящаго заболѣванія. Указаній въ литературѣ на осложненіе акромегалии бронхіальной астмой мнѣ не встрѣтилось.

Егб'овское притупленіе въ области грудины, зависящее отъ утолщенія послѣдней у обоихъ нашихъ больныхъ выражено довольно ясно. Небольшое заглушеніе перкуторнаго звука у Бурдукова на правой верхушкѣ вмѣстѣ съ большимъ западеніемъ правой надключичной ямки и жесткимъ дыханіемъ дѣлаютъ возможнымъ предположеніе о существованіи здѣсь стараго, можетъ быть, уже закончившагося процесса, развивавшагося на почвѣ туберкулезнаго зараженія. Многократныя попытки отыскать въ мокротѣ туберкулезныхъ бациллъ остались однако безуспѣшными.

Кровь нашихъ больныхъ заслуживаетъ особеннаго вниманія. Въ ней найдены значительныя количества эозинофиловыхъ лейкоци-

*) Беру средн.; т. какъ прав. имѣетъ 30,5, а лѣв. 31,5 см.

товъ, именно у Бурдукова 8% и у Петровой 13%. Счетъ шариковъ производился неоднократно и результаты всегда получались одни и тѣ же: эозинофиловыя клѣтки постоянно въ значительномъ количествѣ превышали норму, процентъ ихъ колебался у Бурдукова между 7—8, а у Петровой между 11—13.

Что касается объясненія этого — эозинофиловаго лейкоцитоза, то у Бурдукова онъ еще могъ быть поставленъ въ связь съ появляющимися у него приступами бронхіальной астмы, у Петровой же какихъ либо извѣстныхъ причинъ для объясненія его совершенно не найдено. Въ литературѣ акромегаліи имѣется слишкомъ мало случаевъ съ подробнымъ изслѣдованіемъ крови на количество отдѣльныхъ видовъ бѣлыхъ шариковъ, но тамъ, гдѣ эти изслѣдованія произведены, нерѣдко имѣются указанія на эозинофиловый лейкоцитозъ, а именно: увеличеніе эозинофиловыхъ клѣтокъ въ крови наблюдали: Marie и Marinesco⁽³⁰⁾, Burr и Reissmann⁽³¹⁾ Влаевъ⁽³²⁾ и G. Franchini⁽³³⁾, послѣдній въ двухъ изъ четырехъ описанныхъ имъ случаевъ акромегаліи имѣлъ увеличеніе эозинофиловыхъ клѣтокъ до 8 и 13%. Точныхъ объясненій для упомянутаго измѣненія морфологическаго состава крови въ настоящее время еще нѣтъ. Я далекъ, конечно, отъ мысли на основаніи нашихъ наблюденій дѣлать какія либо заключенія, но не могу не упомянуть здѣсь слѣдующаго интереснаго наблюденія, имѣвшаго мѣсто въ нашей клиникѣ. Въ прошломъ учебномъ году въ ней лежалъ больной съ саркоматознымъ пораженіемъ лимфатическихъ железъ средостѣнія. При изслѣдованіи крови количество эозинофиловыхъ клѣтокъ оказалось повышеннымъ до 20%, на каковой цифрѣ приблизительно и держалось за все время пребыванія больного въ клиникѣ. Никакихъ причинъ для объясненія такого увеличенія эозинофиловъ найдено не было. Больной умеръ. На вскрытіи найдены метастатическія опухоли въ различныхъ органахъ, одна изъ нихъ въ мозговомъ придаткѣ, увеличившая послѣдній до размѣровъ крупной вишни.

Со стороны нервной системы, помимо разстройства зрѣнія, наблюдавшагося у обоихъ больныхъ и легко объяснимаго сдавленіемъ зрительныхъ путей увеличеннымъ мозговымъ придаткомъ, мы знаемъ, что у Бурдукова тактильная чувствительность на стопахъ была понижена, возбудимость нервовъ и мышцъ при раздраженіи электрическимъ токомъ ослаблена, колѣнные рефлексы повышены, мышечная сила очень ослаблена, особенно съ правой стороны.

Отмѣчены кромѣ того упорные запоры и недержание мочи. Какія измѣненія нервной системы вызвали вышеупомытый комплексъ симптомовъ, сказать трудно. Прежде всего хотѣлось бы думать, что опухоль придатка мозга сдавила не только зрительные пути, но, распространяясь кзади, и ножки мозга. Сдавление ихъ вызвало слабость конечностей и повышение колѣнныхъ сухожильныхъ рефлексовъ, большее сдавление лѣвой ножки обусловило большую слабость правой руки и ноги. За это предположеніе говорить и то обстоятельство, что *nervus oculomotorius* сдавленъ у Бурдукова съ лѣвой же стороны (слабость внутр. прямой мышцы лѣваго глаза), но расстройства тазовыхъ органовъ при этомъ предположеніи останутся не объясненными. Желая связать явленія со стороны нервной системы съ поражениемъ мозгового придатка, можно бы сдѣлать другое предположеніе о переносѣ опухоли въ спинной мозгъ. Въ виду затяжнаго теченія болѣзни, опухоль эту можно было бы признать гліомой. Такіе случаи въ литературѣ уже описаны. Однако гліомы спинного мозга разрастаются въ сѣромъ веществѣ, и, разрушая его, вызываютъ серьезныя расстройства чувствительности, чего у нашего больного не было. Въ виду всего этого приходится остановиться на предположеніи о хроническомъ разлитомъ міэлитѣ, или же невритѣ, при чемъ больше данныхъ признать первое предположеніе, такъ какъ невритомъ пораженія тазовыхъ органовъ останутся необъясненными.

Что касается теченія болѣзни, то наблюденія въ этомъ отношеніи, касающіяся исключительно Бурдукова, дали лишь слѣдующее. Аппетитъ первое время былъ очень хорошъ, больному не хватало ординарной клинической порціи, онъ выпрашивалъ пищу у сосѣдей и прикупалъ себѣ бѣлаго хлѣба. Къ концу пребыванія больного въ клиникѣ аппетитъ значительно ослабѣлъ. Особенно замѣтно это было при леченіи его гипофизиномъ Пеля. При назначеніи этого препарата настроеніе больного сдѣлалось подавленнымъ, появились головныя боли, а слабость достигла такой степени, что больной положительно не могъ даже сидѣть, а день и ночь лежалъ почти неподвижно въ постели. Примѣненіе гипофизинса изъ-за рѣзкихъ ухудшеній производилось съ 1—2-хъ дневными промежутками и всегда было замѣтно, что послѣ каждаго новаго впрыскиванія гипофизина больному становилось значительно хуже.

Въ теченіе пребыванія больного въ клиникѣ запоры сдѣлались упорнѣе, слабительныя, клизмы, массажъ и электризація живота не оказывали почти никакого вліянія. Мочеиспусканіе также постепенно разстраивалось все болѣе и болѣе. Количество мочи колебалось отъ 1500 до 3000 куб. снт., удѣльный вѣсъ ея былъ 1010—1020. Бѣлка сахара въ ней обнаружено не было. Въ литературѣ имѣются указанія, что при леченіи акромегаликовъ тиреондиномъ въ мочѣ появляется сахаръ, у нашего же больного даже при назначеніи тиреоидина по 0,5 три раза pro die, сахара въ мочѣ совершенно не было.

Зрѣніе больного послѣ назначенія ему іодистаго калия стало, какъ будто, улучшаться. Поле зрѣнія праваго глаза при изслѣдованіи 7-го января было немного больше, чѣмъ при первоначальномъ опредѣленіи, но слѣдующія изслѣдованія въ этомъ направленіи, произведенныя 13, 20 января, этого не подтвердили. Границы поля зрѣнія снова были тѣже, что и сначала.

Вѣсъ колебался немного въ ту и другую сторону и ко дню выписки Бурдукова изъ клиники онъ повысился на $2\frac{1}{2}$ фунта. Слабость все время постепенно нарастала.

Въ цѣляхъ леченія были примѣнены іодистые препараты, препараты щитовидной железы и мозгового придатка, однако положительныхъ результатовъ ни отъ одного изъ нихъ получено не было. Можно даже сказать, что если отъ іодистаго калия какихъ либо перемѣнъ въ больномъ замѣчено не было, то отъ назначенія тиреоидина, и далѣе—введенія подъ кожу вытяжки мозгового придатка (оба препарата Пеля) получались постоянно рѣзкія ухудшенія.

Заканчивая этимъ настоящее сообщеніе, я хотѣлъ бы сопоставить наши случаи съ таковыми же, описанными въ Россіи. Къ сожалѣнію въ русской литературѣ очень не много подробно прослѣженныхъ и описанныхъ наблюденій. Объ очень многихъ можно было узнать только изъ газетныхъ рефератовъ, или же замѣтокъ о засѣданіяхъ тѣхъ научныхъ обществъ, гдѣ демонстрировались больные. При такихъ условіяхъ приходится ограничиться самымъ краткимъ сопоставленіемъ. Прилагаемая таблица показываетъ въ хронологическомъ порядкѣ всѣ случаи акромегалии описанныя въ Россіи, о которыхъ мнѣ удалось найти свѣдѣнія.

Изъ нея видно, что въ русской литературѣ заболѣваній акромегаліей описано всего 48, считая здѣсь и наши два наблюденія. О 8 изъ нихъ свѣдѣнія такъ ограничены, что приходится остановиться на разборѣ лишь остальныхъ сорока больныхъ.

Изъ этого матеріала прежде всего видно, что какъ на долю мужчинъ, такъ и женщинъ падаетъ по 20 случаевъ, слѣдовательно по нашимъ даннымъ оба пола въ одинаковой мѣрѣ предрасположены къ этому заболѣванію. По статистическимъ же даннымъ Sternberg'a (³⁴) болѣе процентъ заболѣваній акромегаліей падаетъ на женщинъ (мужч. 44⁰/₀ и женщины 59⁰/₀).

По возрасту больные распределяются слѣдующимъ образомъ:

	Всего	о/о	муж.	о/о	женщ.	о/о
до 20 лѣтъ включит.	4	10	2	10	2	10
„ 30 лѣтъ	7	17,5	4	20	3	15
„ 40 лѣтъ	24	60	10	50	14	70
выше 40 лѣтъ	5	12,5	4	20	1	5

Отсюда видно, что большинство заболѣваній было между 30—40 годами; мужчины за этотъ періодъ дали 50⁰/₀, а женщины 70⁰/₀ заболѣваній. Въ сравненіи съ цифрами Sternberg'a (³⁵) въ этомъ отношеніи получается нѣкоторая разниа, у него болѣе процентъ заболѣваній падаетъ на возрастъ отъ 20 до 30 лѣтъ (мужчины—54⁰/₀ и женщины 50⁰/₀).

Высота роста больныхъ такова:

	Мужч.	Женщ.	Всего.
до 160 снт.	„	6	6
„ 165 снт.	„	„	„
„ 170 снт.	2	„	2
„ 172 снт.	2	1	3
„ 176 снт.	2	1	3
„ 180 снт.	1	„	1
„ 185 снт.	2	„	2
средняго	2	1	3
выше средняго	„	2	2
высокаго	1	„	1

У остальных 25 больных ростъ неизвѣстенъ. Придерживаясь упомянутого выше дѣленія Sternberg'a, принимающаго мужчинъ ростомъ не ниже 177 снт., а женщинъ не ниже 173 снт. за великановъ, мы имѣемъ среди русскихъ больныхъ 4 случая такого высокаго роста, иначе 17,4% нашихъ больныхъ являются великанами. Эти цифры приближаются къ даннымъ Sternberg'a, считающаго, что около 20% акромегаликовъ бываютъ гигантскаго роста.

Я не считаю возможными дѣлать дальнѣйшія сопоставленія, такъ-какъ число точно описанныхъ случаевъ, какъ уже упомянуто, слишкомъ ограничено. Остальные наиболѣе важныя данныя, касающіяся разбираемыхъ больныхъ, желающіе найдутъ въ прилагаемой таблицѣ.

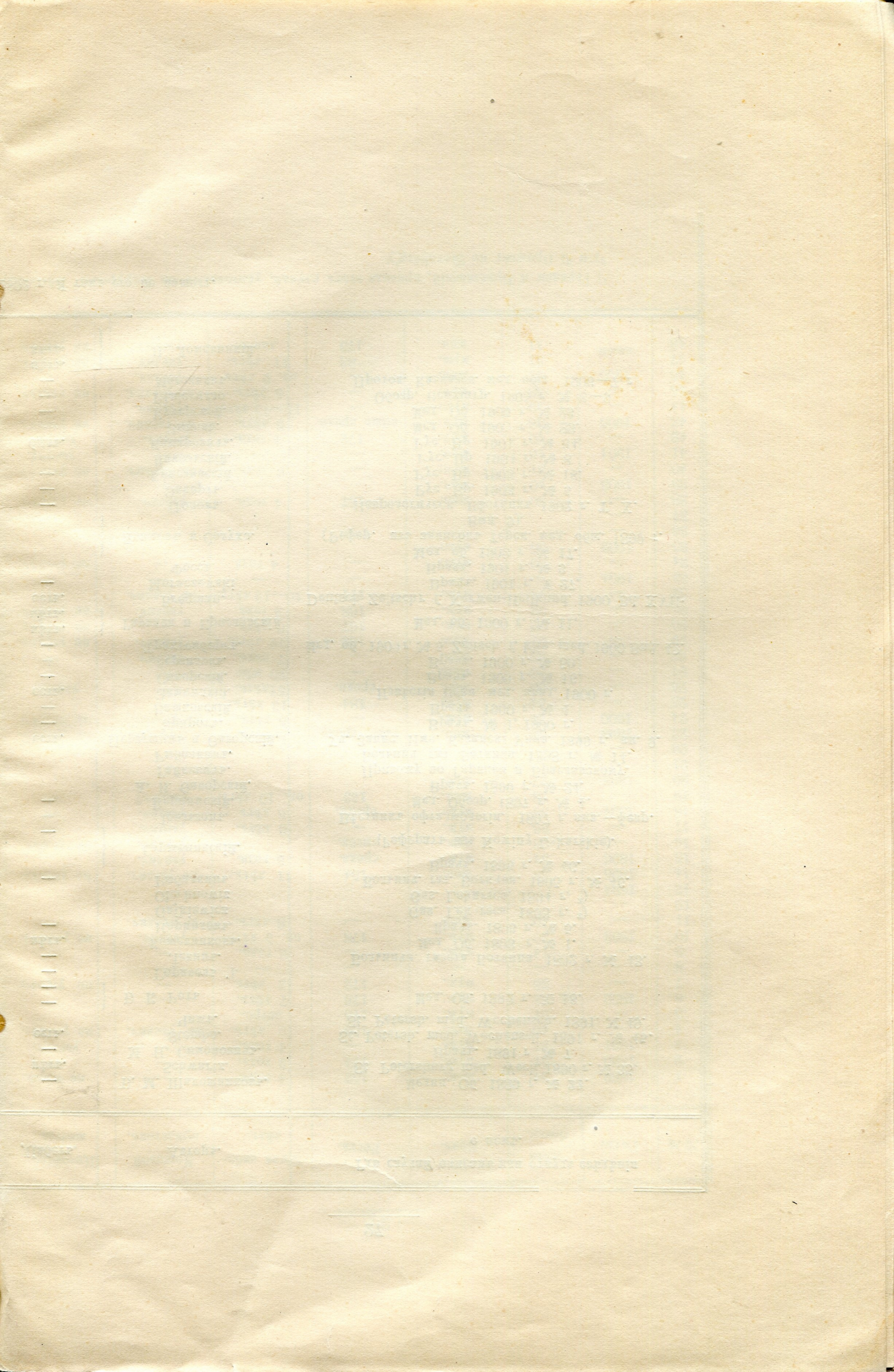
№ №	Годы.	Лѣта болѣн.	Полъ.	Ростъ.	Когда забо- лѣлъ.	Мозговой придастокъ.	Щитовидн. железа.
1	1889	34	жен.	153	4 года.	—	не прош.
2	1890	51	муж.	174	2 года.	—	—
3	1891	31	муж.	—	4 года.	—	увелич.
4	—	40	жен.	156	10 лѣтъ.	не увелич.	не увелич.
5	—	21	муж.	175	остро.	—	—
6	1892	ок. 33	муж.	176	7 лѣтъ.	—	—
7	—	38	муж.	172	13 лѣтъ.	—	не увелич.
8	—	—	—	—	—	—	—
9	—	14	муж.	—	2 года.	—	—
10	1893	30	муж.	178	ок. 5 лѣтъ.	увелич.	не увелич.
11	—	40	жен.	—	8 лѣтъ.	не увелич.	—
12	—	—	—	—	—	—	—
13	1894	—	—	—	—	—	—
14	1895	35	жен.	154	11 лѣтъ.	не увелич.	не увелич.
15	1896	34	муж.	средн.	3 года.	увелич.	увелич.
16	—	23	муж.	высок.	—	увелич.	не измѣн
17	—	36	муж.	—	6 лѣтъ.	увелич.	—
18	1897	36	муж.	средн.	5 лѣтъ.	увелич.	—
19	—	33	жен.	153	ок. 10 лѣтъ.	увелич.?	—
20	1898	37	жен.	—	—	—	—
21	—	—	—	—	—	—	—
22	—	—	—	—	—	—	—
23	1899	33	жен.	выше средн.	5 лѣтъ.	увелич.	не увелич.
24	1900	27	муж.	—	5 лѣтъ.	не увелич.?	не увелич.
25	—	34	муж.	184	13 лѣтъ.	—	—
26	—	53	жен.	средн.	5 лѣтъ.	—	увелич.
27	—	26	жен.	—	20 мѣс.	—	—
28	—	33	жен.	—	7 лѣтъ.	увелич.	—
29	—	31	жен.	155	10 лѣтъ.	увелич.	не увелич.
30	—	42	муж.	167	6 лѣтъ.	—	не увелич.
31	—	32	муж.	168	3 года.	увелич.	не увелич.
32	—	44	муж.	171	10—12 лѣтъ.	не увелич.	—
33	1901	—	—	—	—	—	—
34	—	50	муж.	—	4 года.	—	не увелич.
35	1902	35	муж.	—	—	—	—
36	—	—	—	—	—	—	—
37	—	—	—	—	—	—	—
38	—	30	жен.	157	4 года.	увелич.	не увелич.
39	1903	40	жен.	—	—	—	—
40	—	31	жен.	—	6 лѣтъ.	не увелич.	не увелич.
41	1904	16	жен.	—	—	—	увелич.
42	—	40	жен.	172	4 года.	увелич.	увелич.
43	1905	38	жен.	выше средн.	5 лѣтъ.	не увелич.	не увелич.
44	—	19	муж.	—	11—12 лѣтъ.	увелич.	—
45	—	38	жен.	—	5 лѣтъ.	не увелич.	не увелич.
46	1906	27	жен.	—	ок. 2 лѣтъ	увелич.	—
47	—	31	муж.	183	11 лѣтъ.	увелич.	не увелич.
48	наши.	11	жен.	173	давно.	увелич	не увелич.

¹⁾ Гаркави и Браславскій, приводя этотъ случай, указываютъ на Хирургич. Лѣтопись

²⁾ и ³⁾ Привожу по Sternberg'у.

Діабетъ.	Авторъ.	Гдѣ случай описанъ или откуда свѣдѣнія о немъ.
—	Б. М. Шапошниковъ.	Медиц. Об. 1889 г. № 22.
нѣтъ.	Schwartz.	St. Petersburg med. Woch. 1890 г. № 35.
—	М. Н. Симоновичъ.	Врачъ. 1891 г. № 7.
есть.	Stembo.	St. Petersburg med. Wochensch. 1891 г. № 45.
—	Чижевъ.	St. Petersburg med. Wochensch. 1891. № 49.
—	} В К Ротъ	Мед. Об. 1892 г. № 18.
—		
—	Горячевъ ').	Больничн. газета Боткина. 1892 г. № 43.
нѣтъ.	Левинъ.	Мед. Об. 1893 г. № 1.
—	Кожевниковъ.	Врачъ. 1893 г. № 5.
—	Корниловъ.	Gas. Lekarsca. 1893 г. 2)
—	Gajkiewicz.	Gas. Lekarsca. 1894 г. 3)
—	Olechnowiz.	Больнич. газ. Боткина. 1895 г. № 46.
—	Рыбалкинъ.	Врачъ. 1896 г. № 46.
—	} Стржеминскій.	(Рефератъ изъ Nowiny Lekarskie).
—		Вѣстникъ офталмологіи. 1897 г. янв.—февр.
—	Іоельзонъ.	Мед. Обзор. 1897 г. № 4.
—	Верцинскій.	Врачъ. 1899 г. № 24.
—	А. В. Оаворскій.	Привсужу по Гаркави и Браславскому.
—	Гайкевичъ.	Больнич. газ. Боткина. 1898 г. № 14.
есть.	Рыбалкинъ.	Уч. Запис. Им. Казанск. Унив. 1899 г., кн. 9.
—	Первушинъ и Оаворскій.	Врачъ. № 1, 1900 г.
—	Энротъ.	Врачъ. 1900 г. № 4.
—	Пашковскій	Извѣстія Воен. мед. акад. 1900 г.
есть.	Зимницкій.	Врачъ. 1900 г. № 16.
—	Сикорскій.	Врачъ. 1900 г. № 50.
—	Верзиловъ.	Мед. об. 1900 г. № 5. Zeitsch. f. klin. med. 1900 Bnd. 42.
—	Трахтенбергъ.	Мед. об. 1900 г. № 11.
нѣтъ.	} Гаркави и Браславскій.	Deutsch. Zeitschr. f. Nerwen-Heilkund. 1900. Bd. XVII.
нѣтъ.		Врачъ. 1901 г. № 27.
есть.	Bregman.	Врачъ. 1901 г. № 3.
—	Mogaczewski.	Мед. об. 1902 г. № 17.
—	Фоссъ.	(Рефер. изъ записокъ Терск. мед. общ. 1899 г.
—	} Якимовъ и Солуха.	Вып. 9).
—		Неврологическ. Вѣстникъ 1902 г. Т. X.
—	Поповъ.	Рус. Вр. 1903 г. № 5.
—	Эккертъ.	Рус. Вр. 1903 г. № 18.
—	Браславскій.	Рус. Вр. 1904 г. № 8.
—	Никольскій.	Рус. Вр. 1904 г. № 34.
былъ.	Канкроничъ.	Мед. Об. 1905 г. № 23.
—	Зыковъ.	Мед. Об. 1905 г. № 23.
—	Кучерской.	Обозр. Психіатр. 1905 г. № 8—9.
—	Рѣшетилло.	Протоц. Кавказск. мед. общ. 1906—7 г.
—	Магокьянъ.	
нѣтъ.	} П. Ломовицкій.	
нѣтъ.		

1892 г. Я тамъ его не нашелъ.



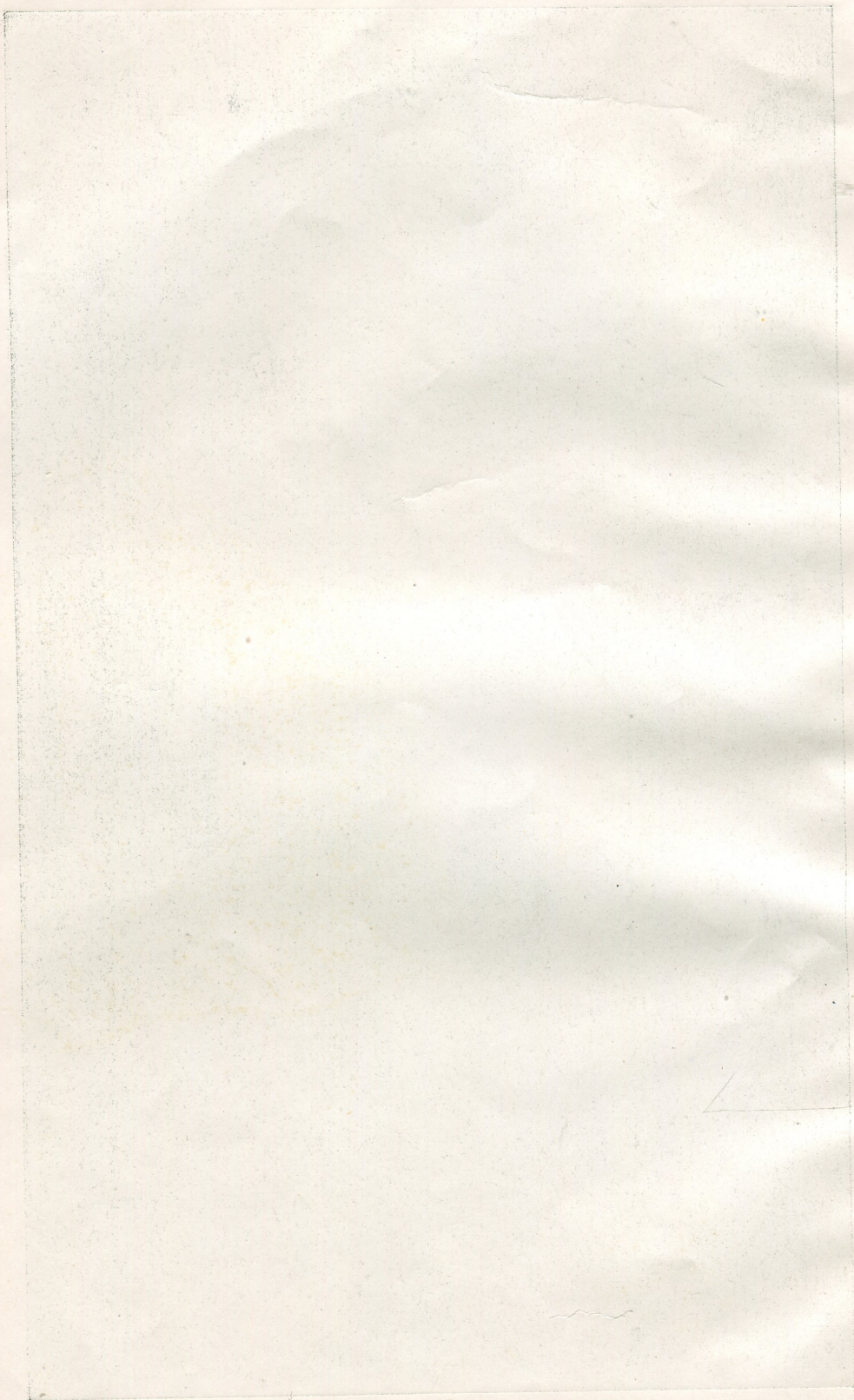
ИСТОЧНИКИ:

1. **Sternberg.** Die Akromegalie. Spec. Pathol. u. Therapie Nothnagel's. 1897. Bd VII. 2 Theil.
2. **Marie P.** L'acromégalie. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière 1—1888 и II—1889.
3. **Marie P.** De l'osteo--arthropathie hypertrophiante pneumonique. Revue de médecine, 1890.
4. **Marie P.** Sur deux types de déformation de mains dans l'acromégalie. Bull. et mémoires de la Soc. des Hôpit. de Paris. 1896. 1 mai.
5. **Magendie M.** Leçons sur les fonctions et les maladies du système nerveux. Paris. 1839. стр. 34.
- 6, 7, 8, 9. Привожу по Sternberg'у. l. c.
10. **Souza-Leite.** De l'acromégalie. Maladie de P. Marie. Thèse de Paris. 1890.
11. **Schultze F.** Ueber Akromegalie. Deutsch. med. Woch. 1889. стр. 981.
12. **Asmus E.** Ein neuer Fall von Akromegalie mit temporaler Hemianopsie. Graefe's Archiv für Ophtalmologie. 1893. Bd. XXXIX. 2. стр. 229.
13. **Fournier J. B. C.** Acromégalie et troubles cardiovasculaires. Thèse de Paris. 1896.
14. **Erb W.** Ueber Akromegalie. Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. Bd. XLII. 1888. стр. 295.
15. **Virchow.** Ein Fall und ein Scelett von Akromegalie. Berlin. klin. Woch. 1889.
16. **Freund W.** Ueber Akromegalie. Voelkmann's Sammlung klin. Vorträge. 1889. № 329.
17. **Massalongo.** Акромегалия. Спб. Изд. Пр. Мед. 1897 г.
18. **Neufeld Z.** Ueber Kehlkopfveränderungyn bei Akromegalie. Zeitsch. f. klin. Med. 1907. Bd. LXIV. Heft 5—6.
19. **Sternberg.** l. c. стр. 29.
20. **Huchard H.** Anatomie pathologique, lésions et troubles cardio--vasculaires de l'acromégalie. Journal des Praticiens. 1895. II, стр. 249.

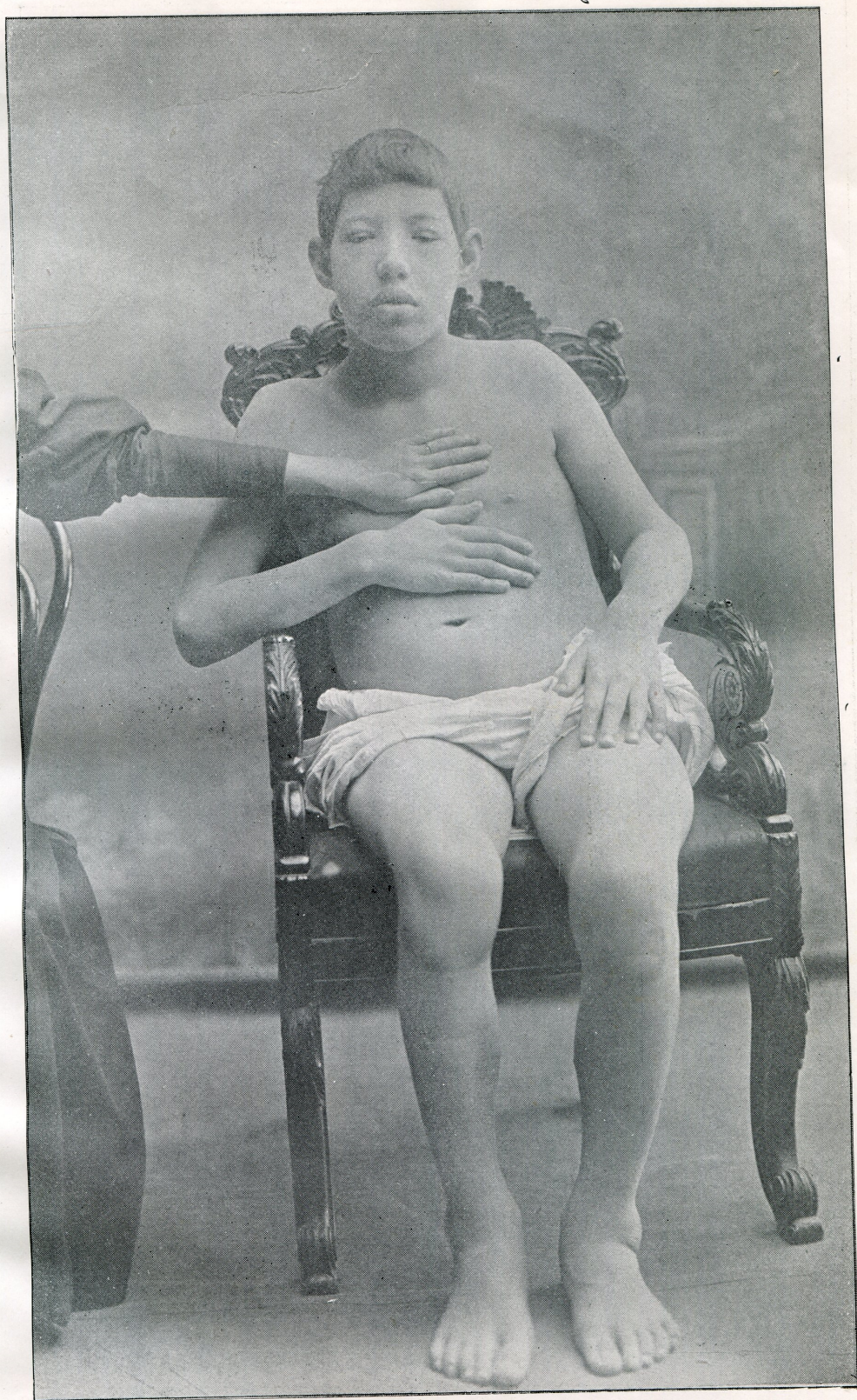
21. Д-ръ **Канкрovichъ**. Рус. Вр. 1904 г. № 34.
22. **Sternberg**. I. c. стр. 64.
23. **M. B. Schmidt**. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Knochen. Ergebnisse der Allgem. Pathol. u. Pathol. Anatomie des Menschen und der Tiere. Lubarsch's und Ostertaag's. Fünfter Jahrgang. 1898.
24. **Sternberg**. Beiträge zur Kenntniss der Akromegalie. Zeitsch. f. klin. med. 1895. Bd. XXVII.
25. Привожу по **Н. Филатову**. Семіотика и діагностика дѣтскихъ болѣзней 1902.
26. **O. Neubner**. Учебникъ дѣтскихъ болѣзней. Изд. Пр. Мед. 1908 г.
27. **H. Vierordt**. Anatomische, Physiologische und Physikalische Daten und Tabellen zum Gebrauche für Mediciner Jena. 1906. 3 Aufl.
28. Прив. по **Vierordt**'у I. c.
29. **Топинаръ**. Антропология. Пер. съ франц. Спб. 1879.
30. Прив. по **Sternberg**'у. Die Akromegalie. I. c. стр. 63.
31. Прив. по **Giuseppe Franchini** (стр. 33).
32. Д-ръ **Влаевъ**. Врачебная газета. 1906 г. № 36.
33. **Giuseppe Franchini**. Beitrag zum chemischen und histologischen Studium des Blutes bei Akromegalie. Berlin klin. Woch. 1908. № 36.
- 34—35. **Sternberg**. I. c. стр. 64.



Бурдуковъ, 31 г. Акромегалия, type en large.

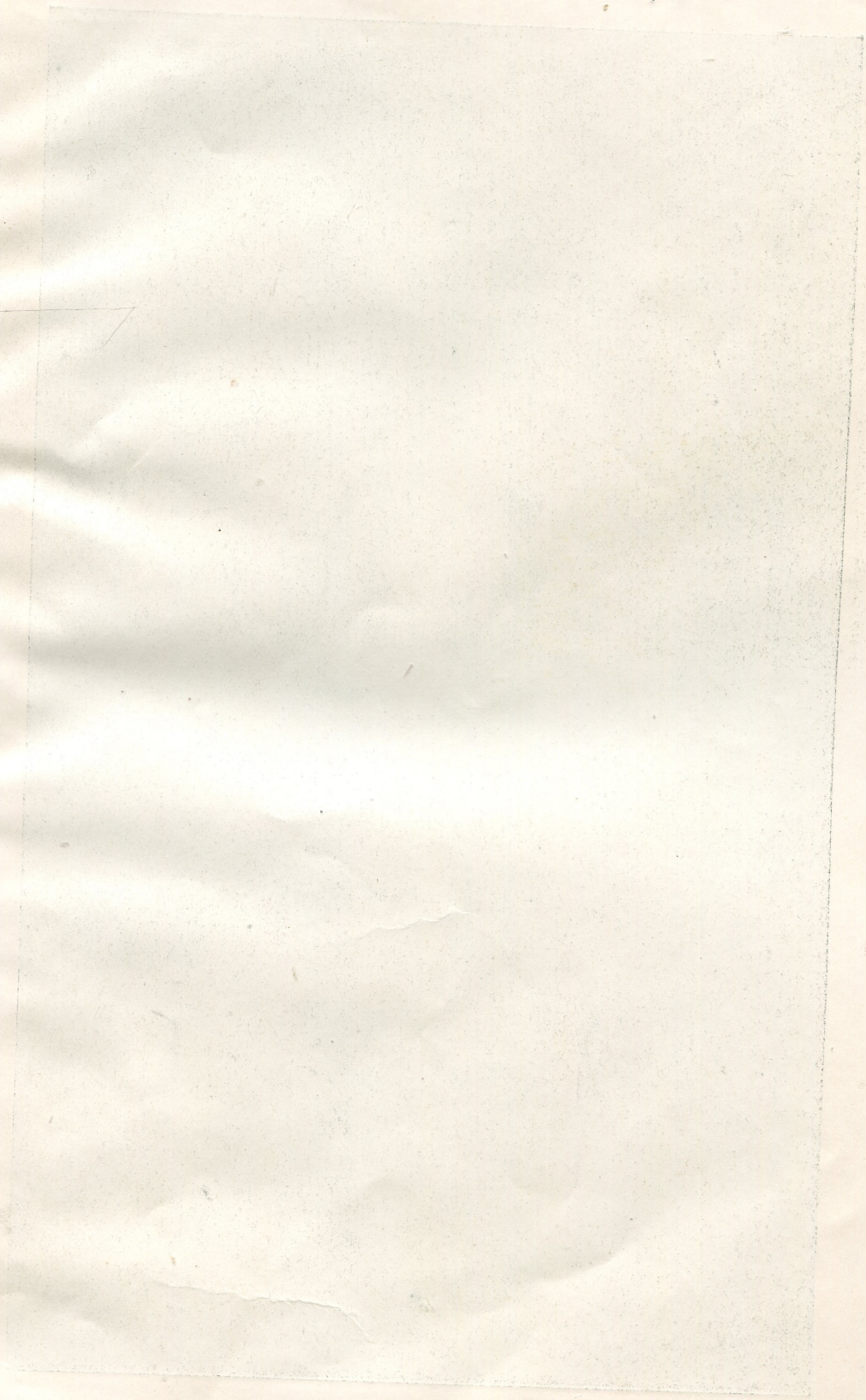


Printed by the University of Toronto Press



Петрова, 11 л. Akromegalia, type en long.

Специальный отдел милиции

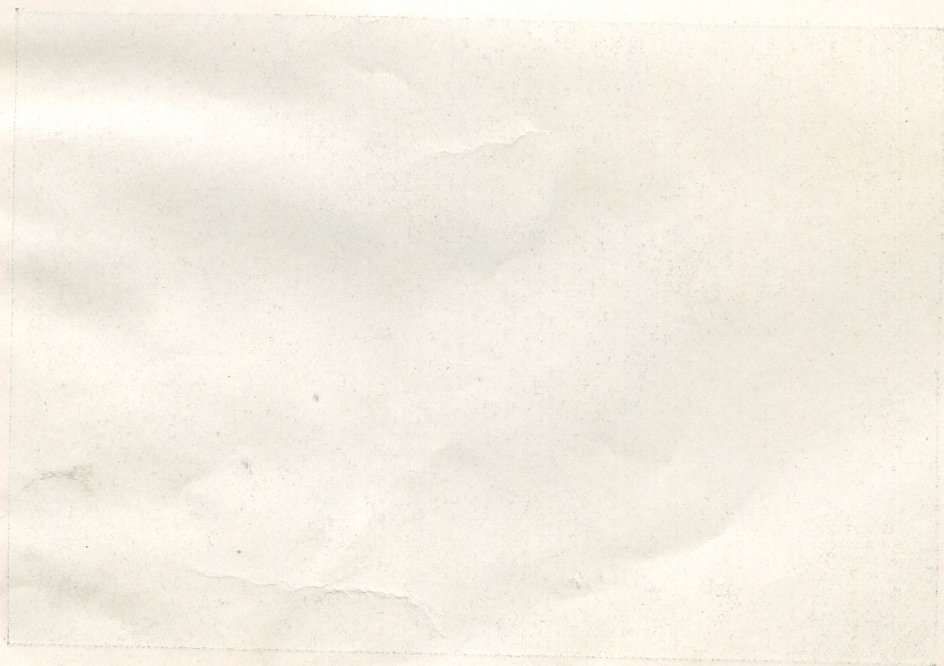
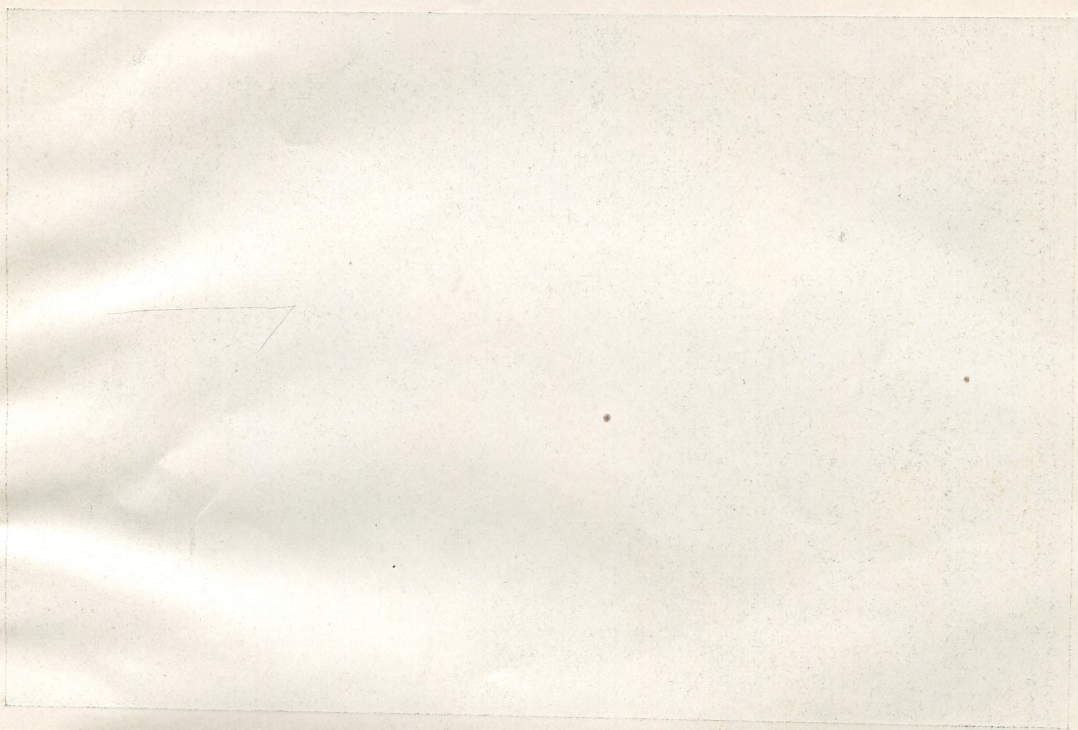




type en large.



type en long.

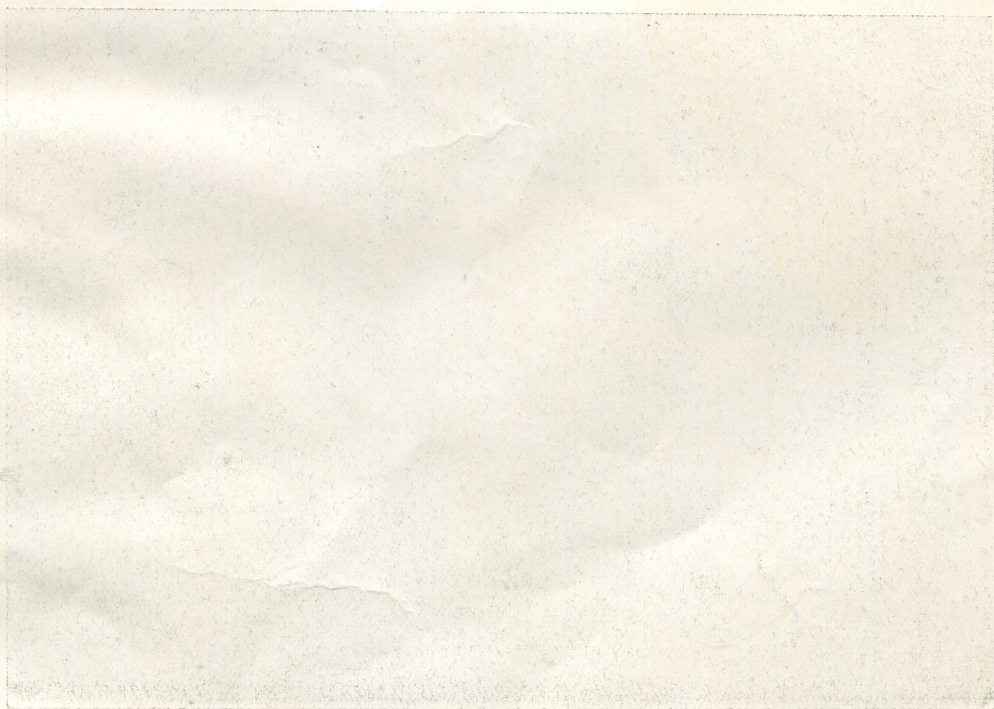




type en large.



type en long.

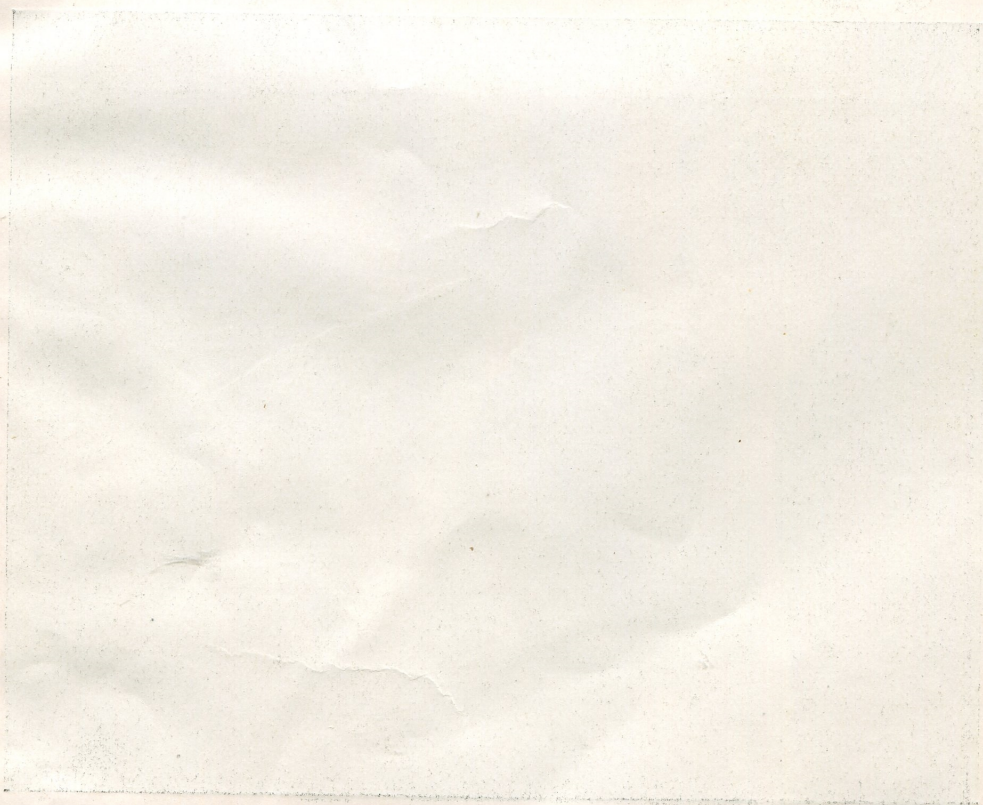
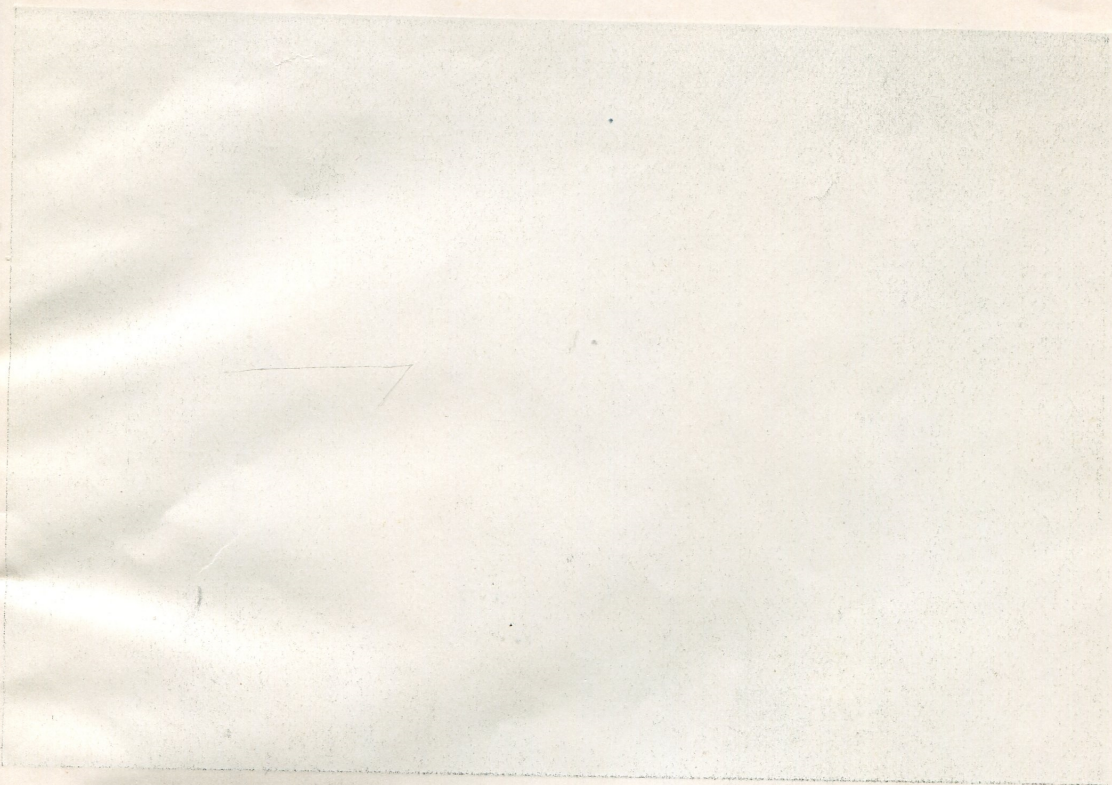




type en large.



type en long.



Рентгенограмма рукъ обоихъ больныхъ.



type en large.

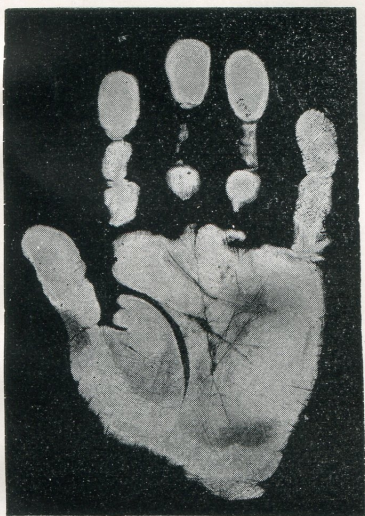


type en long.

Отпечатки рукъ больныхъ, Бурдукова и Петровой.



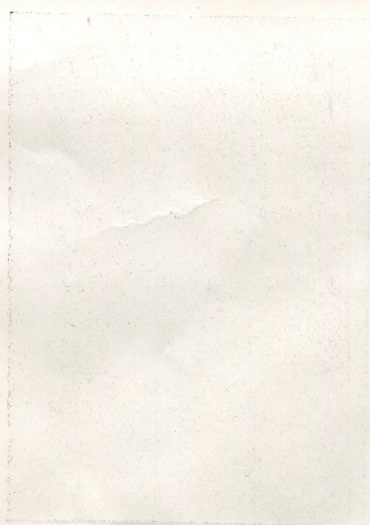
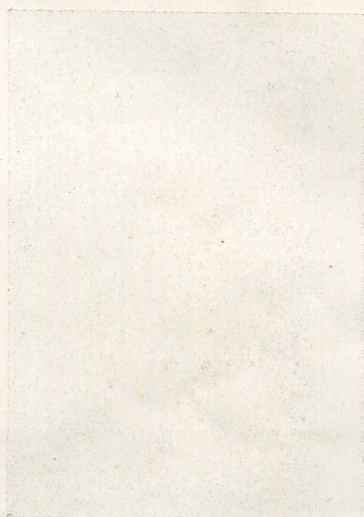
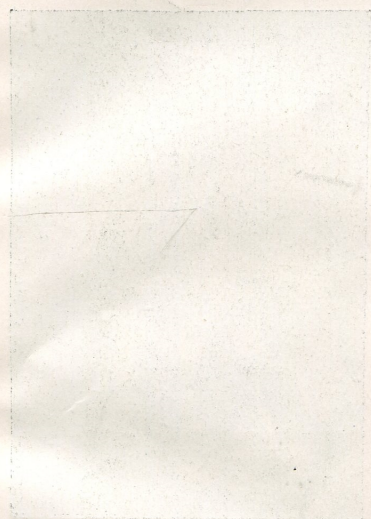
Нормальный.



type en large.

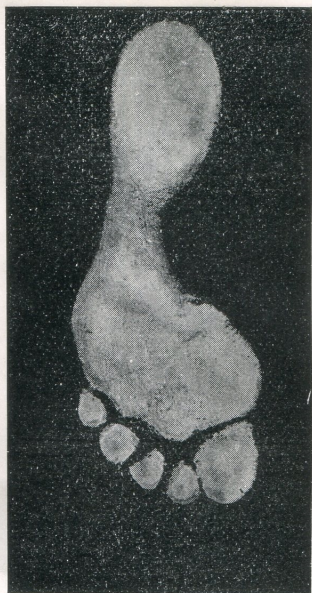


type en long.

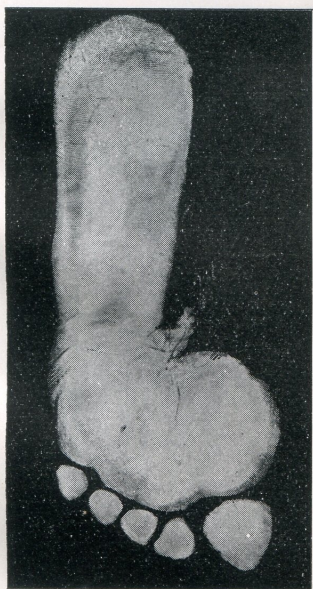


Списокъ книгъ, полученныхъ въ 1873 году

Отпечатки ногъ больныхъ, Бурдукова и Петровой.



Нормальный.



type en large.



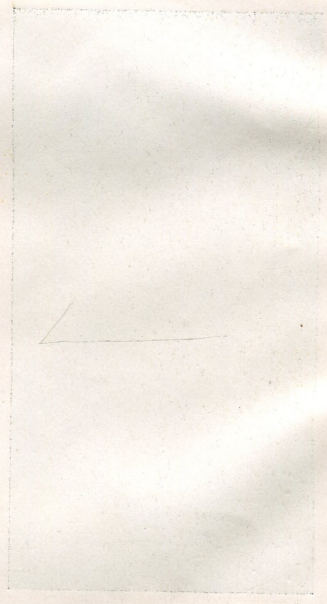
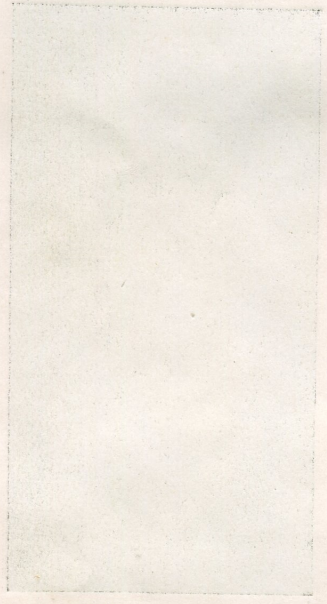
type en long

Описание и классификация



Научно-учебная
БИБЛИОТЕКА
Томского Государствен-
ного медицинского

161954



Томск

1954

64