

Изъ клиники нервн. болѣзней Казанскаго
Университета (пр. Даркшевичъ).

«Комбинированныя заболѣванія железъ внутрен-
ней секреціи въ клиникѣ нервныхъ болѣзней».

Ст. ассистента при кафедрѣ Нервн. и душевн. бол. Императ. Николаевскаго
Университета

Х. И. Протопопова *).

Железы внутренней секреціи играютъ громадную роль въ жизни организма вообще и въ нервно-психической его дѣятельности въ частности. Железы находятся между собой въ опредѣленномъ взаимодействіи (химическая корреляція), ихъ секреты взаимно усиливаютъ другъ друга или нейтрализуютъ; такимъ образомъ, выпаденіе изъ системы одного изъ этихъ органовъ (resp. секретовъ) или измѣненіе ихъ дѣятельности приводитъ кромѣ выпаденія функціи, специфической для даннаго органа и къ опредѣленному измѣненію во всей системѣ.

Клиника даетъ намъ цѣлый рядъ примѣровъ, подтверждающихъ положенія, выработанныя физиологіей.

Намъ извѣстно, что железы внутренней секреціи раз-

*) Случаи были демонстрированы въ о-вѣ Неврол. и психіатр. при Казанск. Унив. 6 ноября 1913 г., авторефераты были помѣщены въ Неврол. Вѣстникъ XX т. кн. 4-ая—1913 г. и въ Журналѣ Корсакова.

личнымъ образомъ дѣйствуютъ на нервную систему, знаемъ двѣ группы железъ: ваготропную и симпатикотропную: но, кромѣ этого, допускаемъ вліяніе железъ и на отдѣльныя части нервной системы.

Заболѣваніе железъ внутренней секреціи можетъ быть двоякаго рода; въ однихъ случаяхъ къ специфическому измѣненію дѣятельности одной изъ железъ присоединяется и компенсаторное (вторичное) измѣненіе въ системѣ железъ, въ другихъ случаяхъ существуетъ происходящее по одной и той же причинѣ одновременное измѣненіе функціи нѣсколькихъ железъ въ ту или другую сторону, въ сторону ли гипофункціи или гиперфункціи. Два наблюдавшихся мной въ Казанской клиникѣ нервныхъ болѣзней случая и даютъ, съ одной стороны, два разныхъ типа заболѣванія железъ, а, съ другой, подчеркиваютъ связь между дѣятельностью этихъ железъ и нервной системой.

1-й Случай.

Больной Б, 27 лѣтъ, поступилъ въ клинику 22-го сентября 1913 г. съ жалобами на быстрое ухудшеніе зрѣнія. *Анамнезъ* больного таковъ: Отецъ умеръ 46 л. отъ брюшного тифа, спиртныхъ напитковъ не употреблялъ, въ общемъ былъ здоровымъ человѣкомъ, хотя и былъ худощавымъ и по временамъ страдалъ головными болями. Мать больного жива и здорова, иногда бываютъ парестезіи въ рукахъ. Въ семьѣ живыхъ дѣтей 4 (больной, 2 брата и сестра); братья и сестра совершенно здоровы. Умершихъ 2 сестры и братъ—11 лѣтъ, страдавшій Виттовой пляской, росшій очень плохо; кромѣ того, у матери былъ одинъ выкидышъ (послѣ рожденія больного). Больной по счету второй; росъ худощавымъ и болѣзненнымъ ребенкомъ, часто хворалъ лихорадкой, бывали головныя боли. Всегда былъ маленькаго роста, развивался плохо; до 14 лѣтъ почное недержаніе мочи. Больной учился во второклассной школѣ, учился средне; ученіе давалось не особенно трудно.

Въ маѣ 1903 г. кончилъ курсъ въ школѣ; въ это же приблизительно время у него стали опухать щеки. Когда впервые было замѣчено опуханіе щекъ, въ это же время была

сильная боль въ вискахъ, такъ что трудно было ходить; были ощущенія жара и сильная потливость. Съ этого времени появилась вялость и лѣнь, боль въ темени; часто ощущенія жара и потъ; ноги постоянно влажны. Головные боли часто повторяются и локализируются, главнымъ образомъ, въ вискахъ. Послѣ опуханія лица вскорѣ же стала опухать грудь и животъ; опуханіе всего тѣла развилось въ теченіе мѣсяца. Аппетитъ усилился, появилась утомляемость при ходьбѣ, запоры, боль въ правомъ подреберьи. Съ 1905 г. замѣчается ухудшеніе памяти. Въ такомъ состояніи больной и обратился въ 1908 г. въ Клинику, гдѣ объективно найдено: движеніе и чувствительность въ порядкѣ, органы высшихъ чувствъ нормальны, кромѣ нѣкотораго суженія поля зрѣнія обоихъ глазъ (въ височныхъ половинахъ), сильное развитіе подкожнаго жироваго слоя, отсталость въ ростѣ, рѣдкіе волосы. Между прочимъ, больной отмѣтилъ, что за послѣдніе нѣсколько лѣтъ ростъ его уменьшился на два поперечныхъ пальца; рѣдкими волосы были и въ дѣтствѣ, сильнаго выпаденія не отмѣчаетъ.

Диагносцированъ *Infantilismus* (Мухоѣдема), назначенъ *thyreoïdin*, которымъ больной и лечился продолжительное время, съ перерывами; чувствовалъ себя сносно, опуханіе уменьшилось. Въ сентябрѣ 1913 г. явился въ амбулаторію клиники, вторично со свѣденіями изъ глазной клиники, гдѣ диагносцированъ (17/ix) *Neuritis oedematosa oc. utriusque*—острота зрѣнія понижена въ правомъ глазу до полного отсутствія, въ лѣвомъ до 0,9; въ лѣвомъ глазу, суженіе поля зрѣнія атипическаго характера. Больной разсказалъ, что упадокъ зрѣнія сталъ замѣчать 9 мѣсяцевъ тому назадъ, зрѣніе падало постепенно; въ правомъ глазу слѣпота развивалась въ теченіе мѣсяца. Недѣли за три передъ тѣмъ, какъ обратиться въ клинику, правымъ глазомъ уже не видѣлъ. Впервые неполадки въ зрѣніи замѣтилъ 9 мѣсяцевъ тому назадъ, когда въ глазахъ стали появляться круги, сходящіеся въ центрѣ. Лѣвымъ глазомъ сталъ хуже видѣть въ концѣ августа; по временамъ появлялась темнота въ глазу, когда ничего не видѣлъ, затѣмъ зрѣніе прояснилось. Въ моментъ обращенія въ клинику (18/ix) видитъ, хотя и не ясно и только вблизи. Лѣтъ 6 тому назадъ были сильныя головныя боли, которыя въ теченіе 5 лѣтъ были постоянно, иногда со рвотой, за годъ передъ обращеніемъ въ Клинику боли ослабли и стали рѣже, отмѣчены двѣ бывшія травмы: когда больному было 7 (семь)

лѣтъ, онъ получилъ ушибъ головы съ потерей сознанія и въ 1901 г. во время работы въ столярной мастерской, ему на голову упали лѣса. Года два назадъ сталъ плохо слышать на лѣвое ухо, послѣднее время плохо слышать и правымъ ухомъ. Мѣсяцевъ восемь тому назадъ впервые замѣтилъ шатаніе при ходьбѣ. Незадолго передъ клинкой появилось головокруженіе; больной отмѣчаетъ угасаніе *libido* и сонливость.

Status praesens 24/ix.

Лицо больного широкое, одутловатое; носъ сѣдлообразный; складки подъ глазами очень сильно выражены.

Рис. 1.



больной Б. лицо одутловатое, носъ сѣдлообразный.

Голова сравнительно съ ростомъ большая; волосы на головѣ рѣдкіе; усовъ и бороды почти нѣтъ (рис. № 1). Ростъ маленькій 144—145 ст.), пальцы рукъ короткіе, руки маленькія. Грудь отвислая, животъ выпяченъ, пупокъ не выдается. По всему тѣлу развитая жировая клетчатка. Кожа нѣсколько отечна. Половые органы нормальны; распределение волосъ на лобкѣ не совсемъ обычное, приближается къ женскому типу. Глазные яблоки нѣсколько протизированы, движенія ихъ въ предѣлахъ нормы. Со стороны черепно-мозго-

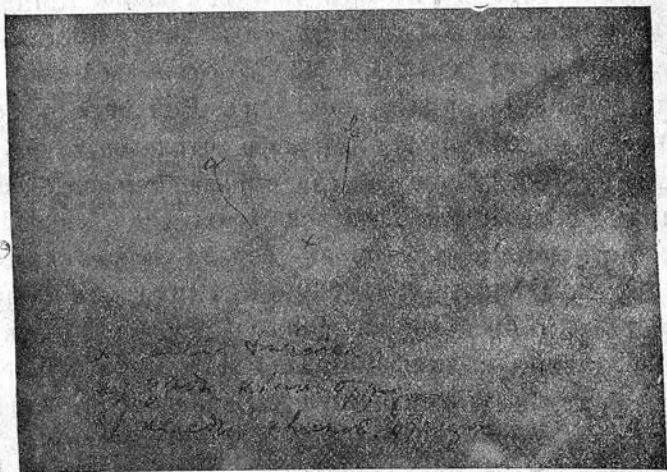
выхъ нервовъ, относящихся къ движенію, отклоненій отъ нормы нѣтъ. Жеваніе и глотаніе не разстроены. Движеніе въ рукахъ

и ногахъ по объему достаточно, по силѣ нѣсколько ослаблено: сила прав. руки по динамометру 20 kilo, лѣвой 16. Есть нерѣзко выраженная атаксія въ рукахъ. Симптомъ Romberg'a въ видѣ намека (съ закрытыми глазами—пошатывается). Есть атаксія и при раздѣльныхъ движеніяхъ ногъ. Ходитъ неуверенно, немного шатается. Катаlepsія (можжечковая), рефлексы колѣнные и Ахилловы на лицо, также и сухожильные и надкостничные рухъ. Брюшной и на cremaster вызываются. Зрачки широкіе, на свѣтъ не реагируютъ; отсутствуетъ какъ прямая, такъ и сочувственная реакціи. Конвергируетъ правый глазъ хуже. Конъюнктивальный рефлексъ вызывается, глоточный и съ мягкаго неба вызвать не удается. Тазовые органы и тонусъ мышцъ въ порядкѣ. Зрѣніе абсолютно отсутствуетъ. Слухъ отсутствуетъ въ лѣвомъ ухѣ, гдѣ опытъ Rinne—положителенъ; слухъ же въ правомъ ослабленъ. Костная проводимость уворочена; опытъ Weber'a отрицательный. Вѣусъ нормаленъ; обоняніе справа понижено. Всѣ виды общей чувствительности на лицо, какихъ либо отклоненій отъ нормы не констатируется. Мускулатура выражена плохо, ожирѣніе. Щитовидная железа прощупывается. Психически-больной вялый, говоритъ медленно. Со стороны сердца—акцентъ на 2-мъ тонѣ на аортѣ. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Гликозурия и полиурия отсутствуютъ. Puls около 80. Данныя люмбальной пункции—повышенное давленіе; лимфоцитозъ 1,0; реакція Nonne отрицательная. Реакція Wassermann'a въ крови и въ люмбальной жидкости отрицательная. Данныя рентгенофотографіи: sella turcica расширена и углублена; задній клиновидный отростокъ отклоненъ взади и истонченъ передній отростокъ уплотненъ. Кости черепной покрывки неравномерно утолщены, лобные бугры утолщены. Sinus'y, главнымъ образомъ, sinus frontalis—увеличены, также и Гайморова полость (рис. № 2 и 3).

Въ теченіе болѣзни за время пребыванія больного въ Клиникѣ нужно отмѣтить: за первые дни пребыванія зрѣніе окончательно исчезло; послѣ пункции появилась очень сильная головная боль со рвотой, которая продолжалась два дня въ

очень сильной степени, а затѣмъ въ теченіе почти 2-хъ недѣль съ перерывами въ меньшей степени, уже безъ рвоты. Исслѣдованіе глазного дна (19/x) показало уменьшеніе отека сосковъ, особенно лѣваго; рѣзче выступаютъ явленія атрофіи; полный амаврозъ. Съ 21/x принимаетъ hypophysin, самочувствіе хорошее, головныхъ болей нѣтъ. Последнее время (1/xi) жалуется на заложенныя уши, въ виду чего направленъ къ специалисту, которымъ найдено: полная глухота на лѣвое ухо, пониженіе въ правомъ до половины нормального слуха; слѣва нѣтъ ни костной, ни воздушной проводимости.

Рис. 2.

*Sella turcia.*

Нормального, здороваго человѣка.

Дифференціальная діагностика.

У больного, *in extenso*, слѣдующіе симптомы: обще-мозговые—головная боль, застойный сосокъ; очаговые—выпаденіе наружныхъ половинъ поля зрѣнія; со стороны внутренней секреціи—ожирѣніе, инфантилизмъ, выпаденіе волосъ, пониженіе *libido*, сонливость, выраженіе вторичныхъ половыхъ

признаковъ; со стороны черепа—измѣненія sellae turcicae, измѣненіе костей черепа и sinus'овъ.

На основаніи головныхъ болей и застойнаго соска, а также повышеннаго давленія люмбальной жидкости нужно говорить о церебральномъ страданіи, именно, объ опухоли головного мозга; за опухоль же будутъ говорить и измѣненія sellae turcicae, при чемъ локалізація опухоли на основаніи,

Рис. 3.



Больной Б.

Sella turcica углублена и расширена; зад. клин. отростокъ истонченъ и отелоненъ взад.

данныхъ рентгенограммы должна считаться смѣшанной, такъ какъ углубленіе дна sellae говоритъ за локалізацію интраселлярную, а деформация processus clinoid. anterior., расширение входа sellae—за локалізацію экстраселлярную. Постепенное паденіе зрѣнія, начало зрительныхъ расстройствъ съ двухсторонняго выпаденія височныхъ половинъ полей зрѣнія ясно подтверждаетъ локалізацію опухоли, основанную на данныхъ рентгенограммы, локалізацію, говорящую за заболѣваніе

придатка мозга (tumor hypophyseos). Это же подтверждается и клинически—ожирѣніе, равномерное распредѣленіе его по всему тѣлу, пониженіе libido свидѣтельствуютъ о выпаденіи функціи придатка, клинически о dystrophia adiposo—genitalis. Явленія со стороны костей черепа—утолщеніе ихъ, увеличеніе sinus'овъ представляютъ несомнѣнно акромегалическія черты.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ опухоль придатка безъ акромегалической челюсти, клинически sine acromegalia, ergo, Frölich'овскій типъ опухоли, но комбинированный съ акромегалическими измѣненіями черепа, установленными рентгенологически. Кромѣ того, здѣсь трудно исключить гипофункцію щитовидной железы, микседему, въ виду существующаго инфантилизма, нѣкоторой отечности кожи, распредѣленія жировыхъ явленій. Начало опуханія съ лица и распредѣленіе жира повсюду не характерно для dystrophia adiposo genitalis, гдѣ ожирѣніе главнымъ образомъ, на туловищѣ (Wagner). За микседему можетъ говорить и улучшеніе при thyreoidin'номъ леченіи; противъ нея говоритъ отсутствіе сухости кожи, отсутствіе выступанія пупка.

Интереснымъ для даннаго случая является и существованіе мозжечковыхъ симптомовъ—атаксія въ рукахъ и ногахъ, намекъ на с. Romberg'a и мозжечковая катаlepsія; симптомы эти трудно объяснить съ точки зрѣнія основнаго страданія—опухоль придатка.

2-й Случай.

Больная Ш., 23 лѣтъ, поступила въ Клинику 12 сентября 1913 года.

Анамнезъ. Больная родилась въ рядовой крестьянской семьѣ. Отецъ больной умеръ отъ холеры 3 г. тому назадъ, злоупотреблялъ алкоголемъ, страдалъ порокомъ сердца. У матери, которая, въ общемъ, здоровый человекъ былъ выкидышъ,—слѣдующая беременность за больной.

Въ семьѣ живыхъ дѣтей съ больной шесть—изъ нихъ три брата и сестра здоровые, одна сестра (16 лѣтъ) стра-

дасть рвотой и болями въ животѣ, иногда въ ногахъ; у обѣихъ сестеръ еще не было мѣсячныхъ. Умерло четверо—трое маленькими, одинъ братъ 16 лѣтъ—послѣ травмы у него былъ вифозъ. Больная по счету шестая; родилась во время, росла до 10 лѣтъ здоровой; хотя съ ранняго дѣтства наклонность къ рвотамъ, не сопровождавшимся никакими болѣзненными ощущеніями, ни головной болью. Больная не училась. Въ дѣтствѣ перенесла корь въ сильной формѣ. Лѣтъ съ 10-ти у больной стали появляться боли въ животѣ и приблизительно въ это же время ощущенія холода. Съ тѣхъ поръ боли не исчезали, по временамъ ослабѣвая въ интенсивности. Больная до 17 лѣтъ сравнительно сносно чувствовала себя, работала по хозяйству и въ полѣ. Лѣтъ 5 тому назадъ было какое-то заболѣваніе, продолжавшееся дня 2—3; была сильная головная боль, сильная рвота; вскорѣ послѣ этого стало появляться головокруженіе, особенно при наклонныхъ положеніяхъ. Затѣмъ черезъ годъ, послѣ простуды, появился кашель; во время приступовъ кашля—такое сильное головокруженіе, что должна была ложиться въ постель, и даже въ постели головокруженіе не прекращалось—„вся изба шла кругомъ“—по собственному выраженію больной. Мокрота при кашлѣ иногда со рвотой, иногда съ кровью. Въ это время боль появилась въ лѣвомъ боку, подъ ложечкой, въ поясницѣ; появилась одышка; запоры по нѣскольку дней, задержка мочи, кровь въ испраженіяхъ. Это продолжалось нѣкоторое время съ колебаніями то въ сторону улучшенія, то ухудшенія; больная лечилась, но мало. Черезъ $\frac{1}{2}$ года послѣ того, какъ появился кашель, заболѣли руки и ноги, боль во всемъ тѣлѣ, но не постоянно въ одномъ какомъ-либо мѣстѣ; стала уставать, стало трудно ходить. Боли держались стойко. Еще черезъ годъ стало шатать при ходьбѣ, такъ что иногда падала, особенно поднимаясь въ гору или спускаясь съ горы; слабость прогрессировала. Стало трудно работать и больная принуждена была лечь въ постель это было 2 года тому назадъ; ходить она могла, но съ затрудненіемъ при ходьбѣ держалась за стѣну, такъ какъ сильно шатало, при поворотахъ падала; очень уставала. Въ это же время частый позывъ на мочу, иногда недержаніе мочи, особенно ночью. Стала сильно забнуть, даже лѣтомъ ходила въ теплой одеждѣ; появилось сердцебіеніе; головокруженіе и боли въ животѣ по прежнему. Продолжала лежать, вставая иногда, но послѣ самой незначительной ходьбы усталость и боли усиливались. Одно время лежала въ земской больницѣ

(въ течен. 10 недѣль), лечилась, между прочимъ, іодомъ, инъекціями Hg (40 уколовъ), электризаціей, но улучшенія не было. Въ концѣ апрѣля 1913 года обратилась въ клинику съ жалобами на боли въ различныхъ частяхъ тѣла, постоянную „ломоту въ ногахъ“, затрудненіе при ходьбѣ. Установлено отсутствіе мѣсячныхъ (еще ни разу не было), недоразвитіе грудныхъ железъ, нистагмъ, какъ горизонтальный, такъ и вертикальный, атаксія въ рукахъ и ногахъ, с. Romberg'a, акромегалическая нижняя челюсть. Назначенъ былъ ороvariin

Рис. 4.



Больная III.

Лицо одутловато, нижняя челюсть выдается, на щекахъ мягкія части выступаютъ, отечны.

грудныя железы нѣсколько развились; за недѣлю передъ тѣмъ первыя мѣсячныя, продолжавшіяся 3 дня. Ислѣдованіе въ глазной клиникѣ, произведенное въ это же время (6/ix) дало слѣдующее: при visus'ѣ 1,0 ос. utriusque и нормальномъ полѣ зрѣнія, нѣсколько ступеваны контуры papillae въ лѣвомъ глазу.

Status praesens 14/ix.

Видъ больной удрученный, страдальческій. Лицо одутловатое, на щекахъ мягкія части выступаютъ, отечны, тоже на подбородкѣ. Нижняя челюсть выдается нѣсколько впередъ. Носъ широкій, глазныя щели узкія (рис. 4). Зубы рѣдкія, но не Гутчинсоновскіе. Утолщеніе подкожнаго слоя есть и

Въ это же время въ гинекологической клиникѣ 4/v было констатировано у больной *retroversio uteri*, объемъ *uteri*—съ орѣхъ, уменьшеніе подвижности; діагнозъ—*uterus foetalis*, лечение также ороvariin. Вторично обратилась въ Клинику 1/ix того же года; рассказываетъ, что въ маѣ были отеки ногъ и лица, нѣсколько дней; послѣ горячихъ ваннъ они прошли. За лѣто приняла 4 флакона ороvariin'a по 25 капс. въ каждомъ; отмѣчаетъ нѣкоторое улучшеніе. Об-

ективно - атаксія меньше, какъ въ рукахъ, такъ и ногахъ, ходитъ лучше;

въ области шеи; тѣстоватость кожи по всему тѣлу. Волосы на лобѣ и въ подмышечныхъ впадинахъ развиты плохо. Пальцы рукъ отечны. Ростъ достаточный. Грудныя железы развиты плохо; genitalia—инфантильны. Большая, по большей части, лежитъ; психика ея депрессивна, настроеніе понижено; рѣчь вялая! Со стороны черепно-мозговыхъ нервовъ—движенія мягкаго неба вялы, язычекъ отклоненъ нѣсколько влѣво. Актъ глотанія и жеванія нормальны. Сила движеній какъ въ рукахъ, такъ и ногахъ ослаблено; по динамометру сила прав. руки 16 kilo, лѣвой 15; отмѣчается быстрая истощаемость сила движеній. Атаксія въ рукахъ и ногахъ; стоитъ какъ съ открытыми, такъ и закрытыми глазами неустойчиво—шатается, разставляетъ ноги, чтобы не упасть. Съ закрытыми глазами и запрокинутой головой падаетъ; ходитъ, разставляя ноги; при поворотахъ—тенденція падать. Адiadoхокинезъ, не рѣзкій, можжечковая катаlepsia, ясная. Тетог'а и судорогъ нѣтъ. Nystagmus горизонтальный, особенно при смотрѣніи вправо. Рефлексы сухожильные рукъ и ногъ нѣсколько повышены, clonus'a стопъ нѣтъ. Подошвенный и брюшной—вялые, конъюнктивальный, глоточный и съ мягкаго неба вызываются—съ мягкаго неба вялый. Реакція на свѣтъ и конвергенцію хорошая. Правый зрачекъ нѣсколько шире, хотя это явленіе не постоянное. Тазовые органы: позывъ на мочу усиленъ, иногда задержка мочи; запоры по два дня. Тонусъ мышцъ нормаленъ. Зрѣніе—нормально; поле зрѣніе и глазное дно особыхъ измѣненій не представляетъ. Слухъ нормаленъ—звукъ камертона не латеризируется. Вкусъ и обоняніе нормальны. Общая чувствительность въ предѣлахъ нормы, всѣ ея виды на лицо. Боли и болѣзненность при давленіи въ мускулатурѣ всего тѣла. Хрустъ въ коленныхъ суставахъ. Механическая возбудимость мышцъ повышена, похуданій нѣтъ. Давнныя люмбальной пункции—нѣсколько повышенное давленіе, лимфоцитозъ 6,3, полинуклеаровъ 0,7; р. Nonne отрицательная. Реакція Wassermann'a въ крови и люмбальной жидкости отрицательна. Щитовидная железа прощупывается, мягкая, слѣва меньше. Миндалины увеличены.

Со стороны внутреннихъ органовъ: глистовъ нѣтъ; сердце въ порядкѣ; puls 84—90. Кровь: Hb—106%, красныхъ кровяныхъ шариковъ 5.770.000 (повышено), бѣлыхъ тѣлецъ 11.730 (повышено), нейтроф. полинуклеаровъ 48,1% (понижено), базофиловъ 0,2%, эозинофиловъ 11,5% (рѣзко повышено), — абсолютное ихъ количество 1033 (максимальная норма 400), лимфоцитовъ 32,1% (нѣск. повышено), мононуклеаровъ и переходныхъ формъ 6%, распавшихся одноядерныхъ 2,1%. Желудочный сокъ—общая кислотность послѣ пробнаго завтрака 70,0; HCl—0,14 (нормально); пища переведена хорошо, патологическихъ примѣсей нѣтъ. Исслѣдованіе испражнений обнаруживаетъ ферменты трипсинъ, амилалитическій и липолитическій въ достаточномъ количествѣ. Проба на гликозурию дала положительный результатъ—черезъ 6 часовъ въ мочѣ находился еще сахаръ. Адреналиновая проба отрицательна. Бѣлка и сахару въ мочѣ нѣтъ. Полиурія; суточное количество мочи около 2000,0 кб. с.; рентгенофотографіей установлено неравномѣрное утолщеніе костей черепа, увеличеніе sinus'a, frontalis; нижняя челюсть увеличена и выдается впередъ sella turcica нормальна.

За время пребыванія въ Клиникѣ особенныхъ измѣненій не признано: недѣль 5 принимала hydropyusin, которой улучшения не далъ; боли постоянно, то въ животѣ, то въ рукахъ и ногахъ то головы; рвота часто, иногда съ головной болью, иногда послѣ ѣды, иногда независимо отъ пищи и безъ головной боли. Съ 13/x—19/x были мѣсячныя, вторыя по счету, обильныя. Послѣднее время назначень thyreoidin.

Дифференціальная діагностика.

У больной имѣются элементы акромегаліи, выдающаяся челюсть, увеличеніе sinus'a frontalis, полиурія, недостаточная усвояемость сахара (алиментарная гликозурия). Есть явленія, говоряція за пониженіе функціи щитовидной железы—отечность лица и пальцевъ рукъ, ощущенія холода, упорно преслѣдующія больную; эозинофимія, которая также до нѣкото-

рой степени говоритъ за миксадему. Со стороны genitalia—uterus foetalis, недостаточное развитіе вторичныхъ половыхъ признаковъ ясно указываетъ на заболѣваніе ovariа. Какъ на изолированной симптомъ укажу на боли по всему тѣлу, какъ субъективныя, такъ и при давленіи.

Такимъ образомъ, передъ нами смѣшанное заболѣваніе железъ съ внутренней секреціей, дающее сложную картину астеническаго комплекса съ выраженными чертами измѣненій функцій ряда железъ. Говорить о преобладающемъ значеніи заболѣванія какого либо изъ этихъ органовъ говорить трудно. Если представить себѣ, напримѣръ, заболѣваніе яичниковъ, дающее выпаденіе ихъ функціи, и затѣмъ вторичныя явленія со стороны другихъ железъ, то мы должны бы были ждать явленій гиперфункціи со стороны thyreoidea, что и бываетъ у кастрированныхъ женщинъ и чего нѣтъ въ нашемъ случаѣ. Патогенезъ даннаго случая, конечно, не представляется совершенно яснымъ; но на основаніи анамнеза, усматривается возможность предрасположенія, именно, со стороны органовъ, внутренней секреціи; недостатка развитія организма; алкоголизмъ отца; цѣлый рядъ заболѣваній остраго инфекціоннаго характера въ дѣтскомъ возрастѣ, корь и др. подтверждаютъ возможность такого конституціональнаго предрасположенія къ заболѣванію цѣлага ряда железъ общимъ процессомъ, приведшимъ къ измѣненію ихъ функцій. Такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ можно думать объ insuffisance pluriglandulaire (въ смыслѣ Claude et Gougerot) или о multiple Blüfdrüsen-scleros'ѣ (въ смыслѣ Talta).

Въ данномъ случаѣ наблюдаются, кромѣ явленій со стороны внутренней секреціи, еще явленія мозжечковаго характера (атаксія, мозжечковая катаlepsія, адіадиховинезъ), которыя могутъ быть объяснены различно. О tumor'ѣ cerebelli врядъ ли можно говорить тутъ въ виду отсутствія застойнаго соска; разсѣянный же склерозъ и атаксію типа Marie исключить въ данный моментъ трудно. Но можетъ быть данныя

симптомы, также, какъ и таковыя же въ первомъ случаѣ нашего сообщенія, стоятъ въ зависимости отъ аутоинтоксикаціи, вслѣдствіе нарушенной химической корреляціи железъ внутренней секреціи. Этимъ же путемъ „быть можетъ, слѣдуетъ объяснить и мышечныя боли во второмъ случаѣ—периферической интоксикаціей. Это могло бы подтвердиться улучшеніемъ этихъ симптомовъ отъ опотерапіи, но въ сожалѣнію это леченіе не могло быть примѣнено полностью у нашихъ больныхъ. Считаю необходимымъ упомянуть здѣсь о случаяхъ Söderbergh'a гдѣ можжечковые симптомы (катаlepsія, асинергія, ададоховинезъ) вступали съ ясностью при миксѣдемѣ и при леченіи тиреоидиномъ пропали совершенно вмѣстѣ съ общимъ улучшеніемъ; авторъ предполагаетъ миксѣдематозную интоксикацію можжечка. Мнѣ представляется возможнымъ, на основаніи всѣхъ данныхъ представленныхъ мной исторіи болѣзни, говорить и въ нашихъ случаяхъ о подобномъ же происхожденіи можжечковыхъ симптомовъ, но не чисто миксѣдематознаго характера, а объ интоксикаціи смѣшанной.

Оба нашихъ случая являются заболѣваніями комбинированными, но въ первомъ случаѣ заболѣваніе одного изъ органовъ (придатка мозга) привело къ нерѣзко выраженнымъ явленіямъ и со стороны другихъ органовъ внутренней секреціи, половыхъ железъ, щитовидной железы и, кромѣ того, клинически, заболѣваніе придатка дало картину и акромегалии, и дистрофіи, что, вѣроятно, нужно объяснять вообще разстройствомъ органа по типу дисфункціи (такіе случаи комбинацій описаны въ литературѣ).

Второй же случай представляетъ комбинацію другого рода, гдѣ, повидимому, одновременно заболѣваетъ цѣлый рядъ железъ внутренней секреціи на одной и той же почвѣ, и которая описана подробно Lewandowsky'мъ. Оба случая, описанные мной, представляютъ цѣлый рядъ общихъ чертъ; общность проявляется въ авамнезѣ—выкидыши у матери въ обоихъ случаяхъ, болѣзненность обоихъ больныхъ въ дѣтствѣ, начало,

заболѣванія въ томъ и другомъ случаѣ въ періодъ полового созрѣванія, явленія недоразвитія, — инфантильность, — у обоихъ; въ симптомовомъ комплексѣ общими являются можжечковые симптомы и, что служитъ цѣлью даннаго сообщенія, сочетанное заболѣваніе многихъ железъ внутренней секреціи.

Клиническіе случаи, подобные нашимъ, можетъ быть, прольютъ намъ нѣкоторый свѣтъ на тѣ заболѣванія нервной системы, въ частности можжечка, этиологія и патогенезъ которыхъ въ настоящее время представляется неизвѣстными; заболѣванія, относящіяся къ группѣ интоксикаціонныхъ.

Литература:

- 1) Handbuch d. Neurologie herausgeg. Lewandowsky 4 B. spez. neurol. III. 1913 г.
- 2) Русскій врачъ 1910 № 29. Къ вопросу о распознаваніи опухолей мозгового придатка. Ботвинникъ, Гессе и Гизе.
- 3) Lagane. La medication hypophysaire presse medicale 1912 г. № 59.
- 4) Revue neurolog. 1910 г. № 22.
- 5) Revue neurolog. 1911 г. № 14.
- 6) Neurolog. Centralblat. № 3. 1913 г. литература въ рефератахъ.
- 7) Яхонтовъ. Диссертація.
- 8) Тутышкинъ. Неврологич. вѣстникъ кн. 3 т. XX.
- 9) Marburg. Научные Курсы 1913 г. 1912 г. май.
- 10) Первушинъ и Оаворскій. Къ казуистикѣ адромегалии 1899 г.
- 11) Neurolog. Centralblatt № 3. 1912 г. литература въ рефератахъ.

- 12) Neurolog. Centralblatt 1911 г. стр. 209. Литература въ рефератахъ.
- 13) Pollax. Sitz. Münch. med. Woch. № 11—1912 г. случай. Infant. мухоedemat.
- 14) Schüller. Röntgendiagnost. d. Erkrankung. d. Kopfes 1912 г.
-