

Къ вопросу патологіи мозгового придатка.

Д-ра Т. Хр. Зибертъ (Либава).

Со времени работъ *Pierre Marie*, *R. Virchow*'а, *Möbius*'а и другихъ авторовъ вопросъ объ акромегалии и вообще о заболѣваніяхъ мозгового придатка неоднократно подвергался подробному изученію. Какъ ни разнятся результаты клиническихъ и экспериментальныхъ наблюденій, въ общемъ необходимо придерживаться воззрѣнія, что болѣе обильная функція (*Hyperfunctio*) железистой части мозгового придатка вызываетъ состояніе *акромегалии*, т. е. разрастаніе въ длину и ширину рукъ и ногъ, челюсти и вообще костной системы, языка, и увеличеніе объема головы, между тѣмъ какъ пониженіе функціи (*Hypofunctio*) проявляется въ прекращеніи дѣятельности половой сферы и въ наступающемъ общемъ ожирѣніи. (*Dystrophia cerebro-genitalis*). Заболѣванія нервной части мозгового придатка способны вызвать болѣзненное состояніе всего организма, похожее на рахитъ. — Такова въ общихъ чертахъ патологія *Hypophysis*'а. Въ теченіе послѣднихъ лѣтъ мнѣ представлялась возможность подробно изслѣдовать нѣсколько случаевъ новообразованій мозгового придатка въ Лифляндской Земской Лечебницѣ для душевно-больныхъ „Стаккельнъ“ (д-ръ А. Беръ), въ клиникѣ глазныхъ болѣзней Вюрцбургскаго Университета (Проф. Th. Hess), въ Гамбургской лечебницѣ для душевно-больныхъ „Фридрихсбергъ“ (Проф. Weygandt)

въ клиникѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней королевской Charité въ Берлинѣ (Проф. Vonhoffer) и въ поликлиникѣ д-ра К. Mendel'я въ Берлинѣ. Къ этимъ наблюденіямъ я присоединяю два случая изъ моей практики послѣдняго года, которые я позволяю себѣ здѣсь опубликовать.

I. 20-лѣтній крестьянинъ-рыбакъ въ теченіе послѣднихъ пяти лѣтъ жаловался на общую слабость и на сильныя головныя боли, отъ которыхъ часто страдалъ его совѣ. За послѣдніе три года ростъ его въ длину чрезвычайно увеличивался и вмѣстѣ съ тѣмъ руки и ноги получили неуклюжій видъ вслѣдствіе чрезмѣрнаго роста.

Status. Ростъ 181 сант., вѣсъ тѣла 67 килограммовъ (по таблицѣ *Dreyfuss'a* больной, слѣдовательно, на 16⁰/₁₀₀ легче нормы). Голову больного послѣ изслѣдованія емкости ея кефалометрическимъ способомъ *Rieger'a*, можно отнести по отношенію къ огромному росту тѣла къ типу незначительной микроцефалии. Челюсть не выступаетъ впередъ, но проявляетъ массивную и очень толстую костную ткань, такъ что пальцемъ нельзя пройти между горизонтальными вѣтками кости. Спинной хребетъ находится въ состояніи сильнаго кифоза и сколиоза съ выпуклостью въ лѣвую сторону. Грудная клѣтка съ правой стороны объемистѣе, чѣмъ съ лѣвой. Ребра, видимо, уклоняются отъ нормы: они извилисты и искривлены. Мечевидный отростокъ глубоко вдавился. Кости таза нормальны. — Верхнія и нижнія конечности по отношенію къ туловищу имѣютъ выдающуюся длину, но особенно обращаетъ на себя вниманіе *длина рукъ и ногъ*. Руки представляютъ собою типъ длинный и узкій, длина ихъ съ основанія до конца средняго пальца 24 сантиметра; длина ногъ на подошвѣ отъ пятки до конца мезинца 33 сантиметра. Ноги носятъ характерный видъ „*pes planus*“. Кожа тѣла блѣдна, влажна и вяла. Въ бедренной области кожа обезцвѣчена въ двухъ клинообразныхъ симметрично расположенныхъ участкахъ (*Depigmentatio*). Половые органы слабо развиты; ростъ волосъ около нихъ весьма незначительный, въ подмышечныхъ впадинахъ волосы совершенно отсутствуютъ. — Черепные нервы безъ патологическихъ измѣненій. Мускулатура конечностей находится въ состояніи диффузной атрофіи; болѣе сильныя размѣры принимаетъ атрофія мышцъ около перваго и пятаго пальцевъ обѣихъ рукъ.

На электрическій токъ мышцы реагируютъ вяло, но вполне ясно, какъ при раздраженіи со стороны нерва, такъ и при прямомъ раздраженіи. Вообще вся мускулатура слаба и вяла. Эта общая слабость мышцъ на ногахъ достаточно объясняетъ происхожденіе „*pes planus*“. Движенія совершаются медленно и съ трудомъ, больвой едва въ состояніи ходить, удерживаясь при помощи палокъ. *Языкъ громадной величины* и заполняетъ собою всю ротовую полость. При попыткѣ высунуть языкъ впередъ появляется легкая дрожь, но не замѣчается никакихъ отклоненій въ сторону. Больной говоритъ медленно и съ открытымъ ртомъ, анартрии не имѣется.—Легкія и сердце нормальны. Моча чиста, удѣльный вѣсъ ея 1,017, не содержитъ ни бѣла, ни сахара. Количество мочи (за 4 сутокъ) колебалось между 1250 и 1400 кб. сантиметрами. Пульсъ правильный, мягкій, 76 ударовъ въ минуту. Ногти рукъ и ногъ широки и грубы (*Megalonychia*). Секреторныхъ аномалій со стороны кожи не наблюдалось. Половые органы нормально развиты. Зрачки равномѣрны, на свѣтъ и при аккомодациі реагируютъ вполне правильно. *Дно глаза, какъ и поле зрѣнія, никакихъ болѣзненныхъ измѣненій не представляютъ.* (Д-ръ Ишрейтъ). Колѣнные сухожильные рефлексы ясно выражены, но нѣсколько трудно возбуждаемы, на правой сторонѣ яснѣе, чѣмъ на лѣвой (тяжесть ногъ?) Ахиллесовы рефлексы нормальны. Кожные рефлексы съ брюшныхъ покрововъ и подошвы ногъ отсутствуютъ. Клонуса стопъ не замѣчается. Симптомы *Babinsk'a*го, *Oppenheim'a* и *Mendel—Bextereva* даютъ отрицательные результаты. Чувствительность внѣшнихъ покрововъ и глубокихъ частей тѣла хорошо сохранена.

Относительно половой жизни мы не имѣемъ никакихъ данныхъ, говорящихъ за какія-нибудь аномаліи.

Случай этотъ представляетъ собою явную картину *акромегалии*, замѣчательную особенно тѣмъ, что предполагаемое при такихъ состояніяхъ увеличеніе роста железистой части мозгового придатка не проявлялось измѣненіями со стороны зрительныхъ нервовъ, а именно атрофіей носовой части ихъ и соответствующимъ выпаденіемъ поля зрѣнія (*Hemianopsia bitemporalis*) Колоссальныя руки и ноги, огромный ростъ (*181 см!*), увеличеніе челюсти и вообще костной системы,

большой языкъ, широкіе ногти и сильная головная боль достаточно поддерживаютъ выше означенный клинической діагнозъ.

До извѣстной степени абсолютно противоположную картину представлялъ другой случай пораженія мозгового придатка.

II. 15-лѣтній конторщикъ заболѣлъ 1 годъ тому назадъ припадками головныхъ болей. Сначала эти болевья состоянія появлялись очень рѣдко, затѣмъ стали все чаще и чаще, причемъ каждый припадокъ сопровождался обильною рвотой. Такъ какъ больной вмѣстѣ съ тѣмъ жаловался на ослабленіе зрѣнія, онъ обратился къ главному врачу, который призналъ это состояніе за мигрень. Три мѣсяца спустя больной обратился ко мнѣ съ заявленіемъ, что его состояніе все ухудшается, и что онъ лѣвымъ глазомъ больше не въ состояніи видѣть.

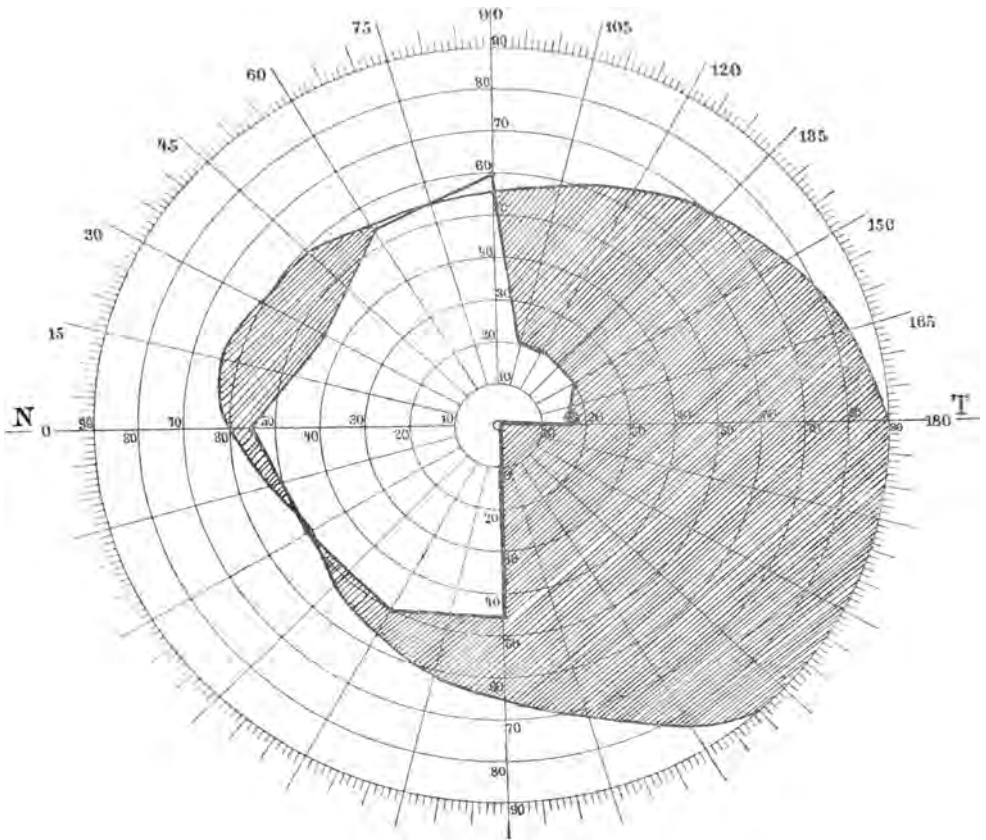
Длина тѣла его 164 сантиметра, вѣсъ 69 килограммовъ т. е. на 15% превышаетъ норму по таблицѣ *Dreyfuss'a*. Со стороны внутреннихъ органовъ патологическихъ измѣненій не имѣется. Моча прозрачна съ удѣльнымъ вѣсомъ 1,012, не содержитъ ни бѣлка, ни сахара. Количество ежедневной мочи около 1350 кб. см. Сухожильные рефлексy нижнихъ конечностей оживлены, однако не имѣется признаковъ бокового склероза (симптомы *Vabinsk'аго* и *Oppenheim'a* отрицательны, нѣтъ клоническихъ подергиваній стопы). Функціи мышечной системы совершаются правильно, движенія свободны и плавны, *Diadokokinesis* не имѣется. Шатанія тѣла при закрытыхъ вѣкахъ не замѣчается, слуховые нервы нормальны, равновѣсіе сохраняетъ хорошо. *Явная аносмія*, только сильный запахъ формалина (*n. trigeminus?*) воспринимается больнымъ. Глаза немного выступаютъ впередъ. Движенія глазныхъ мышцъ свободны. При поворачиваніи глазныхъ яблоковъ въ сторону наблюдается дрожаніе (*Nystagmus*) въ горизонтальномъ направленіи. Зрачки при равномерномъ свѣтѣ расширены (*Mydriasis*)—8 миллиметровъ въ діаметрѣ. На свѣтѣ лѣвый зрачекъ не реагируетъ, а правый зрачекъ при сильномъ свѣтовомъ источникѣ суживается медленно до 6 миллиметровъ. Отъ солнечнаго свѣта зрачки суживаются оба до діаметра въ 4 миллиметра. Замѣчательно, что такое суживаніе происхо-

дить только тогда, когда вліянію солнечнаго свѣта подвергается правый глазъ, между тѣмъ какъ лѣвый зрачекъ (при закрытомъ правомъ глазѣ) подѣ вліяніемъ даже самаго яркаго солнечнаго свѣта не измѣняетъ своего діаметра и остается въ своемъ расширенномъ состояніи (8 милл.). Перемѣна діаметра зрачковъ при перемѣнѣ направленія взгляда (Convergence) происходитъ весьма живо.

Результатъ изслѣдованія глазнаго дна (Д-ръ Ишрейтъ): Съ обѣихъ сторонъ *застойный сосокъ*, при чемъ соски на *носовой сторонѣ* носятъ болѣе характерный видъ застоя, чѣмъ на височной. Вены сѣтчатой оболочки находятся въ состояніи сильной извилистости, что позволяетъ заключить о существовавшемъ раньше болѣе сильномъ застоѣ. При грубомъ изслѣдованіи пальцами на правомъ глазу замѣчается суженіе поля зрѣнія на височной сторонѣ. Результатъ офтальмоскопическаго изслѣдованія вполнѣ объясняетъ вмѣстѣ съ другими данными необычныя явленія со стороны зрачковъ. На лѣвомъ глазу намъ представляется состояніе таѣъ называемой „*Reflextaubheit*“ зрительнаго нерва: вслѣдствіе пораженія центростремительнаго пути нервъ не оказывается болѣе способнымъ ввести свѣтовой рефлексъ, но существующая реакція праваго глаза указываетъ на то, что зрительный нервъ сохранилъ еще эту способность, и этимъ достаточно объясняется одновременное суживаніе зрачка лѣваго, слѣпнаго глаза (сочувственная реакція) — Пульсъ нѣсколько учащенъ, 104, умѣреннаго напряженія.

Больной находился 6 дней подѣ клиническимъ наблюдениемъ. За это время температура тѣла не превышала 37°. Кожа рукъ и ногъ постоянно была залита потомъ въ дистальныхъ отдѣлахъ, на подобіе перчатокъ и чулковъ, сухая, выше расположенная кожа отдѣлялась отъ нижняго потѣющаго участка (*Akrohyperidrosis*). Реакція Вассерманна въ сывороткѣ (Д-ръ Беттакъ) показала отрицательный результатъ. Вопросъ о половой жизни въ такомъ сравнительно молодомъ возрастѣ не могъ играть сколь-нибудь замѣтной роли и поэтому долженъ быть оставленъ въ сторонѣ. Послѣ шестидневнаго наблюденія больной былъ выписанъ изъ клиники, ему былъ назначенъ іодъ съ мышьякомъ.

Фиг. 1.



Мѣсяць спустя онъ снова представился. За это время вѣсъ еще прибѣлъ на два килограмма. Головные боли и рвота по прежнему составляли главныя его жалобы.

Исслѣдованіе функціи глазъ (Д-ръ Ишрейтъ) показало: на лѣвой сторонѣ—полный амаврозъ, на правой сторонѣ—*правосторонняя (височная) геміанопсія* (фиг. 1).

Состояніе дна глаза оказалось прежнимъ—застойный со-сочекъ и начинающаяся атрофія зрительныхъ нервовъ.—Зрачки и вообще вся нервная система были въ такомъ же состоя-ніи, какъ раньше. На фотографическомъ снимкѣ Рентгенов-скими лучами получилась тѣнь нижней части черепа, такъ что изъ него нельзя было заключить о величинѣ турецкаго сѣдла.

Вопросъ объ операціи обсуждался мною и хирургомъ Д-ромъ Бремъ, однако мы не считали возможнымъ совѣтовать больному операцію, имѣя въ виду соображенія *Ziehen'a*, который предлагаетъ операцію только въ случаѣ грозящей опас-ности ослѣпленія, а въ данномъ случаѣ зрительные нервы претерпѣли уже весьма крупныя измѣненія. Сверхъ того нельзя не обратить вниманія на довольно печальные до сихъ поръ результаты операцій при заболѣваніяхъ мозгового придатка.

Въ теченіе слѣдующихъ шести недѣль больной совершенно ослѣпъ и на правый глазъ, головные боли еще усили-лись, и онъ больше не былъ въ состояніи вставать съ кро-вати.—Разрѣшеніе на вскрытіе послѣ предстоящей въ скоро-мъ времени смерти я не получилъ и поэтому позволилъ себѣ сообщить объ этомъ случаѣ безъ анатомическаго діагноза.

Безъ сомнѣнія, мы имѣемъ здѣсь дѣло съ злокачествен-нымъ новообразованіемъ мозгового придатка, которое вполне согласно анатомическому расположенію мозговыхъ частей по-ражало перекрестъ зрительныхъ нервовъ (*Chiasma opticum*). Общее ожирѣніе, о которомъ свободно возможно было заклю-чить и объективно по отношеніямъ таблицы *Dreyfuss'a*, го-ворило въ пользу того, что новообразованіе разрушило желе-зистую ткань *Hypophysis'a* въ довольно высокой степени, и что за этимъ процессомъ послѣдовало пониженіе функціи столь важнаго для внутренняго обмѣна веществъ органа. Какъ уже выше было сказано, вопросъ о прекращеніи половыхъ

функцій долженъ быть оставленъ открытымъ. Признаковъ акромегаліи не имѣлось. Это явленіе также говоритъ въ пользу того, что новообразование скоро уничтожило железистую ткань мозгового придатка и не вызвало сначала путемъ механическаго раздраженія усиленную функцію. Головная боль, рвота, застойный сосокъ и аносмія, вслѣдствіе разрушенія обонятельныхъ нервовъ, представляютъ собою другіе признаки новообразования Нурорфизис'а. Скорый и мягкій пульсъ нисволько не исключаетъ мозговой опухоли, какъ это и сообщаетъ *Heilbronner*.

Клиническій діагнозъ: *Sarcoma hypophysios*.

