

Изъ клиники нервныхъ болѣзней Кіевскаго Университета.

(Директ. Профессоръ М. Н. Лапинскій).

## Случай остраго серознаго менингита, симулировавший опухоль праваго мозжечково-мостового угла. (Къ вопросу о серозныхъ менингитахъ).

Б. Маньковского.

Описываемый случай остраго серознаго менингита представляетъ собою интересъ во многихъ отношеніяхъ. Этиологическій моментъ и все его теченіе нѣсколько не обычное, симптоматологія — богата и нетипична для серознаго менингита.

*Oppenheim* говоритъ въ главѣ о *Hydrocephalus'*, что самое понятіе серознаго менингита еще не ясно, недостаточно рѣзко очерчено, несмотря на многочисленныя работы. Въ виду этого я и позволяю себѣ описать этотъ случай. Онъ, думается мнѣ, относится къ группѣ серозныхъ менингитовъ съ преимущественно наружной локализацией, при чемъ скопленіе экссудативной жидкости въ немъ ограничено и ясно локализуется въ задней черепной ямѣ, въ области праваго мозжечково-мостового угла.

*Quinke* <sup>1)</sup> далъ впервые въ 1893 г. описаніе серознаго менингита, онъ же указалъ на главные этиологическіе моменты и его патогенезъ. Хотя и до него были указанія на суще-

ствование этого заболѣванія: (*Eichhorst* <sup>2</sup>)—описалъ „*Hydrocephalus acutus*“; *Baginsky* <sup>3</sup>)—находить у дѣтей „*Meningitis ventriculorum*“; *Hutinel* <sup>4</sup>)—признаетъ „*Meningites aiguës non suppurées*“), но *Quincke* первый обособилъ его въ отдѣльную клиническую единицу. Какъ причинные моменты заболѣванія, *Quincke* перечисляетъ:—раненія головы, отравленія алкоголемъ, лихорадочныя болѣзни, какъ тифъ, пневмонію, въ одвомъ случаѣ онъ находилъ и беременность. Но онъ подчеркиваетъ не бактеріальный характеръ этого менингита (въ отличіе отъ воспаления кортикальныхъ оболочекъ), „воспалительные экссудаты не паразитарнаго происхожденія бываютъ иногда и на поверхности мозга—послѣ ранъ, отравленій, но по преимуществу находятъ ихъ въ желудочкахъ“, онъ проводитъ параллель съ ангионейротическимъ отекомъ. Въ дальнѣйшемъ развитіи ученія о серозномъ менингитѣ взгляды *Quincke* были видоизмѣнены и дополнены. Постепенно выдвинулся на первый планъ токсико-инфекціонный моментъ, наряду съ травмой; подчеркивали частую связь серознаго менингита съ инфекціями всякаго рода, указывали на таеъ называемый *meningisme*, который тоже могъ быть иной разъ отнесенъ въ группѣ серознаго менингита. Были сдѣланы, наконецъ, находки бактерій въ спинальной жидкости. *Sorgente* <sup>5</sup>) нашелъ въ трехъ случаяхъ головной воданки менингококка; *Fuhl* и *Valter* <sup>6</sup>) нашли въ трехъ случаяхъ менингита послѣ инфлюэнцы—въ серозномъ выпадѣ оболочекъ—палочки *Pfeiffer's*; *Boden* <sup>7</sup>)—тифозную палочку.

Хотя такія находки единичны, онѣ скорѣй исключенія, во все же онѣ бросаютъ свѣтъ на этиологическій моментъ; очевидно, взгляды *Quincke* должны быть модифицированы, и главное мѣсто надо отвести инфекціи—интоксикаціи.

Надо думать, что бактеріи въ этихъ случаяхъ были ослаблены настолько, что вызывали лишь серозную реакцію, не гнойную. *Hutinel* и *Roger Voisin* <sup>8</sup>) даютъ именно такое

объясненіе этимъ фактамъ; они приводятъ какъ иллюстрацію, случай Nobécourt et Délestre, когда въ обоихъ случаяхъ у 2-хъ дѣтей былъ выкультивированъ изъ жидкости стрептококкъ, и въ одномъ оказался гнойный менингитъ, во второмъ— лишь серозный. Въ тѣхъ случаяхъ, когда возбудитель инфекціи не обнаруженъ въ оболочкахъ, надо думать о дѣйствіи токсиновъ бактерійнаго происхожденія, такъ *Riebold* <sup>9)</sup> описываетъ благоприятно протекшія менингіальныя страданія у туберкулезныхъ и смотритъ на нихъ, какъ на „серозный менингитъ, вслѣдствіе дѣйствія токсиновъ изъ какого-нибудь гнѣзда тѣс“, понятны тогда и случаи серознаго менингита при нефритѣ (*Oppenheim*) <sup>10)</sup>.

Съ точки зрѣнія патогенеза *Quincke* главную роль отводитъ воспаленію оболочекъ, особенно plexus chorioidei желудочковъ, которое и производитъ скопленіе жидкости въ желудочкахъ.

Оболочкамъ кортикальнымъ и скопленію жидкости снаружи коры (meningitis externa) *Quincke* придаетъ меньше значенія, хотя и упоминаетъ объ этой возможности. Онъ говоритъ, что необходимо признать наличность самостоятельнаго hydrocephalus'a или, вѣрнѣе, серознаго менингита, ведущаго къ образованію скопленія жидкости внутри желудочковъ.

Итакъ, „meningitis serosa *Quincke*“—есть по преимуществу meningitis serosa interna или hydrocephalus acquisitus.

Такого рода серозные менингиты протекаютъ очень часто подъ картиною мозговой опухоли, особенно часто давая общія явленія, свойственныя опухолямъ, т. е. явленія повышеннаго внутричерепнаго давленія съ головной болью, застойными сосками и т. п. Но не только общія явленія опухоли можетъ симулировать серозный менингитъ, онъ можетъ давать и многія топическія явленія: особенно часто отмѣчаются при немъ мозжечковые симптомы, иной разъ онъ даетъ параназальныя, пораженія глазодвигательныхъ нервовъ и слухового нерва.

Гораздо рѣже описывается поврежденіе базальныхъ нервовъ при этомъ страданіи, но все же и такія описанія въ литературѣ имѣются. *Oppenheim*<sup>11)</sup> описываетъ въ своей работѣ (*Beiträge z. Diagn. des Tumor cerebri*) два интересныхъ случая острой головной водянки съ рѣзкими тошечными симптомами: 1-ый (сл. X) дала картину, симулировавшую опухоль лѣвой задней черепной ямы, такъ наз. угла, на секціи оказался *hydrocephalus internus*; во 2-омъ случаѣ (сл. XI) былъ гемипарезъ, на секціи—тоже.

*Mylius*<sup>12)</sup>—приводитъ аналогичный случай (IV-ый въ его казуистикѣ) моторной афазіи, которая потомъ прошла, и (VI) пареза всего лѣваго *facialis'a*.

*Grabs*<sup>13)</sup>—(VII)—двустороннее поврежденіе *abducens'a Ciuffini*<sup>14)</sup>—у ребенка 8 лѣтъ, какъ обостреніе старой водянки, парезъ праваго VII, парезъ глотанія, афонію, парезъ языка, парезъ рукъ и ногъ,—черезъ 4—6 дней—большая часть симптомовъ исчезла.

*Vincent*<sup>15)</sup> приводитъ случай, когда у больной развился, при явленіяхъ повышеннаго давленія, параличъ VI, VII и VIII лѣвыхъ нервовъ, безъ мозжечковыхъ явленій. На секціи не оказалось ни опухоли, ни энцефалита,—изъ чего авторъ заключаетъ, что это былъ „*hydrocephalus acutus*“.

*Henri Claude* и *Baudouin*<sup>16)</sup> демонстрировали въ Парижск. Невролог. Обществѣ въ 1911 г. больную съ головной болью, застойными сосками, легкимъ парезомъ праваго *facialis'a* и *abducens'a*, *nistagmus'омъ*, паденіемъ влѣво. Очень быстро параличъ прошелъ, больная поправилась.

*Golstein*<sup>17)</sup>—приводитъ 3 случая хроническаго серознаго менингита, дававшихъ картину поврежденія *hypophys'a*. Объясняетъ онъ такой симптомовъ комплексъ тѣмъ, что жидкость скопляется въ *infundibulum*.

Итакъ, серозный менингитъ,—не гнойное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, дающее исключительно серозный экссудатъ,

можетъ протекать, какъ острое заболѣваніе, при бурной, тяжелой картинѣ, или давать благопріятную картину (такъ наз. менингизмъ); въ другихъ же случаяхъ онъ протекаетъ болѣе хронически (мѣсяцы, годы), при чемъ даетъ общую картину повышения внутречерепного давленія, симулируя этимъ опухоль мозга, и иной разъ, какъ мы только что указали, давая болѣе или менѣе рѣзко выраженныя топическія явленія. Въ иныхъ случаяхъ эти топическія явленія бываютъ настолько рѣзко выражены, что трудно думать о какомъ-либо разлитомъ процессѣ, и болѣе вѣроятнымъ казалось предположеніе объ опухоли или объ энцефалитическомъ гнѣздѣ.

Иногда только операція, секція или дальнѣйшее теченіе опровергаютъ мысль объ опухоли.

Часть случаевъ, извѣстныхъ въ литературѣ подъ названіемъ „*pseudotumor*“ (Nonne, Vinkelburg) относится несомнѣнно сюда. Какимъ образомъ можно объяснить появленіе при такомъ разлитомъ заболѣваніи, какъ серозный менингитъ, такихъ рѣзко выраженныхъ, ограниченныхъ, топическихъ симптомовъ,—этотъ вопросъ не разъ ставили, описывавшіе эту картину, авторы. И объяснить себѣ это, дѣйствительно, не легко, если придерживаться строго взглядовъ *Quincke* на патологическую анатомію этого страданія, какъ они изложены имъ первоначально въ 93 г. *Quincke* <sup>1)</sup> считаетъ, что „воспалительная экссудація не паразитарнаго характера происходитъ преимущественно въ желудочки мозга,, хотя бываетъ и на поверхности мозга.

Мы видимъ, что здѣсь центръ тяжести рѣшительно лежитъ въ экссудаціи внутрь желудочковъ, въ образованіи водянки: вотъ почему многіе и не различали *meningitis serosa* отъ *hydrocephalus acutus acquisitus*, и одинъ терминъ употреблялся часто вмѣсто другого. Несомнѣнно правда, что и такой *hydrocephalus* могъ давать иной разъ явленія выпаденія или раздраженія, симулирующія опухоль. Мы уже привели

нѣкоторые случаи изъ литературы, особенно убѣдительно была 2. случая *Oppenheim*'а,—кончившіеся сепціей, детально изученные и изслѣдованные микроскопически, гдѣ *hydrocephalus internus* давалъ рѣзкія мѣстные явленія. *Oppenheim* <sup>11)</sup> указываетъ на трудность объясненія того факта, что скопленіе жидкости въ желудочкахъ не выражается равномерными явленіями давленія, а даетъ превалированіе симптомовъ выпаденія и раздраженія съ одной стороны, ведетъ „къ гнѣздымымъ симптомамъ“.

Онъ предлагаетъ искать объясненіе въ „тонкихъ тканевыхъ измѣненіяхъ или въ повышенной ранимости нервной ткани одной стороны. „Еще труднѣе объяснить скопленіемъ въ желудочкахъ жидкости тѣ случаи, когда топическія явленія указываютъ опредѣленно на пораженіе задней черепной ямы и при томъ съ одной стороны, когда они рѣзко симулируютъ симптомомимлексъ мозжечково-мостнаго угла—(такая картина имѣется, между прочимъ, въ описываемомъ случаѣ). Для отличія такихъ случаевъ *hydrocephalus*'а отъ опухолей указываютъ на то, что при первомъ—мѣстные симптомы мимолетны, измѣнчивы, не стойки, не склонны прогрессировать, колеблются въ своей интенсивности (*Oppenheim*). Параличи базальныхъ нервовъ—мимолетны, не наблюдается измѣненія электрической реакціи нервовъ (*Vincent* <sup>15)</sup> *Babinsky* <sup>15)</sup>). Отмѣчаютъ при серозныхъ менингитахъ боли въ спинѣ, ногахъ, рукахъ (*Vincent*), „мучительныя боли между лопатокъ“ (*H. Claude* и *Baudouin*), <sup>16)</sup> боли въ поясницѣ (*Grabs*), боли межреберныхъ нервовъ, болѣзненность позвонковъ въ давленію („спинальные симптомы“ *Oppenheim*'а). *Oppenheim* <sup>11)</sup> указываетъ, что не наблюдалъ никогда при серозномъ менингитѣ отсутствія рефлекса съ согнеа.

Итакъ, въ общемъ, топическія явленія при *hydrocephalus* выражены не такъ рѣзко, какъ при опухоляхъ, онѣ не играютъ большой роли въ картиѣ болѣзни, онѣ только мимолетны

легко появляются на фонѣ ея. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда топоческія явленія бывали рѣзко и продолжительно выражены въ моторной сферѣ (*Sarbo*,<sup>18</sup>) *Bouchut* и *Bouget*<sup>19</sup>) *Muskens*,<sup>20</sup>) *Quincke*<sup>20</sup>) или на основаніи мозга (*Muskens*<sup>21</sup>) *Marinesco* и *Goldstein*,<sup>22</sup>) *Tinkelnburg*<sup>23</sup>) имѣлось дѣло съ нѣсколькими процессомъ: въ этихъ случаяхъ дѣло идетъ о воспалительномъ процессѣ, разыгрывающемся не въ пlexus'ахъ или эпандимѣ, а въ наружной мозговой оболочкѣ, объ экссудациі главнымъ образомъ, въ подарахноидальныхъ пространствахъ. Взгляды на серозный менингитъ, какъ на процессъ, ведущій исключительно къ острому hydrocephalus'у, измѣнились. Уже *Levi*<sup>24</sup>) предложилъ разграничить рѣзче hydrocephalus acutus съ неизмѣненными оболочками и собственно серозный менингитъ, куда онъ относилъ случаи съ воспалительными измѣненіями мягкой оболочки, при которыхъ выдѣленіе въ желудочки—явленіе лишь сопутствующее.

*Boennighaus*<sup>25</sup>) (1897) въ своей исчерпывающей монографіи различаетъ meningites ventricularis serosa acuta и meningo-encephalitis serosa acuta или meningitis externa.

*Münzer*<sup>26</sup>) считаетъ, что серозный менингитъ локализуется и въ корѣ, и въ желудочкахъ, вызывается чаще всего туберкулезной инфекціей.

Самъ *Quincke* въ своей болѣе поздней работѣ (*Zur Pathologie der Meningen*)<sup>21</sup>) указываетъ, что бываютъ случаи, когда „экссудация происходитъ по преимуществу или даже исключительно въ подарахноидальномъ пространствѣ“, такъ находили при инфлюэнцѣ, при чумѣ, въ иныхъ случаяхъ туберкулезнаго менингита; самъ *Quincke* обнаружилъ ее при уремии. Далѣе *Quincke* приводитъ очень интересный случай meningitis serosa externa corticalis послѣ травмы; случай, произведенный операцией, гдѣ—въ подарахноидальномъ пространствѣ оказалось обильное ограниченное скопленіе жидкости.

Онъ же указываетъ, что „при секціяхъ, вслѣдствіе стеканія жидкости этотъ процессъ легко можно просмотрѣть“.

Обращаю здѣсь же вниманіе на то, что этотъ наружный серозный менингитъ часто бываетъ ограниченнымъ: воспаленныя оболочки, наполненныя экссудатомъ, отграничиваются отъ здоровыхъ какими-нибудь спайками, это обстоятельство дѣлаетъ для насъ понятными рѣзко выраженныя мѣстныя явленія при серозномъ менингитѣ:

Патологическая анатомія этого процесса по *Quinke*<sup>1)</sup> въ общемъ слѣдующая: *plexus chorioidei* при острой формѣ гиперемизованъ, остальная мягкая оболочка гораздо меньше участвуетъ въ этой гипереміи, только въ исключительныхъ случаяхъ находятся помутнѣнія *riae*. Но по *Woenninghaus*'у при *meningitis serosa externa*—главныя измѣненія бывають въ оболочкахъ и мозгу, желудочки участвуютъ мало. Твердая оболочка напращена, иногда инъецирована, паутинная—даетъ иногда легкія помутнѣнія, чаще—прозрачна, наполнена экссудатомъ жидкимъ, обично прозрачнымъ. Мягкая оболочка инъецирована, на ней иногда экхимозы. Мозгъ иногда гиперемизованъ, чаще анэмичевъ, пропитанъ серозной жидкостью. Уже *Woenninghaus* замѣтилъ, что процессъ бываетъ *неодинаково распространенъ на поверхности мозга, выражаясь рѣзче то на основаніи, то на полушаріяхъ.*

Въ желудочкахъ чаще мало измѣненій; жидкость въ слегка увеличенномъ количествѣ, сосудистыя сплетенія и эпендима не измѣнены. При *meningitis ventricularis* или *m. interna*—измѣненія происходятъ въ желудочкахъ: они расширены, наполнены прозрачной жидкостью, иной разъ измѣнены *plexus*'ы, (*Schultze*<sup>21)</sup>, *Marinesco*<sup>22)</sup>, *Recklinghausen*<sup>23)</sup> гиперемизованы, утолщены. *Recklinghausen* говоритъ о „*chorioditis chronica hyperplastica*“; иногда измѣненія въ эпендимѣ (*Quinke*)—она зерниста, утолщена. Оболочки, обично, не измѣнены.

*Raymond et Claude*<sup>24)</sup> изучали подробно паталого-анатомически случай ограниченаго вортикальпаго серознаго менинга съ туберкулезной этиологіей; они указали на ограни-



ченность этого процесса, на менингеальные изменения и на очень легкия энцефалитическия изменения въ этой области. Найденная ими анатомическая картина объясняла клиническия явления при серозномъ менингитѣ, именно, находимыя иногда при немъ рѣзкия топоческия явления. Одновременно *Muskens* <sup>20)</sup> опубликовалъ свои наблюденія надъ „серознымъ энцефало-менингитомъ“ (такое названіе онъ предпочитаетъ старому „менингитъ“, въ виду того, что находилъ часто при этомъ въкоторыя изменения (гиперемія) въ самомъ веществѣ мозга. Онъ наблюдалъ и острые и хронически протекающіе случаи такого менингита; настойчиво подчеркиваетъ онъ, что не слѣдуетъ смѣшивать эти процессы съ острымъ hydrocephalus'омъ (meningitis serosa interna). *Muskens* полагаетъ, что большинство, такъ называемыхъ, pseudotumor'овъ, протекающихъ клинически съ общими и локальными явлениями tumor'a а на вскрытіи не дающихъ ни tumor'a, ни спондерія жидкости въ желудочкахъ, послѣ палліативной трепанациі проходящихъ безслѣдно или оставляющихъ только слѣпоту, —относятся къ группѣ его „encephalo-meningitis serosa“. Если же на секціи такія изменения не были находимы, то это потому, что ихъ не всегда легко констатировать; съ послѣднимъ мнѣніемъ *Mnskens'a* согласенъ и *Quinke*, мнѣніе котораго мы уже приводили.

*Tinkelburg* <sup>23)</sup> точно такъ же на основаніи своего собственнаго патолого-анатомически изученнаго случая (съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ) думаетъ, что въ основѣ процессовъ, симулирующихъ опухоль, если это не hydrocephalus, лежитъ, надо думать, какой-то процессъ въ оболочкахъ и нервяхъ основанія мозга. Къ этому же ряду явленій надо отнести и ту группу, которая получила названіе ограниченаго, наружнаго, серознаго менингита или менингеальной кисты или arachnitis adhaesiva circumscripta. Такого рода заболѣваніе, уже раньше описанное въ предѣлахъ спинного мозга, (*Schle-*

*singer*<sup>30</sup>), *Bruns*<sup>31</sup>), *Krause*<sup>32</sup>) только недавно сдѣлалось известнымъ въ предѣлахъ головного мозга (*Placzek* и *Krause*<sup>33</sup>), *Oppenheim* и *Borchardt*<sup>34</sup>), *Bing*<sup>35</sup>), *Hildebrand*<sup>36</sup>), *Wendel*<sup>37</sup>), нашъ случай). Немногочисленныи, но несомнѣнными, наблюденія, оперативныи и паталого-анатомическія выявили характеристическія черты этого заболѣванія. Это кистоводныя образованія, расположенныя въ подарахноидальныхъ пространствахъ и происшедшія вслѣдствіе спаекъ и слипаній воспалительнаго характера между петлями оболочекъ.

Строеніе *arachnoidea* и мягкой оболочки благопріятствуетъ образованію такихъ ограниченныхъ скопленій экссудата, и такія кисты и могутъ быть послѣдствіемъ воспалительнаго процесса оболочекъ; таковымъ, чаще всего и бываетъ серозный менингитъ, возникшій послѣ травмы или, какъ результатъ какой либо инфекціи или интоксикаціи. Такой процессъ можетъ имѣть либо бурное начало, либо развивается исподволь, незамѣтно; въ томъ и другомъ случаѣ онъ даетъ часто картину опухоли мозга съ ея общими и мѣстными симптомами. Распознать эту картину отъ опухоли чрезвычайно трудно, иногда невозможно. Иногда болѣзненная картина, какъ быстро началась, такъ же быстро и проходитъ безслѣдно, иногда длится дольше и приводитъ къ атрофіи зрительныхъ нервовъ. Отличить отъ опухоли помогаютъ явленія со стороны оболочекъ, болѣе легкій характеръ процесса, ремиссіи. Терапія—только оперативное вмѣшательство.—

Отіатрамъ уже давно приходилось встрѣчаться съ ограниченнымъ серознымъ менингитомъ въ областяхъ, прилегающихъ къ височной кости. Такой ограниченный серозный менингитъ является результатомъ процесса въ кости и исчезаетъ съ излѣченіемъ послѣдняго. Послѣдніе годы *Barany* наблюдалъ рядъ случаевъ остро наступавшаго и сравнительно быстро проходившаго заболѣванія задней черепной ямы—мозжечково-мостнаго угла и сопровождавшагося раздраженіемъ оболочекъ. *Barany*<sup>38, 39</sup>) описываетъ это, какъ новый синд-

ромъ—„синдромъ *Barany*“; характеризуется онъ шумомъ въ ухѣ, центральной глухотой, головокруженіемъ, головной болью общей и ограниченной областью больной половины затылка и височной кости, симптомами раздраженія или выпаденія со стороны n—vi vestibularis. Развивается часто, но не обязательно, послѣ перенесенныхъ заболѣваній среднего уха, въ общемъ излѣчимо; въ качествѣ терапіи рекомендуются пункции, въ крайнемъ случаѣ трепанакія. *Barany* считаетъ, что въ основѣ этого заболѣванія лежитъ „ограниченный серозный менингитъ на задней поверхности пирамиды, „что“ мы имѣемъ здѣсь дѣло съ ограниченнымъ скопленіемъ жидкости въ мозжечково-мостномъ углу, т. е. съ такъ наз. meningitis cystica serosa, какъ она недавно была описана *Bing*’омъ“.

*Krause* <sup>23)</sup>, *Oppenheim* и *Borchardt* <sup>24)</sup>, описывая свои случаи ограниченного серозного менингита задней черепной ямы и указывая на сравнительно частую локализацию этого заболѣванія въ этомъ мѣстѣ, объясняли это указаніемъ на нѣкоторыя анатомическія особенности мягкой и арахноидальной оболочекъ. Дѣло въ томъ, что мягкая оболочка образуетъ выпячиванія на основаніи мозга, такихъ выпячиваній насчитываютъ 5: cisterna chiasmatis, cisterna interpeduncularis, c-na n—vi trigemini, c-na n—vi acustico-facialis, c-na cerebello-medullaris. Вотъ эти 3 послѣднія и даютъ картину опухоли задней черепной ямы при скопленіи въ нихъ жидкости, но и другіе воспалительные процессы могутъ образовывать сращенія арахноидальныхъ пространствъ и давать, такъ образ., ограниченныя скопленія жидкости—воспалительныя кисты.

### Исторія болѣзни.

О., приказчикъ 20 л., переведенъ въ Клинику нервныхъ болѣзней изъ терапевтическаго отдѣленія Городской Больницы 26 ноября 1913 г. Больной жалуется на сильную головную боль, особенно справа, шумъ въ ушахъ—рѣзче справа, головокруженія, невозможность ходить (валится рѣзко впра-

во), позывы на рвоту, иногда рвота, искривленіе лица. При подробномъ опросѣ больного выясняется слѣд.: больной—здоровой семьи, перенесъ 4-хъ л.- корь, 10 л.—брюшной тифъ, другими инфекціонными болѣзнями не страдалъ, сифилисъ отрицаетъ, не курить, не пьетъ, травмъ головы не было, гноетеченія изъ уха никогда не замѣчалъ. Въ концѣ октября 1913 г. перенесъ довольно тяжелую ангину, продолжительностью до 2-хъ недѣль.

9-го ноября больной завтракалъ съ товарищами, при чемъ выпилъ нѣсколько рюмокъ коньяку; весь день послѣ этого работалъ, чувствовалъ себя хорошо, но вечеромъ появилась рвота, которая повторилась нѣсколько разъ; ночью спалъ. Утромъ снова появилась тошнота, рвота продолжалась почти весь день, къ вечеру стало лучше. (Эти тошноты и рвоты продолжались съ перерывами до 18-го ноября). Одновременно съ началомъ заболѣванія появились сильныя головныя боли, особенно справа, и какія-то непріятныя ощущенія въ правой половинѣ лица лба и головы: все это мѣсто казалось терплымъ, овѣтлымъ, чувствовался холодъ, дотрагиваніе до него рукой „было болѣзненно,“ чувствовалъ, какъ бы уколы. Съ 12-го ноября появился рѣзкій шумъ въ правомъ ухѣ и О. пересталъ на него слышать. Тогда же онъ замѣтилъ, что сталъ хуже видѣть правымъ глазомъ, двоеній не замѣчалъ, но ему казалось, что правый глазъ скопченъ. Все время продолжалось сильное головокруженіе, а между 11-мъ и 12-ымъ замѣтилъ, что сталъ хуже ходить, при чемъ его клонило вправо, онъ наткался на предметы, стоявшіе вправо отъ него, и долженъ былъ за нихъ держаться. Дня черезъ 4 больной совсѣмъ пересталъ ходить, но и видѣть становилось все труднѣе: головокруженіе, появившееся съ перваго же дня заболѣванія, все прогрессировало и на 4-ый день болѣзни дошло до максимума и причиняло ему большое страданіе. Больной не только не могъ сидѣть отъ головокруженія, но и въ лежачемъ положеніи оно не покидало его, такъ что онъ долженъ былъ закрывать глаза или прятать голову въ подушку.

При закрытыхъ глазахъ и въ спокойномъ положеніи онъ менѣе чувствовалъ головокруженіе; если же онъ двигалъ головой даже при закрытыхъ глазахъ, головокруженіе возобновлялось. Вообще всякое движеніе сопровождалось ухудшеніемъ его состоянія: обострялась головная боль, появлялась тошно-

та и рвота, поэтому онъ старался лежать неподвижно и притомъ на правомъ боку,—такъ онъ чувствовалъ себя лучше.

18-го ноября онъ поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе Городской Больницы. При первомъ изслѣдованіи его мною тамъ обнаружилось слѣд.: больной лежитъ на правомъ боку съ закрытыми глазами, (правый глазъ не вполне закрытъ, остается щель), иногда наступаетъ рвота; встать не можетъ,—валится назадъ и вправо. Больной—сложеніи правильнаго, небольшого роста, питанія средняго; костная система развита правильно, на кожѣ—никакихъ рубцовъ, ушибовъ, сини, черепъ—нормальной величины. Со стороны внутреннихъ органовъ, ничего ненормальнаго не отмѣчается,  $t^{\circ}$  колеблется между 37,1 и 36,6; въ мочѣ—ничего ненормальнаго. При изслѣдованіи нервной системы обнаружено слѣд.: ригидность затылка слабо замѣчена, голова нѣсколько поворочена и наклонена вправо, встать безъ помощи рукъ и идти безъ посторонней помощи—не можетъ, при ходьбѣ—рѣзкое отклоненіе вправо, затѣмъ паденіе—также вправо. Жалуется на сильное головокруженіе, шумъ въ ушахъ, а равно—на мучительную головную боль и позывы на рвоту. При перкуссии черепной коробкѣ жалуется на болѣзненность, особенно въ области правой затылочной кости. Правая рука и нога нѣсколько слабѣ лѣвыхъ (динамометръ 100 и 120), ригидности, контрактуръ, судорогъ—не замѣчается.

Въ правой рукѣ—рѣзкая атаксія, попадаетъ пальцемъ правой руки въ носъ не точно, дѣлаетъ это въ два приема; оригинально, что отклоненіе это для правой руки строго закономѣрно, именно—внаружи (вправо); при чемъ, при каждой послѣдующей попыткѣ попаданія уклоненіе это все увеличивается (опытъ при закрытыхъ глазахъ): такъ,—въ первый разъ попадаетъ вмѣсто носа въ правую щеку, слѣдующій разъ въ ухо, затѣмъ на подушку вправо отъ головы и т. п. Въ правой ногѣ также рѣзкая атаксія, пяткой въ колѣно падаетъ неправильно и неточно—въ два приема. Въ правой рукѣ рѣзкій адiadoхокинезъ; разницы въ тонусѣ правой и лѣвой стороны не замѣчается. Сухожильные рефлексы повышены, замѣтной разницы въ силѣ—нѣтъ. Рефлексы брюшныя съ cremaster'a, подошвенныя имѣются, феномены Бабинскаго, Оппенгейма, Вехтерева—отсутствуютъ. Чувствительность на тѣлѣ никакихъ отклоненій отъ нормы не представляетъ. Нер-

выше стволы—не болѣзненны. Со стороны головныхъ нервовъ отмѣчается слѣд.: со стороны обонянiя—отклоненiй отъ нормы нѣтъ, на правомъ глазу центральная острота зрѣнiя нѣсколько понижена, поле зрѣнiя нѣсколько сужено концентрически, двѣтощущенiе—сохранено. При офтальмоскопическомъ изслѣдованiи явленiй застоя или neuroretinita не обнаружено; зрачки—правильной формы, правый, какъ будто, шире, реакціи на свѣтъ, конвергенцію, аккомодацию—нормальны, ptosis или exophthalmus - не наблюдается, отмѣчается nistagmus, рѣзче при взглядѣ влѣво, горизонтальный. Замѣтнаго косоглазiя нѣтъ, но движеніе зора вправо нѣсколько ослаблено (правый abducens въ парезѣ).

Рефлексы съ conjunctiv'a и съ cornea, слѣва—имѣются, справа,—при даже очень грубыхъ раздраженiяхъ, не удается вызвать рефлексовъ съ cornea, съ задней стѣнки глотки рефлексъ не вызывается. Въ правой половинѣ лица и головы, разнымъ образомъ въ правой половинѣ языка и слизистой щекъ и десенъ,—области распространенiя n—vi trigemini,—чувствительность рѣзко понижена къ уколу и къ прикосновенiю, гранича съ анестезiей. Къ чувству тепла и холода—нѣкоторое пониженіе на лицѣ, а на языкѣ—полная нечувствительность. Рѣзкій парезъ праваго facialis'a периферическаго типа: при наморщиванiи лба правая половина остается гладкой, при закрыванiи глазъ—правый глазъ вполне не закрывается, остается значительная щель (lagophthalmus), при открыванiи рта—онъ шире открывается слѣва, справа губы сходятся. при оскальванiи зубовъ, ротъ рѣзко перетягивается влѣво, при ѣдѣ пища попадаетъ между щекой и зубами. Больной жалуется, что слышитъ постоянный шумъ въ правомъ ухѣ, свистъ и гулъ; при закрытомъ лѣвомъ ухѣ онъ не слышитъ громкаго голоса. Изслѣдованiе камертономъ показало, что глухота справа—центрального происхожденiя (опытъ Rinne и Weber'a), какихъ либо измѣненiй въ барабанной перепонкѣ и наружномъ слуховомъ проходѣ—не обнаружено. Со стороны vestibularis'a: nistagmus —горизонтальный при взглядѣ вправо и влѣво, рѣзче при взглядѣ влѣво; сильное головокруженіе: предметы кажутся кружащимися вокругъ, больше справа надлѣво. Вкусъ съ правой стороны рѣзко пониженъ во всемъ ощущенiямъ. съ лѣвой—нормаленъ. Мягкое небо и uvula особыхъ отклоненiй отъ нормы не представляетъ: глотаніе и фонаціа—нормальны.

Ларингоскопическое изслѣдованіе показало, что голосовыя связки нормальны; языкъ не уклоняется въ сторону при высосываніи впередъ, движется во всѣ стороны, не атрофиченъ, не дрожитъ. Пульсъ около 120. Съ психической стороны больной ориентированъ, но значительно подавленъ, на вопросы отвѣчаетъ правильно, но очень быстро утомляется 26 го ноября больной переведенъ въ нервную Клинику и 27 ноября въ его исторіи отмѣчено слѣд.: больной подавленъ, лежитъ на правомъ боку, если посадить, его голова также отклонена вправо—затылкомъ къ плечу. Жалуется на головную боль (больше справа и сзади), которая усиливается при движеніяхъ, боль отдаетъ въ шею и между лопатками; не позволяетъ двигать своей головой, давленіе на позвоночникъ—болѣзненно, тошнить, шумъ сильный дующій—въ правомъ ухѣ. Жалуется на движеніе въ глазахъ, при чемъ предметы кажутся стоящими рядомъ; лобъ и подбородокъ—терпуть; головокруженіе—особенно при движеніи, рѣзкая ассиметрія: безъ помощи рукъ подняться не можетъ, сидя на кровати не сохраняетъ равновѣсія и туловище падаетъ назадъ и вправо; стоять и ходить не можетъ, рѣзко падаетъ вправо; въ правой рукѣ такая же атаксія, какъ и при первомъ изслѣдованіи, равно и въ ногѣ; рѣзкій адіадоховивезъ; явственный *nistagmus*: колебаніе—чаще при взглядѣ влѣво, при взглядѣ вправо—*nistagmus* рѣже, крупнѣе, небольшой парезъ зора вправо, также правый *abducens* нѣсколько слабѣе. Состояніе праваго *facialis*'а измѣнилось за это время: парезъ сглазился, при движеніи лбомъ разнища мало замѣтна, но при закрываніи глазъ и при оскалываніи зубовъ—выступаетъ слабость праваго *facialis*'а, чаще мигаетъ лѣвымъ глазомъ.

Въ области *n-vi trigemini*—2 ая его вѣтка даетъ легкое пониженіе чувствительности, 1-ая и 3-ья обваруживаютъ явственную гиперестезію; конъюнктивальный и корнеальный рефлексъ справа отсутствуютъ. Больному назначенъ аспиринъ, уротропинъ и мушка, поставленная за правое ухо.

Пульсъ 106. t° 36,9.

29 ноября. Самочувствіе лучше; въ области 1-ой и 3-ей вѣтокъ *n-vi trigemini* появилась ясная гиперестезія къ уху, то же и на слизистой щекъ; чувствительность въ области 2-ой вѣтки—нормальна; временами рвота. Боли въ головѣ—въ затылкѣ, отдають въ шею и между лопатками, легкая ригид-

вость затылка, лицо и языкъ справа рѣзко терпнуть, рѣзкій шумъ въ правомъ ухѣ, попережнему глухота, правая половина лица едва слабѣе лѣвой; можетъ сидѣть, но при ходьбѣ валится попережнему. Корнеальный рефлексъ справа — отсутствуетъ, рѣзкій адиадохокивезъ и атаксія въ правой рукѣ. Исслѣдованіе отокалориметромъ *Barany*: при вливаніи воды въ правое ухо уже при 30 кубикахъ получается рѣзкій nistagmus влѣво, падаетъ вправо, правой рукой попадаетъ съ ошибкой вправо (наружи) сантиметровъ на 10, лѣвой — попадаетъ правильно. При вливаніи въ лѣвое ухо, nistagmus появляется только при 150 кубикахъ, не падаетъ, правой рукой попадаетъ чуть вправо, лѣвой рукой — вѣрно. Пульсъ 100.

1-ое декабря. Тошнота и рвота; пульсъ 96. Общая слабость; сильная головная боль; лицо терпнеть справа. Сдѣлана субнаральная пункция: жидкость вытекала подъ огромнымъ давленіемъ, сильной струей; давленіе не падало до конца, хотя было добыто около 50 кубиковъ; жидкость — прозрачна, безцвѣтна, стерильна, замѣтнаго плеоцитоза нѣтъ, число лимфоцитовъ чуть превосходить норму: до 10 въ кубическ. сантим. въ счетной камерѣ *Fuchs-Rosenthal*'а, бѣлокъ — 0,5 на 1000; реакція *Nonne* даетъ легкую опалесценцію, *Wassermann* изъ cerebro-спинальной жидкости отрицательный, также изъ крови.

2 декабря. Самочувствіе значительно лучше; пульсъ 88, рвота — рѣже, лицо терпнеть гораздо меньше, осталась гиперестезія только въ области подбородка и на языкѣ, который терпнеть; шумъ въ ухѣ нѣсколько меньше, двоенія нѣтъ.

4 декабря. Тошноты и рвоты нѣтъ; можетъ лежать на правомъ и на лѣвомъ боку; головная боль — меньше, ригидности нѣтъ, но жалуется на боли въ позвоночникѣ, между лопатками и ниже, головокруженіе уменьшилось; ходитъ, хотя сильно покачивается вправо; едва замѣтная слабость праваго *facialis*'а: замѣтно лишь при оскалываніи зубовъ и при закрываніи глазъ. Корнеальный рефлексъ на правомъ глазу, хотя и слабый, появился, *abducens* — въ нормѣ, вкусъ — норма.

6 декабря. Рвоты и тошноты нѣтъ. Самочувствіе удовлетворительное, пульсъ 90, головныя боли меньше, немного слышитъ на правое ухо, иногда жалуется на непріятныя ощущенія въ языкѣ справа и въ деснахъ.



7 декабря. Появились явления раздраженія праваго *facialis'a*: въ области нижняго вѣка, верхяго, у уголъ рта появились короткія подергиванія, частыя, молниеносныя, на-  
поминающія фибриллярныя; въ остальномъ — безъ измѣненія.

8 декабря. Мелкія подергиванія въ правой щекѣ и въ губахъ усилились, носятъ ясно характеръ фибриллярныхъ. Въ то же время правая глазная щель сузилась, глазъ кажется прищуриваемъ; при активныхъ движеніяхъ этотъ правый глазъ закрывается слабѣ лѣваго. Слышать гораздо лучше, ходитъ хорошо, иногда покачивается слегка вправо; головныя боли исчезли; въ правой половинѣ лица — непріятныя ощущенія. Атаксія въ правой рукѣ и ногѣ почти исчезла, разницы въ силѣ справа и слѣва не наблюдается, слабый корнеальный рефлексъ есть.

10 декабря. Явно выражено тоническое напряженіе мышцъ лица справа: правый глазъ полузакрытъ, ротъ и все лицо вѣсколько перетянуто вправо, носъ искривленъ вправо, на лбу измѣненій нѣтъ. На фонѣ этихъ напряженныхъ мышцъ все время происходятъ фибриллярныя дрожанія, особенно сильныя — на щекахъ, около губъ, на вѣкахъ, рѣже они замѣтны на лбу, контрактура эта и дрожаніе не исчезаютъ и во время сна. При активныхъ движеніяхъ правая половина лица явственно слабѣ лѣвой. Въ остальномъ измѣненій нѣтъ.

12 декабря. Напряженіе правой половины лица еще усилилось, глазъ почти закрытъ, лицо рѣзко перекошено вправо, непрерывныя мелкія подергиванія — характера фибриллярнаго. Въ остальномъ гораздо лучше. Ходитъ хорошо, адіадохокинеза въ рукѣ нѣтъ, атаксія прошла безслѣдно, корнеальный рефлексъ вѣсколько живѣе, но попрежнему жалуются на парезы на слизистой щекъ и языка; иногда — шумъ въ ухѣ, головная боль.

15 декабря. Легкая головная боль, пульсъ 80, слышать хорошо, но иногда шумъ въ ухѣ; терпкость на языкѣ и на деснахъ. Правая половина лица въ рѣзкомъ тоническомъ напряженіи — гемиспазмъ; попрежнему развитыя фибриллярныя дрожанія, во лбу — слабѣ. При активныхъ движеніяхъ правая половина лица замѣтно слабѣ правой, особенно мышцы губъ и глаза; правая половина лба не отличается отъ лѣвой по силѣ. Чувствительность лица — нормальна, корнеальный рефлексъ справа вѣсколько ослабленъ, *nistagmus* очень слабъ,

слабость abducens а исчезла безслѣдно, на двоенія или какія-либо разстройства зрѣнія не жалуются. Свѣтоощущеніе, поле зрѣнія—норма. При офтальмоскопическомъ изслѣдованіи на двѣ глаза никакихъ отступленій отъ нормы не обнаружено.

19 декабря. Слѣвана пункция: жидкость вытекала подъ небольшимъ давленіемъ, взято 10 кубиковъ, количество бѣлка въ жидкости не увеличено, лейкоцитоза нѣтъ. Состояніе—безъ переменъ.

22 декабря. Общее состояніе весьма удовлетворительно. Пульсъ 80. Изрѣдка жалобы на головную боль и небольшой шумъ въ правомъ ухѣ. Едва замѣченный nistagmus, корнеальный рефлексъ попрежнему нѣсколько слабѣе. Чувствительность лица нормальна, но на языкѣ и во рту иногда неприятныя ощущенія. Тоническое напряженіе лица справа—меньше, лицо, благодаря этому, симметричнѣе, ротъ—менѣе перетянутъ, глазъ—менѣе закрытъ. Фибриллярныя дрожанія выражены гораздо слабѣе. Активная сила въ правой половинѣ лица больше прежняго, но нѣкоторая асимметрия лица при оскаливаніи зубовъ имѣется въ пользу лѣвой половины.

Электродиагностика обнаружила слѣд.: на фарадическій токъ—пониженіе возбудимости справа при раздраженіи съ перва: катушки сближаются на 7 ст. справа, а слѣва достаточно разстоянія 9; справа сокращеніе вялое. При раздраженіи гальваническимъ токомъ извращенія формулы не найдено, во точно также нѣкоторое пониженіе возбудимости: справа 4 тр., слѣва—2 тр. Сокращенія вялыя.

28 декабря. Фибриллярное дрожаніе выражено очень слабо. Тоническое напряженіе лица также значительно уменьшилось.

6 января. Нѣкоторая общая слабость. Слышитъ хорошо. Въ остальномъ—безъ измѣненія.

15 января. Чувствуетъ себя очень хорошо. Иногда беспокоятъ неприятныя ощущенія въ языкѣ и въ деснахъ справа. Корнеальный рефлексъ справа все таки нѣсколько слабѣе лѣваго. Nistagmus исчезъ. Въ лицѣ изрѣдка замѣтны справа фибриллярныя дрожанія, чаще—около губъ. Тоническое напряженіе лица исчезло, но правая половина едва замѣтно слабѣе (при оскаливаніи зубовъ).

22 января. Фибриллярныя дрожанія въ лицѣ исчезли. Въ спокойномъ положеніи лицо симметрично, при оскаливаніи

зубовъ чуть намѣчена ассиметрія; nistagmus'a нѣтъ, корнеальный рефлексъ справа отличается едва замѣтно отъ лѣваго. Въ остальномъ—все нормально; жалобъ нѣтъ.

24 января. Исслѣдованіе по *Barany*: при вливаніи въ правое ухо nistagmus влѣво при 120 кубикахъ, zeigefinger-versuch—правой рукой отелоніе внаружи, лѣвой—нѣсколько вправо. При вливаніи въ лѣвое ухо nistagmus вправо при 130 кубикахъ, zeigefinger-versuch—лѣвая рука—влѣво. Nistagmus'a нѣтъ, корнеальный рефлексъ справа едва замѣтно ослабленъ, слухъ—норма, шума въ ушахъ нѣтъ, застойныхъ сосвовъ нѣтъ; лицо симметрично, при оскаливаніи зубовъ правая сторона нѣсколько слабѣе.

Въ остальномъ—норма. Въ такомъ состояніи больной выписался изъ клиники, чувствуя себя вполне здоровымъ и трудоспособнымъ. И въ настоящее время никакихъ слѣдовъ прежняго заболѣванія не наблюдается.

При первомъ осмотрѣ больного крайне затруднительно было рѣшить, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Тяжелое общее состояніе, рѣзкая головная боль, рвота—позволяли думать о какой-нибудь тяжелой инфекціи или интоксикаціи, однако ни со стороны внутреннихъ органовъ, ни со стороны т<sup>0</sup> нельзя было найти подтвержденія этому. Наоборотъ—приходилось придать больше значенія явленіямъ со стороны центральной нервной системы, въ видѣ пораженія базальныхъ нервовъ правой стороны и мозжечковыхъ явленій. Головные боли и рвота были, очевидно, также мозговыми симптомами. Съ какимъ же пораженіемъ центральной нервной системы мы имѣли дѣло?

Если бы пришлось сдѣлать выводъ на основаніи перваго исслѣдованія больного и считаться лишь съ тѣмъ, что было найдено, не зная ни исторіи развитія его заболѣванія, ни дальнѣйшаго теченія его, то пришлось бы волсбаться между нѣсколькими заболѣваніями. Кровоизліяніе въ правую половину моста, энцефалитическое гнѣздо въ этой области, внутримостная опухоль, опухоль правой задней черепной ямы,

внутриоболочковое кровоизлияніе въ этой области, специфически-сифилитическій процессъ въ оболочкахъ основанія мозга, ограниченный гнойный или тbc. менингитъ этой области, наконецъ—остро развившійся серозный менингитъ,—вотъ съ какими возможностями мы могли имѣть дѣло.

Имѣя анамнезъ нашего больного, мы могли уже нѣсколько сузить поле нашихъ догадокъ: мы узнали, что заболѣваніе развилось въ теченіе нѣсколькихъ дней, постепенно нарастая, что ему предшествовало инфекціонное заболѣваніе въ видѣ ангины, что передъ тѣмъ больной былъ совершенно здоровъ и вполне работоспособенъ, въ частности—не страдалъ головными болями или нагноеніемъ въ ухѣ. Въ свѣтъ этого анамнеза дѣлалось невѣроятнымъ предположеніе о кровоизліаніи въ мость (постепенное развитіе), объ опухоли задней черепной ямы или моста (развитіе заболѣванія въ теченіи всего лишь вѣсколькихъ дней). Энцефалитъ—кровоизліаніе въ оболочки, гнойные и сифилитическіе менингиты, а равно серозный—вотъ что оставалось для распознаванія. Инфекція въ видѣ ангины, предшествовавшая настоящему заболѣванію, и развитіе его въ теченіе нѣсколькихъ дней одинаково допускали и менингіальный процессъ и энцефалитическій; кровоизліаніе въ оболочки казалось мало вѣроятнымъ, ввиду отсутствія этиологическаго момента въ видѣ травмы и ввиду медленнаго, сравнительно, развитія. Произведенная затѣмъ въ клиникѣ пункция и изслѣдованіе добытой спинальной жидкости дало еще опорный пунктъ для діагноза. Можно было рѣшительно исключать кровоизліаніе въ оболочки—въ жидкости не было ни кровяныхъ шариковъ, ни кровяного пигмента; возможность сифилитическаго процесса также отпадала: отсутствіе лимфоцитоза, отрицательная реакція *Nonne* и *Wassermann*'а говорили противъ нея; нельзя было также думать о гнойномъ менингитѣ, въ виду стерильности жидкости и отсутствія въ ней гнойныхъ шариковъ. Постепенное развитіе заболѣванія, наличность явленій повышеннаго внутричерепнаго давленія

(головная боль, жидкость при пункции вытекала под огромным давлением) говорили против энцефалитического гнѣзда въ мосту. Кроме того въ нашемъ случаѣ такъ же рѣзко выступали явленія раздраженія, какъ и угнетенія (парестезія въ лицѣ, шумъ въ ухѣ, спазмъ лица). Равнымъ образомъ и теченіе болѣзни заставило исключить предположеніе о наличности такового страданія; энцефалитическое гнѣздо, давшее въ данномъ случаѣ поражение n-vi trigemini, abducentis, acustici et facialis, рѣзкія мозжечковыя явленія, должны были отразиться и на пирамидныхъ и чувствительныхъ путяхъ и пройти почти безслѣдно, какъ въ нашемъ случаѣ, не могли. Благопріятное теченіе болѣзни заставило окончательно отбросить мысль объ опухоли задней черепной ямы или моста, если такая могла быть допущена, несмотря на не обычное для опухоли быстрое развитіе. Опухоли могутъ давать ремиссіи и даже значительныя, но не столь полное исчезновеніе всѣхъ симптомовъ.

Итакъ, на основаніи симптоматологіи, исключается возможность опухоли и энцефалита: въ условія развитія болѣзни, и картина ея, и теченіе—рѣшительно говорятъ за то, что мы имѣемъ дѣло съ такъ наз. серознымъ менингитомъ. Что касается этиологіи, то инфекціонныя заболѣванія являются очень часто, какъ уже упомянуто, вызывающимъ моментомъ для развитія серозного менингита. Въ нашемъ случаѣ этиологическимъ моментомъ является ангина; эта послѣдняя рѣдко приводится въ качествѣ причиннаго момента при серозномъ менингитѣ (*Eulenburg*).

*Siemerling*<sup>40</sup>) недавно (*Deut. med. W.* № 47. 1913) приводитъ случай серозного менингита послѣ ангины и подчеркиваетъ чрезвычайную рѣдкость этой этиологіи. Что касается теченія клинической картины, то она позволяла, съ большою вѣроятностью, поставить діагнозъ серозного менингита и до выясненія благопріятнаго теченія болѣзни. Мы имѣли остро развившуюся картину повышеннаго внутрочерепного

давленія, въ видѣ головной боли, рвоты, головокруженія, рѣзко повышеннаго давленія спинно-мозговой жидкости съ явленіями нерѣзкаго лимфоцитоза или повышеннаго количества бѣлка въ ней, безъ примѣси крови. На фонѣ этихъ общихъ явленій вырисовываются съ самаго начала рѣзкаго мѣстныхъ явленій со стороны головныхъ нервовъ, въ видѣ явленій выпаденія или раздраженія. Эти симптомы—шумъ въ правомъ ухѣ, центральная глухота справа, парезъ правой половины лица, а потомъ раздраженіе въ его области, слабость праваго *abducens'a*, явленія раздраженія праваго *vestibularis'a* (*nistagmus*, головокруженіе, самопроизвольное уклоненіе вправо рукою при пощипаніи пальцемъ, результаты изслѣдованія по *Barany*, указавшіе на раздраженіе праваго *vestibularis'a* и выравниваніе отклоненія руки при раздраженія лѣваго *vestibularis'a*), явленія со стороны праваго *n-vi trigemini*, въ видѣ арефлексіи, парестезіи, гипо-а потомъ гиперестезіи; рѣзко выраженныя мозжечковыя явленія, рѣзкая атаксія правой руки и ноги, рѣзкая асинергія: адидоховинезъ правой руки, шатаніе при ходѣбѣ, уклоненіе и паденіе вправо, наклонность лежать на правой сторонѣ, насильственное положеніе головы, склоненной вправо. Этотъ симптомокомплексъ говоритъ за пораженіе правой задней черепной ямы, въ частности праваго угла.

Итакъ, какой-то процессъ, повышающій общее давленіе, даетъ рѣзко выраженныя и несомнѣнныя мѣстныя явленія. Быстрота развитія и теченіе, (какъ я уже говорилъ), заставили—рѣшительно исключить *tumor*. Благопріятное теченіе болѣзни, улучшеніе послѣ первой же пункции говорятъ за серозный менингитъ. Въ пользу же наличности здѣсь серознаго менингита говорятъ и нѣкоторыя явленія раздраженія со стороны оболочекъ: нѣкоторая ригидность затылка, наблюдавшаяся первые дни, нѣкоторая болѣзненность черепа при постукиваніи справа, боли въ шеѣ и въ спияѣ—между лопатками и ниже, эти послѣднія наблюдались не разъ при серозныхъ

менингитахъ (Oppenheim, Grabs, Vincent); *Oppenheim* придаетъ имъ особенное значеніе при распознаваніи серозного менингита отъ tumora. То обстоятельство, что въ нашемъ случаѣ мѣстные симптомы были рѣзко ограничены, стойки и постоянны во все время теченія болѣзненнаго процесса, такъ что общія явленія исчезли раньше чѣмъ мѣстныя (слабость лица, nistagmus—оставались до послѣднихъ дней) позволяетъ намъ думать, что мы имѣемъ дѣло съ той именно формой серозного менингита, при которой имѣется экссудация не столько въ желудочки, сколько въ оболочки мозга и при томъ она ограничена, можетъ быть инкапсулирована и локализуется въ области праваго мозжечково-мостнаго угла. Отъ синдрома *Barany* она отличается большей распространенностью пораженія; ее можно сблизить съ тѣми случаями, которые описывались, какъ meningitis cystica или meningitis serosa externa circumscripta задней ямы, которые при хроническомъ теченіи совершенно симулировали опухоль и распознавались лишь на операціи; отличается она отъ этой формы лишь своимъ развитіемъ—быстрымъ, теченіемъ—острымъ, а не хроническимъ и исходомъ—благопріятнымъ, безъ оперативнаго вмѣшательства. Локализуется этотъ процессъ, съ наибольшей вѣроятностью, въ цистернахъ задней ямы: цистерна ceterbe llo medullaris, acustico facialis et trigemini.

И позволю себѣ еще остановиться на нѣкоторыхъ деталяхъ въ симптоматологіи нашего случая, представляющихъ, какъ мнѣ кажется, интересъ. Въ исторіи болѣзни было указано, что у больного была рѣзкая арефлексія. Обращаю вниманіе на этотъ фактъ, какъ на чрезвычайно рѣдкій въ симптоматологіи серознаго менингита. *Oppenheim* <sup>11)</sup> въ своей работѣ: Beiträge z. Diagn. der Tumor cerebri указываетъ, что этотъ симптомъ наблюдался имъ лишь при опухоляхъ и никогда при серозномъ менингитѣ—гидроцефалусѣ. Въ послѣднемъ изданіи своего руководства (1257) онъ повторяетъ то же, но указываетъ, что *Finkelburg* нашель арефлексію при сероз-

помъ менингитѣ. Однако, наличность арефлекси въ нашемъ случаѣ не говорятъ въ пользу опухоли и противъ нашего диагноза. При томъ толкованіи, которое намъ дано въ нашемъ случаѣ, она понятна и вполне гармонируетъ со всей картиной болѣзни. Напомню, что и въ случаяхъ ограниченного серознаго менингита, дававшихъ картину опухоли задней ямы, не разъ отмѣчали отсутствіе рефлекса съ *oculæ* (нашъ случай). Это обстоятельство еще разъ сближаетъ нашъ случай съ послѣднимъ.

Еще одно обстоятельство задержитъ наше вниманіе: „*sprache facial.*“

Изъ исторіи болѣзни видно, что глубокой парезъ праваго *facialis*'а скорѣ сдѣлался менѣе рѣзко выраженнымъ, но затѣмъ на фонѣ его появились фебрилярныя дрожанія и постепенно развившееся тоническое напряженіе правой половины лица. Это напряженіе увеличивалось, въ скоромъ времени лицо перекосило вправо, правый глазъ почти закрылся, ротъ, носъ и подбородокъ перетянуты вправо; на фонѣ этой контрактуры все время наблюдались медвія фебрилярныя непрерывныя подергиванія; особенно сильно были они выражены около угловъ рта, подбородка, у угла глаза, менѣе рѣзко-на лбу; мягкое небо и пилитизма были нормальны. Въ спокойномъ состояніи лицо было перетянуто вправо, при активныхъ же движеніяхъ превалировала лѣвая сторона, а правая обнаруживала свой парезъ. Электродиагностика обнаружила пониженіе возбудимости справа на фарадической токъ, сокращенія казались болѣе вялыми, нѣсколько червеобразными, тоже и на гальванической токъ. На прилагаемыхъ двухъ снимкахъ виденъ спазмъ правой половины лица въ спокойномъ состояніи и парезъ его при активномъ движеніи, (къ сожалѣнію снимки сдѣланы нѣсколько поздно, когда процессъ уже сгладился). Затѣмъ, постепенно и контрактура, и парезъ пошли на убыль, контрактура исчезла скорѣй, а парезъ остался дольше. Итакъ, мы имѣемъ дѣло съ контрактурой въ облас-



ти праваго *facialis'a*, развившейся одновременно почти съ его парезомъ, съ тѣмъ, что франц. авторы называютъ „*hemispasme facial.*“

*Brissaud* <sup>41)</sup> видѣлялъ „*spasme facial*“ изъ группы тиковъ и отдѣлялъ его органическій характеръ.

Это результатъ раздраженія на пути *n-vi facialis*—его ядра или ствола; онъ не зависитъ отъ психики.

Далѣе *Meige* <sup>42)</sup> указалъ на нѣкоторыя особенности этого спазма. Онъ проявляется или отдѣльными приступами или болѣе стойко. Приступъ начинается мелкимъ дрожаніемъ, которое, усиливаясь, переходитъ въ тоническое напряженіе. *Vabinsky* подчеркиваетъ, что при спазмѣ, въ отличіе отъ тиза, образуется перетягиваніе носа, складки на подбородкѣ (были и въ нашемъ случаѣ). При процессахъ въ мозгу въ области ядра *n-vi facialis* наблюдался такого рода спазмъ лица; *Brissaud—Sicard* (*Presse medicale* 1908) описали *spasme facial* при *hemiplegia alternans*. *Tic convulsiv* наблюдалъ я *Oppenheim* при гнѣздѣ въ мосту (1834). Для насъ интересны особенно указанія на появленія этого симптома при пораженіяхъ на основаніи мозга. Говоря о контрактурѣ при параличѣ *facialis'a*, *Oppenheim* говоритъ: „чрезвычайно необычно постепенно и одновременное развитіе пареза и контрактуры я наблюдалъ это лишь при центральныхъ страданіяхъ и при опухоляхъ, сдавливающихъ нервъ.“ *Henschen* <sup>43)</sup> въ своей большой монографіи „*Die geschwülste d. hinteren Schädelgrube*“, приводитъ интересные наблюденія на этотъ счетъ. Онъ наблюдалъ при опухоляхъ *n-vi acustici* на сторонѣ пораженія фабрилярныя дрожанія въ области правой глазной щели (наблюденіе X), мелкія подергиванія въ углу рта (IX), легкій спазмъ лица, при чемъ глазная щель сужена (III), то же, но слабѣе, онъ видѣлъ еще разъ (VIII случай).

Другой авторъ *Jumensie*, <sup>44)</sup> также разрабатывающій вопросъ объ опухоляхъ мозжечково-мостнаго угла, говоритъ: „въ нѣкоторыхъ случаяхъ, сопровождая парезъ или независи-

мо отъ него, отмѣчается *spasme facial*, особенно около рта и у *orbicularis oculi*, эти спазмы часто распространяются только на часть области *n-vi facialis*“. Онъ лично наблюдалъ, развившійся на фонѣ легкаго пареза, двусторонній спазмъ *facialis*'а, особенно рѣзко выраженный въ верхней вѣтви: спазмодическое закрытіе глазъ. Въ этомъ же случаѣ онъ наблюдалъ пониженіе электровозбудимости нерва на сторонѣ опухоли (V).

*Hoffmann* <sup>45)</sup> описалъ случай гемиспазма лица при опухоли задней черепной ямы. Безъ предшествующей слабости появились судорожныя сокращенія въ области праваго глаза, тонического характера; дліяся нѣсколько минутъ, они распространились на всю область *n-vi facialis* и приняли характеръ непрерывнаго тонического спазма съ участіемъ и *m-li platysmatis*. На этихъ сокращенныхъ мышцахъ лица иногда замѣчались небольшія червеобразныя движенія, мѣстами фибриллярныя дрожанія; одновременно съ контрактурой развился парезъ лица. При электрическомъ изслѣдованіи реакціи извращенія не обнаружено, но найдено своеобразное измѣненіе возбудимости—сокращенія носятъ характеръ тоническитетаническихъ, получается нейро-миотоническая реакція.

Въ случаѣ *Brissaud* обнаружена гліосаркома, въ случаѣ *Schultze*—аневризма *art. basillaris*.

Въ настоящее время подъ нашимъ наблюденіемъ въ клиникѣ находится больная съ картиной опухоли задней черепной ямы. У нея время отъ времени наступаетъ тоническая судорога въ области праваго *n-vi facialis*, дліящаяся отъ 3—10 минутъ.

У больной закрывается глазъ (правый), носъ и ротъ перетягиваются вправо, затѣмъ все это затихаетъ. Правый *facialis* въ легкомъ парезѣ, периферического типа. Объяснить это можно лишь раздраженіемъ ствола личнаго нерва на основаніи мозга.

Здѣсь же можно упомянуть еще о наблюдавшейся д-ромъ Лазаревымъ повышенной иннервации въ части области n-vi *facialis* (на лбу) при опухоли въ задней черепной ямѣ.

Несомнѣнно и нашъ случай относится къ этой группѣ. Контрактура развилась вскорѣ послѣ появленія слабости; она носила тоническій характеръ, на фонѣ ея рѣзко выдѣлялись фибриллярныя дрожанія. Эти фибриллярныя дрожанія въ нашемъ случаѣ выражены очень рѣзко, они сразу бросаются въ глаза, въ то время, какъ въ другихъ описаніяхъ мы находимъ лишь мимолетное на нихъ указаніе. Это придаетъ нашему наблюденію особый интересъ, а равно и то, что этотъ гемиспазмъ наблюдался не при туморѣ, какъ это бывало до сихъ поръ, а при серозномъ менингитѣ.

Насколько мнѣ извѣстно, при послѣднемъ онъ не былъ до сихъ поръ описанъ. (Если не считать въ случаѣ *Oppenheim's*<sup>11)</sup> „блефароклонусъ“\*) Вотъ почему я и остановился подробно на его описаніи.

Въ заключеніе считаю приятнымъ долгомъ выразить мою глубокую благодарность глубокоуважаемому профессору *М. Н. Данинскому* за предоставленіе мнѣ случая и за цѣнныя указанія а также д-ру *Е. Д. Городецкой* за помощь при изслѣдованіи больного.

---

## Л и т е р а т у р а .

- 1) Quinke. Über Meningitis serosa. Sammlung klin. Vorträge 1893.
- 2) Eichhorst. Handbuch d. inneren Krankheiten.
- 3) Babinsky. cit no Quinke.
- 4) Hutinel. Des méningites à pneumocoques et des symptômes méningitiques dans les pneumonies. Semaine med. 1892.
- 5) Sorgente. Sur l'étiologie des trois cas d'hydrocephalic chronique cit. no Marinesco. См. 22.
- 6) Pffhl и Walter. D. med. Woch. 1896. 6.
- 7) Boden. Zeitschr. f. prakt. Aerzte 1899. 8.
- 8) Hutinel et Roger Voisin. Maladies des méninges. Nouveau traité de médecine.
- 9) Riebold. Über seröse Meningitis. D. med. Woch. 1906. № 46.
- 10) Oppenheim. Lehrbuch d. Nervenkrankch. 6 Aufl. 1913.
- 11) Oppenheim. Beiträge z. Diagnostik d. Tumor cerebri u. d. Meningitis serosa. Monatsschrift f. Ps. u Neurol. Bd. XVIII 1906.
- 12) Mylius. Über d. Stauungspapille bei Meningitis serosa. In. Diss. Rostock. 1911.
- 13) Grabs. Die Meningitis serosa acuta. In. Diss. Leipzig 1911.

- 14) Pnblio Ciuffini. Réacutisation de l'hydrocéphalie interne congénitale avec symptômes bulbaires. Nouvelle Iconogr. de la Salpêtr. 1913. № 3.
- 15) Cl. Vincent. De quelques causes d'erreur dans le diagnostic des syndromes d'hypertension intracrânienne. Revue Neurol. 1911. № 4. 209.
- 16) Henri Claude et A. Baudouin. Un cas de pseudotumeur cérébrale. Valeur des signes dits: „de localisation“. Revue Neurol. 1911. № 2. 122.
- 17) Goldstein. Meningitis serosa unter d. Bilde hypophysärer Erkrankung.—Arch. f. Psych. Bd. 47. 1910. p. 126.
- 18) Sarbo. Über einen operierten Fall von Leptomeningitis chronica circumscripta d. Centralregion. D. med. W. 1910. № 1,
- 19) Bouchut et Bouget. Une variété rare de kiste intra—crânien. Revue de med. 1912. № 1. 61.
- 20) I. Muskens. Encephalomeningitis serosa, ihre klinischen Formen u. ihre Indicationen. D. Zeitschr. f. Nerv. heilk. Bd. 39. 421.
- 13) Quincke. Zur Pathologie d. Meningen. D. Zeit. f. Nerv. heil. Bd. 36. 40. 78.
- 22) Marin esco et Goldstein. Deux cas de pseudo cérébrale: méningite séreuse et hydrocéphalie acquise. Nouv. Iconogr. de la Salp. XXV. 1912. 47.
- 23) Finkelnburg u. Eschbaum. Zur Kenntniss d. sogne. „Pseudotumor cerebri mit anatom. Befund. D. Zeit. f. Nerv. heil. Bd. 38. s. 35.
- 24) Levi. Zur Kenntniss d. primären Hydrocephalus u. d. Meningitis serosa. In. Diss. Königsberg. 1896.
- 25) Boenninghays. Die Meningitis serosa acuta. Wiesbaden. 1897.

- 26) Münzer. Kasuistische Beitr. z. Lehre von. d. akuten u. chronischen Hirnentzündung. Prager med. Woch. 1899. № 46
- 27) Fr. Schultzl. Die Krankheiten d. Hirnhäute u. d. Hydroceph.
- 28) Becklinghausen. Verhandlungen d. Kongresses f. innere Medicin. Bd. V.
- 29) Raimond et Claude. La méningite séreuse circonscrite de la corticalité cérébrale. La semaine médicale 1909. № 49. 587.
- 30) Schlesinger. Beitr. zur Kenntniss d. Rückenmarks u. Wirbeltumoren. Jena 1898.
- 31) Bruns. Berlin. klin. Woch. 1908.
- 32) Krause. Zur Kenntniss d. Meningitis serosa spinalis. Berl. klin. Woch. 1906. № 28.
- 33) Placzek u Krause, Zur Kenntniss d. umschriebenen Arachnitis adhaesiva cerebialis. Berl. klin. Woch. 1907. № 29.
- 34) Oppenheim u. Borchardt. Zur Meningitis chronica serosa circumscripta (cystica d. Gehirns). D. med. Woch. 1910. № 2. s. 27.
- 35) Bing. Die Meningitis cystica serosa d. hinteren Schädelgrube. Med. klin. 1911. № 6.
- 36) Hildebrand. Beitr. f. Chirurgie d. hinteren Schädelgr. auf Grund von 51 Operationen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 100. Heft 3.
- 37) Wendel. Über Meningitis serosa circumscripta cerebialis Arch. f. klin. Chir. Bd. 99. s. 466.
- 38) Barany Verein f. Psych. u. Neurol. in Wien. Sitz. 13 Juni 1911. Wien. klin. Wochenschr. 1911. № 32. 1173.
- 38) Barany. Fünfte Jahresversamml. Deutsch. Ner. Ärzte 1911. 2-e Sitz. D. Zeit. f. Nerv.-heilk. Bd. 43. s. 357.

- 40) Siemerling. Meningitis nach folliculärer Angina. D. med. Woch. 1913. № 47.
- 41) Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses 1894 1895.
- 42) Meige. Les convulsions de la face. Revue Neurolog 1910. № 12 437.
- 43) F. Henschen. Die Geschwülste d. hinteren Schädelgrubl 1910.
- 44) Jumentie. Les tumeurs de l'angle ponto—cérébelleux (Etude anatomopathologique et clinique).
- 45) Hoffmann. Direkte neuro-myotonische und paradoxe galvanische Reaktion in einem Falle von Hemispasmus facialis (Kleinhirn—Brückenvinkeltumor) D. Zeitschr. f. Nerv-heilk. Bd. 38. s 137.
- 46) Lasarew. Über eine Störung der Innervation des N. facialis bei Geschwülsten der hinteren Schädelgrube. Neurol. Centralblatt. 1904. № 1.