

Изъ первой клиники Московскаго Университета (директоръ  
проф. В. А. Муратовъ).

## «Къ казуистикѣ акромегальнаго гигантизма».

Д-ра А. А. Капустина.

Возможность сочетанія акромегалии и гигантизма въ настоящее время можно считать установленной; такъ, *Massalongo* въ 1892 г., *Dana* въ 1893 г., позднѣе *Brissaud* и *Meige Waads Hutchinson* довольно опредѣленно указали на взаимоотношеніе акромегалии и гигантизма. *M. Sternberg* считаетъ, что почти въ 40% случаевъ гигантизма были явленія акромегалии; тѣмъ не менѣе на нѣкоторыхъ деталяхъ въ этой области и по сіе время мало останавливались, напр. на наследственно—семейномъ характерѣ заболѣванія (ср. 2 случая *Bonardi* и *Schwoner'a*).

Наличность наследственно - семейнаго характера заболѣванія, а равно и нѣкоторыя другія частности, напр., теченіе и развитіе заболѣванія, наблюдавшіяся въ нашемъ случаѣ, даютъ намъ извѣстное основаніе опубликовать свое наблюденіе.

Большая Л. крестьянка, происходитъ изъ зажиточной крестьянской семьи. Поступила съ жалобой на общую слабость, апатію и сердцебиеніе.

*Наслѣдственность.* Отецъ больной былъ „крупный человекъ“. Ростомъ онъ былъ съ нашу большую; имѣлъ круп-

ныя черты лица, большія руки и ноги. Отличался очень большою силой, напр., былъ въ состояніи поднимать 5—6 пудовъ. Злоупотреблялъ алкоголемъ. Умеръ 60 лѣтъ отъ неизвѣстной причины.

Мать больной, въ противоположность отцу, была слабаго здоровья. У нея было шесть дочерей; двое изъ нихъ умерли въ младенческомъ возрастѣ. Ростомъ она была немного ниже нашей больной. Вина не пила. Умерла 40 лѣтъ отъ простуды.

Двѣ сестры больной замужемъ, имѣютъ дѣтей, пользуются хорошими здоровьемъ. Ростомъ онѣ ниже больной; однако, довольно полныя.

Третья сестра больной очень похожа также на нее. Ей 30 лѣтъ, ростомъ она лишь немного ниже больной; имѣетъ крупныя черты лица, а также большія руки и ноги. Она — незамужняя; вина не пьетъ, занимается крестьянскими работами.

*Анамнез больной.* Больная была первымъ ребенкомъ въ семьѣ.

Въ дѣтскомъ возрастѣ никакихъ заболѣваній не припоминаетъ: тѣмъ не менѣе опредѣленно указывать, что она всегда была рослымъ ребенкомъ.

15 лѣтъ начались менструаціи съ небольшими болями, непродолжительныя, правильныя. 17 лѣтъ больная вышла замужъ. Имѣла всего 3 дѣтей. Послѣ родовъ болѣла недолго. Мертворожденныхъ и выкидышей не было. Изъ ея дѣтей двое умерли въ младенческомъ возрастѣ отъ коклюша. Третій же ребенокъ живъ и по настоящее время.

Сыну больной 27 лѣтъ; онъ женатъ уже 7 лѣтъ; дѣтей не имѣетъ онъ всегда также былъ крупнымъ ребенкомъ, и теперь его на деревнѣ прозвали „рукастымъ“; всегда былъ высокаго роста; между прочимъ, онъ покупалъ рукавицы самаго большого размѣра; обувь также носилъ и носить очень большихъ размѣровъ, напр. валопы носилъ № 15. Къ 25 годамъ онъ еще замѣтнѣе выросъ, а руки и ноги стали столь

большими, что онъ обувь долженъ былъ уже заказывать, т. е. продажная обувь ему стала тѣсна, какъ тѣсенъ и № 15 каша.

Послѣ 25 лѣтъ больная начала потѣть; здоровье у нея было хорошее, работала много и выполняла тяжелую физическую работу; могла поднимать 4—5 пудовъ.

Когда больной было 40 лѣтъ, то у нея въ теченіе 2-хъ недѣль сильно болѣла спина. Въ это время она замѣтила небольшую опухоль, мягкую на-ощупь въ переднемъ проходѣ; „при натуживаніи“ она не опускалась и вообще не мѣшала больной работать; только моча стала идти медленнѣе.

Два года тому назадъ у больной была „ломота“ въ ногахъ; подлѣчилась камфарнымъ спиртомъ и припарками конопли; стало легче.

1½ года назадъ у больной появились припадки сердцебиенія со рвотой и позывомъ на стулъ; въ это время у нея темнѣло въ глазахъ и начинался сильный шумъ въ ушахъ; конечности холодѣли, и въ пальцахъ рукъ и ногъ появлялось чувство онѣмѣнія, а по всему тѣлу какъ бы „ползали муравьи“. Такіе припадки длились около часу и иногда немного больше; больная въ это время принуждена была ложиться въ постель. Больная обратилась къ врачу, который нашель у нея будто бы ожирѣніе—сердца и запретилъ ей пить квасъ, ѣсть черныи хлѣбъ и ужинать. Больная послѣдовала совѣту врача и стала замѣтно худѣть. Убавилась въ вѣсѣ, по словамъ мужа больной, за годъ на полтора пуда.

Полгода назадъ у больной появились запоры, не слабило по 4—5 дней; стулъ имѣла только со слабительнымъ. Послѣ Пасхи 1913 г. у больной прекратились менструація; во время послѣднихъ регулъ больная теряла много крови.

Съ мужемъ и сыномъ больная раньше жила хорошо, безъ ссоръ; вина не пила; характеръ прежде имѣла ровный, хоро-

шаго здоровья; вѣсъ больной въ теченіи многихъ лѣтъ былъ около 7 пудовъ.

Мужу больной—54 года. Вина овъ не пьетъ. Венерическихъ заболѣваній у него не было. Всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ. Последнее время сталъ немного нервнымъ, отчасти изъ-за недомоганія своей жены, частью изъ-за своихъ хозяйственныхъ непріятностей.

*Настоящее заболѣваніе.* Больная всегда была крупной женщиной; въ дѣтствѣ также была рослымъ, крѣпкимъ ребенкомъ (см. выше). Приходилось всегда для нея выбирать большого размѣра обувь и рукавицы.

Лишь за послѣдніе годы обружающіе и сама больная стали замѣчать „непомѣрное“ увеличеніе рукъ и ногъ. Больная замѣтила, что обувь, которую она носила до того времени, стала ей узка и мала. Обручальное кольцо она должна была перемѣнять со средняго пальца и носить на безымянномъ. Временами у больной стала появляться общая слабость, чаще болѣла голова и появился шумъ въ ушахъ.

Иногда у больной бывали приступы „нѣмоты“ (по словамъ мужа больной), которые обычно совпадали съ вышеописанными припадками сердцебіенія, но иногда случались и безъ сердцебіенія. Обыкновенно, передъ этими приступами больная была чѣмъ-нибудь взволнована. Во время приступа больная или бормотала что-то непонятное или совсѣмъ не могла выговорить ни одного слова. Сознаніе въ это время не омрачалось; судорогъ не было; мочи не упускала; обружающихъ она узнавала и даже понимала ихъ разговоръ. Послѣ такихъ приступовъ „нѣмоты“ у больной развивалась большая слабость; больная вынуждена была долгое время оставаться въ постели.

Мужъ больной отмѣчаетъ, что за послѣдніе годы довольно явственно измѣнился и характеръ больной. Уживчивая, спокойная и „работающая“ раньше, больная сдѣлалась

раздражительной, стала часто ссориться съ невѣсткой изъ-за пустяковъ; иной разъ больная безъ всякой видимой причины плакала.

Ко всему обружающему, въ общемъ, стала относиться довольно равнодушнo; работа у нея „валилась изъ рукъ“, какъ указываетъ мужъ больной; больная подолгу стала спать, засыпая какъ днемъ, такъ и ночью; тѣмъ не менѣе ослабленія умственныхъ способностей обружающіе у больной не замѣчали.

*Status praesens.* Положеніе больной активнос. Сознаніе не затемненное.

Кожа драбла, тепла на-ощупь, не суха.

Отмѣчается пигментация кожи подъ мышками, въ нижней части живота и на внутреннихъ поверхностяхъ бедеръ. Слизистыя оболочки нормально окрашены. На кожѣ шейной области есть нѣсколько маленькихъ опухолей, сидящихъ на ножкахъ; встрѣчаются онѣ и на внутренней сторонѣ лѣваго бедра (т. н. molluscum pendulum).

Подкожный жировой слой сильно развитъ, образуя складки на спинѣ и на животѣ, безболѣзненъ при ощупываніи.

Волосы довольно густы. Щитовидная и вилочковая железа не увеличены, скорѣе атрофичны. Подъязычныя, подчелюстныя и подълюничныя железы увеличены. На голенахъ небольшія варикозныя расширенія. Во всѣхъ суставахъ, какъ крупныхъ, такъ и мелкихъ слышится постоянный хрустъ. Періоститовъ нигдѣ не наблюдается.

Больная высокаго роста, широка въ плечахъ, стоитъ нѣсколько согнувшись. Черепъ больной соотвѣтствуетъ ея росту и сложенію (размѣры см. ниже). Лицо немного одугловато, надбровныя дуги слегка увеличены; лицо въ нижней части представляется расширеннымъ, послѣднее стоитъ въ связи съ большимъ развитіемъ челюсти; нижняя челюсть велика; подбородокъ выдается впередъ и обусловливаетъ собой прогнатизмъ лица.

Зубы мелкіе; вслѣдствіе развитія нижней челюсти нижніе зубы не совсѣмъ совпадаютъ съ верхними при закрытіи рта.

Носъ представляется широкимъ, толстымъ.

Скуловые восты выдаются.

Губы утолщены, особенно нижняя.

Туловище массивно. Объемъ плечевого сустава, а также и мускулатуры плечевого пояса представляется похудѣвшими по сравненію съ предплечіями и востями. Грудная влѣтва расширена къ низу, бочкообразной формы. Грудная кость массивна, увеличена въ поперечномъ размѣрѣ, въ spatium interjugulare проходятъ три пальца.

Отмѣчается ясно выраженный кифосколиозъ въ грудной части позвоночника. Позвоночникъ подвиженъ во всѣ стороны, безболѣзненъ при поколачиваніи. При ощупываніи остистыхъ отростковъ ничего ненормальнаго не наблюдается.

Лопатки широко отстоятъ отъ средней линіи.

*Измѣреніе больной дало слѣдующіе результаты.*

Голова.

- 1) Горизонтальная окружность головы=58 сантим.
- 2) Передне задній максимумъ=27.
- 3) Височный максимумъ=35.

Лицо.

- 1) Длина лица (отъ волосистой части до подбородка)=22.
- 2) Высота нижней челюсти=5.
- 3) Ширина метарбитная=4.
- 4) Разстояніе отъ угла нижней челюсти до подбородка= $13\frac{1}{2}$ .
- 5) Ширина носа=7.
- 6) Длина носа=6

Шея и грудь.

- 1) Окружность шеи=39.
- 2) Окружность груди на уровнѣ сосковъ= $101\frac{1}{2}$  см.

## Верхняя конечность.

- 1) Расстояние отъ *pr. acromion* до *epicondylus* = 34 d  
(справа) и 34 s. (слѣва).
- 2) Обружность плеча въ серединѣ = 32 d. и 32s.
- 3) Отъ *epicondyl. humeri* до *proc. styl. radii* = 28d. и 28s.
- 4) Наибольшая обружность предплечія 24d и 24s.
- 5) Длина кисти (отъ лучезапястного до пястно-фаланго-  
вого сочлененія) = 11 d. и 10 s.
- 6) Обружность пястья (около голов. пястн. кол.) = 23 d.  
и 21 s.
- 7) Длина большого пальца руки = 7 d. и 7 s.
- 8) Обружность большого пальца (около фаланг. сочл.) =  
7 1/2 d. и 7 1/2 s.
- 9) Длина указательнаго пальца = 10 d. и 10 s.
- 10) Длина средняго пальца = 11 d. и 10 2/4 s.
- 11) Длина мизинца = 8 d. и 7 s.

## Нижняя Конечности.

- 1) Расстояние отъ *trochanter* таза до колѣна (вер. вр.  
*patella*) = 46 d. и 45 s.
- 2) Обружаетъ бедра на серединѣ (на 15 см. выше *patel-  
la*) = 51 d. 51 s.
- 3) Расстояние отъ *condyl. ext. femoris* до *mall. extern.*  
(нижній край) = 43 d. и 41 s.
- 4) Обружность голени (ниже *patella* на 15 см.) = 39 d.  
и 37 1/2 s.
- 5) Длина стопы = 28 d. и 26 1/2 s.
- 6) Ширина стопы (головки плюсн. костей) = 12 1/2 d.  
и 12 1/2 s.
- 7) Обружность стопы (головки плюсн. костей) = 27 d  
и 27 s
- 8) Длина большого пальца стопы = 7 d. и 7 s.
- 9) Обружность большого пальца стопы (фал. сочл.) = 11 d.  
и 10 1/2 s.

Вѣсъ тѣла больной 6 пудовъ

Ростъ больной 178 сантим.

Сверхъ того, на верхнихъ конечностяхъ можно отмѣтить значительную величину кистей въ сравненіи съ предплечьемъ и плечомъ. Какъ пястья, такъ и пальцы представляются широкими и толстыми, при чемъ послѣдняя фаланга не представляется рѣзко утолщенной. Ступни также большихъ размѣровъ. Большіе пальцы на ногахъ приняли неправильную влубневидную форму.

*Психика.*

У больной преобладаетъ тоскливое настроеніе; при обходахъ врача много спрашиваетъ о своей болѣзни; легко разстраивается и плачетъ часто по совершенно ничтожному поводу.

Больная очень апатична; ни о чемъ другомъ, какъ только о своемъ здоровьѣ не спрашиваетъ; малообщительна, угрюма; спитъ до 13 час. въ сутки.

Память и соображеніе не разстроены. Галлюцинаціи и бреда не наблюдалось. Больная неграмотна.

*Черепные нервы.*

I). Обоняніе сохранено.

II). Цвѣтоощущеніе правильное. Зрѣніе ослаблено.

Visus o. d.=0, 8.

Visus o. s.=0, 7.

Поле зрѣнія=Hemianopsia bitemporalis.

Исслѣдованіе глазного дна указало на застойные соски съ об. сторонъ.

III, IV и VI). Движенія глазныхъ яблокъ совершаются въ полномъ объемѣ въ разныхъ направленіяхъ. Лѣвое вѣко по сравненію съ правымъ немного опущено. Реакція зрачковъ на свѣтъ прямая и содружественная вяловаты; на конвергенцію реакція живая.

V). Жевательныя мышцы функционируютъ удовлетворительно; чувствительность на лицѣ сохранена.



VII) Мимика большой немного вялая. Надуваетъ щеки и закрываетъ глаза хорошо. Немного сглажены поперечныя и продольныя складки на лѣвой половинѣ дба.

VIII) Костно воздушная проводимость сохранена съ об. сторонъ, постоянный шумъ въ ушахъ.

IX) Вкусъ — сохраненъ.

X) При глотаніи большая иногда поперхивается. Небная занавѣска напрягается удовлетворительно и симметрично съ обѣихъ сторонъ.

XI) См. двиг. сферу.

VII) Языкъ длинный, широкій, толстый. При высовываніи слегка отклоняется вправо; движенія языка свободны.

*Двигательная сфера.*

Мышцы дряблы; однако, параличей, мышечныхъ атрофій нигдѣ не отмѣчается. Движенія конечностей, позвоночника, какъ активныя, такъ и пассивныя, совершаются съ достаточной силой и въ полномъ объемѣ; мышечной тонусъ не измѣненъ.

Pressio manus d. = 24.

Pressio manus s. = 22.

Дрожанія въ конечностяхъ, фабрилярныхъ и фасцикулярныхъ подергиваній не наблюдается.

Координація движеній не разстроена.

Симптома Ромберга нѣтъ. Походка больной медленная, вялая.

Рѣчь правильная.

*Чувствительность.*

Субъективно: нѣмбііе въ пальцахъ рукъ и ногъ и ощущеніе ползанія мурашекъ.

Объективно: всѣ виды чувствительности сохранены. Мышечное чувство не разстроено. Нервные стволы не болѣзнены при давленія на нихъ.

*Рефлексы.*

Кожные: брюшные рефлексы не вызываются изъ-за дряблости живота; Подошвенные живые.

Со слизистыхъ: корнеальный, конъюнктивальный и глоточный получаются.

Сухожильные: съ *m. biceps, triceps, quadriceps tendo Achillis* повышены на об. сторонахъ; равно, какъ и съ *m. masseter*.

Клонусовъ стопъ, чашекъ и симптома Бабинскаго не получается.

Отмѣчается ясно выраженный дермографизмъ.

*Внутренніе органы.*

Органы кровообращенія: сердце—верхняя граница въ третьемъ межреберьѣ; правая его граница на парастернальной линіи; лѣвая—заходитъ на 2 пальца за лѣвую сосковую линію. Верхушечный толчокъ не прощупывается.

Тоны сердца чисты съ небольшимъ акцентомъ на 2-мъ тонѣ аорты. Пульсація сонныхъ артерій. Сосуды жестковаты.

Пульсъ=80 хорошаго наполненія правильный по ритму.

*Органы дыханія.*

При перкуссіи коробочный звукъ, а при аускультациі везикулярное дыханіе.

*Органы пищеваренія.*

Аппетитъ средній. Языкъ обложенъ. Частая отрыжка воздухомъ. Постоянные запоры. Толстая кишка вздута во всѣхъ своихъ отдѣлахъ и болѣзненна къ давленію.

Печень увеличена, выступаетъ изъ-подъ края реберъ на палецъ, болѣзненна и плотна на ощупь.

Селезенка не увеличена.

*Органы мочеполовые.*

При ощупываніи—область почекъ болѣзненна къ давленію.

Моча: уд. вѣсъ=1,01, кислой реакціи.

Бѣлокъ есть, до 0,9% по Essbach'у сахара нѣтъ.

Въ осадкѣ наблюдаются аморфные ураты, кристаллы мочевой кислоты, кислыя фосфорно-кислыя соли, клѣтки моче-

вого пузыря. Встрѣчаются одиночные цилиндры: зернистые, эпителиальные, галиновые. Суточное количество мочи колеблется отъ 1000 до 1700 куб. сантиметровъ.

Моченспусканіе—нормальное.

*Climacterium.*

Гинекологическое изслѣдованіе произвести не удалось изъ за отказа больной.

Больной былъ сдѣланъ рентгеновскій снимокъ черепа, на которомъ было констатировано слѣдующее: 1) *sella turcica* замѣтно увеличена въ передне-заднемъ размѣрѣ, 2) неравномѣрность въ толщинѣ черепныхъ костей, 3) увеличеніе размѣровъ лобныхъ пазухъ.

*Леченіе и теченіе.*

Были назначены общія свѣтвыя ванны черезъ день, до 40° С; сдѣлано 10 ваннъ. Внутрь *Natr. iodatum* (3% sol.), 3 стол. ложки въ день. Примѣнялись общія водяныя ванны 28°.

Больная пробыла въ клиникѣ 1 мѣсяць; наступило лишь нѣкоторое субъективное улучшеніе въ смыслѣ самочувствія; но сонливое апатичное состояніе б-ой осталось въ прежнемъ видѣ; органъ зрѣнія въ прежнемъ состояніи. Отъ оперативнаго пособія, удаленія опухоли придатка, больная категорически отказалась.

Такимъ образомъ у нашей больной отмѣчается слѣдующее: 1) наследственно семейный характеръ заболѣванія, 2) усиленный ростъ больной въ дѣтствѣ, 3) позднее развитіе симптомовъ акромегаліи, 4) наличность симптомовъ гигантизма и акромегаліи, 5) застойный сосокъ на об. глазахъ, 6) *Hemianopsia bitemporalis*, 7) увеличеніе углубленія турецкаго сѣдла.

Прежде всего, остановимся на явленіяхъ гигантизма нашей больной.

Изъ анамнеза больной намъ извѣстно уже, что больная въ дѣтствѣ была рослымъ ребенкомъ; въ періодъ возмужа-

лости она достигла очень большого роста; однако, „непомѣрное“ увеличеніе рукъ и ногъ у нея произошло лишь за послѣдніе годы.

На фотографическихъ снимкахъ больной, доставленныхъ ей мужемъ, видно, что въ первые годы своего замужества это была высокаго роста женщина, довольно пропорціально сложенная, ея лицо на этихъ снимкахъ не поражаетъ ни увеличеніемъ носа и губъ; руки, правда, большія, но вполнѣ гармонирующія съ ея большой фигурой.

Измѣреніе же больной въ настоящее время показываетъ, что увеличеніе конечностей у нея произошло, какъ въ отношеніи длины, такъ и въ отношеніи толщины, сравнивая напр. длину и окружность большого пальца на ступняхъ и рукахъ; именно: длина большого пальца ступни справа на 7 сант., а окружность 11; длина большого пальца руки справа 7 сант. окружность его  $7\frac{1}{2}$  сант.; бросается въ глаза и несимметричность увеличенія на об. половинахъ тѣла въ тѣхъ же отдѣлахъ, т. е., длина мизинца справа 8 сант. а слѣва 7, а длина стопы справа 28, а слѣва 26,  $\frac{1}{2}$  хотя опознавательные пункты брались тѣ же самые для об. сторонъ; то же несоотвѣтствіе наблюдается и въ величинѣ объема конечностей (см. выше).

Да и самый ростъ больной равный 178 сантиметрамъ, при окружности груди въ  $101\frac{1}{2}$  сант. при вѣсѣ въ 6 пудовъ послѣ похуданія на  $1\frac{1}{2}$  пудъ довольно характерны.

Такимъ образомъ, мы видимъ, что въ нашемъ случаѣ имѣется увеличеніе размѣровъ всего тѣла и, судя по прежнимъ фотографіямъ больной, отдѣльныя части тѣла больной имѣли раньше приблизительно нормальное взаимное отношеніе; б-ая представляла собой случай гигантизма; но изслѣдованія больной въ настоящій моментъ показало, что всѣ явленія у нашей больной не укладываются и приходится признать, что въ явленіямъ гигантизма у больной присоединились впоследствии

и симптомы акромегалии. Къ симптоматологіи акромегалии позволительно отнести слѣдующее: прогнатизмъ, macroglossia, увеличенный во всѣхъ діаметрахъ носъ, кифо сколиозъ въ грудной части позвоночника, замѣтное утолщеніе периферія конечностей, неравномѣрную толщину черепныхъ костей (ср. проф. Л. Даркшевича т. 3. в. 2). Словомъ получается картина комбинированнаго заболѣванія, когда часть симптомовъ приходится отнести къ гигантизму больной, другую часть къ акромегалии, или, короче говоря, наша больная представляетъ собой смѣшанную форму случай акромегальнаго гигантизма.

Относительно же другихъ симптомовъ, которые наблюдаются у больной, какъ то общая слабость, сонливость, подавленное настроеніе, то приходится сказать, что ихъ отнести къ симптоматологіи какъ гигантизма, и акромегалии (ср. проф. Н. Попова, вѣднич. левц.); въ нашемъ же случаѣ всего вѣроятнѣе отнести ихъ появленіе къ развитію акромегалии, т. к. судя по анамнезу они развились въ сравнительно недавнее время.

*M. Sternberg, Meige* и *Brissaud, Launois Roy*, проф. *H. Поповъ* придерживаются того взгляда, что между гигантизмомъ и акромегалией существуетъ довольно близкое сродство.

*M. Sternberg* говоритъ, что почти 40 % всѣхъ гигантовъ являются въ тоже время и акромегаликами и ссылается на случай гигантизма, къ которому лишь впоследствии присоединилась акромегалия.

*Meige* считаетъ, что почти половина всѣхъ гигантовъ были и акромегаликами, при чемъ "акромегалия никогда не предшествуетъ гигантизму, но въ половинѣ случаевъ слѣдуетъ за нимъ" (цит. по проф. Попову); на той же точкѣ зрѣнія о послѣдованномъ заболѣваніи акромегалией гигантовъ стоитъ *Feindel*, также и *Souques*,— послѣдній говоритъ, что гигантизмъ и акромегалия представляютъ изъ себя послѣдовательныя заболѣванія". Совсѣмъ недавно въ статьѣ объ акромегалии

*André Leri* высказался по этому поводу слѣдующимъ образомъ: „никогда акромегалия не дѣлается впоследствии гигантомъ“.

Мы видимъ, что возможность сочетанія гигантизма и акромегалия признается многими авторами и при томъ именно въ той послѣдовательности, какъ указываютъ *Meige, Souques, Léri, Sternberg*.

Перейдемъ къ патогенезу акромегального гигантиза.

Напомнимъ, что у б-ой застойный сосокъ съ об. сторонъ и *Hemianopsia bitemporalis*. Отсюда ясно, что у б-ой имѣется повышеніе внутрисрепного давленія при явленіяхъ общемозговыхъ симптомовъ, въ родѣ головной боли, шума въ ухахъ, тошнота и т. п. *Hemianopsia bitemporalis* указываетъ на пораженіе хіазмы и изъ рентгенограммы б-ой мы знаемъ, что имѣется значительное расширеніе *sellae turcicae*, все это вмѣстѣ взятое даетъ намъ основаніе признать у б-ой опухоль мозгового придатка.

Остается коснуться вопроса о томъ, что же лежитъ въ основѣ болѣзни нашей б-ой—опухоль мозгового придатка или еще какой-нибудь процессъ.

*Biedl* говорить, что „слѣданныя изслѣдованія надъ патогенезомъ приводятъ къ выводу, что при гигантскомъ ростѣ мы имѣемъ передъ собою послѣдствія гиперпитуитаризма, усиленной дѣятельности передней доли гипофиза, который при акромегальной формѣ является первичной причиной ненормального роста тѣла“. Съ другой стороны не менѣе извѣстно, что не всегда опухоль мозгового придатка, даже воспроизведя структуру эпителиальной части *hypophysia's* вызываетъ аномалии въ развитіи индивида.

Такъ *O. Sandri* описалъ (ср. нашъ реф. въ жур. Корсакова за 1910 г.) случай съ аутопсией *strumae adenomatosae* мозгового придатка безъ акромегальныхъ проявленій, хотя у б-ой и были симптомы мозговой опухоли—головная боль, атрофія зрительн. нервовъ и т. п.

Особенностью этого случая была патологическая совлливость б-ой, б-ая по цѣлымъ недѣлямъ находилась въ состояніи полуспа и „со времени поступления въ клинику неподвижно лежала въ постели, погруженная въ сонъ, отъ котораго просыпалась лишь для удовлетворенія нуждъ растительной жизни. Болѣзнь б-ой тянулась 8 лѣтъ.

Въ виду всего этого, быть можетъ, будетъ болѣе правильнымъ отнести акромегалию и гигантизмъ въ группу полигландулярныхъ заболѣваній, когда гипертрофія мозгового придатка является вторичной, какъ слѣдствіе первичнаго заболѣванія другихъ железъ съ внутренней секреціей, и только при этихъ условіяхъ, несмотря на наличность образованія аденомае придатка, могутъ развиваться гигантизмъ и акромегалия.

Въ этомъ смыслѣ опыты *Bernard Aschner'a*, *Rlase* и *Vogs* съ большою убѣдительною доказали извѣстное функциональное соотношеніе, м. б., даже антагонизмъ между мозговымъ придаткомъ и другими секретарными железами, напр. головной железой и т. д.

У нашей б-ой наличность опухоли мозгового придатка и явленій акромегальнаго гигантизма даютъ извѣстное основаніе поставить ихъ во взаимную причинную связь, не предѣлая вопроса объ участіи другихъ железъ внутренней секреціи; а если припомнить наследственно—семейный характеръ заболѣванія въ нашемъ случаѣ, то къ предыдущему можно прибавить еще и то, что въ извѣстныхъ случаяхъ существуетъ какое-то наследственно—семейное предрасположеніе къ нарушенію гармоніи между железами внутренней секреціи въ определенномъ направленіи.

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи общая картина въ нашемъ случаѣ до такой степени характерна, что не представляется никакой надобности дифференцировать ни съ сирингомиелией, ни съ *osteo—arthrapathie hypertrophique pneumique*, а тѣмъ болѣе съ *osteitis deformans*.

Въ заключеніе приношу искреннюю благодарность глубо-  
боуважаемому профессору В. А. Муратову за разрѣшеніе  
описать данный случай.

### Изъ литературы.

- 1) *M. Sternberg*. Die akromegalie, Wien 1897.
- 2) Проф. *Л. О. Даркшевичъ*. Курсъ нервныхъ болѣзней, т. 3, вып. 2. Авромеголіа.
- 3) Проф. *Н. М. Поповъ*. Клиническія лекціи по нервнымъ болѣзнямъ.
- 4) *A. Souques*. Traité de Médecine, tome X; acromegalie gigantisme
- 5) *André Léri*. Handbuch der Neurologie M. Levandowsky Viertel Band. Akromégalie.
- 6) Проф. *Biedl*. Внутренняя секреція; т. 2, Заболѣванія гипофиза у человѣка.
- 7) *O. Sandri*. „Struma agenomatosa del ipofisi. Sono patologico assenza di manifestazioni acromegaliche“ изъ Rivista di Patologia nervata. 1909. Реферировано нами въ журналѣ. С. Корсакова за 1910 г. кн. 5 и 6.
- 8) Новые идеи въ медицинѣ. Внутренняя секреція 1914 г.