

Случай церебрального гуммозного менингита съ благопріятнымъ исходомъ ¹.

В. П. Первушина.

Минувшимъ лѣтомъ я имѣлъ возможность прослѣдить одинъ тяжелый и выраженный въ отношеніи клинической картины весьма рѣзко случай церебральнаго менингита на сифилитической почвѣ, который, благодаря своевременно и настойчиво проведеннымъ терапевтическимъ мѣропріятіямъ довольно быстро удалось довести до полного выздоровленія. Считаю не безинтереснымъ сообщеніе подобныхъ казуистическихъ наблюденій въ видахъ лучшаго упроченія нашихъ терапевтическихъ свѣдѣній въ данномъ отношеніи, я и предлагаю вниманію присутствующихъ приводимый ниже случай, ни мало не претендуя тѣмъ самымъ на введеніе какихъ-либо новыхъ научныхъ доктринъ.

25 іюня 1901 г. ко мнѣ обратился, ради консультаціи по предложенію одного изъ сифилидологовъ, молодой 28-и лѣтній субъектъ съ жалобами на сильнѣйшія головныя боли со рвотой, головокруженія, явленія сильнѣйшей общей слабости, полную невозможность заниматься своимъ дѣломъ.

Какъ семейный, такъ и личный анамнезъ говорили не въ пользу больного; больной принадлежалъ къ явно ненормальной—невропатической семьѣ: отецъ его былъ человѣкъ со странностями, очень нервный, вспыльчивый, не терпящій противорѣчій; мать, женщина въ общемъ здоровая и живущая по нынѣ, страдала сильными мигренями; старшій братъ—неудачникъ, имѣлъ прежде истерическіе припадки; одна изъ старшихъ сестеръ всегда была „нервная“, другая сестра была прежде въ высшей степени нервнымъ субъектомъ и временами обладала способностью ясновидѣнія (благо-

¹) Сообщено въ научномъ собраніи врачей Клиники нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета 10 ноября 1901 г.

даря любезности глубоковажаемаго проф. Л. О. Даркшевича, мы, врачи нервной клиники, имѣли возможность видѣть нѣсколько разъ эту особу и отъ нея самой слышать повѣствованіе о ея „странностяхъ“; благодаря гипнотерапіи, она поправилась и теперь не страдаетъ прежними навязчивыми идеями). Самъ больной въ возрастѣ съ 11 до 13 лѣтъ страдалъ сильными приступами мигрени въ видѣ односторонней головной боли, хотя и безъ рвоты; впрочемъ, нѣсколько разъ у него появлялась рвота по утрамъ въ то время, какъ больной вставалъ съ постели съ тяжелой головой. Въ возрастѣ 11—16 лѣтъ бывали довольно порядочныя головокруженія, изрѣдка сердцебіенія; нѣсколько разъ была „истерика“. Въ общемъ—развивался правильно; лѣтъ около 20 началъ употреблять спиртные напитки, но весьма умеренно, а въ послѣдніе годы пересталъ совершенно.

Лѣтъ 5 тому назадъ имѣлъ уретритъ, прошедшій безслѣдно. Весной 1897 г. заразился сифилисомъ: послѣ незначительной ссадины на penis'ѣ, которой не было придано надлежащаго значенія со стороны лечившаго врача, мѣсяца 2 спустя появились по тѣлу сыпь, развилась сильнѣйшая головная боль, безъ рвоты. Специалистомъ-сифилидологомъ въ Москвѣ былъ діагностированъ lues и назначено ртутное леченіе въ видѣ 40 впрыскиваній; по словамъ больного, уже послѣ 1-й инъекціи мучительная головная боль уменьшилась, послѣ 2-й почти прошла, послѣ 3-й исчезла совершенно. Кромѣ этихъ 40 впрыскиваній втеченіе лѣта и осени 1897 г., больному зимой было сдѣлано 36 втираній ртутной мази, черезъ $\frac{1}{2}$ года снова 36 втираній. Въ 1898 г. сдѣлалъ 40 inj. Hg. уже въ Казани, а въ 1900 г. повторилъ тоже самое (40 inj.) втеченіе іюня-іюля по поводу проявленія сифилиса—въ видѣ поверхностнаго и глубокаго узловатаго сифилида. Помимо ртути, принималъ и препараты іода.

Съ лѣта 1900 г., имѣя въ перспективѣ женитьбу, помимо отправленія служебныхъ обязанностей началъ давать еще уроки ради усиленія своихъ матеріальныхъ достатковъ, причемъ сталъ заниматься съ первыхъ же поръ усиленно и много, чтò составило рѣзкій контрастъ съ прежнимъ характеромъ времяпрепровожденія. Вскорѣ же подобная усиленная дѣятельность стала сказываться въ видѣ утомленія, нервозности, бессонницы, сильной раздражительности. Женитьба (въ ноябрѣ 1900 г.) причинила съ своей стороны много хлопотъ и отчасти непріятностей. Такъ шло всю зиму 1900—1901 г.г.; съ февраля 1901 г. началъ испытывать еще большее утомленіе, физическую слабость, которая усилилась подъ вліяніемъ недостаточнаго питанія (постная пища) втеченіе всего великаго поста. Подъ вліяніемъ указанныхъ обстоятельствъ и недостаточнаго отдыха въ состояніи больного произошла рѣзкая перемѣна: появилась сильная раздражительность, легкая возбудимость, страш-

ная вспыльчивость—до изступленія—минутами и часами; сдѣлался весьма перевознымъ, впечатлительнымъ, рѣзко реагируя на всякій пустякъ. Съ весны 1901 г. это первое состояніе, однако, начало улучшаться, уступая мѣсто болѣе покойному, ровному настроенію. Съ апрѣля мѣсяца начали обнаруживаться временами головныя боли, въ началѣ не особенно сильныя, въ области затылка и отчасти шеи сзади, а затѣмъ распространившіяся и на всю голову, съ большей интензивностью какъ будто въ правой ея половинѣ. Съ конца апрѣля головокруженія, опять же не постоянныя, а проявлявшіяся съ особенной силой при ходьбѣ, при перемѣнахъ положенія тѣла, въ виду чего невольно являлась боязнь упасть. 23 апрѣля больной былъ у специалиста невропатолога, который въ виду рѣзко выраженныхъ неврастеническихъ явленій посоветовалъ ему отдыхъ и предложилъ нѣкоторые фармацевтическіе препараты. Къ концу мая головная боль весьма усилилась, а въ началѣ іюня она была уже „страшная“, въ виду чего больной, кое какъ раздѣлавшись съ своими разнообразными занятіями, по совѣту того-же врача рѣшилъ взять отпускъ и ѣхать отдыхать и купаться. Однако, уѣхать ему не удалось, такъ какъ болѣзнь шла crescendo и притомъ весьма быстро. Вечеромъ 15 іюня послѣ сильной головной боли онъ почувствовалъ какъ бы рѣзкій ударъ въ голову, послѣ чего втеченіе 2 часовъ была сильнѣйшая рвота (призванный случайно врачъ ограничился назначеніемъ льда и Гофманскихъ капель), сильно ослабившая больного. Втеченіе слѣдующихъ двухъ дней немного оправился, 17-го же іюня вновь сильнѣйшая головная боль со рвотой. И вотъ у субъекта при постоянномъ чувствѣ тяжести въ головѣ, плохомъ самоощущеніи, общемъ недомоганіи, физической слабости, скверномъ настроеніи духа—начинаютъ появляться (слѣдовательно, съ 15 іюня) то ежедневно, то черезъ день-два приступы жестокой головной боли, невыносимой, втеченіе нѣсколькихъ часовъ подъ рядъ и въ сопровожденіи рвоты до 4—5 и болѣе разъ, наступающей черезъ 1—3 часа; послѣ рвоты—головная боль уменьшалась, приступъ стихалъ, но зато наступала почти полная прострація; затѣмъ больной понемногу оправлялся, начиналъ ѣсть, спать, день-два могъ выходить, а тамъ—новый еще болѣе тяжелый приступъ. Съ 20 іюня больной по совѣту другого невропатолога, заподозрившаго въ виду нѣкоторой типичности приступовъ тяжелую форму маляріи, началъ принимать хининъ, но безуспѣшно. Наконецъ, 25 іюня, дождавшись временнаго интервала, больной обратился къ сифилидологу, который и направилъ его ко мнѣ.

Я, слѣдовательно, получилъ больного подъ свое наблюденіе уже въ вполне развитомъ стадіи процесса, когда распознаваніе не представляло особаго труда и діагнозъ былъ несомнѣненъ.

При объективномъ изслѣдованіи получены были мною ²⁵/VI слѣдующія данныя: больной высокаго роста, хорошаго сложенія, но сильно исхудалый—по его словамъ за послѣдній мѣсяцъ; явленій рѣзкаго малокровія не замѣтно, хотя покровы и слизистыя оболочки блѣдноваты. Со стороны внутреннихъ органовъ грудной и брюшной полостей рѣзкихъ уклоненій не усматривается: перкуторныя границы ихъ не увеличены, печень и селезенка не прощупываются, тоны сердца чисты, но глуховаты, пульсъ до 80 въ 1', слабаго наполненія, неаритмиченъ. Животъ не болѣзненъ, желтухи нѣтъ; со стороны легкихъ также уклоненій не замѣтно.

Въ сферѣ нервной системы отмѣчается значительное общее ослабленіе произвольныхъ движеній конечностей и туловища, при отсутствіи параличныхъ явленій; небольшой *strabismus divergens sin.*, также какъ и легкое выпячиваніе глазъ, особенно лѣваго,—повидимому, явленія, свойственныя больному съ дѣтства. Координація движеній не разстроена, въ частности нѣтъ симптома *Romberg'a*. Легкій *tremor digitorum*; припадковъ, обмороковъ, судорогъ—нѣтъ (изрѣдка ночью *crampi mm. gastrocnem.*). Всѣ сухожильные рефлексy въ предѣлахъ нормы. Зрачки нѣсколько расширены, особенно правый, съ вялой свѣтовой реакціей. Со стороны тазовыхъ органовъ больной отмѣчаетъ лишь за послѣдніе мѣсяца 2 легкую задержку при мочеиспусканіи, и то не часто.—При общемъ похуданіи субъекта не бросается въ глаза болѣе похуданіе какихъ-либо мышечныхъ группъ или отдѣльныхъ мышцъ; костякъ безъ замѣтныхъ измѣненій, нѣтъ періоститовъ; черепъ при постукиваніи вообще болѣзненъ, но не чрезмерно, и при томъ довольно равномерно. Въ верхне-грудномъ отдѣлѣ позвоночникъ слегка выгнутъ кзади, что обуславливаетъ незначительную сутуловатость. На кожѣ праваго бедра замѣтны рубцы отъ поверхностно-узловатаго сифилида.

Общая чувствительность отъ нормы не уклоняется (имѣется слабое пониженіе болевого чувства на передней поверхности грудной кѣтки съ характеромъ корешковой анестезіи, по этому симптому, въ виду его слабой выраженности, я не склоненъ придавать серьезнаго значенія; быть можетъ, онъ явился въ качествѣ начального симптома *tabis dorsalis*, но онъ не относился къ преобладающему болѣзненному состоянію и не сопровождался другими признаками *tabes'a*). Уши здоровы, никогда не болѣли.—Въ мочѣ бѣлка не оказалось; полиурія и полидипсія нѣтъ. Наиболѣе характерныя измѣненія оказались со стороны зрительнаго аппарата, измѣненія, дѣлающія, какъ говорится, діагностику случая и вполне рѣшающія наше къ нему отношеніе. По любезно произведенному, по моей просьбѣ, изслѣдованію глубокоуважаемымъ профессоромъ Е. В.

Адамокомъ ¹⁾ ^{28/VI} выяснилось, что у „больного зрѣніе еще нормальное, но папиллы сильно гиперемированы—до степени неврита, имѣются даже небольшія кровоизліянія въ области лѣвой папиллы. Такъ какъ отека еще нѣтъ, то настаивать на присутствіи опухоли трудно; но небольшое новообразование, можетъ быть, гуммозное, тутъ возможно, или по крайней мѣрѣ воспалительныя измѣненія около хіазмы. Меркуріальное леченіе допустимо здѣсь свободно“.—Самъ больной, не жалующься на упадокъ зрѣнія, отмѣчалъ лишь по временамъ какъ бы потемнѣніе въ глазахъ.

Изъ субъективныхъ жалобъ больного обращаютъ на себя наибольшее вниманіе слѣдующія: сильная общая слабость, особенно въ періоды головныхъ болей послѣ рвоты; головокруженіе при переменѣхъ положенія тѣла и при ходбѣ; постоянная тяжесть въ головѣ, голова точно чѣмъ налита, и временами черезъ 1—2 дня рѣзкое обострѣніе болей, въ сопровожденіи тяжелой рвоты. Въ послѣдніе дни больному трудно ходить отъ слабости и головокруженія; сонъ въ отсутствіи головной боли хорошъ, но не вполне освѣжаетъ; аппетитъ порядочный, запоры; въ ногахъ нѣтъ ни болей, ни парестезій; иногда чувство покалыванія въ бокахъ—за послѣдніе дни; животъ не болитъ; отрыжка; изжоги нѣтъ; рвота лишь сопровождаетъ головную боль, безъ нея не бываетъ. Въ сферѣ психическихъ отправленій какихъ-либо замѣтныхъ уклоненій не констатируется.

Итакъ у 28-ти лѣтняго, крѣпкаго субъекта, происходившаго изъ невропатической семьи, съ приступами мигрени въ дѣтствѣ, получившаго сифилисъ на 25-мъ году и лечившаго его нѣсколько разъ ртутью,—съ осени 1900 г. въ связи съ усиленными умственными занятіями и неблагоприятными условіями развивается цѣлый рядъ тяжелыхъ неврастеническихъ припадковъ, нѣсколько ослабѣвшихъ къ веснѣ 1901 г., когда на смѣну ихъ начали выступать явленія общаго физическаго и умственнаго утомленія, а съ апрѣля мѣсяца—и церебральные симптомы: головная боль съ тяжелой мозговой рвотой, головокруженіе при переменѣхъ положенія тѣла и т. д.

Данный случай, въ томъ стадіи развитія, который только что описанъ, не представлялъ особенныхъ затрудненій для діагностики. Прежде всего довольно просто рѣшался вопросъ о томъ, что мѣс-

¹⁾ Пользуясь случаемъ, позволю себѣ выразить почтенному учителю глубокую признательность за детальное сообщеніе каждый разъ почти полнаго изслѣдованія глазъ съ пояснительными къ нему замѣчаніями, что съ одной стороны вводитъ въ курсъ данного случая, а съ другой—позволяетъ контролировать свои собственныя попытки, напр., при офтальмоскопированіи и, слѣд., способствуетъ нашему самообразованію.

тонахожденіемъ патологическаго процесса являлась черепная полость,—въ виду отсутствія какихъ-либо аномалій со стороны спинного мозга, периферическихъ нервовъ, а также и полостныхъ органовъ и въ виду именно церебральнаго характера всѣхъ симптомовъ. Также легко рѣшался вопросъ и о самой природѣ процесса—было очевидно, что здѣсь могла идти рѣчь только объ органическомъ пораженіи содержимаго черепной полости. Въ самомъ дѣлѣ, головная боль неврастеника никогда не даетъ такой тяжелой клинической картины, тамъ нѣтъ ужасныхъ приступовъ этой боли, доводящихъ человѣка до изступленія, до самозабвенія, до покушенія на самоубійство; тамъ нѣтъ столь тягостной рвоты и ужъ, конечно, не будетъ измѣненій со стороны глазного дна. Мигрень хотя и характеризуется часто весьма выраженной головной болью, большею частью односторонней, въ сопровожденіи рвоты, но до такихъ тягостныхъ проявленій, какъ въ описываемомъ случаѣ, дѣло не доходитъ или доходитъ тогда, когда сама мигрень является симптомомъ какого-либо органическаго заболѣванія въ черепной полости и въ этомъ отношеніи измѣненіе глазного дна говоритъ не за функціональное, а за органическое страданіе содержимаго черепной полости.

Изъ органическихъ заболѣваній въ данномъ случаѣ могла идти рѣчь или о новообразованіи, или о воспалительномъ процессѣ въ черепной полости, или о ихъ комбинаціи. Новообразованія въ данной области у молодыхъ субъектовъ не принадлежатъ къ числу исключительныхъ, рѣдкихъ явленій: тутъ наблюдаются новообразованія и пролифераціонныя, и инфекціонныя, согласно классификаціи этихъ формъ патологической анатоміей. Вопросъ о природѣ новообразованія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ далеко не праздный: имъ рѣшается характеръ терапевтическихъ мѣропріятій, на немъ основывается прогностика. Клиническая картина нашего случая вполне отвѣчала симптоматологіи *neoplasma cerebri*, а потому на первой очереди стоялъ вопросъ о самомъ характерѣ *tumoris*. Для пролифераціоннаго новообразованія не характерно столь быстрое развитіе болѣзненныхъ припадковъ, какое наблюдалось здѣсь, гдѣ весь процессъ втеченіе $1\frac{1}{2}$ —2 мѣсяцевъ дошелъ до асте; тамъ обыкновенно симптомы, хотя и неопредѣленные, хотя и не вполне ясные, указываютъ уже за нѣсколько мѣсяцевъ, а то и лѣтъ до рѣзкаго взрыва болѣзни на то, что въ полости черепа происходитъ что-то ненормальное: постороннему наблюдателю и даже близкимъ лицамъ кажется, что человѣкъ боленъ лишь нѣсколько дней или недѣль тяжелымъ недугомъ, выражающимся сильной головной болью, головокруженіемъ, рвотой, присоединяющейся сюда общей слабостью, иногда быстрымъ упадкомъ зрѣнія и т. д., но если поразспросить поподробнѣе самого

больного и лицъ, къ нему близкихъ, то оказывается, что недугъ уже довольно давно давалъ о себѣ знать, но, правда, въ болѣе слабой степени или даже въ иныхъ отношеніяхъ: оказывается, у больного давно уже имѣлись неопредѣленные головныя боли, порой ожесточающіяся, нерѣдко сопровождаясь позывами на тошноту или даже рвотой; бывали и головокруженія, и потемнѣніе въ глазахъ; замѣчалось ослабленіе зрѣнія, памяти, общая слабость, неопредѣленные припадки и т. д. Благодаря неопредѣленности жалобъ и порой отсутствію объективныхъ признаковъ, подобныя лица третируются вначалѣ и родными, и врачемъ какъ малокровныя, истерики, невротеники, тѣмъ болѣе, что дѣйствительно элементы указанныхъ состояній бываютъ по большей части на лицо, являясь слѣдствіемъ или спутникомъ совершающагося переворота въ дѣятельности головного мозга и затемняя такимъ образомъ основное страданіе. При усиленіи симптомовъ или появленіи новыхъ у врача возникаетъ предположеніе о заболѣваніи головного мозга, превращающееся въ увѣренность при наличности уже объективныхъ признаковъ. Нерѣдко бываетъ, что, видя больного съ рѣзкими явленіями мозговой опухоли при наличности *neuritis oedematosa* или даже *atrophia nn. opticorum post neuritidem oedematosa*, на вопросъ о давности заболѣванія получаешь отъ родныхъ отвѣтъ: нѣсколько дней, недѣль, 1—2 мѣсяца, что положительно не вяжется съ клинической картиной; при дальнѣйшемъ разспросѣ безъ труда убѣждаешься въ несравненно большей продолжительности болѣзненнаго состоянія, съ чѣмъ соглашаются далѣе и самъ больной, и его близкіе. Не могу не привести по этому поводу двухъ случаевъ изъ практики нашей клиники, какъ нельзя болѣе подтверждающихъ только что сказанное.

24 октября 1897 г. въ Казанскую нервную клинику обратилась молодая дѣвушка 19 лѣтъ, В., съ жалобами на то, что она почти совершенно ослѣпла втеченіе нѣсколькихъ дней сентября мѣсяца того же года, причемъ развитію амавроза предшествовала за 1—1½ недѣли сильнѣйшая головная боль со рвотой и судорожными явленіями, головокруженія, общій упадокъ силъ, безъ явленій лихорадки. Какъ сама больная, такъ и доставившія ее лица настойчиво указывали, что болѣзнь недавняя—не больше 1 мѣсяца, развилась въ нѣсколько дней (²³/ix—²/x), что до того В. была лишь малокровна, слабовата и „нервничала“; къ этому добавляли, что одинъ врачъ, осматривавшій больную втеченіе только что миновавшаго тяжелаго періода болѣзни (²⁶/ix), заподозрилъ здѣсь острое инфекціонное заболѣваніе съ характеромъ инфлюенцы, а другой врачъ, принимая (²⁹/ix) во вниманіе упадокъ зрѣнія втеченіе 3—4 дней и общую нервозность больной, діагностировалъ даже истерію, не произведя изслѣдованія глазъ. Въ клиникѣ былъ обнаруженъ съ несомнѣнностью *tumor cerebri* съ атрофіей зрительныхъ

нервовъ послѣ бывшаго отечнаго неврита (проф. Е. В. Адамюкъ), отъ чего и зависѣлъ амаврозъ; состояніе глазного дна—далеко зашедшій атрофическій процессъ въ зрительныхъ нервахъ, никоимъ образомъ не мирился съ сообщеннымъ анамнезомъ и, дѣйствительно, путемъ дальнѣйшаго разспроса пришлось убѣдиться, что головныя боли здѣсь существовали уже больше года, временами бывали головокруженія, потемнѣніе зрѣнія, нѣкоторое ослабленіе зрѣнія и т. д. (явленія „малокровія“ обнаружили еще съ 1895 г., послѣ инфлюенцы), а вмѣстѣ съ тѣмъ развивалась и усиливалась нервозность; признавая у больной истеро-неврастенію, мѣстный врачъ посоветовалъ ей перемѣнить образъ жизни, заняться дѣломъ, ѣхать на курсы, что она и выполнила, и вотъ по прїѣздѣ въ другой городъ и по поступленіи на курсы и разыгрался острый періодъ болѣзни, длившейся уже давно.

Второй случай относится къ замужней женщинѣ 26 л., А. С., обратившейся въ амбулаторію нервной клиники 7/ix 1901 съ жалобами на то, что за послѣдніе 3 мѣсяца, послѣ удара, нанесеннаго ей въ голову коровой, у нея стали появляться головныя боли и упадокъ зрѣнія, немного спустя,—сильная рвота, періодами, а недѣли 3 назадъ тому она почти совсѣмъ ослѣпла, бывали въ тоже время и какіе-то припадки.—При объективномъ изслѣдованіи оказался *peritis oedematosa* обоихъ глазъ (д-ръ А. Г. Агабабовъ), общее ослабленіе произвольныхъ движеній, повышеніе кожныхъ рефлексовъ, а тактическая (мозжечковая) походка, локалізація головной боли по преимуществу въ затылкѣ, въ силу чего амбулаторно былъ діагностированъ *tumor cerebelli*; 9/ix больная поступила въ клинику, гдѣ спустя 3 часа скончалась при явленіяхъ тяжелыхъ мозговыхъ припадковъ. При аутопсіи была обнаружена небольшихъ размѣровъ *sarcoma* въ верхней части праваго полушарія мозжечка, при разспросѣ же родныхъ, болѣе тщательномъ, выяснилось, что начало заболѣванія слѣдовало относить къ гораздо болѣе давнему времени: головныя боли и явленія общей слабости здѣсь начались уже болѣе 8 мѣсяцевъ тому назадъ и т. д.

Въ анамнезѣ нашего больного имѣлись явныя указанія въ пользу того, что патологическій процессъ, по поводу котораго онъ обратился ко мнѣ 25/vi, имѣлъ давность не болѣе 2—2½ мѣсяцевъ, именно, съ апрѣля мѣсяца, когда впервые появились незначительныя головныя боли; интенсивное ухудшеніе послѣдовало лишь съ начала іюня, а полное развитіе картины—съ 15 іюня. Подобное быстрое теченіе не свойственно пролифераціонному новообразованію черепной полости, гдѣ симптомы нарастаютъ медленнѣе и лишь острый взрывъ уже имѣющей болѣзни, заканчивая дѣло, симулируетъ острое теченіе процесса. Далѣе, картинѣ пролифераціоннаго

новообразования въ описываемомъ стадіи соотвѣтствовалъ бы отечный невритъ зрительнаго нерва, здѣсь же былъ *neuritis simplex*, говорящій скорѣе за воспалительный процессъ въ полости черепа.

Въ силу сказаннаго, всякая мысль о существованіи пролиферационнаго новообразования въ данномъ случаѣ не выдерживала критики.

Изъ инфекціонныхъ новообразованій приходилось имѣть въ виду, какъ наиболѣе частыя, туберкулезное или сифилитическое пораженіе головного мозга—съ вовлеченіемъ въ процессъ мозговыхъ оболочекъ или безъ ихъ участія.

Представленіе о возможности развитія специфическихъ бугорковъ въ полости черепа вмѣстѣ съ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ (что удобнѣе разсматривать совмѣстно), т. е. о *meningitis tuberculosa* у нашего больного—не находило себѣ достаточнаго подтвержденія со стороны общаго его состоянія, его *habitus'a* отсутствія аналогичныхъ пораженій въ легкихъ, въ железахъ, костяхъ, суставахъ и т. п.—вообще въ виду отсутствія какихъ бы то ни было указаній въ настоящемъ и прошломъ больного и его семьи на существованіе туберкулеза. Подобному предположенію, далѣе, не соотвѣтствовало и обычное теченіе бугорковаго пораженія головного мозга: здѣсь не было колебаній *t-ры* отъ цифръ довольно высокихъ до нормальныхъ или даже субнормальныхъ втеченіе короткихъ промежутковъ времени, здѣсь не было и вообще повышенной *t-ры*, что свойственно туберкулезному менингиту. При туберкулезѣ менингеальныя явленія раздраженія бывають выражены еще рѣзче, чѣмъ было у нашего больного: помимо рѣзкой головной боли, проявляющейся даже и въ безсознательномъ состояніи (*cris hydrécephalique*), и рвоты, наблюдается бредъ (доходящій до спутанности), потемнѣніе сознанія (до комы), судороги, ригидность мускулатуры спины и шеи и т. д.; нѣсколько дней спустя, явленія раздраженія смѣняются паралитическими при существованіи порой непродолжительныхъ ремиссій. Туберкулезный менингитъ, въ отличіе, напр., отъ сифилитическаго, характеризуется болѣе быстрымъ началомъ, бурнымъ теченіемъ, непродолжительностью; длительность развитого стадія болѣзни, смѣняющаго продромальный періодъ, равняется—2 или 3 недѣлямъ, исходъ—смертельный, хотя въ литературѣ и приводились случаи яко бы излеченія. Такова въ общихъ чертахъ картина туберкулезнаго менингита у дѣтей; у взрослыхъ она не столь опредѣленна, менѣе типична, но ея развитой стадій близокъ къ таковому же у дѣтей. Нашъ случай не представлялся столь тяжелымъ даже и въ позднѣйшемъ своемъ стадіи, хотя по продолжительности своей, если бы дѣло касалось туберкулеза, долженъ былъ бы уже носить на себѣ и всѣ типичныя особенности этого послѣдняго, а потому въ

виду несоотвѣтствія наблюдавшихся явленій съ картиной туберкулезного менингита, о послѣднемъ въ данномъ случаѣ не могло быть и рѣчи.

Также опредѣленно рѣшался вопросъ и относительно другой формы туберкулезного пораженія головного мозга въ видѣ ограниченныхъ солитарныхъ туберкуловъ (*méningite tuberculense en plaques*), локализирующихся преимущественно на выпуклой поверхности головного мозга и особенно въ двигательной области; эти желтоватая плоскія бляшки на *pia mater* и *arachnoideu*, рѣзко обособленные отъ сосѣднихъ оболочекъ, вовлекаютъ въ пораженіе подлежащую мозговую кору (*meningo—encephalitis tuberculosa*) и тѣмъ вызываютъ рядъ разстройствъ въ двигательной сферѣ съ характеромъ *hyperkines'a* и *akines'a*—судороги и парезы. Эти образованія развиваются очень медленно, не вліяя на сосѣднія ткани и не вызывая воспалительно-экссудативныхъ явленій въ полости черепа, а потому протекаютъ хронически, не сопровождаясь общемозговыми припадками, свойственными воспалительнымъ или новообразовательнымъ процессамъ въ черепной полости; процессъ проявляется долгое время, какъ сказано, лишь въ видѣ судорожныхъ припадковъ съ характеромъ *epilepsiu partialis*¹⁾. Нашъ случай по своему теченію и проявленіямъ рѣзко отличался отъ описанной формы (довольно быстрое теченіе, общемозговые симптомы, отсутствіе очаговыхъ припадковъ и т. д.), почему и не могъ быть объясненъ съ подобной точки зрѣнія.

Изъ сказаннаго видно, что о бугорковомъ процессѣ въ полости черепа въ нашемъ случаѣ не приходилось говорить въ виду отрицательныхъ данныхъ анамнеза (личнаго и семейнаго) и *status praesentis* субъекта; это вполне подтвердилось дальнѣйшимъ теченіемъ болѣзни при могущественномъ вліяніи специфической терапіи.

Проще рѣшался вопросъ о с и ф и л и т и ч е с к о мъ пораженіи головного мозга или его оболочекъ въ описываемомъ случаѣ. Уже одно то обстоятельство, что въ анамнезѣ больного было явное указаніе на приобрѣтенный въ 1897 г. сифилисъ, леченный затѣмъ у извѣстныхъ спеціалистовъ, а знаки отъ поверхностно-узловатаго сифилида на правомъ бедрѣ съ несомнѣнностью подтверждали этотъ фактъ,—невольнo направляло вниманіе въ данную сторону и ставило на первую очередь вопросъ: не имѣемъ ли мы здѣсь дѣла съ сифилисомъ головного мозга? Практика показываетъ, что перенесенный сифилисъ, даже и леченный достаточно правильно, благодаря ли своимъ особенностямъ, индивидуальности ли пациентовъ,

¹⁾ См. «О церебральномъ менингитѣ» А. М. Левковскаго въ Обзор. псих., неврологіи и эксперим. психологіи, 1901, № 8.

или особымъ неблагопріятнымъ условіямъ, а также благодаря сочетанію съ другими вредными моментами (алкоголизмъ, инфекция и т. п.), можетъ подавать поводъ къ возвратамъ, къ проявленіямъ въ наиболее тяжелой формѣ—въ формѣ сифилиса нервной системы, какъ центральной, такъ и периферической. Подобное проявленіе сифилиса наблюдается не только по истеченіи многихъ лѣтъ со времени зараженія,—какъ это принималось раньше, но нерѣдко—въ первые года, а въ исключительныхъ случаяхъ даже въ первые мѣсяца послѣ него. Потому-то, встрѣчаясь съ органическимъ пораженіемъ нервной системы у сифилитика, прежде всего задаешь себѣ вопросъ, нѣтъ ли непосредственной связи между настоящимъ и прошлымъ больного, и рѣшаешь его положительно при наличности извѣстной категоріи симптомовъ, исключающихъ возможность иной природы поражения. Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ разрѣшается терапіей *ex juvantibus et nocentibus*, тѣмъ болѣе, что къ подобному приему, какъ не влекущему за собой сколько-нибудь вредныхъ послѣдствій для больного, приходится прибѣгать даже и въ тѣхъ неясныхъ въ этиологическомъ отношеніи случаяхъ, гдѣ при современномъ состояніи терапіи возможна помощь лишь отъ примѣненія ртути и іода: имѣя, напр., дѣло съ развивающимся новообразованиемъ въ полости черепа, въ большинствѣ случаевъ прежде всего примѣняется противусифилитическое леченіе (хотя иногда нѣтъ явныхъ указаній въ пользу сифилитической натуры заболѣванія)—въ надеждѣ на то, что сифилисъ могъ быть своевременно не распознанъ, просмотрѣнъ, унаслѣдованъ отъ родителей и т. д. Подобная терапія въ этихъ случаяхъ предшествуетъ какому-либо болѣе энергичному вмѣшательству, напр., хирургическому, и она вполне законна, особенно принимая во вниманіе распространенность сифилиса среди населенія и зачастую—скудость, неполноту и противорѣчивость анамнестическихъ данныхъ не у одного только простонародья, но и у лицъ привилегированныхъ классовъ. Нужно помнить, что въ иныхъ случаяхъ даже упорно скрывается бывшій сифилисъ и большого труда требуется для восстановленія истины.

По поводу сказаннаго не могу не припомнить одного больного У., крестьянина—волгара 33 лѣтъ, обратившагося въ 1899 г. въ Казанскую нервную клинику съ явленіями легкаго лѣвосторонняго гемипареза и съ припадками общей и главнымъ образомъ парціальною эпилепсіи на той же сторонѣ. Явныхъ признаковъ сифилиса ни въ прошломъ, ни въ настоящемъ не было обнаружено, почему предположено было развитіе какого-то патологическаго образованія въ области двигательной зоны или по ходу двигательныхъ проводниковъ въ правомъ полушаріи; подъ вліяніемъ брома и іода больному стало лучше, недѣли же 3—4 спустя по поступленіи въ клинику, образовались на

нашихъ, такъ сказать, глазахъ два сифилитическихкихъ періостита въ области *tibia dextra*; бромъ былъ отмѣненъ, назначена ртуть и іодъ—и больной спустя $1\frac{1}{2}$ —2 мѣсяца выписался, почти совершенно здоровымъ, припадки во всякомъ случаѣ прекратились, явленія гемипареза начали сглаживаться.

Естественно было задаться подобнымъ же вопросомъ въ предъявляемомъ мною случаѣ. Идя путемъ исключенія, мы видѣли, что предположенія о существованіи пролифераціоннаго новообразованія или туберкулеза не выдерживали по отношенію къ нашему больному критики; какихъ-либо другихъ моментовъ заподозрить было нельзя: не было травмы черепа, картина не походила на явленія, сопровождающія такъ наз. солнечный ударъ, не было повода къ образованію абсцесса головного мозга, гнойнаго менингита, тромбоза синусовъ и т. д., да и теченіе болѣзни противорѣчило подобнымъ состояніемъ: нельзя было констатировать какого-либо инфекціоннаго заболѣванія (малярія, тифъ и т. д.), интоксикаціи или аутоинтоксикаціи, могущихъ подать поводъ къ появленію аналогичныхъ припадковъ. Оставался лишь одинъ этиологическій моментъ—сифилисъ. Посмотримъ же, какъ въ общихъ чертахъ протекаетъ сифилитическое заболѣваніе головного мозга и насколько соотвѣтствуетъ знакомымъ типическимъ формамъ нашъ случай.

Воздѣйствіе сифилитическаго яда на головной мозгъ, возникая далеко не рѣдко втеченіе какъ пріобрѣтеннаго, такъ и наследственнаго сифилиса, проявляется клинически въ высшей степени разнообразно и причудливо въ зависимости отъ мѣста своего непосредственнаго приложенія, отъ обширности затронутаго района, отъ интенсивности вызванныхъ разстройствъ и самаго ихъ характера, отъ вліянія иныхъ условій какъ неблагопріятнаго свойства, такъ и благопріятнаго и среди послѣднихъ—леченія. Грануляціонная ткань, возникающая подъ вліяніемъ сифилиса, отличается вообще нестойкостью, довольно быстро подвергается обратному развитію, распадается, рассасывается, что соотвѣтственнымъ образомъ отражается на сосѣднихъ тканяхъ (нервы, оболочки, сосуды и т. д.); этимъ опредѣляется и довольно быстрая въ иныхъ случаяхъ смѣна болѣзненныхъ явленій въ теченіе короткихъ промежутковъ времени (дни, часы), что придаетъ иногда весьма характерный оттѣнокъ клинической картинѣ. Чаше всего подъ вліяніемъ сифилиса страдаютъ мозговые оболочки (*meningitis syphilitica*) преимущественно на основаніи, причемъ на ряду съ разлитымъ на болѣе или менѣе обширномъ районѣ воспалительнымъ процессомъ встрѣчаются порой и обособленные гумозныя опухоли; сосѣднія части (нервные стволы, мозговые кора) вовлекаются въ процессъ, подвергаясь болѣе или менѣе глубокимъ измѣненіямъ (*neuritis, atrophia nervi, endarteriitis, encephalitis* и

т. п.), что соответствующимъ образомъ отражается на клинической картинѣ. Далѣе весьма часто подъ влияніемъ сифилиса страдаетъ сосудистый аппаратъ, не только артеріальный, но по новѣйшимъ изслѣдованіямъ и венозный; развивается артеріосклерозъ, *endarteritis obliterans*, тромбозъ сосудовъ, разрывъ ихъ съ послѣдующимъ кровоизліяніемъ, размягченіемъ мозга и т. д. На этой почвѣ возникаютъ разнообразнѣйшіе клиническіе симптомы, причемъ заболѣванія сосудовъ отличаются своей стойкостью. Сосуды основанія мозга страдаютъ опять же по преимуществу. Наконецъ, надо упомянуть и о локализціи гуммозныхъ новообразованій въ самомъ веществѣ головного мозга, или изолированно, или чаще—множественно; весьма нерѣдко менингитъ влечетъ за собой заболѣваніе самого мозгового вещества (*meningoencephalitis luica*).

Пестрота и измѣнчивость клинической картины зависятъ отъ разнообразія патолого-анатомическаго субстрата, его характера и свойствъ отъ множественности патологическихъ очаговъ и разнообразныхъ сочетаній ихъ; такъ, могутъ существовать исключительно заболѣванія одного изъ вышеупомянутыхъ отдѣловъ (мозговья оболочки, сосуды, вещество головного мозга) или же они сочетаются между собой въ безконечныхъ комбинаціяхъ.

Все сказанное имѣетъ большое значеніе при постановкѣ діагноза, прогноза, назначеніи терапіи: раннее леченіе въ подходящихъ случаяхъ можетъ устранить всѣ симптомы или по крайней мѣрѣ значительно ослабить ихъ; запоздалое леченіе, особенно въ случаяхъ тяжелыхъ или тамъ, гдѣ произошли уже деструктивныя измѣненія въ нервныхъ элементахъ и сосудахъ, можетъ оказаться малоуспѣшнымъ или безуспѣшнымъ. Въ практическомъ отношеніи авторы пытаются клинически установить 3 формы сифилитическаго пораженія головного мозга: менингеальную, гуммозную и сосудистую (артеріальную). 1-ая характеризуется явленіями раздраженія (головная боль, рвота, судороги); къ которымъ присоединяются со временемъ явленія выпаденія (парезы); при гуммозномъ сифилисѣ одновременно существуютъ явленія раздраженія и выпаденія и общемозговые симптомы, свойственные опухоли мозга; обѣ эти формы лучше поддаются терапіи особенно въ стадіи такъ наз. экссудативной. Что касается до сосудистой формы мозгового сифилиса (пораженіе артерій, венъ), то здѣсь прежде всего выступаютъ явленія выпаденія мозговыхъ функцій (параличи), причемъ эта форма не легко поддается терапіи ¹⁾.

¹⁾ См. Левковскаго, 1. с.

Имѣя передъ собой субъекта, перенесшаго въ прошломъ (близкомъ или далекомъ) сифилисъ и представляющаго клиническую картину, которая не подходитъ ни подъ какое другое опредѣленіе, обыкновенно останавливаешься на данномъ этиологическомъ моментѣ. Къ подобному же заключенію слѣдуетъ прийти и по отношенію къ представляемому случаю: здѣсь было сифилитическое пораженіе головного мозга—*lues cerebri*. Говорить о самостоятельномъ пораженіи сосудистаго аппарата здѣсь не приходилось: при 2-хъ мѣсячной продолжительности болѣзни мы давно имѣли бы уже осязательныя послѣдствія этого въ видѣ тѣхъ или иныхъ нарушенийъ въ правильности функцій сосудистой системы (тромбозъ, гемморрогія и т. п.), чего не было. Въ нашемъ случаѣ были почти исключительно симптомы раздраженія, что не свойственно такъ назыв. „артеріальному сифилису“, гдѣ, какъ было упомянуто, преобладаютъ паретическія явленія. Приведенная выше картина болѣзни могла указывать на развивающееся внутри черепа новообразование: за это говорили жестокіе припадки головныхъ болей, головокруженія, общей протраціи, рвоты и т. д. на общемъ фонѣ тѣхъ же симптомовъ, слабѣе развитыхъ въ остальное время; могла, слѣдовательно, идти рѣчь о существованіи гуммы или гуммъ головного мозга или и его оболочекъ. У насъ не было объективныхъ признаковъ, говорящихъ въ пользу локализаціи гуммозной опухоли въ самомъ головномъ мозгу: не было парезовъ, судорогъ, анестезій, отекаго неврита зрительныхъ нервовъ и т. д.; слѣдовательно, возможно было предполагать существованіе гуммы въ такой области головного мозга, пораженіе которой не проявляется внѣшне опредѣленными, очаговыми симптомами, или же приходилось говорить о развитіи гуммознаго новообразованія внѣ вещества головного мозга—въ его оболочкахъ. Последнее допущеніе проще уже въ силу той преимущественной частоты, съ которой гуммы предпочтительнѣе поражаютъ оболочки. Но гуммы оболочекъ въ болѣе или меньшей степени измѣняютъ окружающую ткань и такимъ образомъ влекутъ за собой менингеальныя явленія—возникаетъ гуммозный менингитъ. Подобныя толкованія какъ нельзя болѣе приложимы къ нашему случаю, а офтальмоскопическое изслѣдованіе вполне подтверждало ихъ: ясно было, что въ оболочкахъ на основаніи черепа, въ области перекреста зрительныхъ нервовъ, существовалъ воспалительный процессъ, заходившій отсюда и дальше по основанію и, по всей вѣроятности, осложнявшійся образованіемъ особыхъ гуммъ—тутъ же по сосѣдству въ оболочкахъ, а, быть можетъ, и вдали отъ хиазмы. Преобладали, повидимому, менингеальныя явленія, за что говорило состояніе глазъ (*neuritis simplex*) и постоянныя явленія раздраженія оболочекъ. Но съ другой стороны тяжесть приступовъ и припадковъ позволяли думать о началѣ гуммозныхъ образованій,

не успѣвшихъ еще отразиться на состояніи глазного дна. Т. о. правильнѣе признать здѣсь сочетаніе обѣихъ формъ—meningitis gummos.

Въ полную связь съ предполагаемымъ патолого-анатомическимъ субстратомъ можно поставить всѣ симптомы, входящіе въ составъ клинической картины нашего случая: развитіе припадковъ втеченіе сравнительно короткаго времени, колебанія въ теченіи болѣзни, бурные взрывы и ремиссіи, отсутствіе замѣтныхъ колебаній температуры и т. д. Процессъ не успѣлъ вызвать значительныхъ (деструктивныхъ) измѣненій въ нервной ткани, чѣмъ объяснялось отсутствіе гнѣздныхъ симптомовъ, и находился еще въ предѣлахъ того стадія, который характеризуется лишь общемозговыми явлениями: головная боль, головокруженіе, рвота, общая прострація и т. д. Изъ мѣстныхъ симптомовъ можно упомянуть только о неравенствѣ зрачковъ и ихъ вялой свѣтовой реакціи, а главное—о воспаленіи зрительныхъ нервовъ, что указывало на участіе ихъ въ воспалительномъ процессѣ, существующемъ на основаніи черепа.

(Продолженіе слѣдуетъ).