

ПРОТОКОЛЫ ЗАСѢДАНІЙ

МЕДИЦИНСКОЙ СЕКЦІИ

ОБЩЕСТВА ОПЫТНЫХЪ НАУКЪ

ПРИ

ИМПЕРАТОРСКОМЪ

ХАРЬКОВСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ

1879 года.

Второе полугодіе.

Х А Р Ъ К О В Ъ .

Въ Университетской Типографіи.

—
1881.

ИНАДЪЕ ЯКОТОИ

МІХАИЛ ПЕТРОВИЧ

ОРМЕСТВА ОРИНПРЗ НАКР

Н Р Н

НМЦЕРАТОРЧОМЪ

1879 0781

Второе издание

Протоколъ экстреннаго засѣданія 16-го мая

1879 года.

Подъ предѣтельствомъ И. К. Зарубина присутствовали члены медицинской секціи: Андрузскій, Беллинъ, Владыковъ, Денисовъ, Зарубинъ, Ковалевскій, Калмыковъ, Крыловъ, Киселевъ, Кузнецовъ, Пономаревъ, Тихоновичъ, Томашевскій, Чугинъ, Якобій и Ясинскій. Гости: врачи — Высоковичъ, Милый, Мясоѣдовъ, Писаревскій, Ножниковъ, Сибирцевъ и Хавкинъ; проф. Лагермаркъ и нѣкоторые другіе члены физико-химической секціи общества опытныхъ наукъ; многіе студенты IV и V курсовъ и посторонніе посѣтители.

1. Читанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.
2. Секретарь заявилъ о полученіи слѣдующихъ книгъ: а) протоколы кавказскаго медицинскаго общества №№ 18, 19, 20 и 21; б) протоколы годичнаго засѣданія кавказскаго медицинскаго общества за 1878 и 1879 г.; в) Медицинскій сборникъ, издаваемый кавказскимъ медицинскимъ обществомъ; д) протоколы вилenskaго медицинскаго общества за 1878 годъ.

3. Сдѣлано было сообщеніе проф. Якобіемъ: О климатическихъ условіяхъ южнаго берега Крыма. По поводу этого сооб-

шенія дѣлали возраженія проф. Зарубинъ, Кузнецовъ и Кисилевъ.

4. Сообщение д-ра *Чугина*: Определеніе дубильныхъ веществъ и золы въ черномъ чаѣ. По поводу этого сообщенія сдѣланы были замѣчанія проф. Тихоновичемъ и Лагермаркомъ.

5. Сообщение проф. *Якобія*: О мѣрахъ противъ чумныхъ эпидемій астраханской губерніи.

Протоколъ засѣданія 10 октября.

Подъ предѣлательствомъ проф. И. К. Зарубина присутствовали гг. члены медицинской секціи: Беллинъ, Владыковъ, Ковалевскій, Калмыковъ, Пономаревъ, Севастьяновичъ, Тихоновичъ, Томашевскій, Чугинъ, Шилтовъ и Ясинскій.

1. Читанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

2. Секретарь заявилъ о полученіи слѣдующихъ книгъ: а) протоколы кавказскаго медицинскаго общества №№ 18, 19 и 20, 18⁷⁸/₇₉ гг., и №№ 1, 2 и 3, 18⁷⁹/₈₀ гг.; б) протоколы засѣданія общества минскихъ врачей №№ 1—6, 1878 г.

3. Сообщение доктора *Ковалевскаго*: О вѣсѣ тѣла у эпилептиковъ.

4. *Шилтовъ* сдѣлалъ сообщеніе: Экспериментальныя данныя относительно дѣйствія камфоры въ воспаленіи слизистыхъ оболочекъ. Въ дебатахъ приняли участіе Калмыковъ и Ясинскій.

5. Докторъ *Ясинскій* демонстрировалъ препаратъ чисто-аденомы праваго яичника.

6. Общество постановило — приобрести шкафъ для бібліотеки цѣною въ 25 рубл. и отпечатать рисунокъ г. Ковалевскаго.

Протоколъ засѣданія 14 ноября.

Подъ предсѣдательствомъ проф. И. К. Зарубина присутствовали гг. члены медицинской секціи: Владыковъ, Калмыковъ, Кисилевъ, Ковалевскій, Оболенскій, Попомаревъ, Тихоновичъ, Стрѣльцовъ, Томашевскій, Якобій, Ясинскій; гости врачи: Яковенко, Кемарскій и Небыковъ и многіе студенты IV и V курсовъ медицинскаго факультета. Предметы засѣданія:

- a) Читанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.
- b) Сообщение проф. И. К. Зарубина: О случаѣ перелома основанія черепа съ благополучнымъ исходомъ.
- c) Г. Очаковский сообщил: Экспериментальныя изслѣдованія надъ пороками клапановъ сердца. Выводы, къ которымъ пришелъ авторъ, заключаются въ слѣдующемъ: 1) Давленіе въ артеріальной системѣ послѣ искусственнаго порока аортальныхъ заслонокъ какъ сейчасъ послѣ порока, такъ и нѣкоторое время спустя (10—15 минутъ), падаетъ. Учащенная и болѣе энергичная дѣятельность сердца не въ состояніи компенсировать искусственный порокъ.

2. Спустя болѣе или менѣе продолжительное время (1—2—3—5 недѣль) давленіе въ артеріальной системѣ оперированныхъ животныхъ стоитъ ниже нормы; но чѣмъ болѣе времени прошло отъ операціи до измѣренія давленія, тѣмъ послѣднее больше приближается къ нормѣ.

3. Въ лѣвомъ желудочкѣ послѣ искусственнаго порока аортальныхъ клапановъ почти одновременно и постепенно наступаютъ гипертрофія и расширеніе. На основаніи измѣренія позво-

лительно предположить, что гипертрофія въ первое время послѣ порока развивается быстрѣе расширенія.

4. Въ паренхиматозныхъ органахъ (печени, почкахъ и селезенкѣ) наблюдается послѣ порока гиперемія, которая съ теченіемъ времени нѣсколько уменьшается въ селезенкѣ и почкахъ, — въ печени же остается.

d) Проф. *А. И. Якобій* сообщил: 1) Объ анемометрическомъ вентиляторѣ для госпиталей. 2) О методахъ изслѣдованія хлѣба, и 3) О методахъ изслѣдованія молока.

e) Докторъ *П. А. Ясинскій* представилъ рефератъ «О щипцахъ».

f) Докторъ *Небыковъ* заявилъ желаніе быть членомъ общества.

На основаніи 2 § устава постановили: внести въ списокъ членовъ общества.

g) Проф. *И. Н. Оболевскій* и *О. В. Тихоновичъ* предложили въ члены общества докторовъ *Яковенко* и *Кемарскаго*.

Приняты въ число членовъ единогласно.

I.

О вліянні припадковъ эпилепсіи

на вѣсѣ тѣла.

(Съ таблицею рисунковъ).

Сообщеніе П. И. Ковалевскаго.

Приобрѣтеніе объективныхъ признаковъ при всевозможныхъ болѣзняхъ весьма желательно. Желательно оно потому, что даетъ возможность, безъ всякаго колебанія и сомнѣнія, дѣлать тотъ или другой выводъ. Тѣмъ болѣе желательно приобретѣніе объективныхъ признаковъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзненные припадки скоропреходящи и не оставляютъ послѣ себя никакихъ слѣдовъ, или же слѣды эти слишкомъ слабы и сомнительны — такъ, напр., эпилепсія. Известно то, что является она припадками, припадки эти бывають въ различное время, промежутки между ними весьма разнообразны, а между тѣмъ требуется рѣшить: страдаетъ ли данный субъектъ припадками падучей болѣзни, или нѣтъ? Предъ вами, напр., конскриптъ, присланный для рѣшенія вопроса: страдаетъ ли онъ припадками падучей болѣзни, или нѣтъ? Оказывается, что припадки бывають приблизительно мѣсяца черезъ 2 — 3 и послѣдній припадокъ былъ нѣсколько дней назадъ. Приходится держать субъектъ мѣсяца 2 — 3 безъ всякой пользы для больницы и больного; приближается конецъ срока, когда долженъ явиться припадокъ. Вы

ожидаете его съ нетерпѣніемъ, — вдругъ вамъ докладываютъ, что вчера ночью былъ припадокъ и его наблюдали: или сонный служитель, или нѣсколько больныхъ, или, наконецъ, фельдшеръ, на котораго вы не полагаетесь. Чѣмъ можно быть гарантированнымъ, что припадокъ дѣйствительно былъ? И былъ ли это припадокъ дѣйствительный, или же симуляція?

Для такихъ-то случаевъ особенно важно имѣть объективныя данныя, которыя могли бы намъ служить къ положительному или отрицательному отвѣту.

Присматриваясь къ каждому припадку полной простой эпилепсiei, прежде всего мы замѣчаемъ судороги то тоническія, то клоническія. Естественно, а ргіогі, допустить, что всякій разъ при этихъ судорогахъ, т. е. усиленномъ движеніи, усиленной мускульной работѣ, происходитъ и усиленная затрата питательнаго матеріала, пропорціонально расходу въ организмѣ. Естественно, далѣе, заключеніе, что соотвѣтственно этому расходу въ организмѣ бываетъ расходъ и въ вѣсѣ, т. е. потеря вѣса.

Поэтому, наблюдая припадки эпилепсiei, невольно приходитъ на мысль изслѣдовать вѣсъ организма до и послѣ каждаго припадка. И простое предположеніе вполне оправдало надежды. Уже первыя взвѣшиванія эпилептиковъ показали, что каждый припадокъ падучей болѣзни влечетъ за собою почти обязательно потерю вѣса.

Но для того, чтобы за этими припадками слѣдить съ большою строгостію, для того, чтобы не пропускать припадковъ ночной эпилепсiei (*epilepsia nocturna*), необходимо было имѣть какую-либо систему при взвѣшиваніи, — тѣмъ болѣе, что на вѣсъ тѣла могутъ имѣть вліяніе многія побочныя условія, такъ напр. пищенпріяніе, отдѣленіе экскрементовъ, безсонныя ночи, нравственныя потрясенія, приступы различнаго рода недомоганій и проч. Нужно было обставить дѣло такъ, чтобы больные, по возможности, находились при равныхъ условіяхъ.

Больные, подвергавшіеся нашему изслѣдованію, находились при такихъ условіяхъ: ложились спать и вставали въ одно и то-же время; пища и время пищепринятія приблизительно были одни и тѣ-же; по-возможности заботились, чтобы и отдѣленіе экскрементовъ было въ одно и то-же время. На грубыя черныя работы, требующія большой затраты силъ, больные не употреблялись; всѣ болѣзненные явленія строго нотиrowались. Взвѣшиванія производились на децимальныхъ вѣсахъ — всегда между 10 и 11 час. утра; при этомъ чай больные пили въ 8 часовъ утра, обѣдъ же давался въ 1 часъ дня; кромѣ того, если припадокъ случался спустя скоро послѣ взвѣшиванія, то производилось взвѣшиваніе и послѣ того. Словомъ, взвѣшиваніе производилось въ различные послѣприпадочные періоды, начиная съ того, что періодъ этотъ равнялся нѣсколькимъ минутамъ и оканчивался 6-ю часами.

Результаты, полученные при этомъ, можно привести къ слѣдующему:

Каждый эпилептикъ, послѣ припадковъ падучей болѣзни, теряетъ въ вѣсѣ организма.

Потери эти весьма различны въ зависимости отъ продолжительности болѣзни, интенсивности припадковъ и вида эпилепсiи.

При припадкахъ простыхъ эпилептическихъ судорогъ (*epilepsia grand-mal*), дѣло зависитъ отъ того, какъ давно длится болѣзнь и какой интенсивности бываютъ припадки. Если болѣзнь давняя, нѣсколько мѣсяцевъ, годъ, другой, третій, — припадки являются очень рѣдко — черезъ 6, 3, 2 и одинъ мѣсяцъ, припадки эти довольно интенсивны по характеру и продолжительности; то паденіе вѣса тѣла будетъ очень значительное. Обыкновенно теряютъ при этомъ отъ 3-хъ до 9-ти фунтовъ вѣса тѣла.

Нѣсколько иной видъ принимаетъ дѣло, если припадки болѣзни для организма дѣло привычное, организмъ уже успѣлъ

приспособиться къ этому, — если они длятся очень долгій періодъ времени. являются часто и обыкновенно бываютъ непродолжительны и коротки. Чаще всего въ такихъ случаяхъ приходится наблюдать, что припадки бываютъ черезъ день, или каждый день; иногда нѣсколько разъ въ день. Намъ приходилось наблюдать отъ 2-хъ до 120 въ день (*status epilepticus*). Въ подобныхъ привычныхъ случаяхъ вѣсъ тѣла падаетъ на очень ничтожную величину, отъ 1 до 3—4 фунтовъ. Послѣ каждого паденія, къ утру онъ уже опять возстановляется. Если припадки слѣдовали одинъ за другимъ скоро, то вѣсъ тѣла падалъ только послѣ перваго, а за-тѣмъ удерживался на той-же высотѣ, или же въ общей сложности вѣсъ тѣла терялъ немного вѣса.

Всѣхъ свѣжихъ случаевъ эпилепсiи *grand-mal*, подвергавшихся взвѣшиванію, было 23; случаевъ второй категорiи, болѣе или менѣе привычныхъ, было 18. Обыкновенно больные второй категорiи обнаруживали, за небольшимъ исключеніемъ, явленія слабоумія (*dementia epileptica*).

Для примѣра мы приведемъ одинъ случай первой категорiи. Рекрутъ С. присланъ былъ для опредѣленія страданія эпилепсiею. Больной 21 года, роста средняго, тѣлосложенія умѣреннаго, особенныхъ аномалій организма не обнаруживаетъ. Наслѣдственности и семейнаго расположенія къ психозамъ, неврозамъ, пьянству и преступленіямъ не обнаруживаетъ. Страдаетъ припадками падучей болѣзни около 3-хъ лѣтъ, при чомъ припадки являются раза 3 въ годъ, приблизительно чрезъ 3—6 мѣсяцевъ. Причиною появленія перваго припадка былъ испугъ. Послѣдній припадокъ былъ нѣсколько дней назадъ. Никакихъ объективныхъ явленій падучей болѣзни нельзя было опредѣлить. По поступленіи въ больницу онъ взвѣшивался ежедневно въ опредѣленный срокъ. Прошло 6-ть мѣсяцевъ, и припадка не было; ни больной не жаловался, ни окружающіе не наблюдали, ни вѣсъ не падалъ. Рѣшили выписать С. изъ больницы съ мнѣніемъ, что

въ теченіи полугода ни раза припадка эпилепсіи не наблюдалось. Вечеромъ и въ ночь послѣдняго дня, когда С. долженъ былъ уйти изъ больницы, послѣдовало два, одинъ за другимъ, припадка падучей болѣзни, въ полной картинѣ *epilepsia grand-mal*. Припадки болѣзни наблюдалъ д-ръ Андрузскій. Въ теченіи всего времени пребыванія въ больницѣ вѣсъ тѣла колебался тоже, но колебанія эти не превышали 2 фунтовъ за-разъ. Въ настоящее же время вѣсъ тѣла упалъ сразу на 6 фунтовъ (см. фиг. 1-я).

Интересно знать, какъ будутъ относиться къ вѣсу припадки *epilepsia petit-mal*. Если припадки *grand-mal* производятъ потерю вѣса, вслѣдствіе усиленнаго движенія, вслѣдствіе судорогъ, то будутъ ли подобныя явленія при *petit-mal*, когда подобныхъ судорогъ не наблюдается. Намъ приходилось наблюдать только два такихъ случая, и замѣчательнѣе всего — въ обоихъ этихъ случаяхъ наблюдалась значительная потеря вѣса. Чѣмъ обуславливалась эта потеря и на какой счетъ она шла, я не берусь сказать, только, вопреки моему ожиданію, потеря эта наблюдалась послѣ каждого изъ приступовъ эпилепсіи *petit-mal*. Потеря эта равнялась отъ 3 до 5 фунтовъ.

Одного изъ этихъ случаевъ я передамъ вкратцѣ исторію болѣзни.

Н. Ф., казакъ, 35 лѣтъ, крѣпкаго сложенія; безъ уродливостей и неправильности организма. Болѣлъ припадками около 4-хъ лѣтъ; причиною появленія припадковъ послужила травма, — паденіе съ дерева головою. Находясь во время военныхъ дѣйствій въ 1877 г. въ Румыніи, Ф., посланный съ какимъ-то порученіемъ въ другой городъ, на-пути изрубилъ нѣсколькихъ лошадей и ранилъ многихъ жителей мѣстности, почему и въ настоящее время находится подъ судомъ. Какъ о совершенныхъ преступленіяхъ, такъ и вообще о моментѣ совершенія преступленія не сохранилъ никакихъ воспоминаній; этотъ моментъ жизни

для него совершенно не существуетъ; знаетъ только, что, за нѣсколько минутъ передъ отъѣздомъ, онъ имѣлъ приступъ эпилептического головокруженія (*epilepsia petit-mal*). Въ теченіи всего времени страданія у него всегда бывали только приступы *petit-mal* и никогда никто не наблюдалъ полныхъ приступовъ падучей болѣзни. Обыкновенно припадки бывали 1—2 раза въ мѣсяцъ, всегда днемъ, — можетъ быть были и ночью, но никто этого не наблюдалъ, — припадки длились минуты 2—5 и состояли въ томъ, что больной какъ-бы замиралъ въ одномъ, обыкновенно послѣднемъ предъ приступомъ, состояніи и въ такомъ видѣ оставался въ теченіи всего времени припадка. По окончаніи припадка онъ продолжалъ свое дѣло, совершенно не имѣя никакого понятія о приступѣ, какъ-бы этого момента въ его жизни и не было. Никогда у него не сохранялась память о припадкѣ. Измѣряя вѣсъ тѣла этого больного, оказалось, что послѣ каждаго припадка онъ терялъ въ вѣсѣ отъ 2-хъ до 5-ти фунтовъ, въ-зависимости отъ продолжительности припадка.

Такимъ образомъ, какъ при эпилеціи *grand-mal*, такъ и при эпилеціи *petit-mal*, послѣ каждаго припадка вѣсъ тѣла падаетъ.

Будетъ ли наблюдаться такое явленіе во всѣхъ случаяхъ *petit-mal*, мы не беремся утверждать; но мы передаемъ то, что сами наблюдали.

Мнѣ кажется, что къ этой-же категоріи слѣдуетъ отнести и еще одинъ, довольно интересный, случай эпилептической тоски.

П. К., 23 лѣтъ, торговецъ, имѣлъ отца пьяницу, мать страдающую припадками падучей болѣзни (*Krafft-Ebing. T. II. § 108*). Сестра его обнаруживала припадки истеро-эпилеціи, старшій братъ судился за покушеніе на убійство въ состояніи запальчивости. Самъ К. въ дѣтствѣ страдалъ припадками эпилеціи, за-тѣмъ до 22 лѣтъ былъ совершенно здоровъ и велъ жизнь правильную. На 23 году онъ былъ внезапно испугавъ

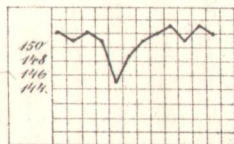
ночью пожаромъ, послѣ чего съ нимъ и начались припадки падучей болѣзни, въ формѣ grand-mal. Припадки эти были какъ днемъ, такъ и ночью и являлись то еженедѣльно, то черезъ двѣ недѣли. Въ сентябрѣ 1878 г. онъ поступилъ въ мое отдѣленіе; при этомъ наблюдались еженедѣльные приступы падучей болѣзни, при чомъ послѣ каждого такого припадка наблюдалось паденіе въ вѣсѣ тѣла отъ 4 до 6-ти фунтовъ. Но въ ноябрѣ мѣсяцѣ произошла замѣчательная замѣна одного припадка другимъ: вмѣсто припадка эпилептическихъ судорогъ являлись припадки невыносимой тоски. Такихъ припадковъ было два; оба они длились 15—16 минутъ. Одинъ 5 ноября въ 11 ч. дня; другой 15 ноября въ 10 ч. дня. По окончаніи припадка больной рѣшительно не помнилъ, что съ нимъ было. Какъ наступленіе припадка, такъ и содержаніе его онъ рѣшительно не сознавалъ. Предъ припадкомъ совершенно покойный, К. моментально дѣлался блѣднымъ, лицо выражало ужасъ, глаза разбѣгались, самъ онъ стоналъ, кричалъ, страшно галлюцинировалъ и бредилъ. Невыразимая тоска овладѣвала человѣкомъ. Не было никакой возможности сохранить его цѣлымъ, безъ ограниченія свободы дѣйствій, — приходилось надѣвать на него пальто, такъ-какъ въ противномъ случаѣ онъ стремился выцарапать себѣ глаза, истерзать лицо, разорвать платье, вырвать волосы и пр. Во время второго приступа онъ моментально три раза подрядъ надкусилъ себѣ языкъ. Оба раза послѣ этихъ припадковъ онъ терялъ въ вѣсѣ тѣла по 6-ти фунтовъ (см. фиг. 3-ю).

Наконецъ въ 18 случаяхъ мнѣ приходилось наблюдать паденіе вѣса тѣла въ тѣхъ случаяхъ эпилепсін, гдѣ за припадками судорогъ являлись припадки эпилептического буйства. Въ этихъ случаяхъ паденіе вѣса наблюдалось какъ послѣ эпилептическихъ судорогъ, такъ и послѣ эпилептического буйства, при чомъ въ послѣднемъ случаѣ паденіе вѣса было гораздо грандіознѣе.

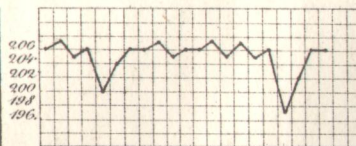
Для образца приведу одинъ случай психической эпилепсiи. А. Г.¹, крестьянинъ, 39 лѣтъ, первый разъ заболѣлъ въ 1871 г., въ больницѣ же находится съ 1873 г. Сначала припадкi были въ видѣ простой эпилепсiи и являлись раза 3—4 въ годъ; затѣмъ участились, разъ въ 1—2 мѣсяца и наконецъ комбинировались приступами психической эпилепсiи, въ каковомъ состоянiи онъ и поступилъ въ психическое отдѣленiе харьк. губ. земской больницы. Наслѣдственности и семейнаго расположенiя къ психозамъ, неврозамъ, пьянству и преступленiямъ не обнаружено. Самъ больной не пьяница и очень нравственный человѣкъ. Причиной заболѣванiя послужили испугъ. Порядокъ теченiя припадковъ обыкновенно былъ таковъ: чаще всего на новолунiи каждого мѣсяца являлся припадокъ судорогъ, спустя 24—36 часовъ являлся припадокъ психической эпилепсiи, продолжавшiйся дня 2—5. Промежуткомъ между простою и психическою эпилепсiею больной проводилъ какъ-бы во снѣ: онъ работалъ, разговаривалъ, занимался, но былъ вялъ, дѣлалъ все машинально какъ-бы по заведенному, при этомъ замѣчалось подергиванiе мышцъ, особенно flexor'овъ. Въ этомъ состоянiи депрессiи онъ никого не трогалъ самъ и ни къ кому первый не обращался, но если его раздражали, то дѣлался дикимъ и свирѣпымъ. По прошествiи указанныхъ 24—36 часовъ наступало буйство, при чемъ онъ становился страшнымъ и крайне опаснымъ для окружающихъ, — вслѣдствiе чего всегда изолировался на время раздраженiя. Какъ послѣ припадка судорогъ, такъ и во время приступа буйства Г. терялъ въ вѣсѣ; но потеря вѣса во второмъ періодѣ была несравненно значительнѣе, чѣмъ въ первомъ періодѣ. Мы приводимъ образецъ кривой одного изъ такихъ припадковъ. Припадокъ судорогъ былъ въ ночь съ 30 на 31 сентября 1878 г. Все 31-е число онъ находился въ состоянiи де-

¹ О больномъ этомъ мнѣ приходилось говорить уже разъ въ статьѣ: «Къ учению объ эпилепсiи». Моск. мед. газета. 1875 г.

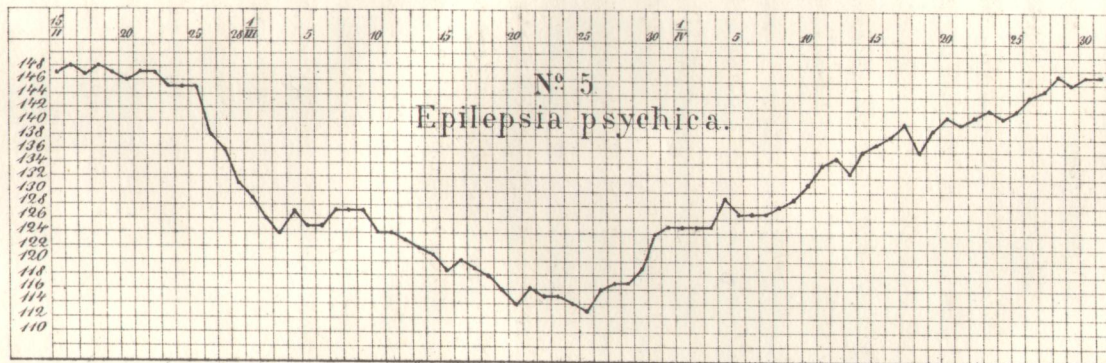
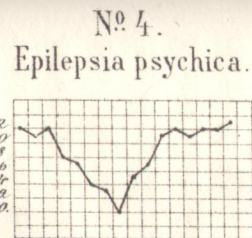
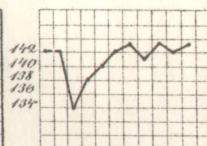
Nº 1.
Epileps. grand-mal.



Nº 2.
Epilepsia petit-mal.



Nº 3.
Epilepsia petit-mal.



прессии; 1 — 4-е оны буйствовали, послѣ чего наступилъ періодъ поправленія и возврата *ad integrum* (см. рис. № 4).

Кромѣ указаннаго случая, я позволю себѣ привести случай протрагирующаго приступа психической эпилепсіи, гдѣ приступъ длился около полутора мѣсяца (см. рис. № 5).

Указавши такимъ образомъ на то, что во всѣхъ случаяхъ и формахъ эпилепсіи происходитъ паденіе вѣса тѣла, мы тѣмъ самымъ приобретаемъ одинъ изъ важнѣйшихъ объективныхъ симптомовъ для утвержденія или отрицанія припадковъ эпилепсіи въ томъ или другомъ случаѣ. Коль-скоро намъ заявляютъ о припадкѣ у даннаго лица, то мы имѣемъ полную возможность провѣрить — дѣйствительно ли у него были припадки, или нѣтъ. А этому наилучшимъ доказательствомъ служить паденіе вѣса тѣла послѣ припадковъ. Разумѣется, для этого необходимо ежедневно взвѣшивать этихъ субъектовъ, такъ-какъ есть много и другихъ условій, вліяющихъ на паденіе вѣса тѣла.

На паденіе вѣса послѣ припадковъ эпилепсіи можно смотрѣть какъ одинъ изъ важнѣйшихъ объективныхъ признаковъ болѣзни. Но это не значитъ, чтобы онъ былъ патогномическимъ, чтобы по одному уже присутствію или отсутствію этого припадковъ можно было бы утверждать или отрицать приступъ эпилепсіи. Онъ служитъ важнѣйшимъ признакомъ въ числѣ другихъ признаковъ, самъ же по себѣ онъ еще малозначущъ.

Дѣйствительность сказаннаго доказывается тѣмъ, что, съ одной стороны, бываютъ случаи настолько слабыхъ припадковъ эпилепсіи, что вѣсъ тѣла уменьшается всего только на одинъ — два фунта и, съ другой стороны, существуютъ другія условія, которыя также внезапно и рѣзко вліяютъ на паденіе вѣса тѣла, какъ и приступы эпилепсіи.

Къ послѣднимъ условіямъ относятся:

- а) во 1-хъ, бессонница,
- б) во 2-хъ, отсутствіе аппетита и отказъ отъ пищи,

- въ 3-хъ, головная боль и общее недомоганіе,
— 4-хъ, приступы лихорадки и другія болѣзни,
— 5-хъ, нравственныя потрясенія,
— 6-хъ, мушки и запоры.

Для большей наглядности я старался колебанія въ вѣсѣ тѣла переводить графически, какъ это дѣлается съ температурою тѣла. Для этого мною взяты графическія таблицы, очень похожія на температурныя, при чомъ вверху стоящія цифры обозначаютъ числа дней и мѣсяцевъ, а впереди таблицъ — число фунтовъ въ тотъ или другой день. Паденіе вѣса тѣла идетъ внизъ, слѣдовательно кривая падаетъ, тогда какъ при поднятіи вѣса тѣла кривая тоже подымается. Такимъ образомъ колебанія кривой служатъ намъ показаніемъ на ежедневныя колебанія въ вѣсѣ тѣла.

На основаніи всего вышесказаннаго можно прійти къ слѣдующимъ выводамъ:

a) У всѣхъ эпилептиковъ, при всѣхъ формахъ эпилепсін, послѣ каждого припадка вѣсъ тѣла падаетъ.

b) Паденіе это далеко неодинаково для всѣхъ случаевъ и находится въ зависимости отъ продолжительности болѣзни и интенсивности припадковъ.

c) Въ случаяхъ застарѣлыхъ, гдѣ организмъ успѣлъ уже приспособиться къ этимъ припадкамъ и гдѣ эти припадки бывають очень часты, паденіе вѣса бываетъ очень ничтожно, 1 — 2 фунта.

d) Въ случаяхъ свѣжихъ, когда припадки эти начались недавно и являются довольно рѣдко, паденіе вѣса довольно значительно, 3 — 12 фунтовъ.

e) Если подъ-рядъ бываетъ нѣсколько припадковъ то наибольшая потеря вѣса бываетъ послѣ перваго припадка, послѣ другихъ она бываетъ не велика.

f) При status epilepticus, когда бывали подъ-рядъ отъ 5 до 120 припадковъ въ сутки, паденіе вѣса въ общей массѣ бы-

васть очень велико, до 15 фунтовъ, но послѣ каждаго припадка очень ничтожно. Если въ слѣдующіе дни status epilepticus продолжается, то потери вѣса бываютъ уже ничтожны, отъ 1-го до 5 фунтовъ въ сутки.

g) При эпилептическихъ судорогахъ (epilepsia grand-mal) бываютъ наибольшія потери вѣса изъ всѣхъ видовъ моторной или соматической эпилепсiи, именно до 12 фунтовъ.

h) При эпилептическихъ головокруженіяхъ тоже бываютъ потери вѣса организма, но онѣ гораздо слабѣе, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ, хотя и здѣсь въ рѣдкихъ случаяхъ потери бываютъ велики; обыкновенно потери отъ 2 — до 5 фунтовъ.

i) При эпилепсiи, комбинированной явленіями со стороны душевной сферы, или психической эпилепсiи (epilepsia psychica) паденія вѣса бываютъ крайне велики и находятся въ зависимости отъ интенсивности и длительности припадка психической эпилепсiи; иногда эти потери равняются $\frac{1}{4}$ вѣса тѣла.

k) Поправленіе въ вѣсѣ тѣла послѣ припадковъ идетъ крайне быстро и —

1) Для доказательности изслѣдованія вѣса тѣла, изслѣдованія должны производиться ежедневно, какъ во время припадковъ, такъ и въ интервалахъ.

Чѣмъ обусловливается потеря въ вѣсѣ тѣла и какимъ путемъ происходитъ выдѣленіе разрушенныхъ частей — путемъ ли дыханія, путемъ ли кожной перепираціи, путемъ ли выдѣленія почками и пр., — это вопросы будущихъ изслѣдованій, изученіемъ которыхъ мы занимаемся.

СЛУЧАЙ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, СЪ БЛАГОПЛУЧНЫМЪ ИСХОДОМЪ.

Сообщеніе проф. И. К. Зарубина.

6 Марта 1879 года поступилъ въ госпитальную хирургическую клинику желѣзнодорожный сторожъ Иванъ Шеретовъ. Въ этотъ день, въ 8 часовъ утра, проходя по платформѣ, рядомъ съ которою идетъ желѣзная дорога, онъ какимъ-то образомъ оступился, упалъ съ платформы и ударился правою стороною головы о ближайшій рельсъ желѣзной дороги. Тотчасъ послѣ этого паденія онъ впадалъ въ безсознательное состояніе, въ которомъ находился около часа. Когда онъ пришелъ въ себя, то замѣтилъ обильное истеченіе крови изъ праваго наружнаго слухового прохода, которое продолжалось нѣсколько часовъ. По словамъ больного, крови вытекло болѣе двухъ стакановъ. Вскорѣ затѣмъ появилась рвота съ примѣсью крови въ значительномъ количествѣ. Вечеромъ того - же дня Шеретовъ привезенъ въ клинику. Здѣсь, при изслѣдованіи его, оказалось: отъ роду ему 56 лѣтъ, росту онъ средняго, кожа патологическихъ измѣненій не представляетъ, подкожная клѣтчатка богата жиромъ, мышцы и кости развиты хорошо и правильно. Въ области праваго уха, на мѣстѣ, которымъ ударился больной о рельсъ, не замѣтно никакихъ поврежденій. Надавливаніе околоушной железы причи-

няло больному значительную боль; здѣсь-же замѣчалась небольшая припухлость. На правой ушной раковинѣ было много за-сохшей крови; отверстіе наружнаго слухового прохода закрыто ватою, которая пропиталась кровью. По вынутіи ваты, изъ уха начала сочиться кровянистая жидкость. Правая половина лица представляла значительныя измѣненія. Морщины на лбу сглажены, правая бровь выше лѣвой, правый глазъ постоянно болѣе от-крытъ, чѣмъ лѣвый. Ротъ перекошенъ въ лѣвую сторону; правый уголъ рта опущенъ, лѣвый приподнятъ. При сморщиваніи кожи лба и сближеніи бровей, движеніе замѣчалось только на лѣвой сторонѣ, правая же оставалась совершенно неподвижною. При всемъ усиліи больной былъ не въ состояніи закрыть правый глазъ (lagophthalmus). При смѣхѣ дѣлалось еще замѣтнѣе искривленіе рта, вслѣдствіе неподвижности праваго угла рта и смѣшенія только одного лѣваго. Выдыхательныя движенія, ко-торыми обыкновенно сопровождается свистъ, производили только слабый звукъ раздуванія. Языкъ былъ отклоненъ въ лѣвую сто-рону. Это отклоненіе еще болѣе выступало при движеніи языка. Поваренная соль, приложенная къ правой сторонѣ языка, не распознавалась больнымъ; между - тѣмъ - какъ положенная на лѣвую половину была узнаваема имъ сразу. Правая нѣбная дуга опущена; uvula висѣла прямо. Больной очень мало слышалъ правымъ ухомъ. Изслѣдованіе показало разрывъ барабанной пе-репонки.

Кромѣ вышеизложенныхъ объективныхъ данныхъ, изслѣдова-ніе открыло еще нѣкоторыя субъективныя ощущенія: боль въ области околоушной железы, шумъ въ правомъ ухѣ, головокру-женіе и чувствительность въ правой скулѣ при жеваніи.

Къ упомянутымъ выше признакамъ на 6-й день присоединился еще одинъ, а именно — изъ праваго слухового прохода показалось незначительное количество мутной бѣловатой жидкости, которая на 13-й день приняла характеръ гноевидный.

Лѣченіе было антифлогистическое. Пузырь со льдомъ на голову. Спокойное положеніе. Строгая діета. Наблюденіе за свободнымъ отправленіемъ кишечнаго канала. При такомъ лѣченіи все шло спокойно, безъ какихъ-либо особенныхъ признаковъ пораженія мозга или его оболочекъ. Съ каждымъ днемъ больной чувствовалъ себя все лучше и лучше. Но глухота на правое ухо сдѣлалась полною; параличъ личнаго нерва нисколько не уменьшался. На 17 день, по просьбѣ больного, онъ выписанъ изъ клиники.

Выдающимися припадками въ этомъ случаѣ были: безсознательное состояніе послѣ паденія, кровотеченіе изъ праваго уха, за-тѣмъ истеченіе изъ него кровянистой, а впослѣдствіи мутной гноевидной жидкости, кровавая рвота, параличъ правой половины лица и потеря слуха. Разсмотримъ значеніе каждаго изъ этихъ припадковъ отдѣльно и всѣхъ въ-совокупности.

1. Безсознательное состояніе указывало на значительное поврежденіе мозга. Такъ-какъ оно наступило тотчасъ послѣ паденія и по истеченіи часа прекратилось, то объяснить его можно было сотрясеніемъ мозга. Само по себѣ оно не могло наводить на мысль объ одновременномъ существованіи какого-либо другого поврежденія, напр. перелома костей черепа, но за-то объ этомъ заставляли подумать всѣ другіе припадки.

2. Кровотеченіе изъ праваго слухового прохода могло обусловливаться поврежденіемъ различныхъ частей какъ наружнаго, такъ и внутренняго уха. Каменистая часть височной кости, въ которой помѣщается слуховой органъ, составлена изъ очень плотной костяной ткани, которая изрѣзана многочисленными каналами, полостями и отверстіями до такой степени, что на нѣкоторыхъ мѣстахъ происходитъ значительное истонченіе стѣнокъ и вслѣдствіе того чрезвычайная хрупкость ихъ. При переломахъ этой кости затрогиваются расположенные въ ней каналы и полости, кровь изъ сосудовъ мозговыхъ оболочекъ или самаго

мозга можетъ, черезъ трещину въ кости, пробираться наружу. Въ непосредственномъ соосѣдствѣ съ барабанною полостью лежатъ *sinus transversus*, подъ нижнею стѣнкою ея — *vena jugularis interna*. Тутъ-же недалеко проходитъ *arteria carotis interna*, а. *meningea media*. Артеріи, по своей эластичности, не такъ легко повреждаются при переломѣ каменистой части височной кости, между-тѣмъ-какъ венозныя назухи, плотно приростая къ костянымъ желобкамъ, въ которыхъ помѣщены, легко разрываются. Барабанная полость и барабанная перепонка содержатъ также довольно кровеносныхъ сосудовъ, но вообще малыхъ, незначительныхъ; поэтому поврежденіе этихъ частей не можетъ сопровождаться большимъ кровотеченіемъ. Обильное кровотеченіе должно указывать непременно на поврежденіе кости. Поэтому діагнозъ перелома кости соображается съ количествомъ вытекающей крови. Нѣсколько капель крови изъ слухового прохода можетъ вытекать вслѣдствіе разрыва барабанной перепонки или поврежденія стѣнокъ наружнаго слухового прохода. Но продолжительное кровотеченіе или повтореніе его на другой или третій день не можетъ быть объяснено однимъ разрывомъ барабанной перепонки; такое кровотеченіе составляетъ совершенно вѣрный признакъ перелома основанія черепа, проходящаго чрезъ каменистую часть височной кости, особенно если изслѣдованіе исключаетъ поврежденіе стѣнокъ наружнаго слухового прохода и обнаруживаетъ разрывъ барабанной перепонки, если кровотеченіе поражаетъ своимъ обиліемъ. Въ данномъ случаѣ кровотеченіе было продолжительное, количество вытекшей крови — значительное, стѣнки наружнаго слухового прохода цѣлы, но барабанная перепонка разорвана; поэтому надо было заключить, что кровь вытекала изнутри и изъ большихъ сосудовъ, а сосуды эти могли дать кровотеченіе не иначе, какъ при нарушеніи цѣлости кости, по которой они проходятъ.

3. Кровавая рвота, случившаяся у больного, по всему вѣроятію, происходила вслѣдствіе опусканія крови по евстахіевой трубѣ въ полость глотки и оттуда по пищепріемнику въ желудокъ. Такое направленіе крови возможно, особенно если выходъ для нея чрезъ наружный слуховой проходъ затруднень по причинѣ незначительности разрыва барабанной перепонки, или совершенно невозможенъ при цѣлости этой перепонки, что случается напр. при переломахъ, идущихъ поперечно чрезъ верхушку пирамиды височной кости.

4. Истеченіе водянистой жидкости изъ уха, какъ показалъ Ложье, можетъ быть вѣрнымъ симптомомъ перелома основанія черепа. Послѣ Ложье многіе хирурги какъ химическими анализами жидкости, такъ и патолого-анатомическими вскрытіями доказали, что такая жидкость есть liquor cerebrospinalis, которая пробирается наружу вслѣдъ за кровью чрезъ трещину пирамиды височной кости. Вмѣстѣ съ трещиною кости непременно долженъ быть разрывъ твердой мозговой оболочки и паутинной, а также разрывъ барабанной перепонки; тогда только образуется свободное сообщеніе между внутреннимъ и наружнымъ слуховыми проходами, безъ котораго невозможно истеченіе наружу liquoris cerebrospinalis. Изъ-подъ арахноидальнаго пространства жидкость проникаетъ чрезъ разрывъ паутинной и твердой мозговыхъ оболочекъ, а также чрезъ стѣнку внутреннего слухового прохода въ лабиринтъ, оттуда идетъ далѣе чрезъ трещину кости или чрезъ разорванную перепонку овальнаго окошка въ барабанную полость, изъ которой чрезъ дыру въ барабанной перепонкѣ вытекаетъ наружу. Жидкость, по химическому составу своему, содержитъ немного бѣлка и много поваренной соли. Вслѣдъ за кровотеченіемъ появляется кровянистая жидкость, а потомъ черезъ 12—36 часовъ совершенно безцвѣтная, свѣтлая какъ вода жидкость. Вытекаетъ она по-немногу, или по-каплямъ; при кашлѣ, чиханіи выбрасывается скорѣе. Количество ея во-

обще значительное, въ $\frac{1}{4}$ часа можетъ выходить около чайной ложечки, а въ 24 часа до 150 граммъ. Если-бы вытекающая изъ уха водянистая жидкость была всегда liquor cerebros spinalis, то серозное истечение изъ уха составляло бы signum pathognomonicum перелома каменистой части височной кости. Однакожь были несомнѣнные наблюденія, въ которыхъ, не смотря на истечение водянистой жидкости изъ уха, не было перелома основанія черепа. Откуда въ подобныхъ случаяхъ можетъ происходить эта жидкость, — мнѣнія расходятся. Нѣкоторые предполагаютъ, что жидкость можетъ быть изъ барабанной полости, другіе — изъ лабиринта. Просачиваніе жидкости въ такихъ случаяхъ не можетъ быть обильнымъ и продолжительнымъ. Но обильное серозное истечение изъ уха, послѣ столь-же обильнаго кровотеченія, надо считать совершенно вѣрнымъ признакомъ перелома основанія черепа. Истечение большого количества liquoris cerebros spinalis не должно удивлять, такъ-какъ опыты надъ животными показали уже давно, что liquor cerebros spinalis возраждается чрезвычайно скоро. Но отсутствіе такого истечения не можетъ быть доказательствомъ отсутствія перелома. Въ нашемъ случаѣ истекавшая послѣ кровотеченія жидкость была съ самаго начала мутная, появилась весьма поздно и притомъ въ весьма ничтожномъ количествѣ, такъ-что невозможно было собрать ея хотя бы нѣсколько капель для химическаго анализа, и въ послѣдствіи получила гноевидный характеръ; поэтому предполагать въ ней liquor cerebros spinalis не было никакого основанія.

5. Параличъ правой стороны лица и потеря слуха на правое ухо, наступившіе тотчасъ послѣ паденія больного, ясно указывали на поврежденіе nervi facialis et acustici, а поврежденіе этихъ нервовъ могло случиться не иначе, какъ при нарушеніи цѣлости кости, чрезъ которую они проходятъ. При переломахъ каменистой части височной кости, смотря по направленію трещины, можетъ быть затронутъ одинъ только facialis,

или одинъ *acusticus*, или оба вмѣстѣ. Нервы или отрываются совершенно, вслѣдствіе чего тотчасъ наступаетъ полная потеря функціи ихъ; или они сдавливаются въ костяныхъ каналахъ излившеюся кровью, или же теряютъ свое отправленіе вслѣдствіе напуханія и размягченія. Параличъ нерва лицевого имѣетъ болѣе важное діагностическое значеніе, чѣмъ параличъ слухового; послѣдній въ болѣе или менѣе значительной степени можетъ происходить и отъ кровоизліянія въ лабиринтъ въ барабанную полость. Между-тѣмъ-какъ моментальный параличъ *n. facialis*, при травматическомъ вліяніи, можетъ происходить только вслѣдствіе разрыва его, при входѣ въ *porus acusticus*. Такъ-какъ въ данномъ случаѣ, послѣ паденія больного, обнаружился полный параличъ *n. facialis* во всей области распространенія его и почти полный *n. acustici*, то поэтому надо было допустить разрывъ этихъ нервовъ, происшедшій вслѣдствіе нарушенія цѣлости кости и расхожденія отломковъ ея.

Если на основаніи одного какого-либо изъ перечисленныхъ припадковъ, отдѣльно взятого, нельзя было съ увѣренностью заключить о поврежденіи костей черепа въ данномъ случаѣ, то, принимая во вниманіе совокупность всѣхъ припадковъ, надо было предполагать здѣсь переломъ на основаніи черепа, именно въ области каменистой части височной кости. Это предположеніе оправдывалось также свойствомъ насилія, мѣстомъ приложенія его и способомъ происхожденія поврежденія. Обыкновенно насилія, дѣйствующія на обширное мѣсто соприкосновенія, какъ напр. было и въ данномъ случаѣ, производятъ поврежденіе болѣе отдаленныхъ частей, особенно раздробленія, и трещины костей основанія черепа. На основаніи всѣхъ вышеупомянутыхъ признаковъ, мы имѣли право предположить трещину въ каменистой части височной кости.

Трудно было сказать — имѣли ли мы дѣло съ одною или нѣсколькими трещинами, съ образованіемъ осколковъ или безъ

нихъ. Съ вѣроятностью можно было только сказать, что въ данномъ случаѣ, кромѣ трещины въ каменистой части височной кости, могли быть поврежденія другихъ костей. При эластичности черепа, насиліе, произведшее сдавленіе частицы кости въ области уха, неминуемо должно было вызвать раздвиженіе ихъ въ другихъ мѣстахъ, а результатомъ этого могли образоваться трещины.

Считаю не лишнимъ упомянуть, что въ данномъ случаѣ мы не наблюдали тѣхъ необыкновенныхъ разстройствъ движенія, которыя въ настоящее время многіе склонны относить къ поврежденію полукружныхъ каналовъ слухового органа. Извѣстно, что Меніере описалъ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ, при явленіяхъ, указывавшихъ на разстройство кровообращенія въ мозгу, внезапно терялся слухъ; при вскрытіи онъ находилъ мозгъ совершенно здоровымъ, а полукружные каналы наполненными гемморрагическимъ экссудатомъ. Это подало ему поводъ замѣченныхъ явленія объяснять пораженіемъ полукружныхъ каналовъ. Наблюденія Меньера были поставлены въ связь съ фیزیологическими опытами Flourens'a, который при поврежденіи полукружныхъ каналовъ у голубей и кроликовъ замѣчалъ различныя неправильныя движенія. Послѣ этого считалось доказаннымъ, что полукружные каналы составляютъ органъ равновѣсія тѣла, что внезапная глухота съ головокруженіемъ, невѣрной походкою, круговыми движеніями и другими признаками разстройства равновѣсія — зависятъ отъ кровоточенія или поврежденія полукружныхъ каналовъ лабиринта. По этому появленіе сказанныхъ признаковъ, послѣ травматическаго поврежденія, можетъ давать основаніе для діагноза перелома основанія черепа въ области каменистой части височной кости. Однакожъ теорія, по которой полукружные каналы суть органъ равновѣсія тѣла, еще не можетъ считаться вполне достовѣрною, не смотря на то, что этому вопросу посвятили немало труда многіе ученые, какъ напр.

Goltz, Böttcher, Ferrier, Berthold, Czermak, Ціонъ, Шеляревскій и многіе другіе. Экспериментами нѣкоторыхъ изъ поименованныхъ авторовъ доказано, что даже полное отдѣленіе слуховыхъ нервовъ отъ мозга не причиняетъ никакихъ постоянныхъ разстройствъ въ способности сохранять равновѣсіе какъ при движеніи, такъ и во время покоя. Этотъ фактъ подрываетъ въ корнѣ мнѣніе о важной роли полукружныхъ каналовъ въ актѣ координаціи движеній.

Бетхеръ справедливо замѣтилъ, что опыты Флуранса и за нимъ Гольца не чисты, потому что, при разрушеніи полукружныхъ каналовъ, легко повреждаются и другія части. Бетхеръ отыскалъ способъ открывать каналы и разрушать ихъ безъ раненія другихъ частей и даже безъ значительнаго кровотеченія. При этомъ способѣ поврежденія полукружныхъ каналовъ не появлялось никакихъ признаковъ разстройства равновѣсія. Но если Бетхеръ проникалъ глубже, тотчасъ-же появлялись круговыя движенія, косое держаніе головы, шатакая походка и т. п.

Блохъ подтвердилъ результаты Бетхера и, кромѣ того, доказалъ, что въ случаяхъ несомнѣннаго разстройства равновѣсія было размягченіе сосѣднихъ частей мозга. На этомъ основаніи, надо думать, что поврежденіе полукружныхъ каналовъ, безъ поврежденія мозга, не можетъ имѣть послѣдствіемъ разстройства равновѣсія тѣла. Если же это разстройство замѣчается послѣ поврежденія черепа, то мы не имѣемъ права относить его къ извѣстному направленію трещины въ каменистой части височной кости, а только къ ушибу ближайшей области мозга.

Въ видѣ сказаннаго, отсутствіе въ нашемъ случаѣ признаковъ потери равновѣсія тѣла едвали могло ослаблять нашъ діагнозъ трещины каменистой части височной кости.