

**Ob otematomie k ucheniiu o progressivnom paralichie pomieshannykh : monografiia po sobstvennym izsledovaniiam : dissertatsiia na stepen' doktora meditsiny / V.P. Tishkova ; tsenzorami dissertatsii, po porucheniiu konferentsii, byli professory I.P. Merzheevskii, N.P. Ivanovskii i privat-dotsent A.F. Erlitskii.**

### **Contributors**

Tishkov, Vasilii Petrovich, 1855-  
Maxwell, Theodore, 1847-1914  
Royal College of Surgeons of England

### **Publication/Creation**

S.-Peterburg : Parovaia Skoropechatnia P.O. Iablonskago, 1891.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/qz3jp944>

### **Provider**

Royal College of Surgeons

### **License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

Tishkoff (Y. P.) *Hæmatoma Auris in progressive paralysis of the insane. Bibliography* [in Russian], 8vo. St. P., 1891

№ 7.

# ОБЪ ОТЭМАТОМЪ

КЪ УЧЕНИЮ

О ПРОГРЕССИВНОМЪ ПАРАЛИЧѢ ПОМѢШАННЫХЪ.

МОНОГРАФІЯ ПО СОБСТВЕННЫМЪ ИЗСЛѢДОВАНИЯМЪ.

(Съ двумя рис. въ текстѣ и отдѣльной таблицей).

ДИССЕРТАЦІЯ

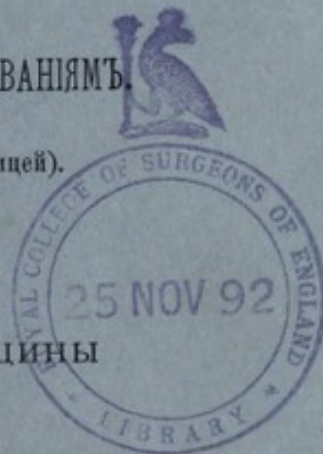
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

В. П. ТИШКОВА,

## HÆMATOMA AURIS IN THE INSANE.

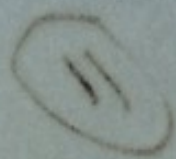
DR. TISHKOFF has examined and reported upon ten cases of hæmatoma auris occurring in patients suffering from general paralysis of the insane, in which disease it differs both clinically and pathologically from other forms of hæmatoma attacking the ear. Hæmatoma auris is due to the exposure of the cartilage of the ear to external influences, rendering it susceptible to morbid changes. It commences with inflammation of the perichondrium, which is followed by absorption of the cartilage caused by the formation of new bloodvessels. The rupture of these vessels creates a cavity between the perichondrium and the cartilage, which increases as the flow of blood continues. The characteristic form of the hæmatoma is caused by the cavity between the cartilage and perichondrium. The blood is slowly absorbed, and the thickness of the walls of the cavity is augmented by a new growth of connective tissue. The exciting cause in the insane is generally maniacal excitement; in the healthy it is always traumatic.

1891.



*This refers to the  
earlier researches  
it is from an article  
in the medical  
journal*





# OFF OTAMATOM

BY J. J. J. J.

THE OFFICE OF THE SECRETARY OF THE

DEPARTMENT OF THE INTERIOR

WASHINGTON, D. C.

1900

THE SECRETARY OF THE

DEPARTMENT OF THE INTERIOR

WASHINGTON, D. C.

THE SECRETARY OF THE

WASHINGTON, D. C.

Серія диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ Императорской  
Военно-медицинской Академіи въ 1891—1892 учебномъ году.

№ 7.

# ОБЪ ОТЭМАТОМЪ

къ учению

## О ПРОГРЕССИВНОМЪ ПАРАЛИЧѢ ПОМѢШАННЫХЪ.

МОНОГРАФІЯ ПО СОБСТВЕННЫМЪ ИЗСЛѢДОВАНИЯМЪ.

(Съ двумя рис. въ текстѣ и отдѣльной таблицей).

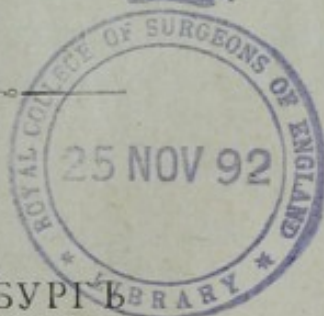
### ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

**В. П. Тишкова,**

ординатора клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней, Проф. И. П. Мержеевскаго и старшаго врача Катта-Курганскаго мѣстнаго лазарета.

Цензорами диссертации, по порученію конференціи, были профессора: — академикъ И. П. Мержеевскій, Н. П. Ивановскій и приватъ-доцентъ А. Ф. Эрлицкій.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ

Паровая Скоропечатня П. О. Яблонскаго. Лештуковъ пер., д. № 13.

1891.



Докторскую диссертацию лекаря *Василія Тишкова* подъ заглавіемъ:  
«Объ отѣматомѣ. Къ ученію о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ»  
печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы, по отпечатаніи оной, было пред-  
ставлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Акаде-  
міи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ, октября 5-го дня 1891 г.

Ученый Секретарь *Насиловъ*.

## I.

Предметомъ предлагаемаго изслѣдованія служить одно изъ соматическихъ осложненій душевныхъ болѣзней. Это есть флюктуирующая опухоль, неожиданно появляющаяся на ушной раковинѣ больного, а по истеченіи болѣе или менѣе значительнаго періода времени исчезающая, оставляя послѣ себя неисправимое обезображиваніе, — сморщиваніе и утолщеніе ушной раковины.

Неизвѣстно, какъ давно эта опухоль стала появляться въ домахъ для умалишенныхъ, первое-же печатное сообщеніе о ней сдѣлано въ 1833 г. зигбургскимъ врачомъ Friedrich'омъ Bird'омъ <sup>1)</sup>. Этотъ психіатръ наблюдалъ шесть случаевъ своеобразнаго пораженія уха у душевно-больныхъ, которое состояло, по его описанію, въ воспаленіи покрововъ ушной раковины, причемъ въ верхней части ея образовывалась отвисающая книзу опухоль. За время своего существованія она неоднократно самопроизвольно давала трещину, чрезъ которую опорожнялось содержимое, въ видѣ темной крови. Чрезъ нѣсколько недѣль заболѣваніе оканчивалось или простымъ утолщеніемъ раковины на пораженномъ мѣстѣ, или сморщиваніемъ уха. Причину такого осложненія душевной болѣзни, по крайней мѣрѣ, предрасполагающую, авторъ склоненъ былъ видѣть въ приливахъ крови къ головѣ, которымъ были подвержены эти больные.

---

<sup>1)</sup> Чтобъ не пестрить текста, мы не дѣлаемъ указаній источниковъ въ выноскахъ, но къ концу трактата приложимъ алфавитный указатель литературы по именамъ авторовъ.



Потому-ли, что наблюденіе Bird'a было не точно, или же, въ самомъ дѣлѣ, у его больныхъ пораженіе протекало слишкомъ необычно, такъ-что другіе врачи видѣли у своихъ больныхъ иную картину,—во всякомъ случаѣ, сообщеніе его долгое время оставалось въ забвеніи, иные-же ученые впали въ заблужденіе, принявъ описанную Bird'омъ болѣзнь кто за рожу, кто за фурункулъ.

Въ 1838 г. французскій психіатръ Ferrus въ своемъ курсѣ душевныхъ болѣзней упоминаетъ о „пораженіи ушныхъ раковинъ, которое наблюдается иногда у хроническихъ маньяковъ, но гораздо чаще у слабоумныхъ и общихъ паралитиковъ.“ Онъ говоритъ, что опухоль образуется вслѣдствіе отслойки кожи накапливающейся жидкостью, что происходитъ медленно, причиняя сильныя боли. Кожа, постепенно истончившись, лопається, жидкость изливается, и остается безконечная серозно-гнойная фистула. Содержащаяся въ опухоли жидкость будто-бы сначала бываетъ серозная, а потомъ серозно-гнойная. Автору кажется раціональнымъ видѣть причину опухоли въ продолжительномъ давленіи, которому подвергается ухо при лежаніи больныхъ на боку и т. п. Это описаніе подверглось той-же участи, что и Bird'a.

Въ 1842 г. Belhomme демонстрировалъ препараты этой опухоли въ Société médicale d'émulation. По воззрѣнію этого изслѣдователя, опухоль состоитъ въ серозно-кровянистомъ, иногда-же въ чисто кровяномъ скопленіи въ петляхъ плотной клѣтчатки ушной раковины и серѣжки уха. Образование опухоли обусловливается, по его мнѣнію, замедленіемъ кровообращенія въ периферическихъ частяхъ тѣла больныхъ, такъ-что достаточно незначительнаго инсульта, чтобъ вызвать въ нихъ изліяніе крови.

Такимъ образомъ, въ воззрѣніи на причину опухоли Belhomme близко стоитъ къ Bird'у, такъ-какъ оба они строятъ свои гипотезы на разстройствахъ въ циркуляціи крови.

Наконецъ, въ томъ-же году французскій психіатръ Cossy напечаталъ въ Archives générales de médecine первое обстоятельное сообщеніе объ этомъ страданіи ушной раковины у душевно-больныхъ, удачно назвавъ его *la tumeur sanguine du pavillon de l'oreille*, каковой терминъ съ теченіемъ времени и получилъ всеобщее распространеніе, такъ-какъ обычныя названія этой опухоли на другихъ языкахъ являются почти



буквальнымъ переводомъ его (die Ohrblutgeschwulst, Naematoma auriculae, Othaematoma, кровяная опухоль уха и т. п.).

Cossy наблюдалъ 3 случая отѣматомы у трехъ больныхъ, причемъ два раза она была на лѣвомъ и одинъ разъ на правомъ ухѣ. Только эти три случая и наблюдались за 8 мѣсяцевъ въ заведеніи, призрѣвавшемъ болѣе 300 умалишенныхъ. Авторъ говоритъ, что эта опухоль вообще рѣдко встрѣчается.

Два случая автора принадлежали хроническимъ маньякамъ и наблюдались только клинически; третья отѣматома, на лѣвомъ ухѣ у паралитика, наблюдалась и клинически, и тщательно, для того времени, изслѣдована *post mortem*.

Приступая къ описанію опухоли, Cossy заявляетъ, что во всѣхъ трехъ случаяхъ она представлялась поразительно сходною во всѣхъ отношеніяхъ. Удара, или тому подобнаго внѣшняго насилія, признаковъ скорбута, равнымъ образомъ и приливовъ крови къ головѣ передъ появленіемъ опухоли не было констатировано ни въ одномъ случаѣ. Клиническую картину и теченіе опухоли авторъ описываетъ слѣдующимъ образомъ. — Кожа приподнята, напряжена, гладка и образуетъ опухоль, ограничивающуюся бороздкой завитка, а спереди рѣзко обрывающуюся на разстояніи 2 mm. отъ наружнаго слуховаго прохода. Неясная флюктуация въ центрѣ опухоли. Цвѣтъ опухоли темновато-синій. Отъ давленія пальцемъ на ней не остается углубленія. И въ другихъ частяхъ раковины, сохранившихъ свою форму, замѣчается припухлость и синеватость. Болѣзненность при давленіи, замѣтное повышеніе мѣстной  $t^{\circ}$ . Слухъ не пострадалъ; общее состояніе больного тоже, что было и до образованія опухоли. Опухоль достигаетъ максимальнаго объема въ первый-же день. Авторъ примѣнялъ активное лѣченіе, вскрывая опухоль ланцетомъ, какъ только она появлялась. Это дало ему возможность убѣдиться, что опухоль представляетъ одну полость, дно которой образовано хрящомъ, а содержимое — кровью. Операция повторялась разъ до 10, такъ-какъ ранка быстро склеивалась, и опухоль вновь наполнялась. Излѣченіе наступало лишь по истеченіи 3—4 недѣль со дня появленія опухоли, причемъ оставалось незначительное утолщеніе раковины.

При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи уха, утолщеннаго вслѣдствіе бывшей отѣматомы, авторъ нашель, что



горизонтальный разрѣзъ чрезъ утолщенную область представляетъ двѣ хрящевыя линіи, окружающія пространство, въ которомъ заключена волокнистая, красноватая ткань. При отсепарованіи отдѣльныхъ слоевъ обнаружилось, что передней границей этого пространства является новообразованный хрящъ и что старый хрящъ гладокъ и, повидимому, нормаленъ.

Касаясь этиологіи, Cossy говоритъ: „rien n'est si fréquent que les coups et les chutes etc. (т. е. въ такомъ собраніи душевно-больныхъ) et malgré cela la tumeur sanguine est extrêmement rare.“ Лишь сильная общая слабость больныхъ остается фактомъ, могущимъ имѣть значеніе въ этиологіи, все-же остальное авторъ считаетъ „гипотетическимъ.“

Только съ этого момента, когда точно было констатировано самое существованіе „кровяной опухоли уха,“ какъ таковой, и могли возникнуть многочисленные вопросы, касающіеся странныхъ особенностей ея клиническаго теченія, сферы распространенія, механизма и причинъ ея развитія и т. д.

Было-бы бесполезно излагать здѣсь содержаніе всѣхъ сообщеній, на различныхъ языкахъ сдѣланныхъ по этому предмету, такъ-какъ имѣется нѣсколько болѣе обширныхъ и самостоятельныхъ изслѣдованій, въ которыхъ сконцентрировано все, что до сихъ поръ было извѣстно объ отѣматомѣ.

Въ числу такихъ работъ надо отнести пространное сообщеніе Dr. Leubuscher'a, появившееся въ 1846 г. Авторъ въ теченіе одного года имѣлъ случай наблюдать клинически свѣжую отѣматому у 5 больныхъ, да у пяти-же больныхъ усмотрѣлъ слѣды старой опухоли. Въ числѣ этихъ 10 больныхъ были двѣ женщины. Всѣ 10 больныхъ имѣли признаки слабоумія въ различной степени и всѣ отличались общимъ упадкомъ питанія, у большей-же части наблюдались и признаки спеціальныхъ дизкразій, напр. золотухи, скорбута и т. п.

Два случая отѣматомы праваго уха, наблюдавшіеся авторомъ клинически, были *post mortem* изслѣдованы Dr. Mekkel'емъ патолого-анатомически. Эти случаи, судя по описанію автора, принадлежали прогрессивнымъ паралитикамъ.

Описаніе Leubuscher'a клинической картины и теченія опухоли вообще сходно съ даннымъ Cossy. Правда, послѣдній опредѣлялъ теченіе болѣзни въ 3—4 недѣли, а Leubuscher— въ 6—7 недѣль; но терапія ими примѣнялась различная,



такъ-что болѣе короткій срокъ у Cossy могъ зависить отъ настойчивыхъ оперативныхъ вмѣшательствъ. Leubuscher только одинъ разъ сдѣлалъ разрѣзъ опухоли, причемъ, къ удивленію его, по опорожненіи содержаемаго полости, передняя стѣнка ея не опала. Кромѣ того, авторъ упоминаетъ, что иногда при ощупываніи опухоли онъ получалъ такое впечатлѣніе, какъ-будто въ ней присутствовалъ „воздухъ“.

Dr. Meskel при патолого-анатомическомъ изслѣдованіи опухолей нашелъ, что полость кровоизліянія выполняется новообразованной волокнистой соединительной тканью. Въ обоихъ случаяхъ хрящъ задней стѣнки былъ покрытъ со стороны полости слоемъ соединительной ткани, который былъ принятъ за слой перихондрія. Въ одномъ случаѣ, гдѣ полость представлялась еще невыполненной, передняя стѣнка ея также съ увѣренностью была сочтена Meskel'емъ за перихондрій, въ которомъ притомъ былъ найденъ новообразованный хрящъ. Въ другомъ случаѣ въ этомъ новообразованномъ хрящѣ передней стѣнки были найдены признаки истиннаго окостенѣнія.

На основаніи этихъ данныхъ Leubuscher сдѣлалъ слѣдующія заключенія: 1, кровоизліяніе произошло между листками перихондрія; 2, выполненіе полости совершается на счетъ организациі сгустка; 3, передняя стѣнка также участвуетъ въ новообразованіи ткани для выполненія полости, на что указываютъ найденныя въ ней пластинки хряща, которыя, впрочемъ, могли образоваться и самостоятельно въ массѣ, выполняющей полость.

Относительно этиологіи авторъ высказывается въ томъ смыслѣ, что механическій инсультъ можетъ во многихъ случаяхъ играть роль вызывающей случайной причины; но находитъ необходимымъ существованіе предрасположенія, которое онъ въ своихъ случаяхъ усматриваетъ въ упадкѣ общаго питанія и дизкрзіяхъ, связанныхъ съ органическимъ пораженіемъ мозга.

Мы видимъ, что существеннымъ отличіемъ возрѣній Leubuscher'a отъ взгляда Cossy является признаніе перихондрія за обособленное отъ кожи анатомическое образованіе и, сообразно съ этимъ, болѣе глубокое локализованіе эгематознаго кровоизліянія, въ сравненіи съ обыкновенными подкожными кровоподтеками.



Въ 1848 г. опубликовалъ свои изслѣдованія по этому вопросу Dr. Franz Fischer, внеся много новаго въ представленіе о клинической картинѣ отѣматомы и ея теченіи; въ области-же этиологическаго изученія этой опухоли онъ указалъ новые пути. Fischer утверждаетъ, что размѣры опухоли могутъ быть различны: не только всю переднюю поверхность раковины можетъ занимать она, но въ иныхъ случаяхъ можетъ ограничиваться незначительною поверхностью уха, представляясь напр. по величинѣ въ видѣ боба, въ другихъ-же случаяхъ переходить и на заднюю поверхность уха. Одинъ разъ онъ наблюдалъ и такой случай, гдѣ три отѣматомы появлялись послѣдовательно на одномъ и томъ-же ухѣ, причемъ послѣдняя занимала заднюю поверхность его. Хотя обыкновенно кожа представляется при этомъ синевато-красною, но случается, что она имѣетъ совершенно нормальный видъ даже въ то время, когда опухоль уже настолько развилась, что легко можетъ быть замѣчена. Степень-же болѣзненности опухоли зависитъ отъ интензивности воспаленія кожи. Ощупываніемъ можно убѣдиться, что заднюю стѣнку опухоли составляетъ хрящъ со своими покровами, но бывають случаи, когда обѣ стѣнки на различныхъ мѣстахъ представляютъ неравномѣрную плотность. *Circa antiheliciis* долго сохраняютъ свои очертанія на передней стѣнкѣ. Черезъ 2 — 4 недѣли по образованіи большой опухоли, передняя стѣнка ея перестаетъ быть мягкою, а даетъ ощущеніе пергамента, флюктуация-же становится неясною. Въ то-же время на отдѣльныхъ мѣстахъ задней стѣнки нерѣдко можно констатировать исчезновеніе хряща. Въ такомъ видѣ опухоль остается 6 — 10 дней и болѣе. Послѣ того становится замѣтнымъ постепенное уменьшеніе жидкости. Иногда въ этомъ періодѣ, при ощупываніи опухоли, можно получить ощущеніе присутствія въ ней „воздуха“. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кожа вначалѣ была багровою, при заживленіи опухоли можно замѣтить извѣстную игру цвѣтовъ. Произвольнаго разрыва опухоли авторъ не допускаетъ. Также и образованія фистулъ онъ не наблюдалъ.

Изслѣдуя опухоль съ помощью прижизненныхъ разрѣзовъ въ разные стадіи ея развитія, авторъ констатировалъ, что перихондрій былъ отдѣленъ отъ хряща на всемъ протяженіи опухоли, такъ-что лишь отдѣльные обрывки хряща находи-



лись въ связи съ перихондриемъ. Такимъ образомъ, авторъ признаетъ, что кровоизліяніе происходитъ между хрящомъ и перихондриемъ изъ сосудовъ послѣдняго, а не между листками перихондрія, какъ полагалъ Leubuscher.

За этой опухолью Fischer не признаетъ никакого прогностическаго значенія.

Что касается этиологій, то ему извѣстны случаи возникновенія опухоли непосредственно вслѣдъ за травмой; однако онъ не разъ видѣлъ, какимъ жестокимъ травмамъ подвергались уши больныхъ со стороны ихъ товарищей по несчастью, и все-же отѣматома не появлялась. Поэтому онъ признаетъ необходимымъ существованіе предрасположенія, которое возникаетъ отъ дизкразій. Fischer первый сталъ искать фактическаго патолого-анатомическаго выраженія такого предрасположенія въ тканяхъ самой ушной раковины. Его поиски, казалось, увѣнчались успѣхомъ. Въ раковинахъ такихъ дизкразическихъ субъектовъ, которые никогда не имѣли отѣматомы, имъ были найдены маленькія полости, располагавшіяся или въ самой хрящевой пластинкѣ, или между нею и перихондриемъ, что наблюдалъ онъ обыкновенно на передней поверхности хряща. Рѣдко эти полости пусты, чаще содержатъ нѣсколько капель жидкости. Изрѣдка въ окружности полостей можно было констатировать припухлость хряща и разрыхленіе перихондрія. Дальнѣйшая участь этихъ полостей такова, что или образуется отѣматома, или происходитъ частичное утолщеніе и уплотнѣніе хряща. Эти полости обусловливаются, по его предположенію, хроническимъ воспаленіемъ ушнаго хряща и перихондрія; а послѣднее вызывается дизкразіей отъ глубокаго заболѣванія головного мозга. Такимъ образомъ при отѣматомѣ кровь изливается изъ сосудовъ перихондрія въ предсуществовавшую уже полость, чему содѣйствуетъ жидкій составъ крови и застойныя гипереміи.

Мы замѣтимъ, однако, что Fischer совершенно голословно высказываетъ предположеніе о хроническомъ воспаленіи перихондрія, какъ причинѣ образованія полостей, не подкрѣпляя своего мнѣнія соотвѣтственными патолого-анатомическими данными.

Въ такомъ положеніи вопросъ пребывалъ 12 послѣдующихъ лѣтъ. Хотя за этотъ промежутокъ времени появилось и немало относящихся сюда сообщеній, но ничего новаго они



не заключали, и патологія отѣматомы не подвинулась ни на шагъ.

Въ 1860 году знаменитый Gudden напечаталъ свою первую статью объ этомъ предметѣ, которая произвела сенсацію въ мірѣ психіатровъ и породила ученую полемику, не вполне свободную отъ страстности.

Дѣло въ томъ, что при своемъ посѣщеніи мюнхенской глипготеки авторъ на статуяхъ панкратіастовъ, бойцовъ классической древности, напр. Геркулеса, нашелъ уши, имѣвшія такую-же обезображенную форму, какая бываетъ при отѣматомѣ. Сдѣлавъ соотвѣтствующія филологическія справки, онъ убѣдился, что такимъ изображеніямъ, дѣйствительно, соотвѣтствовали опухоли ушей у бойцовъ, получавшихъ жестокіе удары по уху со стороны своихъ противниковъ. Такъ-какъ панкратіасты были люди, конечно, завѣдомо сильные, то наличность у нихъ отѣматомъ травматическаго происхожденія, казалось, совершенно отнимала всякое причинное значеніе у тѣхъ дизкразій и общей слабости, какія наблюдались у носителей этихъ опухолей въ стѣнахъ домовъ для умалишенныхъ.

Хотя такой пріемъ, примѣненный къ дѣлу изученія природы болѣзни, не только ненаученъ, но даже составляетъ просто логическую ошибку, извращеніе закона причинности (ибо одинаковыя слѣдствія могутъ происходить и отъ совершенно различныхъ причинъ), однако воображеніе читателей было поражено, а критическая мысль до нѣкоторой степени связана.

Болѣе устойчивой, какъ увидимъ ниже, оказалась теорія мѣстнаго предрасположенія, на которую Gudden также направилъ свои удары. Авторъ подтверждаетъ существованіе полостей въ ушномъ хрящѣ, но замѣчаетъ, что Fischer первичное явленіе — полость — принялъ за вторичное, а дѣйствительно вторичному явленію — измѣненію перихондрія — приписалъ значеніе первичнаго; словомъ, что полости Fischer'a суть изломы хряща травматическаго происхожденія. Свое мнѣніе Gudden подтвердилъ и опытами на трупахъ: примѣняя очень большое усиліе, онъ вызывалъ изломы хряща ушной раковины и съ помощью манипуляцій пальцами, и сильными ударами по уху. На этомъ основаніи авторъ утверждаетъ, что патологическое явленіе, извѣстное подъ именемъ отѣматомы, въ



сущности есть травматическій изломъ хряща съ отслойкой перихондрія, а сопровождающее его кровотеченіе зависитъ отъ случайнаго разрыва при этомъ сосудовъ перихондрія.

Что касается травмы, то она наносится обыкновенно служителями, выведенными изъ терпѣнія неопрятностью и упрямствомъ больныхъ, что свойственно особенно паралитикамъ; она въ большинствѣ случаевъ причиняется посредствомъ ущемленія уха между пальцами и драньемъ его: часто автору удавалось констатировать на кожѣ отѣматознаго уха и вдавленіе отъ ногтей инкриминируемыхъ лицъ.

Въ 1855 году, когда Gudden установилъ отвѣтственность служителей за появленіе каждаго случая отѣматомы, послѣдняя стала рѣдкостью въ его заведеніи. Наконецъ, авторъ указываетъ и на нѣкоторыя извѣстныя особенности въ теченіи отѣматомы, подтверждающія, по его мнѣнію, взглядъ на травму, какъ единственную причину отѣматомы.

Очевидно, однако, что особенности въ теченіи пораженія могутъ лишь удобно объясняться теоріей автора, не исключая пригодности и другихъ объясненій, но никоимъ образомъ сами по себѣ не могутъ служить доказательствомъ ея истинности.

Прежде чѣмъ приступить къ обзору полемики, вызванной сообщеніемъ Gudden'a, мы считаемъ необходимымъ сдѣлать нѣкоторое отступленіе отъ принятаго здѣсь хронологическаго порядка, чтобы отмѣтить выдающійся историко-критическій трудъ по занимающему насъ вопросу, появившійся изъ-подъ пера отечественнаго ученаго и обнимающій весь, изложенный уже нами, періодъ литературы. Мы говоримъ именно о монографіи Проф. О. Н. Заварыкина, тогда еще молодаго доктора, напечатанной въ Военно-Медицинскомъ журналѣ за 1863 годъ, въ части 86, подъ заглавіемъ „О кровяной опухоли уха у помѣшанныхъ“. Эта монографія, не говоря уже о точности изложенія и мѣткости критической мысли, весьма цѣнна по полнотѣ своей. Мы позволимъ себѣ сдѣлать изъ нея выписку, касающуюся одного замѣчанія Проф. И. М. Балинскаго, которое приводитъ авторъ. „Получивъ въ свое завѣдываніе клиническое отдѣленіе душевныхъ болѣзней, въ то время еще не перестроенное, гдѣ больные помѣщались одни съ другими безъ всякаго разбора (спокойные съ беспокойными и неизлѣчимыми въ одной комнатѣ), онъ каждый день принужденъ былъ производить слѣдствія по случаю жалобъ врачей и са-



михъ больныхъ на самое безчеловѣчное обращеніе съ этими послѣдними прислуги. Почти каждый больной носилъ на себѣ слѣды побоевъ и ушибовъ на разныхъ частяхъ тѣла. Онъ принужденъ былъ даже дѣлать неоднократныя офіціальныя донесенія о перемѣнѣ слугъ, но такъ-какъ этому требованію невозможно было удовлетворить, то дѣло это оставалось въ томъ-же положеніи въ продолженіе 20-ти мѣсяцевъ, до окончательной перестройки клиническаго зданія. Общее число больныхъ было 112. Не смотря на это, въ продолженіе выше-означеннаго времени кровяная опухоль уха появилась только одинъ разъ у одного неистоваго, который, какъ человѣкъ со средствами, пользовался со стороны прислуги самымъ заботливымъ уходомъ и самымъ ласковымъ обращеніемъ“. Это категорическое свидѣтельство столь авторитетнаго наблюдателя, какъ патріархъ русской психіатріи Проф. И. М. Балинскій, является въ нашихъ глазахъ существеннымъ камнемъ преткновенія для травматической теоріи Gudden'a.

Первыми оппонентами Gudden'a явились въ слѣдующемъ-же году Dr. Leubuscher, оставшійся при своемъ первоначальномъ убѣжденіи о необходимости особаго предрасположенія, и Dr. Jung, представившій цѣлое самостоятельное изслѣдованіе, отличающееся крайней спутанностью изложенія и неясностью мыслей.

Послѣ этого появилось, интересное въ казуистическомъ отношеніи, сообщеніе Dr. Sander'a, въ которомъ онъ привелъ случаи произвольнаго возникновенія отѣматомы у лицъ душевно-здоровыхъ, причемъ въ анамнезѣ нельзя было съ увѣренностью констатировать никакой внѣшней причины, и менѣе всего травму. Это даетъ поводъ Sander'у высказать голословное предположеніе, что причиной отѣматомы могутъ быть разстройства въ трофической иннерваціи уха.

Въ двухъ послѣдующихъ статьяхъ, напечатанныхъ въ 1862 и 1863 годахъ и полныхъ нескрываеваемой ироніи, Gudden безъ труда побѣдоносно опровергаетъ шаткіе доводы своихъ оппонентовъ; но самъ онъ оказывается слабымъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда дѣло идетъ объ отѣматомѣ у лицъ, которые, обладая памятью и способностью обжаловать нанесенную имъ обиду, съ положительностью отрицаютъ всякое участіе умышленной или неумышленной травмы въ происхожденіи своей опухоли. Здѣсь Gudden, констатируя, что при вскрытіи этихъ



отэматоу были находимы внутри полости отдѣльные фрагменты хряща, считаетъ такую находку достаточнымъ основаніемъ, чтобъ заявить увѣренность, что и въ этихъ случаяхъ уши на самомъ дѣлѣ подвергались травмѣ. Такимъ образомъ онъ упускаетъ изъ виду возможность существованія патологическихъ расщепленій хряща, подобно тому, какъ это допускается для кости.

Для насъ, впрочемъ, главный интересъ статьи Gudden'a 1863 года составляетъ не полемическая сторона ея, а изложеніе наблюденій другихъ врачей, частныхъ корреспондентовъ автора. Два психіатра, склонившіеся въ сторону воззрѣній автора, чтобъ покончить съ вопросомъ, рѣшились умышленно вызвать отэматоу на ушахъ своихъ больныхъ съ помощью травмы. Результаты попытокъ одного изъ нихъ были безусловно отрицательные: ему не удалось ни въ одномъ случаѣ достигнуть своей цѣли. Болѣе подробнаго изложенія удостоилъ авторъ опыты другаго своего анонимнаго корреспондента, Dr. X, которые, по его мнѣнію, были удачныѣе.

Dr. X. выбралъ 5 больныхъ мужчинъ, неизлѣчимыхъ, болѣе или менѣе слабоумныхъ. Ни одинъ изъ нихъ не былъ параликомъ, ни одинъ кахектикомъ, всѣ хорошо упитаны, только одинъ нѣсколько блѣденъ. По наступленіи хлороформнаго наркоза, экспериментаторъ своими манипуляціями, съ приложеніемъ большой силы, старался вызвать у больнаго, подвергавшагося опыту, появленіе отэматоу. Во всѣхъ случаяхъ наружные покровы тотчасъ краснѣли и припухали. Кромѣ того, въ двухъ случаяхъ на отдѣльныхъ мѣстахъ слущились поверхностные слои эпидермиса, что подало поводъ къ образованію тонкихъ буроватыхъ корокъ. Экстравазатовъ въ кожѣ не было наблюдаемо. Вся удача этихъ опытовъ состояла въ томъ, что у одного больнаго, который уже ранѣе имѣлъ обширную отэматоу лѣваго уха, удалось вызвать и на правомъ ухѣ отэматоу, величиною въ лѣсной орѣхъ. У троихъ больныхъ не удалось вызвать отэматоу, не смотря на то, что одинъ изъ нихъ на лѣвомъ ухѣ имѣлъ слѣды отэматоу умѣренной величины, бывшей у него до поступленія въ больницу. У этихъ больныхъ можно было, однако, чрезъ нѣсколько дней констатировать мѣстное утолщеніе хряща. Чрезъ 14 дней послѣ перваго опыта, съ однимъ изъ этихъ больныхъ (№ 5) опытъ былъ повторенъ, и на этотъ



разъ „при примѣненіи относительно очень малой силы“ быстро развилась отѣматома, величиною съ лѣсной орѣхъ. Она была вскрыта ножомъ, причемъ обнаружилась полость въ хрящѣ. Заживленіе послѣдовало *per primam*, безъ увеличенія размѣровъ того утолщенія, которое существовало здѣсь послѣ перваго опыта. Наконецъ, у пятаго больного не удалось вызвать не только отѣматомы, но ни на одномъ ухѣ не образовалось и никакого измѣненія формы. Для всякаго безпристрастнаго читателя очевидно, что эти дикіе опыты имѣютъ убійственное значеніе для теоріи Gudden'a.

Не такъ смотрѣлъ на нихъ авторъ: онъ, предостерегая своихъ коллегъ отъ повторенія такихъ опытовъ, старается извлечь изъ нихъ данныя въ пользу своей теоріи. По его мнѣнію, они удостовѣряютъ, что: 1) расщепленіе хряща и перихондрія можно получить давленіемъ пальцами и на живыхъ,—съ чѣмъ, конечно, нельзя не согласиться, какъ и со слѣдующимъ выводомъ;—2) что это возможно безъ кахектического предрасположенія; 3) что прежде-существовавшія поврежденія предрасполагаютъ къ увеличенію самихъ себя, при возобновленіи насильственныхъ дѣйствій; 4) что кровоизліяніе несущественно. Съ правильностью двухъ послѣднихъ выводовъ уже никакъ нельзя согласиться. Такъ Dr. X. о № 5 сообщаетъ именно, что при повтореніи опыта получилось новое явленіе—кровоизліяніе, а о старомъ поврежденіи, наоборотъ, говоритъ, что оно не увеличилось. Мысль-же, не разъ встрѣчающаяся въ литературѣ, о несущественности кровоизліянія при „*кровяной опухоли уха*“—весьма странна. Еще одинъ, весьма знаменательный выводъ сдѣлалъ Gudden изъ этихъ опытовъ: „что не всѣ уши обладаютъ одной и той-же силой сопротивленія“. Вѣдь въ этомъ выводѣ, по нашему мнѣнію, скрыта идея о предрасположеніи. Признаніе такого факта должно было-бы уничтожить принципиальное различіе въ воззрѣніяхъ Gudden'a и его противниковъ; но такое значеніе этого признанія осталось никѣмъ незамѣченнымъ.

Затѣмъ Gudden приводитъ наблюденіе Dr. Passavant'a изъ Франкфурта. Дѣло идетъ о здоровомъ 27 лѣтнемъ купцѣ, который издавна имѣлъ привычку теребить свои уши ради развлеченія. У него послѣдовательно образовались двѣ отѣматомы въ верхнихъ частяхъ ушныхъ раковинъ. Dr. Passavant указалъ автору, что примѣнявшаяся сила совсѣмъ не была боль-



шою. Вотъ поэтому-то случаю Gudden и высказалъ предположеніе, что частые, суммирующіеся въ своемъ дѣйствіи, инсульты могутъ вызывать въ ухѣ перихондритъ, который посредствомъ сосудистаго новообразованія облегчаетъ отслойку перихондрія съ послѣдующимъ кровоизліяніемъ. Поэтому онъ полагаетъ, что въ случаѣ Passavant'a не было поврежденія хряща, но что кровь помѣщалась между хрящомъ и надхрящницей. Эта случайная догадка Gudden'a, высказанная мимоходомъ, оказалась той соломенкой, за которую пыталась удержаться чисто травматическая теорія отѣматомы. Сторонники ея не могли не сознавать ея несостоятельности въ первоначальной формѣ, хотя-бы въ виду полного отсутствія фактовъ, прямо уливающихъ кого-либо въ дѣйствительномъ примѣненіи того чрезмѣрнаго насилія, какое считалось необходимымъ, чтобы вызвать кровяную опухоль на здоровомъ ухѣ. Замѣнивъ-же силу травмы частотой ея, они, казалось, устраняли тѣмъ всѣ затрудненія.

Къ этому времени относится заявленіе R. Virchow'a о томъ, что отѣматома происходитъ, вѣроятно, отъ воздѣйствія травмы на патологически измѣненное ухо. Но въ послѣдствіи, увидѣвъ обезображиваніе уха у одного японскаго бойца, онъ призналъ возможность и чисто травматическаго происхожденія этой опухоли.

Самымъ вѣскимъ оппонентомъ Gudden'a былъ Ludwig Meyer, напечатавшій свое обширное сообщеніе въ 1865 году, основанное на подробномъ изслѣдованіи полостей въ ушномъ хрящѣ. Между прочимъ, онъ цитируетъ Pareidt'a, диссертация котораго, повидимому, составляетъ библіографическую рѣдкость. Этотъ послѣдній на очень большомъ числѣ ушей, въ особенности отъ труповъ стариковъ, подобно Fischer'у, находилъ фокусныя измѣненія хряща, состоящія въ гіалиновомъ перерожденіи съ послѣдовательнымъ размягченіемъ и образованіемъ полостей. Процессъ этотъ Pareidt называетъ *chondromalacia*. Въ общихъ чертахъ результаты изслѣдованій Ludwig'a Meyer'a сходятся съ описаніемъ Pareidt'a, но представляютъ и много новаго. Прежде всего онъ утверждаетъ, что перихондрій рѣдко, и то лишь вторичнымъ образомъ, вовлекается въ болѣзненный процессъ и никоимъ образомъ не можетъ быть принятъ за исходный пунктъ его, какъ то думалъ Fischer. Существенныя измѣненія находятся въ самомъ хрящѣ и, по автору, представляютъ три самостоятельныхъ процесса: размягченіе, эн-



хондрома и разращеніе сосудовъ. Они-то и обусловливаютъ въ томъ или другомъ ухѣ предрасположеніе къ отѣматомъ.

Первый процессъ состоитъ въ томъ, что волокна сѣти оказываются извѣденными, надломанными и, въ концѣ концовъ, представляются въ видѣ ряда точекъ. Также исчезаютъ и клѣтки сѣтчатого хряща, расплываясь и смѣшиваясь съ гіалиновой субстанціей. Но въ единичныхъ случаяхъ замѣчаются и признаки активной дѣятельности клѣтокъ, — дѣленія ихъ. Тогда рядомъ съ обыкновенными одиночными клѣтками видны группы тѣсноскученныхъ, гораздо болѣе мелкихъ клѣтокъ и ядеръ. Гіалиново-перерожденный хрящъ, пройдя затѣмъ чрезъ стадій фибриллярнаго распаденія, подвергается наконецъ слизистому размягченію, благодаря чему получаютъ полости внутри хряща. Этотъ процессъ, въ которомъ размягченіе является первично, авторъ отличаетъ отъ слѣдующаго — энхондромы, гдѣ размягченіе является вторичнымъ путемъ. Здѣсь процессъ пролифераціи играетъ преобладающую роль и вызываетъ ясное гипертрофическое припуханіе занятой пластинки хряща.

За энхондрому, истинную neoplasma, а не *enchondrosis*, авторъ считаетъ этотъ процессъ потому, что здѣсь новообразование гіалиноваго хряща является независимо отъ стараго — сѣтчатого. Новообразование или непосредственно прилежитъ къ перихондрію въ видѣ тонкаго слоя, или-же врастаетъ въ старый хрящъ въ видѣ косвенно идущихъ полосъ. Старый сѣтчатый хрящъ на границѣ гіалиноваго фокуса представляется многообразно расщепленнымъ, что зависитъ отъ чрезвычайно неправильнаго роста новообразованія. Однако, гіалиновый хрящъ играетъ подчиненную роль въ составѣ энхондромы ушнаго хряща, которая въ цѣломъ представляется въ видѣ рѣдкой опухоли — „Schlauch-und Stern-Enchondrom“, открытой Meckel'емъ.

Авторъ нашелъ 25 такихъ энхондромъ въ ушныхъ хрящахъ труповъ 10 индивидуумовъ. 7 изъ нихъ были душевно-больными, причемъ 5 имѣли симптомы *dementiae paralyticae*, а остальные два уже давно были слабоумными эпилептиками.

Третье патологическое явленіе въ ушномъ хрящѣ, по автору, есть разращеніе въ немъ сосудовъ. L. Meyer думаетъ, что сосуды свои энхондрома получаетъ не изъ ближайшаго участка перихондрія, а изнутри самого хряща. Уже Pareidt



упоминалъ о „сосудистыхъ каналахъ“ въ ушномъ хрящѣ, но, по его мнѣнію, эти сосуды нормально лишь проникаютъ черезъ хрящъ съ одной поверхности на другую. Авторъ-же утверждаетъ, что развѣтвленіе сосудовъ въ ушномъ хрящѣ встрѣчается, какъ нормальное явленіе. Съ помощью какого процесса происходитъ это разращеніе сосудовъ въ хрящѣ, авторъ не указываетъ и, вообще, ограничивается лишь констатированіемъ такихъ находокъ. Впрочемъ, онъ видитъ здѣсь аналогію со старческими измѣненіями межпозвонковыхъ хрящей.

Обращаясь собственно къ вопросу о происхожденіи отѣматомы, авторъ говоритъ, что травмѣ можно приписывать не большее значеніе, чѣмъ какое имѣетъ сокращеніе мускуловъ для патологическихъ переломовъ костей.

Такимъ образомъ, L. Meyer сдѣлалъ попытку отнять самую существенную основу у возрѣній Gudden'a, объяснивъ образованіе полостей и трещинъ разростаніемъ въ хрящѣ инороднаго образованія — Schlauchenchondrom'ы, обусловливающей патологическій изломъ хряща. Однако, какъ-бы смущенный рѣдкостью такой находки, онъ присоединилъ сюда и описанный уже другими авторами, какъ весьма часто встрѣчающійся въ ушномъ хрящѣ, процессъ „первичнаго“ размягченія, который притомъ страннымъ образомъ сопровождается новообразованіемъ ткани, конечно, тоже первичнымъ. Недовольствуясь и этимъ, авторъ смѣло посягнулъ на вполнѣ сложившееся ученіе о нормальномъ сѣтчатомъ хрящѣ уха, какъ безсосудистой ткани.

Прискорбѣе-же всего — слѣдующее обстоятельство: обратившись, по указанію автора, къ сообщенію Проф. Meckel'я о Schlauchenchondrom'ѣ, мы находимъ тамъ описаніе нѣсколькихъ случаевъ опухоли, представлявшей сравнительно крупныя размѣры, отличавшейся быстрымъ ростомъ, злокачественностью, хотя и мѣстной, и сильнѣйшей склонностью къ рецидивамъ послѣ экстирпаціи, вслѣдствіе чего больные въ концѣ концовъ и погибали; притомъ Dr. Billroth, также имѣвшій случай изслѣдовать эту опухоль, охарактеризовалъ ее, какъ саркоматозный остеондъ. Очевидно, что все это не имѣетъ никакого отношенія къ вопросу объ отѣматомѣ.

Лишь въ 1870 году, т. е. по истеченіи около пяти лѣтъ, появилось новое и послѣднее изслѣдованіе Gudden'a по тому-же вопросу.



Авторъ имѣлъ въ своемъ распоряженіи 41 ухо отъ самыхъ разнообразныхъ индивидуумовъ, умершихъ отъ различныхъ болѣзней. Въ каждомъ ухѣ на томъ или другомъ мѣстѣ были найдены маленькія полости, которыя и были изучены авторомъ микроскопически.

За исключеніемъ 6 препаратовъ, представлявшихъ лишь отслойку перихондрія, во всѣхъ остальныхъ оказалось нарушение цѣлости хряща. Если мысленно удалить содержимое полостей и сблизить стѣнки ихъ, то выступы одной выполнятъ углубленія въ противоположной, такъ-что возстаноятся тѣ очертанія хряща, какія онъ имѣлъ до образованія полости. Самъ хрящъ имѣетъ нормальный видъ. Все это, говоритъ авторъ, ведетъ къ несомнѣнному выводу, что эти полости произошли отъ изломовъ хряща. Къ работѣ приложены абрисы 12 такихъ полостей, и Gudden удостовѣряетъ, что и остальные представляютъ вполнѣ аналогичную картину. Дѣйствительно, рисунки автора весьма наглядно подтверждаютъ его мысль. Признавъ, какъ установленный уже фактъ, полости изломами или трещинами хряща, авторъ видитъ въ ихъ содержимомъ образованіе вторичное, результатъ процесса заживленія излома путемъ новообразованія соединительной ткани.

Въ заключеніе Gudden выражаетъ убѣжденіе, что плохата больница, гдѣ свѣжія отѣматомы не составляютъ рѣдкости.

Мы видимъ, что Gudden не нашелъ среди своихъ препаратовъ той опухоли, которую описалъ L. Meyer. Такимъ образомъ оба автора, изучая одинъ и тотъ-же предметъ и полемизируя другъ съ другомъ, на самомъ дѣлѣ шли каждый своимъ путемъ, нигдѣ не сталкиваясь.

Въ направленіи, примиряющемъ оба эти воззрѣнія, написана работа Dr. Carl'a Fürstner'a, опубликованная въ 1871 году, въ которой авторъ сдѣлалъ попытку дать фактическое основаніе для видоизмѣненной травматической теоріи.

Авторъ изслѣдовалъ одну свѣжую отѣматому и массу ушей (130!) отъ индивидуумовъ различныхъ возрастовъ, начиная отъ новорожденныхъ до 85 лѣтнихъ стариковъ; но, подобно и другимъ изслѣдователямъ, онъ мало обращалъ вниманія на родъ ихъ болѣзни.

Въ толкованіи патологическихъ полостей въ хрящѣ, какъ гнѣздъ размягченія, онъ сходится съ L. Meyer'омъ, совер-



шенно игнорируя доводы Gudden'a. Авторъ думаетъ, однако, что образованіе этихъ полостей нельзя исключительно приписать ни глубокой старости, ни вліянію истощающихъ болѣзней, такъ-какъ онъ находилъ ихъ и у молодыхъ, некахектическихъ субъектовъ, умершихъ отъ острой болѣзни, тогда-какъ у 85-лѣтней женщины не могъ найти никакого слѣда деструкціи въ ушномъ хрящѣ. Равнымъ образомъ, изслѣдовавъ множество ушей лицъ, умершихъ отъ бугорчатки, рака, длительныхъ нагноеній,—онъ пришелъ къ убѣжденію о непостоянствѣ этого явленія и при такихъ условіяхъ. Тотъ-же результатъ получился и при осмотрѣ ушей отъ душевно-больныхъ. Только на этомъ фактѣ и основываетъ авторъ свое убѣжденіе, что эти полости являются результатомъ распаденія продуктовъ хроническаго раздраженія, причиняемаго незначительными травматическими инсультами. Исходъ этихъ процессовъ въ некробіозъ авторъ объясняетъ недостаткомъ питанія, вслѣдствіе отсутствія въ хрящѣ сосудовъ.

Второй родъ патологическихъ находокъ въ хрящѣ представляютъ, по автору, опухоли: здѣсь дѣло идетъ о дѣйствительномъ нарастаніи тканевой массы, констатируемомъ клинически. Enchondroma встрѣтилась автору въ ушахъ только два раза: у женщины, страдавшей сифилисомъ и тифомъ, и у мужчины, погибшаго отъ цереброспинальнаго менингита. Однако, эти опухоли не были похожи на описанную L. Meyer'омъ. Зато часто авторъ находилъ новообразование хрящевой ткани, отличающееся отъ наблюдаемаго въ гнѣздахъ размягченія тѣмъ, что тамъ оно имѣло мѣсто внутри хряща, здѣсь-же идетъ со стороны перихондрія. Это явленіе онъ объясняетъ хроническимъ перихондритомъ, происходящимъ отъ повторнаго раздраженія чесаніемъ, треніемъ, дерганіемъ уха, т. е. тѣми-же причинами, замѣтимъ мы, которыя въ другихъ случаяхъ, какъ выше изложено, почему-то вызывали хроническій хондритъ, а не перихондритъ. Это новообразование представляется или въ видѣ рѣзко ограниченной опухоли, иногда полипа—Eсchondrose, или въ видѣ болѣе плоскаго, разлитого утолщенія хряща—Hyperchondrose. Опухоли подвергаются тому-же регрессивному метаморфозу, какой наблюдается и при первичномъ размягченіи: и здѣсь дѣло можетъ дойти до образованія обширныхъ полостей.

Относительно происхожденія самой отѣматомы, авторъ



высказывается въ томъ смыслѣ, что главная причина есть травма, а хроническое измѣненіе ушнаго хряща, вызванное предшествовавшими повторными легкими травмами, болѣе или менѣе предрасполагаетъ ухо и обусловливаетъ болѣе обширныя разрушенія; кровь-же изливается изъ сосудовъ перихондрія. Сколь мало убѣдительности въ изложеніи автора, видно уже изъ сдѣланныхъ нами замѣчаній.

Прямое изслѣдованіе ушей, обѣщавшее, казалось, дать плодотворные результаты, не привело никого изъ авторовъ къ такому разрѣшенію задачи, которое освѣтило-бы всѣ темныя стороны вопроса и въ которомъ нашли-бы себѣ объясненіе всѣ особенности отѣматомы, какою она является въ описаніяхъ авторовъ.

Естественно было искать другаго пути, и вотъ Dr. Eugen Fraenkel попытался въ 1884 году разрѣшить вопросъ, экспериментируя на животныхъ. Онъ бралъ завѣдомо здороваго кролика и, подвергая его глубокому хлороформному наркозу, сильно травмировалъ его уши или руками, или съ помощью деревяннаго молотка. Опыты произведены были надъ 17 ушами десяти кроликовъ. Такимъ способомъ онъ вызывалъ непосредственное развитіе багровой опухоли, напряженной, флюктуирующей, съ весьма возвышенной мѣстной температурой. При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи авторъ всегда находилъ, что экстравазатъ помѣщается въ подкожной клѣтчаткѣ и лишь пропитываетъ иногда перихондрій, вообще остающійся въ соединеніи съ хрящомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, впрочемъ, хрящъ былъ изломанъ въ поперечномъ къ своей плоскости направленіи, отломки смѣщались, и въ небольшой промежутокъ между ними иногда затекала кровь.

На основаніи этихъ опытовъ Fraenkel считаетъ себя въ правѣ внести поправку въ ученіе объ отѣматомѣ у людей въ томъ смыслѣ, что экстравазатъ, по его убѣжденію, помѣщается всегда подъ кожей, а не между перихондриемъ и хрящомъ. Причину отѣматомы онъ видитъ исключительно во вліяніи травмы, хотя не сильной, но часто повторяющейся.

Въ концѣ концовъ работа Fraenkel'я не только ничего не разъяснила, но покрыла отѣматому еще большимъ мракомъ, подвергнувъ сомнѣнію даже мѣсто локализациі экстравазата.

Съ тѣхъ поръ не появлялось уже, по крайней мѣрѣ, въ континентальной европейской литературѣ никакихъ другихъ



сообщений, кромѣ казуистическихъ, притомъ относящихся главнымъ образомъ къ отѣматомѣ у душевно-здоровыхъ лицъ.

Совершенно изолированно стоятъ немногія попытки объяснить отѣматому кровоизліяніемъ отъ чисто-невротическихъ вліяній. Сюда относятся опыты Brown-Sequard'a и Baratoux, вызывавшихъ подкожныя кровоизліянія на ушахъ свинокъ и кроликовъ путемъ раненія нѣкоторыхъ участковъ продолговатаго мозга.

И вотъ, чрезъ 28 лѣтъ, ознакомившись съ весьма обогатившейся литературой отѣматомы, мы съ неменьшимъ правомъ можемъ повторить восклицаніе Проф. Ѳ. Н. Заварыкина, сдѣланное имъ въ 1863 г.: „прочитавши все это, читатель все-таки остается въ недоумѣніи касательно сущности этого болѣзненнаго процесса!“

Между тѣмъ, какъ свидѣлствуетъ отчетъ въ *Neurologisches Centralblatt von Dr. Mendel 1888. s. 551*, на секціи неврологіи и психіатріи 61-го съѣзда нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей общее мнѣніе психіатровъ по этому вопросу состояло въ томъ, что, допуская въ теоріи какое-то предрасположеніе къ отѣматомѣ у прогрессивныхъ паралитиковъ, на практикѣ надо держаться идей Gudden'a, такъ-какъ со времени опубликованія его работъ отѣматомъ почти исчезла изъ психіатрическихъ учреждений.

Однако, возможно-ли удовлетвориться такимъ условнымъ результатомъ многочисленныхъ ученыхъ изысканій? Если мы будемъ такимъ образомъ обходить затрудненія, которыя обнаруживаются при изученіи клиническихъ явленій, наблюдаемыхъ у душевно-больныхъ, то прогрессъ нашей науки станетъ очень сомнительнымъ. Вотъ почему я и принялъ любезное предложеніе уважаемаго Проф. И. П. Мержеевского—попытаться самостоятельно разработать вопросъ объ отѣматомѣ, воспользовавшись при патолого-анатомическомъ изслѣдованіи нѣкоторыми современными усовершенствованіями въ микроскопической technikѣ.

## II.

Прежде чѣмъ приступить къ изложенію своихъ наблюденій, я считаю необходимымъ условиться въ терминахъ, которые я буду употреблять для обозначенія различныхъ



частей уха. Я принимаю, что ухо имѣетъ двѣ поверхности: переднюю—вогнутую и заднюю — выпуклую; три размѣра: вертикальный — отъ высшей точки до низшей, горизонтальный — отъ верхняго края наружнаго отверстія слуховаго прохода по поверхности раковины горизонтально до ея периферіи, и передне-задній или толщину раковины. Затѣмъ различаю двѣ половины, — верхнюю и нижнюю, границею коихъ служитъ горизонтальный размѣръ, и двѣ стороны: медіальную и латеральную, изъ коихъ первая простирается отъ линіи вертикальнаго размѣра до начала слуховаго прохода, а вторая—отъ вышеупомянутой линіи къ периферіи ушной раковины. Периферія раковины въ большей своей части очерчивается завиткомъ, — *helix*, который внизу непосредственно переходитъ въ кожную складку, серёжку, — *lobulus*. Медіально отъ *helix* расположенъ *antihelix*, — противузавитокъ, а между ними находится длинная борозда, — *fossa navicularis*. Въ верхней половинѣ раковины, почти въ плоскости вертикальнаго размѣра ея, *antihelix* дѣлится на двѣ ножки, образующія своимъ расхожденіемъ острый уголъ, — *crus antihelices superius et inferius*; углубленное-же пространство между ними и медіальной частью *helices* мы называемъ *fossa triangularis s. intercrurata*. *Helix*, завитокъ, въ медіальной периферіи верхней половины раковины даетъ отростокъ, идущій почти горизонтально въ латеральномъ направленіи къ *antihelix*: это — *spina helices*, гребешокъ завитка. Между гребешкомъ, нижней ножкой *antihelices* и самимъ противузавиткомъ находимъ трехугольное пространство, — *fossa innominata*. Книзу отъ нея имѣемъ наиболѣе глубокую и обширную впадину раковины, — *fossa conchae*. Эта послѣдняя переходитъ медіально въ наружный слуховой проходъ, образуя съ задней стѣнкой его уголъ различной величины. На передней стѣнкѣ отверстія слуховаго прохода замѣчается бугорокъ, обыкновенно ясно двугорбый, — *tragus*, а противъ послѣдняго, съ латеральной стороны *fossae conchae*, другой бугорокъ, — *antitragus*. Онъ образуетъ какъ-бы нижній конецъ *antihelices*. Между *tragus* и *antitragus* имѣется выемка, — *incisura intertragica*.

Все это мы вынуждены были оговорить ради избѣжанія недоразумѣній, такъ—какъ въ литературѣ отѣматомы встрѣчается большая путаница въ терминологіи, почему иногда трудно понять, о какой именно части уха говоритъ авторъ.



Теперь опишемъ наши личные наблюденія, обнимающія десять отѣматовъ, которыя мы могли констатировать у шести индивидуумовъ клинически <sup>1)</sup>.

## № 1. Paralysis progressiva.

Г., крестьянинъ, 32 лѣтъ, русскій. Много лѣтъ проживалъ въ столицѣ, служа въ послѣднее время буфетчикомъ въ одномъ аристократическомъ домѣ. 17 Марта 1889 г. онъ являлся въ амбулаторію больницы Св. Николая Чудотворца въ состояніи маниакальной экзальтаціи, а 21-го числа того-же мѣсяца помѣщенъ въ упомянутую больницу на излѣченіе.

Больной хорошаго питанія и атлетическаго тѣлосложенія. Онъ очень оживленъ, рѣчь быстрая, отчасти непослѣдовательная. Просить полѣчить его поскорѣй, такъ-какъ онъ, хотя и здоровъ, но „немного разстроился“ изъ-за несогласій съ женою и ссоры съ дворецкимъ. При физическомъ изслѣдованіи не обнаружено никакихъ соматическихъ разстройствъ. Зрачки равномѣрны, реагируютъ правильно; tremor'a ни въ языкѣ, ни въ конечностяхъ не замѣчено, и только сухожильные рефлексy нѣсколько повышены.

Первые дни своего пребыванія въ больницѣ онъ провелъ въ сильнѣйшемъ буйствѣ: не спалъ, мало ѣлъ, рвалъ платье, бранился и билъ окружающихъ. Былъ помѣщенъ въ темную комнату. Затѣмъ, проспавъ нѣсколько часовъ, совершенно успокоился. Періодъ своего буйства онъ хорошо помнилъ и приписывалъ своему раздражительному состоянію изъ-за упомянутыхъ уже ссоръ. Такіе приступы безпричиннаго буйства, продолжавшіеся иногда по нѣскольку дней, появлялись у него неоднократно, смѣняясь болѣе длительнымъ состояніемъ сравнительнаго спокойствія и даже апатіи. Переводъ больного въ изоляціонную комнату всегда былъ сопряженъ съ большими затрудненіями, такъ-какъ онъ обладалъ огромной

---

<sup>1)</sup> Считаю пріятнымъ долгомъ выразить здѣсь свою искреннюю признательность докторамъ П. Н. Никифорову, О. А. Чечотту, А. Е. Черемшанскому, И. П. Лебедеву, В. В. Ольдероге, Б. В. Томашевскому, С. А. Бѣлякову, Р. И. Радзивиловичу и Н. В. Дмитревскому, которые представили мнѣ возможность собрать этотъ клиническій матеріалъ.



силой, которою и пользовался въ широкой мѣрѣ. Повременамъ больной высказывалъ несистематизированныя бредовыя идеи величія: у него много денегъ, онъ сдѣлаетъ много добра своей деревнѣ, построишь тамъ соборъ и т. п. Обмановъ чувствъ онъ не проявлялъ за все время болѣзни, равно и замѣтныхъ разстройствъ въ двигательной сферѣ. Сонъ былъ вообще плохъ: непродолжителенъ и тревоженъ. Въ скоромъ времени у него появилась булимія: онъ сталъ до такой степени обжорливъ, что насытить его аппетитъ не представлялось никакой возможности. Около этого-же времени, приблизительно съ Іюня, стало замѣтнѣе ослабленіе умственныхъ способностей, что выразилось и большею измѣнчивостью настроенія духа, съ преобладаніемъ періодовъ апатіи, и постепенно нарастающей несостоятельностью въ сферѣ логики, и ослабленіемъ памяти.

11-го Октября больной вслѣдствіе сильнаго возбужденія былъ вновь помѣщенъ въ темную комнату. 12-го на утренней визитаціи врачъ констатировалъ у него совершенно схожія отѣматы на обоихъ ушахъ: опухоль выдавалась на передней поверхности раковины, занимая всѣ углубленія и выступы; кожа на опухоли представлялась сине-багроваго цвѣта, припухшею. Лѣченіе отѣматомъ выжидательное.

Больной замѣтно худѣлъ, не смотря на обильный пріемъ пищи и, повидимому, исправное пищевареніе. Въ то-же время на кожѣ различныхъ областей тѣла стали появляться въ обильномъ количествѣ фурункулы значительныхъ размѣровъ, а на лѣвомъ предплечьи образовался объемистый абсцессъ, который былъ вскрытъ, послѣ чего довольно быстро наступило заживленіе.

При продолжающемся образованіи фурункуловъ, которые благополучно заживали, въ послѣднихъ числахъ Января 1890 г. на правой голени развилась флегмона. Былъ сдѣланъ глубокій разрѣзъ, причемъ опорожнилось около полу-стакана гнойной жидкости, содержащей массу детрита. Въ первыхъ числахъ Февраля появилось значительное повышеніе температуры тѣла, доходившее до  $41^{\circ}$  C и сопровождавшееся частыми и сильными ознобами. Во внутреннихъ органахъ не было констатировано ничего, что могло-бы послужить объясненіемъ такого явленія: врачи остановились на мысли о піэміи. Такое состояніе продолжалось нѣсколько дней безъ



выраженныхъ ремиссій, и 8-го Февраля наступилъ смертельный исходъ.

Вскрытіе дало слѣдующій результатъ: помутнѣніе *riae matris*, особенно на поверхности лобныхъ и темянныхъ долей; сосуды *riae* головного мозга представляются налитыми кровью, повидимому, избыточно; сращеніе *riae* съ веществомъ мозга; *ependyma* всѣхъ желудочковъ шагреневаго вида, усѣяна грануляціями, что рѣзче всего выражено на днѣ четвертаго желудочка; паренхиматозные органы, главнымъ образомъ печень и мышцы сердца, представляютъ признаки жироваго перерожденія; абсцессовъ, по крайней мѣрѣ, макроскопическихъ во внутреннихъ органахъ не найдено <sup>1)</sup>.

Оба уха представляли приблизительно одинаковую картину. Они были очень малы, что не гармонировало съ размѣрами другихъ частей головы. Это уменьшеніе вертикальнаго и горизонтальнаго размѣра ушныхъ раковинъ было, повидимому, довольно равномерно. Передне-задній размѣръ, наоборотъ, былъ сильно увеличенъ: въ области *fossae conchae*, наиболѣе толстомъ мѣстѣ, онъ равнялся почти 2 сант. Задняя поверхность представлялась сильно выпуклой и мясистой, въ общемъ сохраняя свои очертанія; на передней поверхности не было видно даже сколько-нибудь ясныхъ слѣдовъ нормальныхъ выступовъ и углубленій: она представлялась лишь слабо-бугристой, и только очертанія *helicis* до нѣкоторой степени сохранились. Нижней границей этого утолщенія служила нормальная серѣжка (*lobulus*), а медіальной—наружное отверстіе слуховаго прохода, стѣнки котораго не были измѣнены. Въ этихъ предѣлахъ кожа была плотна, морщиниста; нѣкоторыя морщинки въ видѣ лучей сходились къ одной складочкѣ, положеніе которой соотвѣтствовало срединѣ нормальной границы между *fossa conchae* и наружнымъ отверстіемъ слуховаго прохода. Цвѣтъ кожи былъ вообще нормальный, но мѣстами замѣчались болѣе бѣлыя пятна и полосы; эти бѣлыя мѣста были плотнѣй окружающихъ частей кожи. Все ухо представлялось весьма плотнымъ на ощупь.

Не имѣя возможности получить цѣлое ухо для изслѣдованія, я вырѣзалъ кусокъ въ видѣ клина, основаніемъ кото-

---

<sup>1)</sup> По скорбному листу больницы для умалишенныхъ Св. Николая Чудотворца въ С.-Петербургѣ.



раго служилъ helix, а усѣченная вершина лежала у слуховаго прохода.

## № 2. Paralysis progressiva.

А. И. Д. пѣхотный офицеръ, 32 лѣтъ. Наслѣдственнаго отягощенія въ анамнезѣ нѣтъ. Въ послѣднее время больной часто употреблялъ спиртные напитки. Въ 1880 году онъ получилъ сифилисъ и, скрывая его отъ окружающихъ, лѣчился весьма небрежно. Съ 1-го Сентября 1889 года сталъ жаловаться на головную боль, ломоту въ рукахъ и ногахъ, былъ скученъ и раздражителенъ. Въ такомъ состояннн онъ участвовалъ съ 12 Сентября по 1-е Ноября того-же года въ работахъ своей части по проведенію шоссейной дороги. За это время окружающіе замѣчали, что иногда у него страдала способность рѣчи и ослабѣвали руки и ноги. По причинѣ нараставшаго ухудшенія болѣзни онъ былъ, наконецъ, отправленъ въ Виленскій военный госпиталь, куда и прибылъ 16 Ноября. Врачебное изслѣдованіе констатировало тогда слѣдующія болѣзненные явленія: блуждающія самопроизвольныя боли во всемъ тѣлѣ, преимущественно-же въ головѣ и ногахъ; по-временамъ потемнѣніе поля зрѣнія; зрачки сужены, но реагируютъ; чувствительность кожи понижена; въ письмѣ и разговорѣ больной пропускаетъ отдѣльные слога; психическое возбужденіе: больной поетъ, въ разговорѣ постоянно перескакиваетъ съ одного предмета на другой; бессонница. Въ Декабрѣ мѣсяцѣ больной подвергся какимъ-то приступамъ судорогъ въ ногахъ „типическаго характера“. Около этого-же времени легко было констатировать, что у больного появились обильныя мнимо- и ложно-ощущенія: онъ заявляетъ, что видитъ ангеловъ и подвергается внушеніямъ безплотныхъ духовъ, что всѣ окружающіе предметы розоваго цвѣта. Затѣмъ, 12 Декабря галлюцинаціи приняли устрашающій характеръ, и больной впалъ въ сокрушительное буйство. Въ послѣдующіе дни онъ упорно отказывался отъ пищи, не отвѣчалъ на вопросы и безпрестанно двигалъ головой; однако, при одномъ изъ фельдшерскихъ учениковъ говорилъ. Въ такомъ состояннн онъ былъ переведенъ въ С.-Петербургскій Николаевскій военный госпиталь. Въ Виленскомъ госпиталѣ его трактовали, повидимому, какъ больного психоневрозомъ. Въ Николаевскій госпи-



талъ Д. принять 23 Декабря 1889 года. Здѣсь замѣчено слѣдующее: на ягодицахъ ограниченное красное пятно; лицо больного блѣдно; зрачки реагируютъ, правый уже лѣваго; языкъ сухъ; пульсъ 78 въ 1'; больной галлюцинируетъ, на вопросы не отвѣчаетъ, принимаетъ различныя позы. Отказа отъ пищи уже не было, и сонъ былъ достаточный. Вскорѣ психическое состояніе больного нѣсколько измѣнилось: галлюцинаціи уменьшились, онъ сталъ вообще спокойнѣе и сознательно отвѣчалъ на вопросы. Въ это время онъ обнаружилъ бредъ преслѣдованія: говорилъ, что болѣзнь его произошла отъ преслѣдованія поляковъ за постройку желѣзной дороги и за то, что онъ хочетъ уменьшить стоимость солдатскаго содержанія съ 11 на 10 коп. Отъ лѣкарствъ отказывался, подозревая, что его хотятъ отравить. Въ концѣ мѣсяца возбужденіе вновь усилилось, умножились и галлюцинаціи, вновь появилась бессонница, а въ послѣдующіе мѣсяцы состояніе неистовства преобладало въ картинѣ болѣзни: больной валяется по полу, бьется головой и трется о стѣны, ломаетъ и рветъ все, что попадаетъ ему подъ руку, кричитъ и сильнѣйшимъ образомъ галлюцинируетъ, причѣмъ галлюцинаціи, повидимому, устрашающаго характера. Кромѣ того, онъ по цѣлымъ часамъ скрежеталъ зубами. На вопросы врача онъ или давалъ бессмысленные отвѣты, или, давъ короткій осмысленный отвѣтъ, вновь впадалъ въ безсвязный бредъ. Въ теченіе этого времени приходилось подолгу держать его въ камзолѣ, привязаннымъ къ кровати. Между тѣмъ аппетитъ и отправления кишечника были вообще удовлетворительны. Затѣмъ приступы неистовства стали смѣняться сравнительно спокойнымъ состояніемъ. 27-го Марта 1890 года у него констатирована отѣматома на правомъ ухѣ и ушибъ носа; а 15 Апрѣля совершенно такая-же опухоль появилась и на лѣвомъ ухѣ. Послѣ возникновенія первой отѣматомы произошло рѣзкое ухудшеніе въ общемъ состояніи больного: стали появляться въ обильномъ количествѣ фурункулы и абсцессы на кожѣ, и быстро развилось общее исхуданіе, причина котораго была заподозрѣна въ сдѣланныхъ больному нѣсколькихъ фрикціяхъ сѣрой ртутной мази, почему онѣ и были отмѣнены. Въ то-же время аппетитъ больного возросъ до степени булиміи. Съ неменьшей быстротой прогрессировало и слабоуміе больного, смѣнившее картину неистовства, такъ-что въ половинѣ Іюня онъ



представлялъ, на мой взглядъ, полное распаденіе психической личности. Въ началѣ Августа больной скончался. Вскрытія родственники его не допустили. Прижизненный діагнозъ въ этомъ госпиталѣ: *meningo-periensephalitis chronica* <sup>1)</sup>.

15 Апрѣля 1890 года я въ первый разъ увидѣлъ больного и изслѣдовалъ его правую отѣматому. Опухоль выдавалась на передней поверхности раковины, маскируя всѣ нормальныя углубленія и выступы послѣдней, и ограничивалась снизу—серѣжкой (*lobulus*), лишь механически растянutoй, по периферіи—завиткомъ, отчасти также потерявшимъ свои очертанія, и медиально—наружнымъ отверстіемъ слуховаго прохода, вблизи котораго она круто обрывалась, будучи двумя углубленными бороздками раздѣлена здѣсь на три дольки, неравной величины. Самъ проходъ не былъ занятъ, но его отверстіе было механически стужено надвинувшеюся опухолью; равнымъ образомъ не былъ занятъ и *tragus*. Кожа представляла нормальный цвѣтъ, и на ощупь мѣстная температура казалась неповышенной. Въ это время опухоль не представлялась уже сильно напряженной, что было въ началѣ ея существованія, а при пальпаціи передняя стѣнка давала ощущеніе пергамента, причемъ не по всей поверхности она была одинаковой плотности, а встрѣчались неправильной формы участки, имѣвшіе какъ-будто большую толщину и плотность. Мнѣ съ трудомъ удавалось на короткое время останавливать на моихъ вопросахъ вниманіе возбужденнаго и галлюцинировавшаго больного, и я могъ убѣдиться, что онъ не ощущаетъ ни самопроизвольной боли въ опухоли, ни при давленіи на нее пальцемъ; между тѣмъ тактильная и болевая чувствительность кожи уха были сохранены. Опухоль флюктуировала при пальпаціи передней стѣнки. Задняя поверхность уха вообще сохраняла свои обычныя очертанія, но какъ-будто была чрезмерно выпукла. При ощупываніи этой поверхности получалось впечатлѣніе, что кожные покровы лежатъ на эластической твердой подкладкѣ, т. е. на хрящѣ; но въ двухъ—трехъ ограниченныхъ мѣстахъ хрящъ подъ пальцемъ не ощущался. На кожѣ лица и другихъ областей обнаружены ссадины, но собственно на ушахъ ихъ не было. Пульсъ около 80 въ 1', достаточно полный и напряженный. Вышеописанную картину

<sup>1)</sup> По даннымъ С.-Петербургскаго Николаевскаго военнаго госпиталя.



представляла опухоль еще долгое время, причемъ при вторичныхъ изслѣдованіяхъ можно было констатировать, что она становится все болѣе и болѣе тѣстоватою на ощупь. Наконецъ, спустя около 1½ мѣсяца со дня возникновенія опухоли, ухо сморщилось, потеряло свои нормальныя очертанія, уменьшилось въ вертикальномъ и горизонтальномъ размѣрахъ и увеличилось въ передне-заднемъ.

Изслѣдуя 15-го Мая отѣматому праваго уха у этого больного, я имѣлъ счастливый случай замѣтить на его лѣвомъ ухѣ эту опухоль чуть-ли не въ самый моментъ ея возникновенія. Если мнѣ не измѣняетъ память, во всей извѣстной мнѣ литературѣ не встрѣчается указанія на то, чтобы кому-либо изъ врачей удалось наблюдать процессъ возникновенія отѣматомы этого типа, т. е. занимающей всю поверхность уха: обыкновенно на утренней визитаціи врачъ, видѣвшій больного накануне, совершенно неожиданно встрѣчалъ у него такую отѣматому уже, такъ сказать, въ полномъ цвѣтѣ.

In fossa conchae, именно у самого отверстія слуховаго прохода я замѣтилъ опухоль, величиною съ горошину, напряженную, флюктуирующую; цвѣтъ кожи на ней представлялся нормальнымъ, равнымъ образомъ не замѣчалось прилива и на остальной поверхности ушной раковины; мѣстная температура на ощупь была нормальна; самопроизвольной боли и въ этомъ ухѣ больной не ощущалъ, тогда какъ и здѣсь тактильная и болевая чувствительность были, повидимому, сохранены. Задняя поверхность ушной раковины представлялась нормальной. Ухо вообще имѣло правильныя очертанія, но завитокъ въ верхней половинѣ былъ слабо развитъ. Пока я продолжалъ изслѣдованіе больного, опухоль нарастала и, самое большее, чрезъ ¼ часа она имѣла уже величину порядочнаго боба. Предполагая, что опухоль будетъ нарастать, по крайней мѣрѣ, въ теченіе многихъ часовъ, я уѣхалъ, попросивъ окружающихъ лицъ изъ служебнаго персонала, подъ надзоромъ которыхъ находился больной въ тотъ день, время отъ времени удостовѣряться, насколько опухоль распространилась по поверхности уха. Оказалось, однако, что уже очень скоро по моемъ отъѣздѣ, — часа черезъ два, опухоль заняла уже всю переднюю поверхность уха, а затѣмъ постепенно становилась лишь выпуклѣе, — „набухла“. Увеличеніе напряженія опухоли продолжалось, повидимому, и въ



послѣдующіе первые дни ея существованія. Въ моментъ наибольшаго развитія она представилась мнѣ въ формѣ половины куринаго яйца, разрѣзаннаго отъ носка къ основанію нѣсколько вкось, такъ-что вершина носка осталась цѣликомъ на этой половинѣ. Вообразивъ себѣ, что это полуяйцо приложено своимъ срѣзомъ къ передней поверхности уха такимъ образомъ, чтобъ вершина носка обращена была вверхъ и немного кнаружи, мы получимъ ясное представленіе о формѣ опухоли. На упомянутой конусообразной вершинѣ стѣнка опухоли оказывалась на ощупь болѣе тонкой и сильно просвѣчивала темно-синимъ цвѣтомъ. Отъ этого синяго, неправильно-кругловатаго пятна отходили въ радіальномъ направленіи полоски такого-же цвѣта, истончаясь по мѣрѣ удаленія отъ пятна: въ общемъ получалась звѣздообразная фигура.

Цвѣтъ кожи въ остальныхъ частяхъ поверхности опухоли былъ блѣднѣе нормальнаго, мѣстная температура кожи не была повышена. Границами опухоли служили тѣ-же части, что и на правомъ ухѣ. Съ передней стороны легко можно было ощутить флюктуацію. На задней поверхности въ это время на всемъ протяженіи прощупывался хрящъ. Все это ухо нѣсколько отвисало кпереди и книзу. Въ дальнѣйшемъ теченіи опухоль представляла тѣ-же явленія, и что правосторонняя. Въ то время, когда напряженіе опухоли значительно уменьшилось, можно было усмотрѣть, что передняя стѣнка ея представляетъ углубленія въ видѣ плоскихъ фасетокъ. Пальпацией можно было убѣдиться, что стѣнка въ этихъ углубленныхъ мѣстахъ болѣе толста, какъ-будто имѣлся здѣсь хрящъ. Кромѣ того, въ теченіе этого времени обнаружился дефектъ хряща въ задней стѣнкѣ: у самой периферіи верхняго латеральнаго сектора на небольшомъ пространствѣ уже не получалось ощущенія присутствія хряща. На соотвѣтствующемъ этому дефекту мѣстѣ передней стѣнки не было твердой фасетки. Въ половинѣ Іюня и это ухо подверглось такому-же сморщиванію, какъ и правое. Такимъ образомъ, отъ момента возникновенія этой отѣматомы до окончательнаго исчезновенія въ ней флюктуаціи и тѣстоватости прошло приблизительно два мѣсяца.



### № 3. Paralysis progressiva.

Прусскій подданный Л. Г. Л., торговый агентъ, 41 года. Больной послѣдніе пятнадцать лѣтъ проживалъ въ С.-Петербургѣ. Въ анамнезѣ сифилисъ и алкоголизмъ отрицаются, равнымъ образомъ нѣтъ указаній и на психопатическую наследственность. Съ осени 1884 года начало у него слабѣть зрѣніе въ обоихъ глазахъ, а къ концу 1885 года амблиопія достигла высшей степени. Еще ранѣе онъ дважды страдалъ желтухой и затѣмъ сталъ испытывать сильныя боли въ правой ногѣ, принимавшіяся за ревматическія. Онъ былъ и въ здоровомъ состояніи раздражительнень, а въ 1889 году раздражительность его значительно усилилась. Въ это время онъ былъ изслѣдованъ авторитетнымъ спеціалистомъ, и у него были констатированы табетическіе симптомы: отсутствіе колѣнныхъ сухожильныхъ рефлексовъ, суженіе зрачковъ, атрофія соска зрительнаго нерва; походка его имѣла до нѣкоторой степени атактический характеръ. Съ Октября того-же года психическое состояніе больного стало быстро ухудшаться: обнаружилось, между прочимъ, ослабленіе памяти, явилась склонность къ агрессивнымъ поступкамъ. Онъ сталъ замѣтно худѣть и слабѣть, а между тѣмъ аппетитъ его постоянно возросталъ. 3-го Февраля 1890 г. онъ былъ принятъ въ клинику Проф. И. П. Мержеевскаго.

Здѣсь при изслѣдованіи больного найдено, сверхъ уже упомянутыхъ явленій, слѣдующее. — Свѣтъ онъ, повидимому, еще различалъ, но не могъ сосчитать пальцевъ изслѣдователя ни на какомъ разстояніи. Пульсъ удовлетворительно наполненный, ритмическій. Походка отчасти атактическая, но болѣе преобладаетъ въ ней паретическій характеръ. Въ языкѣ и конечностяхъ дрожаніе. Кожная чувствительность на нижнихъ

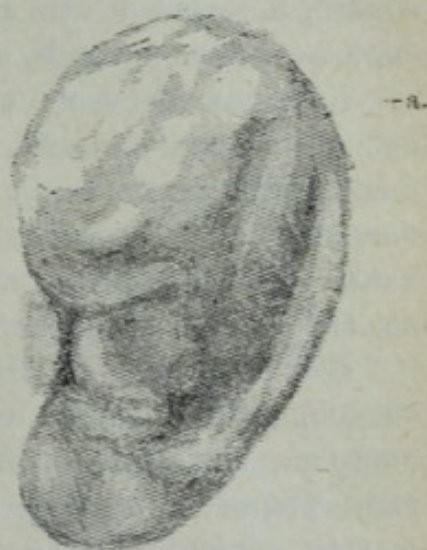


Рис. 1. Отѣматома лѣваго уха случ. № 2 въ періодъ всасыванія: а.—фасетки, б.—закрытый опухолью слуховой проходъ.

(Рис. съ фотограф. Алелекова).



конечностяхъ ослаблена. Рѣчь несовсѣмъ внятна, такъ-какъ больной часто спотыкается на слогахъ, или пропускаетъ отдѣльные слога. (Говорилъ исключительно по-нѣмецки). Роста высокаго, исхудалый. Въ парѣнхиматозныхъ органахъ никакихъ болѣзненныхъ явленій не обнаружено.

Къ врачамъ и ко всѣмъ окружающимъ больной относился съ величайшимъ недружелюбіемъ, кричалъ на всѣхъ, подходившихъ къ нему, и, видимо, не сознавалъ, гдѣ онъ находится. Настроеніе духа было вообще гнѣвное, даже когда его предоставляли самому себѣ; раздражившись-же на кого-нибудь, онъ легко плакалъ. Былъ очень упрямъ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни картина была крайне однообразна: больной проводилъ время преимущественно въ постели, лежа въ одной стереотипной позѣ,—на спинѣ, съ вытянутыми ногами, и по цѣлымъ часамъ гладилъ руками животъ поверхъ одѣяла, сохраняя угрюмое выраженіе на лицѣ. На вопросъ, зачѣмъ онъ дѣлаетъ эти манипуляціи, онъ отвѣчалъ иногда: „das ist nützlich“.

Повременамъ удавалось услышать отъ него и выраженіе бреда: онъ считалъ себя барономъ, очень богатымъ человекомъ, попавшимъ въ плѣнъ къ разбойникамъ, которые выдаютъ себя за врачей. Аппетитъ имѣлъ болѣзненно увеличенный, кишечникъ и мочевой пузырь работали вообще удовлетворительно. Память была ослаблена уже въ моментъ приѣма больного въ клинику и постепенно падала, въ то-же время и другія явленія слабоумія прогрессировали.

Неоднократно было констатировано, что уши больного безъ всякаго, повидимому, внѣшняго повода представлялись нѣсколько припухшими, багровыми, горячими на ощупь. Эти явленія иногда наблюдались на одномъ только лѣвомъ ухѣ, а иногда на обоихъ ушахъ одновременно, но на лѣвомъ всегда въ болѣе рѣзкой степени. 12-го Іюня врачъ констатировалъ у больного отѣматому, занимавшую всю переднюю поверхность лѣваго уха.

Приблизительно въ концѣ Іюня, или въ началѣ Іюля, какъ въ психическомъ отношеніи, такъ и въ общемъ состояніи организма произошелъ замѣтный скачокъ къ худшему: гнѣвливость уступила преобладающее мѣсто апатіи, питаніе стало быстро падать, слабость возрастать, появились пролежни на крестцѣ и лѣвомъ вертлугѣ, и послѣ длительной агоніи больной 9-го Августа скончался.



Сдѣлано было вскрытіе черепной полости и позвоночнаго канала на свѣжемъ трупѣ. Въ спинномъ мозгу признаки склероза заднихъ столбовъ. Твердая оболочка головного мозга безъ явныхъ измѣненій. Мягкія оболочки повсюду рыхлы и отечны, а на выпуклой поверхности большого мозга и мозжечка, на продолговатомъ мозгу и въ средней области основанія мозга ріа помутнѣла, представляетъ бѣловато-сѣрый оттѣнокъ, и мѣстами наблюдаются на ней болѣе насыщенные, желтоватыя пятнышки, величиной съ булавочную головку, имѣющія видъ ограниченной гнойной инфильтраціи. Съ выпуклой поверхности полушарій, особенно въ области лобныхъ долей, ріа снимается несовсѣмъ легко, — захватывая кусочки коры. Извилины мозга узки, борозды между ними очень глубоки, что особенно рѣзко выражено въ переднихъ центральныхъ доляхъ. Большіе сосуды на основаніи мозга замѣтныхъ измѣненій не представляютъ. *Nervi optici, chiasma* и *tracti nervorum optico-rum* атрофированы, склерозированы, желтоватаго цвѣта и воскового блеска. Передніе бугры четверохолмія тоже рѣзко атрофированы. *Glandula pinealis* увеличена. Кора головного мозга на разрѣзѣ представляется въ видѣ блѣдной, истонченной пластинки. Вещество большихъ узловъ гиперэмировано. *Ependyma* повсюду блѣдна и отечна. Значительное скопленіе безцвѣтной, прозрачной жидкости въ подпаутинномъ пространствѣ и въ желудочкахъ.

Микроскопическое изслѣдованіе мозга, произведенное д-ромъ А. Ф. Эрлицкимъ, констатировало, что наиболѣе рѣзкимъ измѣненіемъ коры являлась атрофія мозговыхъ клѣтокъ, въ особенности большихъ клѣтокъ центральныхъ долекъ. Въ спинномъ мозгу, въ заднихъ столбахъ — разращеніе соединительной ткани.

Мною взято для изслѣдованія лѣвое ухо цѣликомъ и кусочекъ хряща праваго вблизи слуховаго прохода.

При моемъ осмотрѣ 12 Іюня отѣматомъ выдавалась на передней поверхности уха, имѣла уже наибольшіе размѣры, ограничиваясь по периферіи очертаніями завитка, снизу — серёжкой, и простиралась вплоть до отверстія слуховаго прохода, который и закрывала механически. Здѣсь опухоль представляла двѣ короткія бороздки, раздѣлявшія ее какъ-бы на 3 ножки. *Tragus* былъ свободенъ. Общій видъ опухоль имѣла такой-же, какъ въ вышеописанномъ



случ. № 2. Она флюктуировала. Передняя стѣнка представлялась какъ-будто болѣе толстой въ нижней половинѣ опухоли. Описанная въ случ. № 2 звѣздчатая фигура и здѣсь наблюдалась. Опухоль была напряжена, покровы лоснились, представляли умѣренную степень багровой окраски, мѣстная температура на ощупь казалась повышенной. Больной на мой вопросъ отвѣтилъ, что опухоль не болитъ, но при ощупываніи ея онъ морщился и спѣшилъ устранить мою руку. Задняя стѣнка опухоли на всемъ протяженіи давала ощущение, повидимому, неразрушеннаго хряща. Уже 14-го числа было замѣчено, что багровая окраска кожи стала слабѣе, а подъ 16 числомъ мною отмѣчено въ исторіи болѣзни: „Опухоль начала замѣтно всасываться; лоснистость исчезла въ значительной степени, напряженіе меньше“. На слѣдующій день было записано: „На поверхности опухоли кожа уже представляетъ наклонность къ морщинистости. Опухоль нѣсколько опала“. 18-го числа на границахъ опухоли получилось уже ощущение „нарастающей консистенціи“ а 19-го мнѣ пришлось внести поправку въ эти наблюденія, записавъ: „Помѣченное  $^{16}/_{VI}$  начало всасыванія, видимо, должно относиться только къ припухлости покрововъ, такъ-какъ скопленіе крови подъ покровами и сегодня не обнаруживаетъ уменьшенія“. Кромѣ того, подъ этимъ-же числомъ записано слѣдующее наблюденіе: „Сегодня на задней поверхности раковины прощупывается дефектъ хряща въ видѣ полоски, идущей вдоль завитка, длиною около 1 сант.“ Образование этого дефекта произошло во время самаго изслѣдованія опухоли: указательный палецъ моей правой руки, лежавшій на задней поверхности опухоли, приблизительно, на высотѣ нижней ножки *antihelicis*, вдругъ получилъ ощущение вѣззапаго ослабленія сопротивленія. 20-го числа на этомъ мѣстѣ найдена опухоль, величиною съ горошину, флюктуирующая. Видъ всей опухоли уха, по сравненію съ впечатлѣніемъ предшествовавшаго дня былъ таковъ, что заставилъ предположить увеличеніе ея за эти сутки. Въ послѣдующемъ теченіи объемъ и напряженіе опухоли представляли неоднократно колебанія то въ сторону плюса, то въ сторону минуса. Такъ дѣло шло приблизительно до Іюля, когда процессъ обратнаго развитія получилъ, повидимому, уже непрерывный ходъ. Тогда передняя стѣнка опухоли давала уже



ощущение пергамента, мѣстами представляла болѣе плотные островки, и на поверхности ея замѣчались углубленные фасетки; но все-же она оставалась сильно выпуклою и флюктуировала. Наконецъ въ размѣрахъ ея произошелъ рѣзкій скачокъ: въ теченіе какихъ-нибудь двухъ—трехъ дней она такъ сморщилась, что ухо получило видъ толстой шляпки высушеннаго гриба, и на немъ нельзя уже было найти флюктуирующаго мѣста. За исключеніемъ *fossae triangularis* и отчасти *fossae navicularis*, всѣ остальные нормальные очертанія раковины были уничтожены; вертикальный и горизонтальный размѣры представлялись уменьшенными, а передне-задній увеличеннымъ. Серѣжка и слуховой проходъ остались безъ измѣненій.

№ 4. А. Т., мѣщанинъ г. Р., торговецъ, 42 лѣтъ, женатъ, трое дѣтей, изъ коихъ двое „въ болѣзненномъ состояніи“. Получилъ образованіе въ уѣздномъ училищѣ. Былъ раздражительнаго и вспыльчиваго характера, имѣлъ склонность къ спиртнымъ напиткамъ и половымъ излишествамъ. Неизвѣстно когда, но страдалъ какою-то венерическою болѣзью. Наслѣдственное отягощеніе категорически отрицается. Ранѣе вообще не болѣлъ. Съ развитіемъ настоящей болѣзни замѣтно перемѣнился: мѣсяца за два до поступленія въ больницу сталъ грустенъ и неподвиженъ, забывалъ недавнія событія, сталъ благодушнѣе относиться къ окружающимъ. Принятъ въ больницу „Всѣхъ Скорбящихъ“ 16 Ноября 1889 года. Здѣсь въ первое время было констатировано слѣдующее.—Больной хорошаго тѣлосложенія и питанія; правый зрачокъ гораздо шире лѣваго, оба расширены и слабо реагируютъ на свѣтъ; языкъ дрожитъ и, высунутый, отклоняется въ правую сторону; правый уголъ рта опущенъ. Выраженіе лица довольное, веселое. Колѣнные рефлексy отсутствуютъ, мышечные ослаблены, кожная чувствительность сильно понижена. Память рѣзко ослаблена. Бредъ богатства. Больной не отдаетъ себѣ яснаго отчета о томъ, гдѣ онъ находится. Аппетитъ хорошъ, сонъ не всегда достаточенъ. Въ Январѣ 1890 года больной сталъ замѣтно хуже ходить. Въ Февралѣ: „сталъ повремениамъ нечистоплотенъ, ѣстъ много, отправления желудочно-кишечнаго канала правильны“.

Приблизительно съ Апрѣля больной безъ посторонней помощи уже не могъ ходить. На спинѣ, конечностяхъ и особенно на ягодицахъ находятся въ большомъ количествѣ ве-



реда, которые, вскрываясь, образуютъ изъязвленія; нѣкоторые изъ этихъ изъязвленій представляютъ глубокіе фистулѣзные ходы. На тылѣ обѣихъ стопъ небольшой отекъ, сильнѣе на правой сторонѣ. Былъ констатированъ рѣзко выраженный склерозъ артерій, слабый и неритмическій пульсъ. Въ Маѣ больной представлялъ уже картину полного распада интеллекта; въ то-же время на крестцѣ образовался пролежень „отъ вередовъ“, тогда-какъ въ другихъ мѣстахъ вереда скоро заживали. Отеки ногъ увеличивались, почему больному были назначаемы средства, регулируюція дѣятельность сердца; благодаря имъ, пульсъ сталъ правильнѣе, давая около 100 ударовъ въ 1'. Съ Іюня повременамъ сталъ появляться у больного trismus. Такъ шло дѣло до 12 Іюля, когда впервые были замѣчены небольшія отѣматомы на обѣихъ ушахъ въ области fossae conchae. Больной къ этому времени уже окончательно потерялъ членораздѣльную рѣчь и только мычалъ. 28 Августа изъ слуховаго прохода праваго уха показалось кровянистое отдѣленіе, а на правой сторонѣ лица и по всему лбу были замѣчены экхимозы. Скорбутическихъ явленій на деснахъ и на кожѣ другихъ областей не было. Утромъ 2 Сентября больной скончался. Аппетитъ Т. до послѣдняго дня жизни характеризуется въ исторіи болѣзни словомъ „прекрасный“, равнымъ образомъ и отправления кишечника <sup>1)</sup>).

Вскрытіе было произведено лично мною уважаемымъ директоромъ больницы, докторомъ А. Е. Черемшанскимъ, который и разрѣшилъ мнѣ взять для изслѣдованія оба отѣматозныхъ уха цѣликомъ. Главнѣйшіе результаты вскрытія привожу вкратцѣ.—Общее исхуданіе, сильнѣйшій склерозъ черепныхъ костей съ исчезновеніемъ diploë на большомъ протяженіи; вѣсъ мозга съ оболочками 1338 грм. Otitis media et interna dextra со слизисто-гнойнымъ отдѣленіемъ. Венозные синусы бѣдны кровью. Сплошное помутнѣніе мягкихъ оболочекъ большаго мозга и мозжечка съ бѣловатыми полосками по направленію сосудовъ; отекъ arachnoideae и piaе, слабое наполненіе сосудовъ послѣдней; она приращена мѣстами къ поверхности извилинъ, особенно въ лобныхъ доляхъ; стѣнки сонныхъ артерій нѣсколько утолщены, сосуды основанія мозга безъ бляшекъ; hydrocephalus internus, желудочки

<sup>1)</sup> Изъ скорбнаго листа больницы „Всѣхъ Скорбящихъ“.



растянуты, еpendυμα шагреневаго вида. Легкія свободны. По бороздамъ сердца—атрофированный жиръ; сердце увеличено, преимущественно въ длину (вѣсъ 332 грм.); у дуги аорты узловатыя утолщенія; клапаны нормальны; мускулатура сердца плотная; сердечныя полости наполнены довольно плотными сгустками крови. Печень богата кровью, вѣситъ 1270 грм. Селезенка нѣсколько увеличена, равно какъ, повидимому, и почки.

Я имѣлъ случай сдѣлать прижизненное изслѣдованіе обоихъ ушей этого субъекта тогда, когда отѣматы были уже въ періодъ обратнаго развитія. Онѣ выдавались на передней поверхности раковины *in fossa conchae*, флюктуировали; кожа на нихъ имѣла цвѣтъ багровый, но приближающійся къ нормальному въ большей степени, чѣмъ кожа частей выше-лежащихъ; величина опухолей не превосходила воложскаго орѣха. Лѣвая отѣматома была нѣсколько больше правой.

На периферіи опухолей прощупывались въ передней стѣнкѣ ея твердые кусочки; при давленіи на нихъ пальцемъ получалось такое ощущеніе, какъ-будто они трутся о прилегающій ушной хрящъ, имѣя одинаковую съ нимъ плотность. Черезъ заднюю поверхность ушей прощупывался хрящъ безъ дефектовъ.

Весьма интересенъ былъ результатъ изслѣдованія выше-лежащихъ частей, казавшихся утолщенными. Кожа этихъ частей была багрово-красная, температура ея замѣтно повышена, а при повторномъ сдавливаніи этихъ частей между двумя пальцами получалось ощущеніе сближающихся и расходящихся твердыхъ пластинокъ. Все это наблюдалось въ симметрическихъ частяхъ того и другаго уха. Пульсъ былъ весьма слабо напряженъ.

№ 5 И. Ф. Д. 55 лѣтъ, артиллерійскій офицеръ, поступилъ въ С.-Петербургскій Николаевскій военный госпиталь 6 Февраля 1890 г. Болѣзнь обнаружилась два года тому назадъ. Выражаясь вначалѣ только грустью и раздражительностью, она давала свѣтлые промежутки. Больной въ періоды ухудшенія то жаловался на оскорбленія по службѣ, то радовался, воображая, что онъ выигралъ 200 т. и въ одинъ день дослужился до высшаго воинскаго чина. Наслѣдственность отрицается. Больной не имѣлъ склонности къ спирт-



нымъ напиткамъ и не курилъ табаку. За двадцать лѣтъ до поступленія въ госпиталь онъ заразился сифилисомъ. По приѣмѣ его въ госпиталь, онъ проявилъ слабоумный бредъ величія, — называя себя то княземъ Болгаріи, то даже Богомъ. Въ послѣдующіе дни онъ бывалъ временами возбужденъ: кричалъ, билъ прислугу и т. п. Ёлъ достаточно, спалъ мало. Правый зрачокъ шире лѣваго; языкъ дрожитъ; кожа суха, много ссадинъ на ней; рѣчь затруднена. Животъ вздутъ. Пульсъ 120 въ 1'. Отекъ въ нижнихъ конечностяхъ. При ходьбѣ больной шатается, при поворотахъ падаетъ. Въ Мартѣ мѣсяцѣ замѣчено, что силы больного постепенно падаютъ, хотя онъ ёлъ и спалъ хорошо. Въ началѣ Апрѣля была констатирована какая-то язва на лѣвомъ предплечьи, величиною въ 1½ кв. сант., и краснота кожи въ окружности ея. Въ Маѣ записано, что онъ „ёстъ достаточно; повременамъ буйство; фурункулы и абсцессы на спинѣ; иногда задержаніе мочи“. Приблизительно въ срединѣ Іюня у больного была замѣчена отѣматома на правомъ ухѣ <sup>1)</sup>.

Я видѣлъ больного дважды: въ первый разъ, 16 Іюня, отѣматома выдавалась на передней поверхности уха *in fossa innominata*, имѣя границами сверху *crus inferius* противузавитка, снизу — *spina helicis*; величиной она была съ лѣсной орѣхъ; флюктуировала; на периферіи передней стѣнки ея прощупывались небольшіе твердые участки, какъ въ предъидущемъ случаѣ; кожа была мало воспалена, но въ центрѣ опухоли синевато просвѣчивала. Больной въ это время постоянно находился въ постели, представляя значительную степень слабости сердечной дѣятельности. Онъ принималъ регулирующія дѣятельность сердца средства. Въ другой разъ, приблизительно черезъ мѣсяцъ, я видѣлъ его уже на ногахъ, болѣе бодрымъ, но въ отношеніи психическомъ нельзя было констатировать какого-нибудь улучшенія: Д. былъ уже въ высокой степени слабоумнымъ. При осмотрѣ ушей я замѣтилъ, что отѣматома уже вышла за первоначальные предѣлы, занявъ и часть *fossae conchae*; *in fossa innominata* она

---

<sup>1)</sup> По скорбному листу Николаевского военного госпиталя.



представлялась уже сморщенной, не давала флюктуации, а in fossa conchae—была сравнительно свежей, сильнее выдавалась и флюктуировала. Граница между этими двумя частями была выражена не резко. Съ тѣхъ поръ я потерялъ этого больного изъ виду.

№ 6. Въ томъ-же госпиталѣ я видѣлъ еще одного больного,—солдата Б., у котораго я наблюдалъ уже сморщившуюся отѣматому на обоихъ ушахъ. Этотъ больной, въ возрастѣ между 20 и 25 годами, на мой взглядъ, представлялъ признаки heberphæniæ: на общемъ фонѣ какъ-будто грустнаго настроенія, онъ обнаруживалъ наклонность къ шаловливымъ выходкамъ. Вскорѣ онъ былъ отправленъ на родину. Ни анамнеза, ни теченія его болѣзни я не имѣлъ случая узнать. Около мѣсяца спустя послѣ моего перваго осмотра, я нашелъ его уже значительно измѣнившимся: онъ похудѣлъ, и на шеѣ его, особенно съ лѣвой стороны, выдавались какія-то кистовидныя образованія, повидимому, исходившія изъ лимфатическихъ железъ. Рисунокъ 2 представляетъ снимокъ со сморщенного лѣваго уха этого больного.

Здѣсь уменьшеніе размѣровъ уха произошло главнымъ образомъ на счетъ горизонтальнаго; кромѣ того, обра-  
а—  
щаетъ на себя вниманіе гребень, выступающій почти подъ прямымъ угломъ къ поверхности уха и заключающій въ себѣ, повидимому, хрящевую пластинку.



Рис. 2. Сморщенное послѣ отѣматомы лѣвое ухо сл. № 6. а. —выстоящій гребень, вслѣдствіе смѣщенія пластинки хряща.

(Рис. съ фотогр. Алехановъ).

Желая умножить свой матеріалъ казуистикой изъ литературы вопроса, мы, къ сожалѣнію, убѣдились, что она очень бѣдна: прежніе авторы, имѣвшіе въ своей практикѣ много случаевъ отѣматомы, обыкновенно не сообщали ихъ въ отдѣльности, а давали синтетическое описаніе картины и теченія болѣзни; авторы-же позднѣйшіе, какъ мы уже видѣли, занимались преимущественно изысканіями причинъ возникновенія опухолей, лишь мимоходомъ упоминая иногда о той или другой частности въ картинѣ какого-нибудь случая.



Сверхъ того, мы не встрѣтили ни одного сообщенія по статистикѣ отѣматомы, которая, повидимому, вовсе нигдѣ не велась правильнымъ образомъ. Въ виду такихъ обстоятельствъ, намъ приходилось сдѣлать одно изъ двухъ: или для каждой стороны вопроса вести отдѣльный счетъ тѣхъ случаевъ, гдѣ эта частность упомянута, и затѣмъ полученные частные выводы суммировать; или взять только тѣ случаи, въ описаніи которыхъ находимъ, по крайней мѣрѣ, указанія на важнѣйшія стороны вопроса, и по нимъ составить общее представленіе о клиническомъ теченіи отѣматомы. Послѣдній путь мы предпочли, такъ-какъ намъ казалось, что, воспользовавшись первымъ, мы рисковали получить искусственную смѣсь признаковъ, а не синтезъ.

Собранный казуистическій матеріалъ обнимаетъ всего лишь 31 отѣматому у 25 душевно-больныхъ, а прибавивъ къ нимъ 10 отѣматомъ, наблюдавшихся нами у 6 субъектовъ, получимъ всего 41 опухоль у 31 душевно-больнаго. Для удобства обозрѣнія мы представляемъ этотъ матеріалъ въ видѣ нижеслѣдующей таблицы А., вопросъ-же объ отѣматомѣ у душевно-здоровыхъ мы рассмотримъ отдѣльно. (См. табл. на стр. 40—43).

Къ этой таблицѣ необходимо сдѣлать нѣкоторые дополнительныя указанія. Два первыхъ случая Cossy—многолѣтніе, хроническіе маньяки, т. е., по современнымъ воззрѣніямъ, либо неизлѣчимые паранойки, либо вторично-слабоумные; четвертый случай касается также многолѣтняго періодическаго психоза, причѣмъ больной во время ремиссій, какъ говоритъ Löwengardt, „профанамъ“ казался здоровымъ, т. е. былъ уже слабоумнымъ; наконецъ, и въ нашемъ случаѣ № 6 дѣло шло, безъ всякаго сомнѣнія, о неизлѣчимомъ слабоуміи.

Своего больного Marcé называетъ меланхоликомъ, но изъ приведенной имъ исторіи болѣзни намъ было не трудно убѣдиться, что здѣсь былъ нетипическій прогрессивный параличъ; онъ-же, безъ сомнѣнія, подразумѣвается и въ діагнозѣ *primäre dementia* въ № 26. Leubuscher не сообщаетъ діагноза своихъ 10 больныхъ, но говоритъ, что всѣ они были въ болѣе или менѣе глубокой степени слабоумны, отличались упадкомъ питанія, а большинство изъ нихъ и дизкразіями. Тѣ патолого-анатомическія измѣненія въ мозгу этихъ субъек-



товъ, которыя онъ описалъ въ общемъ изложеніи, а для двухъ случаевъ и въ отдѣльности, не позволяютъ намъ сомнѣваться въ томъ, что онъ имѣлъ дѣло съ прогрессивнымъ параличомъ, или съ подобными ему органическими страданіями мозга. Остается, такимъ образомъ, неизвѣстнымъ родъ болѣзни въ одномъ случаѣ.

Сводя итогъ, мы видимъ, что 26 больныхъ изъ числа 31 страдали прогрессивнымъ параличомъ помѣшанныхъ, что составляетъ безъ малаго 84<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, и лишь 16<sup>0</sup>/<sub>0</sub> падаютъ на другія состоянія слабоумія. Замѣчательно, что такое-же отношеніе получаемъ мы и для собственныхъ нашихъ 6-ти случаевъ: и здѣсь на прогрессивный параличъ падаютъ 83,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Такъ-какъ этотъ выводъ изъ сравнительно малаго числа случаевъ согласуется съ убѣжденіемъ психіатровъ былыхъ временъ, когда отѣматомъ была не рѣдкость, то и наши малыя цифры пріобрѣтають вѣсъ. Такимъ образомъ мы въ правѣ условно считать отѣматому за принадлежность только прогрессивнаго паралича, разумѣя здѣсь и всѣ его разновидности, и ниже будемъ вести рѣчь лишь объ отѣматомъ паралитиковъ, а не душевно-больныхъ вообще.

Итакъ для дальнѣйшихъ выводовъ мы будемъ имѣть въ виду 35 опухолей у 26 паралитиковъ.

Мы видимъ, что въ 18 случаяхъ отмѣченъ упадокъ питанія, слабость и даже истощеніе, а изъ нихъ въ 8 имѣемъ указаніе еще на пораженіе кожи, въ видѣ обильныхъ фурунгуловъ, или пролежней. Въ описаніяхъ остальныхъ 8 случаевъ вовсе не было обращено вниманія на общее состояніе больныхъ.

Смерть слѣдовала minimumъ чрезъ нѣсколько дней и максимумъ болѣе, чѣмъ чрезъ 4 мѣсяца: въ среднемъ приблизительно выводъ чрезъ 2 мѣсяца, что и соотвѣтствуетъ истощенному состоянію больныхъ. Полъ—мужескій, и лишь въ трехъ случаяхъ—женскій. Разъ мы изучаемъ отѣматому паралитиковъ, то нѣтъ ничего удивительнаго, что она у женщинъ наблюдалась въ 9 разъ рѣже, чѣмъ у мужчинъ: намъ нѣтъ нужды придумывать какія-нибудь особыя причины для этого факта, когда мы знаемъ, что прогрессивнымъ параличомъ женщины поражаются очень рѣдко. Возрастъ больныхъ тотъ, которому наиболѣе свойственъ прогрессивный параличъ.

Указанія графы VI могутъ дополнить характеристику



Т а б .

№ по порядку.	Д У Ш Е В Н О - Б О Л Ъ Н Ы Е.						Указа этио
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	
	Форма основ- ной болѣзни.	Общее состо- яніе и ослож- ненія.	Исходъ ос- новной бо- лѣзни.	Полъ.	Возрастъ.	Время воз- никновенія опухоли.	
1	Mania chro- nica.	Исхуданіе.	—	муж.	33	Черезъ мно- го лѣтъ отъ начала бо- лѣзни.	
2	Mania chro- nica.	Кахектикъ. «Cancer du rectum».	—	м.	48		
3	?	—	—	м.	—	—	Уда
4	Psychosis periodica.	Хорошее пи- таніе.	—	м.	31	Черезъ мно- го лѣтъ.	
5	Hebephre- nia. (?)	Упадокъ пи- танія, кисто- под. опухоли шейныхъ лим- фатическихъ железъ.	—	м.	25?	—	
6	Paralys. pro- gress.	Сильная сла- бость.	Смерть чрезъ 2 мѣсяца по образ. опух.	м.	34	Черезъ 3 го- да.	
7	Dementia paralytica.	Общее со- стояніе неиз- вѣстно.	Смерть чрезъ 2 мѣсяца.	м.	47	—	
8	Melancholia (Paral. progr. atypica ?)	Отеки, ис- тощеніе.	Смерть чрезъ 4 мѣсяца.	м.	40	—	Кор чрезъ
9	(	Истощеніе, фурункулы, пе- техии.	Смерть чрезъ 1 мѣсяцъ.	м.	37	Черезъ 2 го- да.	Вел особен покойн
10	Paralysis progressiva.	Тоже, глу- бокій decubi- tus.	Смерть чрезъ 3 мѣсяца.	жен.	34	Черезъ 2 го- да.	
11—18	(	Истощеніе.	—	7 м. 1 ж.	—	—	



а А.

Н А Я О П У Х О Л Ь У Х А.				X.	XI.
Ш. Видъ опухоли.			IX.	Авторы.	Число опухо-лей.
Правого уха.	Поверх-ность.	Наибольшій размѣръ.	ОСОВЫЯ ЗАМѢЧАНІЯ.		
—	Пе-редн.	Занята бы-ла вся поверх-ность.	Сморщиваніе наступало чрезъ 3—4 недѣли.	Cossy.	2
1			Прижизненный разрѣзъ: дно полости изъ хряща, неровнаго; содержимое—свернувшаяся кровь.		
—	Тоже.	Незначител.	—	Gudden.	1
—	Тоже.	Вся поверх-ность.	Въ сверткахъ крови кусочки хряща. Сначала была съ горошину, а чрезъ 1 мѣсяцъ вдругъ увеличилась.	Löwengardt (изъ Gud-den'a).	1
	Тоже.	Тоже.	—	Собств. набл.	2
—	Тоже.	Тоже.	Широкій прижизненный раз-рѣзъ: свернувшаяся кровь и еще какая-то пластинка.	Cossy.	1
—	Тоже.	Тоже.	Проколъ ланцетомъ: черная жидкая кровь. Сморщиваніе чрезъ 23 дня.	Verga.	1
1	Тоже.	Тоже.	Проколъ бистури: — жидкая кровь.	Marsé.	2
1	Тоже.	Тоже.	Сморщиванія не наступило. По-лость оказалась невыполненною.	Leubuscher.	13
1	Тоже.	Тоже.	Въ другихъ случаяхъ этого авто-ра—сморщиваніе чрезъ 6—7 не-дѣль. Въ трехъ случаяхъ пораже-ніе парное.		
4	—	Тоже.			



№ по порядку.	Д У Ш Е В Н О - Б О Л Ь Н Ы Е.						Указан этиол.
	I. Форма основ- ной болѣзни.	II. Общее состо- яніе и ослож- ненія.	III. Исходъ ос- новной бо- лѣзни.	IV. Полъ.	V. Возрастъ.	VI. Время возни- кновенія опу- холи.	
19	Paralys. pro- gress.	—	—	м.	—	—	—
20	Dementia paralytica.	Эпилептоид. при- падки.	—	ж.	—	—	Уши
21	Paralys. pro- gress.	Истощеніе.	Черезъ нѣ- сколько дней смерть.	м.	—	—	Нас кормле
22	Paralys. pro- gress.	—	Смерть чрезъ 8 дней.	м.	—	—	Очень койимъ ной.
23	Paralys. pro- gress.	—	Смерть.	м.	—	—	Как травма
24	Dementia paralytica.	—	—	м.	42	—	Уда канунѣ
25	Dementia ex Alcoh. chron.	—	—	м.	41	—	{ Част голов стѣну
26	Primäre De- mentia (?)	—	Смерть чрезъ 9 дней.	м.	37	—	
27	Paralys. pro- gress.	Сильный, носъ начав- шимся исхуданіемъ; фурункулы, булимія.	Смерть чрезъ 3 мѣсяца сли- шкомъ.	м.	32	Чрезъ 7—8 м.	Драчл буйств
28	Paralys. pro- gressiva.	Истощеніе, вере- да и абсцессы, були- мія.	Смерть чрезъ 4 мѣсяца сли- шкомъ.	м.	32	Чрезъ 7 мѣс.	Трені вой об
29	Paralys. pro- gress.	Общая и сердечная слабость, отеки, абс- цессы и фурункулы.	—	м.	55	Чрезъ 1 годъ.	Безп ство, л вость.
30	Paralys. pro- gress.	Табетическія явле- нія, исхуданіе, не- большіе пролежни.	Смерть чрезъ 2 мѣсяца.	м.	41	Чрезъ 1 годъ.	—
31	Paralys. pro- gress.	Общая и сердечная слабость, отеки, ве- реда, булимія.	Смерть чрезъ 2 мѣсяца.	м.	42	Чрезъ 1 годъ.	—



Н А Я О П У Х О Л Ь У Х А.				X.	XI.
III. Видъ опухоли.			IX.	Авторы.	Число опухо- лей.
Правого уха.	Поверх- ность.	Наибольшій размѣръ.	ОСОБЫЯ ЗАМѢЧАНІЯ.		
—	Перед.	Вся поверхность.	Въ содержимомъ обломки хряща.	Gudden.	1
—	Тоже.	—	—	Jung.	1
—	Задн.	Тоже.	Въ полостяхъ при аутопсіи обнаружены кусочки хряща въ этихъ свѣжихъ отѣматомахъ.	L. Meyer.	4
1	Перед.	Тоже.			
—	Тоже.	Съ горошину.			
1	Задн.	Вся поверхность.			
?	Перед.	Тоже.	Совсѣмъ свѣжая отѣматома.	Fürstner.	1
?	Тоже.	—	—	Th. Simon.	3
?	—	—	—		
1	—	—	Изолированные кусочки хряща въ сгусткѣ.		
1	Перед.	Вся поверхность.	Обѣ опухоли появились одновременно.	Собственные наблюденія.	2
1	Тоже.	Тоже.	Узурь хряща на ошупъ. Лѣвая опухоль чрезъ 19 дней послѣ правой. Сморщиваніе чрезъ 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> и 2 мѣсяца.		2
1	Тоже.	Сперва in fossa innom.; затѣмъ in fossa conchae.	Прощупываются отдѣльныя пластинки хряща въ передней стѣнкѣ.		1
—	Тоже.	Вся поверхность.	Узурь хряща на ошупъ. Сморщиваніе чрезъ 6 недѣль.		1
1	Тоже.	In fossa conchae.	На ошупъ расщепленіе хряща на пластинки въ обоихъ ушахъ.		2



больныхъ, въ особенности въ связи со временемъ летальнаго исхода. Къ сожалѣнію, начало болѣзни указано лишь для 8 случаевъ: отѣматомъ возникала *minimim* чрезъ 7 мѣсяцевъ и *maximim* чрезъ 3 года отъ обнаруженія основной болѣзни; приблизительное, но наибольшее, среднее число изъ восьми указаній— $1\frac{1}{2}$  года; послѣ-же появленія опухоли и до смерти въ этихъ случаяхъ протекало среднимъ числомъ приблизительно  $2\frac{1}{2}$  мѣсяца. Если прибавимъ  $3\frac{1}{2}$  мѣсяца, ради возможности ошибокъ въ анамнезѣ, то оказывается, что отъ времени обнаруженія прогрессивнаго паралича до летальнаго исхода протекало всего 2 года. Нельзя не усмотрѣть, что такое теченіе должно быть признано для прогрессивнаго паралича довольно острымъ. Если-же обратить вниманіе только на наши собственные случаи, то получается впечатлѣніе, по истинѣ, галлопирующаго прогрессивнаго паралича.

Графа VII свидѣтельствуесть о томъ, какъ часто имѣются разнообразныя обстоятельства, при которыхъ уши или несомнѣнно подвергались, или могли подвергнуться болѣе или менѣе сильному инсульту. Изъ графы VIII видимъ, что для 3-хъ случаевъ сторона не указана, въ 9 случаяхъ опухоль была парная ( $=39\%$ ), въ 9 — лѣвосторонняя ( $=39\%$ ) и въ 5 — правосторонняя ( $=22\%$ ); изъ чего слѣдуетъ, что одностороннія опухоли наблюдались приблизительно въ  $1\frac{1}{2}$  раза чаще парныхъ, а лѣвая — почти вдвое чаще правой. Всего два раза выдавалась опухоль на задней поверхности уха: одинъ разъ на правомъ и одинъ на лѣвомъ ухѣ; въ остальныхъ случаяхъ она была усмотрѣна на передней поверхности.

Для 21 опухоли мы нашли въ описаніяхъ прямое указаніе на ея протяженіе, а для 11 опухолей Leubuscher'a оно ясно изъ общаго изложенія этого автора. Такимъ образомъ изъ 32-хъ опухолей лишь 4, принадлежавшія тремъ лицамъ, занимали незначительное протяженіе, помѣщаясь *in fossa innominata* и *in fossa conchae*; остальные-же 28, т. е.  $87,5\%$ , занимали всю соотвѣтствующую поверхность уха, ограничиваясь почти всегда опредѣленными частями очертанія уха, какъ это видно въ описаніи нашихъ случаевъ. Это даетъ намъ право смотрѣть лишь на этого рода опухоли, какъ на характерныя для прогрессивныхъ паралитиковъ, что согласуется и съ воззрѣніями старыхъ авторовъ, Bird'a, Cossy и др.



Чрезвычайно любопытна графа IX: оказывается, что дѣлая болѣе широкія прижизненные разрѣзы совсѣмъ свѣжихъ опухолей, или тщательно ощупывая ихъ стѣнки, или, наконецъ, вскрывая такія опухоли *post mortem*, — находимъ въ нихъ расщепленіе хряща, иногда-же и маленькіе изолированные кусочки его внутри полости отѣматомы.

Для продолжительности теченія отѣматомы, подразумѣвая время отъ момента возникновенія до того дня, когда нельзя уже въ сморщившейся раковинѣ прощупать флюктуацію, Cossy, примѣнявшій настойчивое оперативное лѣченіе, полагаетъ 3—4 недѣли; но Leubuscher, державшійся выжидательнаго метода, — отъ 6 до 7 недѣль. Приблизительно тотъ-же срокъ находимъ мы въ своихъ случаяхъ, а равнымъ образомъ и у другихъ авторовъ, не прибѣгавшихъ къ активному лѣченію. Оказывается, что въ отдаленные другъ отъ друга года нашего столѣтія, у лицъ различныхъ національностей и въ разныхъ странахъ, при самыхъ несходныхъ прочихъ обстоятельствахъ, характерная отѣматома паралитиковъ, предоставленная самой себѣ, протекала въ теченіе одинаковаго періода времени, съ ничтожными колебаніями.

Наконецъ, парныя опухоли могутъ, какъ мы видимъ, возникать или одновременно, или одна за другой чрезъ нѣкоторый промежутокъ времени.

Мы не будемъ долго останавливаться на вопросѣ о составѣ скопившейся въ опухоли жидкости и о способѣ ея размѣщенія: въ исторической части мы указали, что многочисленные прижизненные разрѣзы уже въ достаточной степени удостовѣрили, что жидкость въ свѣжихъ, вполнѣ развившихся опухоляхъ помѣщается въ одиночной полости и состоитъ, по крайней мѣрѣ, въ наибольшей своей части изъ крови жидкой, или уже свернувшейся. Однако, изъ нашего наблюденія № 2 очевидно, что передъ образованіемъ опухоли этой полости или не существовало, или она не была одиночною, а раздѣлялась какими-то перегородками, соединявшими ея стѣнки: въ противномъ случаѣ опухоль съ самаго начала набухала-бы равномерно по всей поверхности раковины, а не являлась-бы въ первые моменты въ видѣ напряженнаго, рѣзко ограниченнаго мѣшка, величиною съ горошину или бобъ. Изъ этого слѣдуетъ заключить, что въ дѣлѣ образованія полости, по крайней мѣрѣ, нѣкоторую роль играетъ и давленіе изливающейся крови.



Теперь мы можемъ составить себѣ и общее представле-  
ніе о клинической картинѣ отѣматомы.

У прогрессивныхъ паралитиковъ и, кажется, преимуще-  
ственно у такихъ, которые отличаются особенно быстрымъ  
развитіемъ слабоумія и общаго упадка питанія при ненару-  
шенномъ, повидимому, отправленіи пищеварительныхъ орга-  
новъ и даже нерѣдко при весьма усиленномъ аппетитѣ, —  
неожиданно констатируется кровяная опухоль, сидящая на  
передней поверхности ушной раковины.

Она всегда оставляетъ незанятыми серёжку, *tragus* и  
слуховой проходъ, отверстіе котораго иногда лишь механи-  
чески суживаетъ; изъ прочихъ частей очертанія раковины  
часто остается свободнымъ *helix*. Внутри этихъ границъ опу-  
холь маскируетъ всѣ нормальныя углубленія и выступы ра-  
ковины; какъ-бы она ни была напряжена, содержащаяся въ  
ней жидкость никогда не разливается по тканямъ окружаю-  
щихъ частей головы и лица, находясь какъ-бы въ замкну-  
томъ со всѣхъ сторонъ пространствѣ. Цвѣтъ покрывающей  
опухоль кожи бываетъ то близкій къ нормальному, то въ  
большей или меньшей степени багровый, и въ послѣднемъ  
случаѣ опухоль горяча и болѣзненна при давленіи. Никогда  
вся опухоль не имѣетъ цвѣта подкожнаго кровоизліянія, и  
при дальнѣйшемъ теченіи нельзя констатировать свойствен-  
ной послѣднему игры цвѣтовъ; но въ нѣкоторыхъ, незначи-  
тельнаго размѣра, мѣстахъ чрезъ стѣнку опухоли просвѣчи-  
ваетъ синимъ цвѣтомъ ея содержимое. Опухоль флюкту-  
ируетъ. Общее состояніе больного въ день обнаруженія опухоли  
обыкновенно ничѣмъ не отличается отъ бывшаго наканунѣ.

При широкомъ разрѣзѣ стѣнки, какъ это дѣлали *Cossy* и  
*Gudden*, вытекаетъ жидкая кровь; крови вытекаетъ „гораздо  
болѣе, чѣмъ ея могло быть въ опухоли“, замѣчаетъ *Stiff*.  
Вмѣстѣ съ кровью всегда выходятъ и небольшіе кусочки  
хряща, иногда въ видѣ крохъ, и на внутренней сторонѣ  
разрѣзанной стѣнки также прощупываются связанные съ нею  
фрагменты хряща. Если разрѣзъ сдѣланъ нѣсколько дней  
спустя, то произвольно вытекаетъ прозрачная, желтоватая  
жидкость, а при давленіи на опухоль опоражнивается кро-  
вяной сгустокъ; кровь, такимъ образомъ, оказывается свер-  
нувшейся. Вводя въ рану палецъ, можно убѣдиться, что  
кровь помѣщалась въ одиночной полости. На другой день



рана оказывается склеившеюся, а полость вновь наполненною. Это явление при повторныхъ опорожненіяхъ повторяется неоднократно.

Если-же опухоль предоставить самой себѣ, то въ дальнѣйшемъ теченіи ея наблюдаются три періода. Въ первые дни она какъ-будто остается *in statu*; но при внимательномъ наблюденіи оказывается, что она представляетъ колебанія въ напряженіи, такъ-что успѣхи всасыванія уничтожаются новыми изліяніями. Въ слѣдующемъ періодѣ, который трудно разграничить по времени отъ предъидущаго, всасываніе получаетъ преобладаніе: напряженіе уменьшается, опухоль нѣсколько опадаетъ, дѣлается тѣстоватою, на поверхности ея замѣчаются углубленія; изслѣдующій палецъ въ это время прощупываетъ въ передней стѣнкѣ отдѣльныя болѣе плотныя мѣста. Въ то-же время хрящъ, служащій дномъ полости, подвергается узурамъ, такъ-что мѣстами отъ него отдѣляются цѣлыя пластинки. Послѣдній періодъ состоитъ въ томъ, что опухоль начинаетъ быстро опадать, а все ухо въ цѣломъ уменьшается въ вертикальномъ и горизонтальномъ размѣрахъ, — сморщивается. Этотъ періодъ длится всего 2—4 дня, и въ исходѣ получается полное исчезновеніе флюктуирующихъ и тѣстоватыхъ мѣстъ на сморщенной раковинѣ.

Такимъ образомъ мы различаемъ всего 4 періода въ теченіи отѣматомы: первый, или *періодъ возникновенія*, — съ момента достиженія опухолью ея характерныхъ границъ назадъ, къ начальному моменту кровоизліанія, что измѣряется немногими часами; второй, или *періодъ всасыванія*, затемняемый повторяющимися кровоизліаніями; третій, или *періодъ заростанія*, выполненія; наконецъ четвертый, или *періодъ сморщиванія* новообразованной ткани, обусловливающаго и сморщиваніе всего уха. Все теченіе отѣматомы, при выжидательномъ лѣченіи, всегда продолжается приблизительно 6 недѣль, а вмѣстѣ взятые второй и третій періоды протекаютъ въ десять разъ дольше, чѣмъ первый и четвертый въ сложности.

Описанная опухоль появляется или на одномъ лѣвомъ ухѣ, или на одномъ правомъ, что бываетъ почти въ два раза рѣже; или-же она поражаетъ оба уха то одновременно, то послѣдовательно.

Въ видѣ не особенно рѣдкаго исключенія наблюдаются уклоненія отъ описаннаго типа отѣматомы паралитиковъ: это—



опухоли небольшихъ размѣровъ, занимающія лишь какой-нибудь отдѣльный участокъ поверхности раковины, иногда имѣющія серпигинирующее теченіе; но во всѣхъ другихъ отношеніяхъ онѣ вполне сходны съ типической формой. Таковы отѣматомы въ нашихъ случаяхъ №№ 4 и 5, которые даютъ основаніе предполагать, что эти уклоненія опухолей отъ типа обуславливаются слабостью сердечной дѣятельности, а серпигинирующее теченіе ихъ — временнымъ усиленіемъ дѣятельности сердца, вызваннымъ въ упомянутыхъ случаяхъ лѣченіемъ наперстянкой и т. п. средствами.

Относительно самихъ больныхъ, слѣдуетъ отмѣтить тотъ, кажется, нерѣдкій фактъ, что около времени возникновенія отѣматомы въ теченіи болѣзни ихъ замѣчается обостреніе: истощеніе организма и угасаніе умственныхъ способностей получаютъ ускоренный ходъ и быстро ведутъ больного къ летальному исходу.

### III.

Уже въ 1848 году Heyfelder сообщилъ о своихъ наблюденіяхъ надъ отѣматомой у лицъ, не страдавшихъ душевною болѣзью. Съ тѣхъ поръ на эту сторону вопроса обращалось особенное вниманіе, и приверженцы самыхъ противоположныхъ воззрѣній ссылались на такіе случаи, ища въ нихъ каждый подтвержденія излюбленной имъ теоріи. Благодаря такому обстоятельству, едва-ли не каждая встрѣтившаяся у душевно-здороваго человѣка отѣматома болѣе или менѣе старательно наблюдалась и попадала въ литературу. По этой причинѣ прилагаемая таблица Б. содержитъ въ себѣ всѣ наблюдавшіеся до сихъ поръ случаи такого рода, за очень малымъ исключеніемъ: не попали въ нее лишь тѣ немногія наблюденія, описанія которыхъ я не могъ достать въ оригиналѣ. Самъ-же я за свою почти десятилѣтнюю практическую врачебную дѣятельность, притомъ служа большею частью въ военномъ госпиталѣ, не видѣлъ ни разу отѣматомы у душевно-здоровыхъ. (См. табл. на стр. 50—53).

Графа I этой таблицы показываетъ, что изъ 22 случаевъ лишь у 4 субъектовъ имѣлось во время образованія опухоли то или другое патологическое явленіе, въ большинствѣ-же



случаевъ носители отѣматомы отличались прекраснымъ состояніемъ здоровья и общаго питанія. Три раза опухоль наблюдалась у женщинъ, слѣдовательно въ шесть или семь разъ рѣже, чѣмъ у мужчинъ. Возрастъ былъ различный: отъ 13 до 42 лѣтъ.

Изъ графы IV видимъ, что почти въ 41% случаевъ указана травма, какъ положительно удостовѣренный, или возможный этиологическій факторъ. Для № 4 указано лишь общее физическое напряженіе, во время котораго образовалась опухоль. Въ двухъ случаяхъ (№№ 13 и 21), кромѣ травмы, имѣлся еще и другой этиологическій моментъ: въ одномъ какой-то прыщъ на соотвѣтственномъ ухѣ, въ другомъ ухо подверглось сильному вліянію низкой температуры. Въ одномъ случаѣ (№ 5) могъ имѣть вліяніе сильный жаръ; а въ случаѣ № 22 образованію опухоли предшествовалъ воспалительный процессъ въ покровахъ уха.

Весьма любопытно и точно наблюденіе способа развитія опухоли, сдѣланное самимъ больнымъ, въ №№ 15 и 16, которые составляютъ собственно одинъ случай парной опухоли: отѣматома развилась изъ небольшой твердой опухоли, случайно замѣченной больнымъ, который часто сталъ ее ощущать, слѣдя за ея ростомъ.

Наконецъ, почти для одной трети всѣхъ случаевъ никакого предположенія о причинѣ отѣматомы, повидимому, нельзя было составить.

Для поясненія вышеупомянутой находки ограниченной твердой опухоли въ ушной раковинѣ, приведемъ любопытную статистику Dr. Simon'a, изслѣдовавшаго уши призываемыхъ въ гамбургской богадѣльнѣ. Всего имъ было осмотрѣно 460 человекъ, въ томъ числѣ 181 женщина, причемъ у мужчинъ хондрома была найдена въ 10%, а у женщинъ въ 5½%. По возрасту эти субъекты распредѣлялись такимъ образомъ:

Возрастъ.	Мужчинъ.	Женщинъ.
свыше 80 лѣтъ	2	2
отъ 70—80 „	12	1
„ 60—70 „	7	5
„ 50—60 „	3	0
„ 40—50 „	4	0
„ 30—40 „	0	1
„ 20—30 „	0	1



Т а б .

№ по порядку.	ДУШЕВНО-ЗДОРОВЫЕ.			К Р О В Я Н		
	I.	II.	III.	IV.	V.	
	Общее состояніе.	Полъ.	Возрастъ.	Указанія для этиологіи.	Лѣваго уха.	Праваго уха.
1	—	м.	24	—	1	—
2	—	м.	35	—	1	—
3	Прекрасное.	м.	28	—	1	1
4	Страдалъ neuralgia supraorbital.	м.	25	Шелъ съ тяжелой ношей чрезъ гору.	1	—
5	—	м.	30	Ежедневное вліяніе сильнаго жара.	1	—
6	Истощеніе. Слѣды побоевъ. Мягкая катаракта.	ж.	13	Методическое испытаніе ушей въ теченіе 3 лѣтъ.	1	1
7	Прекрасное.	м.	27	Долголѣтняя привычка чрезмѣрно сгибать раковины пальцами.	1	1
8	—	м.	юн.	Методическое испытаніе ушей.	} неизвѣстно	
9	—	ж.	—	Тоже.		
10	—	м.	—	Ушибъ при паденіи.		
11	Прекрасное.	м.	20	—	1	—
12	—	м.	32	—	1	1
13	—	м.	40	Ототралъ примерзшее къ стеклу ухо.	?	?



**а Б.**

У Х О Л Ь У Х А.			X.	XI.
	VIII.	IX.		
льній ррь.	Способъ раз- витія.	П Р И М Ъ Ч А Н І Я.	Авторы.	Число опу- холей.
алень- шу въ поло- ка.	—	Неоднокр. проколъ ланцетомъ;—прозр. жидкость. Долговременное существо- ваніе опухоли: болѣе 3 мѣсяцевъ.	Wilde.	1
.	Медленный ростъ.	—	Ogier-Ward.	1
сав. е.	Наростъ въ теч. 2 нед.	Лѣчение: вспрскиваніе extr. ergotini.	Howe.	2
риное	Постепенно.	По вскрытіи, сначала вода, потомъ кровь.	F. Hoffmann (по Sander'y)	1
кная ха.	—	Въ полости—жидкая кровь, по разр. нагноеніе.	Lewison (по Sander'y).	1
оверх-	—	In concha правой стороны остатокъ опухоли: передняя сторона мягка, зад- няя хрящевая. Ударами рукой эти опухоли были вскрыты истязателемъ.	Sander (чуж. набл.)	2
кная	—	Свѣтлая жидкость выпускалась пункц. ланцетомъ; затѣмъ, кровяные сгустки выжаты. На лѣвомъ ухѣ опухоль бы- ла годомъ раньше.	Passavant.(по Gudden'y).	2
		—	Westfal (по Fürstner'y).	1
з в ѣ	с т н о.	Отъ удара вскрылась.	Его-же.	1
		—	Fürstner.	1
ху, съ ое лей-	Постепенно, въ теченіе 14 дней.	Распространилась отчасти и на задн. пов. чрезъ 2 дня послѣ вскрытія.	Wendt, H.	1
ерхней гѣ.	—	При вскрытіи ланц.:—прозрачная жидкость. По разрьзѣ жидкость вновь не скопилась. На правомъ за нѣсколь- ко лѣтъ ранѣе.	Brunner.	2
—	—	Разрьзъ: — свѣтлая жидкость. На- гноеніе. По разрьзѣ было сдѣлано вспрыскиваніе T-rae jodi.	Его-же.	1



№ по порядку.	ДУШЕВНО-ЗДОРОВЫЕ.			К Р О В Я Н		
	I.	II.	III.	IV.	V.	
	Общее состояніе.	Полъ.	Возрастъ.	Указанія для этиологін.	Лѣваго уха.	Праваго уха.
14	Прекрасное.	м.	14	—	1	—
15	Прекрасное.	м.	34	Прежде твердый узелъ, съ горошину, на соотвѣтственномъ мѣстѣ уха.	1	—
16	Тоже.	м.	36	Узелъ, что и въ № 15.	—	1
17	Тоже.	м.	42	—	—	1
18	Меланхол. настроена.	ж.	34	Частое истязаніе ушей.	—	1
19	—	м.	15	—	—	1
20	Слабосильн. и отчасти врожд. слабоумный.	м.	?	Для праваго уха—ушибъ.	1	1
21	—	м.	Болѣе 20	Ударъ локтемъ, передъ тѣмъ какой-то прыщъ на ухѣ.	—	1
22	Крѣпкаго тѣлосложенія.	м.	Тоже.	Во время морскаго купанья подвергся уколамъ медузъ, отъ чего экзантема ушей. Зудѣло болѣе правое ухо.	—	1



У Х О Л Ь У Х А.			X.	XI.
I.	VIII.	IX.	Авторы.	Число опу- холей.
льшій брь.	Способъ раз- витія.	П Р И М Ъ Ч А Н І Я.		
оверх- ха.	Медленно, въ теченіе 8 дней.	—	Schwartze.	1
кная	Медленное увелич.	Узелъ постепенно увеличивался и, наконецъ, сталъ мягкимъ. Разрѣзъ:— темная кровь. Нагноеніе. По втор. разр. полость выполн. корпіей.	W. Meyer	1
ерхней	Очень мед- ленно.	Пробная пункція: желтоват. жид- кость. Субъектъ тотъ-же, что № 15. Лѣченіе—массажъ. Заднія стѣнки хря- щевыя, на соотвѣтственномъ мѣстѣ изогнуты.	Его-же.	1
е.	Медленно, въ нѣсколько недѣль.	—	W. Meyer (чуж. набл.)	1
и вся ность.	Скачкомъ изъ бывшей малой отѣмат.	Прощупывается хрящъ въ полной цѣлости. Сзади хрящъ не былъ не- нормально изогнутъ. Массажъ.	Его-же.	1
долгов. ласти cis.	Вдругъ, съ болью.	Проколъ ланц.: бурокрасн. жидк. Сквозная трещина хряща во всю дли- ну опухоли. Массажъ причинялъ уве- личеніе опухоли, былъ прекращенъ.	Louis Blau.	1
налъ съ виное верх- асти.	Медленный ростъ въ нѣ- сколько дней при боляхъ.	Разрѣзъ:—вначалѣ кровь, мало свер- нувшаяся, потомъ серозная жидкость съ бѣловатыми хлопьями. На лѣвомъ ухѣ симметрическая опухоль развилась черезъ 6½ мѣс. произвольно, при боляхъ.	Sockeel, A.	2
нитель- ь ниж- асти f. е.	Медленное развитіе.	Опухоль до разрѣза была болѣзнен- на. Черезъ нѣсколько дней широкій вертикальный разрѣзъ: черная, жид- кая кровь; зондъ проникъ до хряща. Раздражающ. лѣченіе.	Его-же.	1
где съ затѣмъ убиное верх- ловинѣ	Очень мед- ленное увели- ченіе въ те- ченіи нѣсколь- кихъ дней.	Опухоль до разрѣза была значитель- но болѣзненна, мягка, кожа багровая. Широкій разрѣзъ: красноватая сукро- вица и сгустокъ крови. Зондъ кон- статировалъ гладкость и плотность хряща. Черезъ 3 мѣсяца обнаружена опухоль хрящевая въ antitragus лѣ- вой стороны.	Его-же.	1



Изъ числа этихъ 38 лицъ четверо были душевно-больные, что соотвѣствовало общему числу душевно-больныхъ въ этомъ заведеніи, а слѣдовательно, заключаетъ авторъ, душевно-больные поражаются не чаще здоровыхъ.

По ушамъ опухоли распредѣлялись такъ: на обоихъ ушахъ у 7 лицъ ( $=18,5\%$ ), на правомъ у 12 ( $=31,5\%$ ) и на лѣвомъ у 19 лицъ ( $=50\%$ ); всего, значитъ, заняты были 45 ушей. Изъ этого числа въ 22 случаяхъ опухоль была найдена въ *antihelix*, его ножкахъ или въ *fossa triangularis*; въ 13 былъ занятъ *helix* и отчасти *fossa navicularis*, и притомъ постоянно въ верхней половинѣ уха; въ 10 случаяхъ мѣстомъ расположенія опухоли была только *fossa navicularis*. Два раза на одномъ и томъ-же ухѣ было найдено по двѣ опухоли, а одинъ разъ даже три, сидѣвшія въ вышеупомянутыхъ областяхъ.

Исслѣдовавъ затѣмъ въ этомъ направленіи уши 90 питомцевъ исправительной школы (*Strafschule*), изъ коихъ 30 были женскаго пола, Simon не нашелъ ни одной опухоли. Возрастъ этихъ субъектовъ былъ отъ 8 до 15 лѣтъ. Все это показываетъ, что хондрома свойственна главнымъ образомъ болѣе преклонному возрасту.

Извѣстно, что эти хрящевыя опухоли могутъ подвергаться истинной оссификаціи, или размягчаться, причемъ въ нихъ находятъ разраженіе сосудовъ:—*chondroma telangiectodes*.

Здѣсь приведемъ поучительный случай, наблюдавшійся въ практикѣ Sander'a. У одного молодого человѣка было ограниченное уплотненіе на верхушкѣ *helicis*, и въ этомъ мѣстѣ въ теченіе многихъ лѣтъ очень легко происходили внутри-тканевыя кровоизліянія при самыхъ незначительныхъ поводахъ, напр. при умываніи.

Что касается причины развитія этихъ опухолей, то въ одномъ наблюденіи Simon'a имѣется въ этомъ отношеніи весьма опредѣленное указаніе: 76-лѣтній старикъ, имѣвшій хондрому съ лѣсной орѣхъ въ верхней части *helicis*, заявилъ, что однажды, въ бытность его рекрутомъ, унтеръ-офицеръ сильно надралъ ему ухо, такъ-что отъ боли онъ пролежалъ нѣсколько дней въ лазаретѣ. Затѣмъ на томъ мѣстѣ, которое тогда особенно болѣло, постепенно и уже безъ болѣе выросла опухоль. Замѣтимъ, что грубую травму



R. Virchow признаетъ исходнымъ моментомъ даже для истинныхъ энхондромъ. (Die Krankhaften Geschwülste, S. 485).

Simon, пытавшійся свести причину отэматомъ у душевно-больныхъ на эти хондромы, недостаточно остановилъ свое вниманіе на возрастѣ субъектовъ, имѣвшихъ хондромы: изъ его-же таблицы видно, что какъ только возрастъ изслѣдованныхъ лицъ приближался къ возрасту паралитиковъ, такъ число хондромъ уменьшалось до 0, притомъ какъ разъ въ графѣ мужчинъ, столь предпочитаемыхъ прогрессивнымъ параличомъ. Онъ усмотрѣлъ также въ распредѣленіи хондромъ по сторонамъ сходство съ отэматомами. На самомъ-же дѣлѣ его нѣтъ.

Графа V показываетъ намъ, что изъ 17 случаевъ, гдѣ сторона обозначена, въ 6 отэматома была парная (=35,3<sup>0</sup>/о), въ 6—лѣвая (=35,3<sup>0</sup>/о) и въ 5—правая (=29,4<sup>0</sup>/о).

Такимъ образомъ имѣемъ:

	лѣвомъ.	правомъ.	обоихъ.
хондромы на ушахъ . . . . .	50 <sup>0</sup> /о	31,5 <sup>0</sup> /о	18,5 <sup>0</sup> /о
отэматомы у здоровыхъ . . . . .	35,3 <sup>0</sup> /о	29,4 <sup>0</sup> /о	35,3 <sup>0</sup> /о
„ душевно-больныхъ . . . . .	39 <sup>0</sup> /о	22 <sup>0</sup> /о	39 <sup>0</sup> /о

Изъ этого и слѣдуетъ, что распредѣленіе отэматомъ даже и у здоровыхъ лицъ иное, чѣмъ хондромъ: въ послѣднихъ слишкомъ рѣзко выступаетъ предпочтеніе лѣвой сторонѣ въ ущербъ парнымъ случаямъ, а въ первыхъ — парные равняются лѣвымъ. Однако-же мы должны признать, что часть отэматомъ, по крайней мѣрѣ, у здоровыхъ лицъ несомнѣнно происходитъ изъ этихъ хондромъ, такъ-какъ это удостовѣрено прямыми наблюденіями.

Совмѣстный анализъ случаевъ 10 и 19 поможетъ намъ уяснить себѣ патогенезъ обоихъ. Въ случаѣ 19 пациентъ былъ гимназистъ, у котораго кровяная опухоль появилась въ школѣ, развилась внезапно и при сильныхъ боляхъ. L. Blau констатировалъ полный изломъ хряща на нѣкоторомъ протяженіи въ области и параллельно antihelicis. Пациентъ отрицалъ травму. Въ случаѣ 10, о которомъ Fürstner лишь упомянулъ мимоходомъ, дѣло было съ военнымъ врачомъ: у него отэматома развилась также быстро отъ ушиба при паденіи съ лошади; передъ тѣмъ ухо его не имѣло въ



себѣ ничего ненормальнаго. Весьма вѣроятно, что въ обоихъ случаяхъ имѣлся травматическій переломъ хряща съ разрывомъ части перихондрія, непосредственно прилегавшей къ излому.

Здѣсь кстати припомнимъ одинъ изъ опытовъ (№ 5) анонимаго экспериментатора, сообщенныхъ Gudden'омъ: примѣненіемъ чрезмѣрнаго насилія къ уху слабоумнаго старика былъ изломанъ хрящъ вблизи того-же мѣста, что и въ случаѣ Louis Blau (№ 19), но кровотеченія не послѣдовало. Чрезъ 14 дней вновь это ухо подверглось „уже сравнительно очень малому насилію“, и тогда образовалась отѣматома, которая по величинѣ соотвѣтствовала первоначальному излому. Это показываетъ, что отѣматома можетъ возникнуть и отъ малаго одиночнаго насилія: отъ разрыва молодой сосудистой ткани, образующейся при заживленіи уже ранѣ существовавшаго перелома хряща.

Случаи 5, 7, 13 и 22 нашей таблицы свидѣтельствуютъ о томъ, что отѣматома у душевно-здоровыхъ можетъ возникнуть и на почвѣ воспалительной: отъ длительныхъ, слабыхъ механическихъ раздраженій, отъ термическихъ воздѣйствій, или-же отъ другихъ т. п. флогогенныхъ причинъ. Наконецъ, въ глубоко-прискорбныхъ случаяхъ 6, 8, 9 и 18-омъ мы имѣемъ дѣло съ этиологіей, несомнѣнно травматической; къ нимъ мы еще вернемся.

О случаѣ № 12 надо замѣтить, что, можетъ быть, здѣсь и не было отѣоматы, потому-что, какъ видно изъ графы IX, онъ представлялъ такую особенность, какая не встрѣчается въ другихъ отѣматомахъ: жидкость, по однократномъ разрѣзѣ, не собралась вновь.

Итакъ мы видимъ, что отѣматома у душевно-здоровыхъ не составляетъ понятія съ одинаковымъ для всѣхъ случаевъ содержаніемъ: въ основѣ ея лежитъ въ одномъ случаѣ *chondroma telangiectodes*, въ другомъ *fractura cartilaginis cum ruptura perichondrii*, въ третьемъ воспалительный процессъ, и тогда она есть *perichondritis haemorrhagica*, въ четвертомъ она есть гѣморрагія изъ грануляцій хрящевой раны. И тѣмъ не менѣе процентное распредѣленіе по ушамъ этихъ гѣматомъ, столь разнообразной природы, какъ мы видѣли, замѣчательнымъ образомъ совпадаетъ съ отѣматомами паралитиковъ. Посему мы должны признать, что и у паралитиковъ, и у лицъ



душевно-здоровыхъ въ условіяхъ возникновенія отѣматомы есть что-то общее.

Изъ 27 опухолей только для трехъ не имѣется указаній въ графахъ VI и VII. Обо всѣхъ остальныхъ извѣстно, что онѣ выдавались на передней поверхности уха, а въ случаяхъ 11 и 19 лишь на незначительномъ протяженіи усматривались и на задней. Изъ 23-хъ опухолей—7, кажется, равнялись по объему типической отѣматомѣ паралитиковъ, а въ 16 случаяхъ, т. е. почти въ 70%, она занимала тѣ или другія части, лежація кверху и латерально отъ fossa conchae, оставляя свободными какъ разъ тѣ части поверхности, которыя, по нашимъ наблюденіямъ, служатъ мѣстомъ локализациі невполнѣ развившихся отѣматомъ паралитиковъ. Такимъ образомъ имѣемъ:

	всю поверх.	часть.
отѣматомъ паралитиковъ занимаетъ въ	87,5%	12,5%
„ здоровыхъ „ „	30%	70%

Весьма важныя данныя VIII графы: мы видимъ, что для отѣматомъ душевно-здоровыхъ людей характеренъ именно медленный ростъ, отъ нѣсколькихъ дней до двухъ недѣль. Однако, не мѣшаетъ замѣтить, что для случаевъ 18 и 19 указано быстрое развитіе опухоли до максимальныхъ размѣровъ, — фактъ особенно интересный въ виду того, что случай 18 имѣлъ въ этиологіи повторное истязаніе ушей, а по размѣрамъ своимъ эта опухоль была схожа съ отѣматомами паралитиковъ.

Отмѣтки въ графѣ IX указываютъ, что вообще въ отѣматомахъ душевно-здоровыхъ лицъ передняя стѣнка была мягка, а на задней поверхности прощупывался хрящъ въ полной цѣлости. Такому факту вполне соответствуетъ и характеръ содержимаго полости: въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ были практикуемы широкіе разрѣзы, изъ полости опорожнялась или жидкая кровь, или желтоватая жидкость со сгустками крови; отдѣльныхъ-же пластинокъ хряща и хрящевыхъ крохъ въ содержимомъ полостей ни разу не было констатировано. Должно, слѣдовательно, признать, что ихъ или не было вовсе, или это явленіе было выражено такъ слабо, что ускользнуло отъ наблюдателей.



Заслуживаетъ вниманія еще тотъ фактъ, что даже не-лѣченные отѣматы здоровыхъ съ бѣльшимъ, чѣмъ у паралитиковъ, постоянствомъ представляли болѣзненность и воспалительное состояніе покрововъ, чрезъ которые, притомъ, содержимое полости рѣзко просвѣчивало. Что касается вопроса о продолжительности теченія этихъ отѣматовъ и о характерѣ вторичнаго измѣненія формы раковины, то объ этомъ трудно составить себѣ опредѣленное представленіе: хирурги и отіатры считали нужнымъ прибѣгать къ активному лѣченію, причемъ не только вскрывали полости, но и прибѣгали къ раздражающимъ инъекціямъ, напр. *tincturae jodi* и т. п. Если эти опухоли, не смотря на свои малые размѣры, требовали для своего излѣченія отъ 3 до 8 недѣль и болѣе, то неизвѣстно, зависило-ли столь продолжительное теченіе отъ свойствъ опухоли, или отъ усерднаго лѣченія: послѣднее предположеніе намъ кажется болѣе вѣроятнымъ.

Остается добавить, что патолого-анатомическаго изслѣдованія отѣматы у душевно-здоровыхъ лицъ, насколько намъ извѣстно, не было произведено ни разу.

Сдѣлаемъ теперь параллельный обзоръ признаковъ типическихъ отѣматовъ паралитиковъ и кровяныхъ опухолей ушей душевно-здоровыхъ лицъ.

#### У прогрессивныхъ паралитиковъ.

1) Отѣматома свойственна преимущественно такимъ, которые отличаются сравнительно острымъ теченіемъ болѣзни, быстрымъ развитіемъ слабоумія и общаго истощенія, сопровождающимся такъ наз. трофическими расстройствами въ кожѣ.

2) Въ громадномъ большинствѣ случаевъ отѣматома является въ типической формѣ и границахъ, такъ-что старые авторы другихъ отѣматовъ и не знали.

3) Развивается быстро, такъ-что вообще врачи могли видѣть ее уже на максимальномъ протяженіи; исключенія рѣдки.

#### У душевно-здоровыхъ лицъ.

1) Отѣматома не стоитъ ни въ какой связи съ общимъ состояніемъ здоровья.

2) Въ такомъ-же большинствѣ случаевъ занимаетъ лишь ту или другую часть передней поверхности уха, преимущественно въ области выступовъ.

3) Медленно растетъ по поверхности, требуя для достиженія даже сравнительно незначительныхъ максимальныхъ размѣровъ отъ нѣсколькихъ дней до двухъ недѣль; исключенія рѣдки.



4) Цвѣтъ покрововъ часто остается нормальнымъ; содержимое просвѣчиваетъ лишь въ отдѣльныхъ, незначительнаго протяженія, мѣстахъ.

5) Мягкая стѣнка полости содержитъ отдѣльныя пластинки хряща; въ твердой хрящевой стѣнкѣ имѣются мягкіе пункты, — узурь хряща.

6) Въ жидкомъ содержимомъ и въ сгусткахъ крови находятся отдѣльныя пластинки хряща и хрящевые комочки, крошки.

4) Ненормальный цвѣтъ покрововъ, воспалительное ихъ состояніе и просвѣчиваніе содержимаго выражаются рѣзко и съ большимъ постоянствомъ.

5) Одна стѣнка мягка, другая содержитъ хрящъ.

6) Содержимое лишь жидкость, или свертки крови; изолированныхъ пластинокъ и крохъ хрящевыхъ не констатируется.

Еще въ 60-хъ годахъ французскій ученый Dumesnil, а послѣ него и Ducros, высказалъ догадку, что отѣматома у душевно-здоровыхъ, можетъ быть, и не идентична съ тою, которая наблюдается у помѣшанныхъ; но, къ сожалѣнію, эта совершенно научная идея не была оцѣнена по достоинству позднѣйшими изслѣдователями.

Въ настоящее время мы имѣемъ фактическое основаніе не смѣшивать этихъ различныхъ патологическихъ явленій; но такъ-какъ въ хирургіи и отіатріи уже привился терминъ „отѣматома“ для обозначенія различныхъ кровяныхъ опухолей уха, то, во избѣжаніе дальнѣйшаго смѣшенія, ихъ слѣдовало-бы называть *othaematoma spurium*, въ отличіе отъ типической *othaematoma verum*, составляющей принадлежность нѣкоторыхъ случаевъ душевной болѣзни.

Нѣтъ никакого сомнѣнія въ томъ, что и у душевно-больныхъ отъ различныхъ причинъ могутъ возникать ложныя отѣматы: душевная болѣзнь, конечно, не гарантируетъ уха больного отъ такихъ заболѣваній, какія вообще свойственны человѣческимъ ушамъ. Это обстоятельство вносило путаницу во всѣ стороны вопроса объ отѣматомѣ. Такъ напр. Fischer упоминаетъ, что онъ видѣлъ въ Шенау 2 случая полного выздоровленія отъ душевной болѣзни, не смотря на то, что больные имѣли отѣматому; Flemming, по словамъ того-же автора, наблюдалъ также два подобныхъ случая, а Iacobi въ Siegburg'ѣ видѣлъ такіе факты даже много разъ. Несомнѣнно,



однако, что иногда и у непаралитиковъ наблюдались такія отѣматы, которыя были весьма схожи съ othaematoma vegetans. И въ нашей клиникѣ былъ, по крайней мѣрѣ, одинъ такой случай: незадолго до моего прибытія былъ выписанъ изъ клиники поправившійся душевно-больной, который во время своего нахожденія въ ней имѣлъ парную отѣмату. Привожу извлеченіе изъ исторіи его болѣзни.

А. Г. новобранецъ, 22 лѣтъ, слабаго состоянія питанія, изъ крестьянъ, до поступленія на военную службу занимался торговлей. Сильно злоупотреблялъ спиртными напитками. Дважды ушибалъ голову, въ чемъ видѣлъ причину головныхъ болей, которыми часто страдалъ. Заболѣлъ 15 Марта 1888 г. бронхитомъ, простудившись на ученьи, почему и былъ помещенъ въ Царско-сельскій военный госпиталь. Черезъ нѣсколько дней, когда температура почти пришла къ нормѣ, у него появились признаки психической болѣзни: бессонница, безотчетный страхъ, угнетенное настроеніе духа, боязнь, что его зарѣжутъ или отравятъ; кратковременный припадокъ буйства. 1-го Апрѣля того-же года былъ принятъ въ нашу клинику. Здѣсь преобладающимъ симптомомъ въ картинѣ его болѣзни была меланхолія съ несистематизированнымъ бредомъ самообвиненія и отчасти преслѣдованія. Частый отказъ отъ пищи, вызывавшій необходимость насильственного кормленія чрезъ зондъ. Подъ 4-мъ Іюня въ исторіи болѣзни записано: „На лѣвой ушной раковинѣ образуется опухоль, дающая флюктуацію“. Черезъ мѣсяць „опухоль самопроизвольно вскрылась. Вытекло довольно большое количество крови. По остановкѣ кровотеченія, рана перевязана“. Черезъ нѣсколько дней развилось нагноеніе, сдѣланъ былъ небольшой разрѣзъ, который съ теченіемъ времени превратился въ фистулѣзную язву. Рубцеваніе наступило спустя, приблизительно, 4 мѣсяца. Въ исходѣ: helix и antihelix представлялись утолщенными. Подобная-же опухоль была и на другомъ ухѣ, но здѣсь она не вскрылась.

Въ Апрѣлѣ 1889 года больной былъ выписанъ изъ клиники на попеченіе родственниковъ съ признаками легкаго ослабленія психики <sup>1)</sup>. По желанію, такой исходъ можетъ быть

---

<sup>1)</sup> Изъ скорбнаго листа кл. д. б.



принять, конечно, и за полное выздоровленіе. Этотъ и подобные ему случаи мы оставляемъ пока безъ объясненія.

Вышесказаннымъ объ *othaematoma spurium* мы и ограничиваемся, чтобъ перейти къ дальнѣйшему изученію *othaematomatis veri*.

#### IV.

Для разрѣшенія вопроса о способѣ возникновенія отѣматомы у душевно-больныхъ, авторы преимущественно сосредоточивали свое вниманіе на изслѣдованіи патологическихъ явленій въ тканяхъ ушей лицъ, не имѣвшихъ отѣматомы и даже не страдавшихъ душевной болѣзнью. Мы думаемъ, что такой путь не можетъ привести ни къ какому положительному выводу: нѣтъ никакой гарантіи ни въ томъ, что въ этихъ ушахъ отсутствуютъ измѣненія, ни въ какой связи съ даннымъ пораженіемъ не стояція, ни въ томъ, что въ нихъ находятся тѣ измѣненія, которыя въ дѣйствительности способствуютъ возникновенію отѣматомы. Поэтому мы предпочитаемъ болѣе прямой путь,—изученіе патологической анатоміи самихъ отѣматомъ.

Какъ видно изъ клинической части этого трактата, мы имѣли въ своемъ распоряженіи 4 препарата отъ 3 субъектовъ <sup>1)</sup>.

По уплотненіи въ двухромокисломъ кали или въ спиртѣ, мы заключали кусокъ уха въ целлоидинъ и дѣлали большіе срѣзы съ помощью микротомъ Шанца, стараясь, чтобъ срѣзъ проходилъ чрезъ всю область уха, занятую опухолью.

Испробовавъ цѣлый рядъ методовъ окрашиванія, мы получали наилучшіе результаты при двойной окраскѣ: — нейтральнымъ карминомъ и гематоксилиномъ, или квасцовымъ

<sup>1)</sup> Всякому понятна трудность получить препаратъ уха отъ трупа субъекта изъ зажиточнаго класса; понятна поэтому и вся искренность моей глубокой благодарности многоуважаемому Проф. Н. П. Ивановскому, приватъ-доценту О. А. Чечотту, директору больницы «Всѣхъ Скорбящихъ», — д-ру А. Е. Черемшанскому и старшему врачу той-же больницы, д-ру С. А. Бѣлякову, благодаря разрѣшенію и доброму содѣйствію которыхъ я могъ достать свой матеріалъ.



карминомъ Grenacher'a и индиго-карминомъ. Особенно хорошо окрашиваются препараты, уплотненные въ спиртѣ.

Мы начнемъ съ изученія верхней половины ушей случая № 4, при ощупываніи которыхъ получалось при жизни ощущение двухъ сближающихся пластинокъ.

*Случай № 4. Трещины.* При разрѣзѣ обоихъ этихъ ушей на высотѣ fossae triangularis, хрящъ ушной, начиная отъ мѣста сліянія ножекъ antihelicis чрезъ всю ширину послѣдняго, чрезъ область fossae navicularis и отчасти чрезъ завитокъ идетъ трещина, на горизонтальномъ разрѣзѣ въ видѣ латинской буквы S. Нитка, уложенная по ходу этой трещины, имѣетъ около 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> сант. въ длину. Книзу эти трещины простирались до мѣста antihelicis, соотвѣтствующаго срединѣ наружнаго слуховаго отверстія, причемъ въ нижней своей части занимали весьма узкое протяженіе, оставляя въ цѣлости хрящъ fossae innominatae, и только на лѣвомъ ухѣ была занята и латеральная часть этой области.

На обоихъ ушахъ трещины идутъ косвенно сверху внизъ и спереди назадъ; вверху они достигаютъ, благодаря постепенному истонченію къ периферіи передняго фрагмента хряща, до передняго перихондрія; а внизу, благодаря такому-же истонченію задняго фрагмента,—до задняго перихондрія.

Полости, образованныя этими трещинами, отдѣлялись отъ полостей отѣматомъ узкими хрящевыми мостиками и содержали въ себѣ красноватую жидкость, похожую на сукровицу, которая вытекла въ количествѣ нѣсколькихъ капель при разрѣзѣ свѣжихъ ушей. Слѣдуетъ еще замѣтить, что лѣвая трещина въ нижней своей части уже макроскопически представлялась выполненною новообразованной тканью гіалиноваго вида, хрящъ-же былъ здѣсь расщепленъ неоднократно.

Что это именно трещины, происшедшія отъ механическаго разъединенія хряща, а не полости какого-либо инаго происхожденія, ясно можно было видѣть изъ того, что, при сближеніи хрящевыхъ стѣнокъ ихъ, всѣ выступы одной выполняли углубленія противоположной.

Разсматривая горизонтальные срѣзы правой трещины въ верхней ея части при маломъ увеличеніи (въ 71 разъ), мы видимъ, что трещина, въ видѣ узкой щели, начинается у самаго основанія хряща helicis, весьма близко отъ передняго перихондрія, не проникая, однако, вплоть до него, но отдѣо



ляясь отъ него тонкимъ слоемъ хрящевой ткани, болѣе свѣтлой, чѣмъ центральная масса хряща. Слѣдя за ходомъ трещины далѣе, мы видимъ, что она главнымъ образомъ располагается именно между этимъ болѣе тонкимъ и свѣтлымъ поясомъ хряща и болѣе темной и широкой главной массой хряща; но мѣстами со свѣтлымъ поясомъ находятся въ соединеніи отдѣльные фрагменты отъ центрального хрящеваго слоя, и такимъ образомъ въ этихъ мѣстахъ трещина расположена уже въ самой серединѣ хряща. Края стѣнокъ трещины повсюду представляются зазубренными; въ иныхъ мѣстахъ обнаруживаемъ дефектъ хрящевой ткани, но зато въ другихъ мѣстахъ находимъ отдѣльные кусочки хряща, свободно лежащіе въ трещинѣ, не принадлежа ея стѣнкамъ. Внутри трещины находимъ небольшіе сверточки волокнины, заключающіе въ себѣ разбухшіе красные кровяные шарики, которые разсѣяны одиночно или группами и по стѣнкамъ трещины. Съ удаленіемъ отъ *helicis* въ медіальномъ направленіи, зазубренные края трещины начинаютъ выравниваться съ помощью новообразованной ткани, выполняющей всѣ углубленія въ хрящѣ. На медіальномъ концѣ трещины образованная ею полость выполнена плазматическимъ, почти гомогеннымъ экссудатомъ; въ немъ видна неясная полосатость, много маленькихъ элементовъ, скученныхъ въ группы, а со стороны перихондрія входятъ сюда весьма тонкіе, развѣтвляющіеся сосуды; въ этомъ ограниченномъ пунктѣ трещина непосредственно сообщается съ перихондриемъ, вовсе не разъединяясь отъ него хрящевой тканью. Всѣ сосуды безкровны.

Кромѣ описанной трещины, тамъ и сямъ видимъ въ хрящѣ неполное разъединеніе ткани, какъ-бы прогалины, главнымъ образомъ на границѣ между свѣтлымъ, периферическимъ и болѣе темнымъ, центральнымъ слоями хряща. — На одномъ срѣзѣ мы встрѣтили такую прогалину, лежащую ближе къ задней поверхности, которая почти вся выполняется отрѣзкомъ сосуда.

Бросивъ общій взглядъ на хрящъ въ цѣломъ, получаемъ впечатлѣніе, какъ—будто болѣе развитой центральный слой былъ инкапсулированъ новообразованнымъ хрящомъ. Кромѣ того, самъ свѣтлый, тонкій слой хряща мѣстами представляется, въ свою очередь, двойнымъ: самая периферическая часть его кажется болѣе взрослою, чѣмъ лежащая ближе къ



трещинѣ. Кажется, что и здѣсь когда-то существовало разъединеніе хряща, теперь вполне зажившее.

Въ перихондріи, преимущественно передней поверхности, видимъ большое количество мелкихъ сосудовъ. Подкожная клѣтчатка представляется нѣсколько утолщенной, и въ ней, преимущественно на задней поверхности, среди старой ткани видны пучки болѣе нѣжной соединительной ткани и новообразованныя дольки жировой ткани, въ которой жировыя клѣтки меньше и болѣе старыхъ. Здѣсь-же находимъ ограниченныя скопленія красныхъ кровяныхъ шариковъ среди ткани, которые видны также разсѣянными по всему полю зрѣнія.

Въ существенномъ трещина лѣваго уха содержится такъ-же, какъ и вышеописанная, съ тѣмъ отличіемъ, что процессъ заживленія ея подвинулся значительно болѣе впередъ.

*Правая отѣматома.* На срѣзахъ отѣматомы праваго уха этого случая мы наблюдаемъ слѣдующія картины.

Вблизи вершины *helicis* имѣется нарушение непрерывности перихондріи, весьма незначительной ширины, и въ этомъ мѣстѣ со стороны подкожной клѣтчатки идетъ разращеніе нѣжной волокнистой соединительной ткани, богатой тонкими вѣтвящимися сосудами. Въ самой подкожной клѣтчаткѣ здѣсь, какъ и во многихъ другихъ мѣстахъ, встрѣчаемъ разсѣянный бурый пигментъ. Черезъ упомянутый дефектъ перихондріи подкожная клѣтчатка входитъ въ сообщеніе съ областью новообразованной ткани, помѣщающейся внутри расщепленнаго на пластинки хряща. Спереди пластинки вообще тонкія, внутренній край ихъ зазубренъ. Перихондрій неясно контурированъ и во многихъ пунктахъ пронизывается поперечно-идущими тонкими новообразованными сосудами. Въ иныхъ мѣстахъ находимъ въ связи съ переднимъ перихондриемъ хрящевыя пластинки, толщиною въ нормальный хрящъ; внутренній край ихъ, т. е. обращенный въ сторону выполнившейся полости, ровенъ. Мѣстами передняя стѣнка этой полости представляется въ видѣ тонкой, волнистой полосы, при увеличеніи въ 320 разъ, оказывающейся богатою хрящевыми клѣточными элементами и бѣдною эластическимъ веществомъ. Среди новообразованной ткани, въ самой полости встрѣчаемъ отдѣльные кусочки стараго хряща. Они двухъ родовъ: одни съ рѣзкими, зазубренными контурами, а другіе



неясно контурированы. Внутренний край хряща задней стѣнки полости вообще представляется зазубреннымъ, но мѣстами онъ болѣе ровенъ. Ближе къ слуховому проходу задняя стѣнка полости мѣстами лишена хряща, а образующій ее перихондрій пронизанъ поперечно-идущими сосудами. Здѣсь встрѣчаются фрагменты хряща, отсепарованные отъ перихондрія тонкимъ слоемъ нѣжной, волокнистой, богатой сосудами ткани. Здѣсь видно, что перихондрій, будучи отслоенъ отъ хряща, вовсе не отлагаетъ молодыхъ слоевъ хряща.

Въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ наружнымъ слуховымъ проходомъ хрящевыя пластинки сливаются въ одну, находящуюся въ нормальной связи съ перихондриемъ обѣихъ сторонъ, чѣмъ и образуется медиальная граница полости отѣматомы. Внутри бывшей полости отѣматомы находится новообразованная ткань, весьма богатая бурымъ пигментомъ. Эта ткань, на первый взглядъ, вообще имѣетъ видъ соединительной, различныхъ возрастовъ ткани, богатой тонкостѣнными сосудами.

Что касается пигмента, то онъ располагается здѣсь преимущественно въ видѣ полосъ или кучекъ, состоящихъ изъ аморфныхъ зеренъ; но въ области *antihelicis*, вблизи передней пластинки хряща, имѣется особенное скопленіе пигмента, расположеннаго въ формѣ вѣтвящихся полосъ, каковая картина напоминаетъ затромбозированные тонкіе сосуды. Сама ткань имѣетъ здѣсь видъ пучковъ болѣе взрослой соединительной ткани.

Въ области *conchae* новообразованная ткань инфильтрирована большимъ количествомъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, почти сохранившихъ свою форму, — слѣдовательно, здѣсь имѣется фокусъ свѣжаго кровоизліянія.

Хрящъ представляется въ нѣкоторыхъ пунктахъ ясно трехслойнымъ; мѣстами эластическая сѣть весьма скудна; мѣстами-же видно вращаніе тонкихъ сосудовъ въ вещество хряща, который вокругъ сосудовъ имѣетъ неясные контуры, переходя въ нѣжно-волокнистую ткань. На всѣхъ срѣзахъ сосуды всего препарата представляются совершенно безкровными.

*Лѣвая отѣматома.* Начиная отъ вершины *antihelicis*, передній перихондрій отслоенъ отъ хряща на ограниченномъ протяженіи въ направленіи къ *fossa conchae*, и является въ



видъ мутной полосы, змѣевидно извивающейся. Между нимъ и хрящомъ имѣется узкое клиновидное пространство, содержащее нѣжную соединительную ткань, богатую пигментомъ. Свободный край хряща, оставшагося въ соединеніи съ заднимъ перихондриемъ, ровень. На границѣ *antihelicis* и *conchae* встрѣчаемъ уже въ соединеніи съ переднимъ перихондриемъ пластинку хряща, въ которой рѣзко выражена трехслойность. Боковые края этой пластинки имѣютъ видъ излома, тогда-какъ свободный край представляется ровнымъ. На задней сторонѣ, соотвѣтственно съ этимъ мѣстомъ имѣемъ мутный, неясно контурированный перихондрий съ тонкимъ слоемъ хряща. На дальнѣйшемъ протяженіи хрящъ вплоть до своего края, прилежащаго къ хрящу слуховаго прохода, представляется расщепленнымъ на двѣ пластинки: весьма тонкую, — переднюю и болѣе толстую, — заднюю. Около слуховаго прохода многообразно расщепленный хрящъ представляется весьма утолщеннымъ. Края отдѣльныхъ фрагментовъ постепенно переходятъ въ окружающую новообразованную ткань, не имѣя рѣзкихъ контуровъ; мѣстами-же они имѣютъ видъ излома. Какъ при окраскѣ гематоксилиномъ, такъ и при квасцовомъ карминѣ получаютъ въ хрящѣ извивающіяся, интенсивно окрашенные полосы; эту-же интенсивную окраску имѣютъ и края нѣкоторыхъ трещинъ внутри хряща. Полосы эти не имѣютъ рѣзкихъ контуровъ, а при увеличеніи въ 320 р. видно, что эта окраска принадлежитъ какъ клѣткамъ, такъ и промежуточному веществу. Между пластинками хряща, т. е. въ полости отѣматомы, содержится соединительная ткань различныхъ возрастовъ, богатая сосудами и бурымъ пигментомъ. Пигментъ особенно обилень у медіальнаго края *conchae* и расположенъ здѣсь полосами.

Среди выполняющей полость ткани имѣется узелъ, подвергнувшійся омѣлѣнію.

Всѣ сосуды уха безкровны, а между тѣмъ среди волокнистой новообразованной ткани встрѣчаемъ широкія пространства, ограниченныя пучками соединительной ткани и наполненныя красными кровяными шариками, сохранившими свою форму. На это явленіе указалъ мнѣ Проф. И. П. Мержеевскій, разсматривая мои препараты. Сосуды въ этой области, не смотря на тонкость своихъ стѣнокъ, представляются весьма широкими и синузными.

На вертикальномъ срѣзѣ этого уха, проходящемъ чрезъ



lobulus, мы видимъ небольшіе придаточные хрящи, имѣющіе собственный перихондрій; они отличаются тѣми-же свойствами, какъ и фрагменты главнаго хряща.

Въ остальномъ этотъ препаратъ содержится такъ-же, какъ и на правомъ ухѣ.

*Случай № 3. Отэматома лѣваго уха.* При разрѣзѣ лѣваго уха Л. оказалось, что въ верхней половинѣ своей оно заключало въ себѣ ткань, макроскопически схожую съ губчатою костью, однако ноздри, образованныя тонкими нитями, не заключали въ себѣ никакой ткани, равно и жидкости. Эта костевидная ткань выросла между пластинъ хряща. Книзу она, суживаясь, доходила до середины области conchae, такъ-что при горизонтальныхъ срѣзахъ въ этой области попадала въ срѣзъ и она.

Послѣ обработки кислотами, изъ верхней половины уха были сдѣланы вертикальные срѣзы, на которыхъ наблюдаемъ слѣдующее.

Хрящъ многообразно расщепленъ на пластины, образуя стѣнки полости, выстланныя тканью, схожею то со слизистою соединительною, то съ волокнистою. Отъ одной стѣнки къ другой переходятъ спирально извивающіеся пучки, блестящіе, мѣстами имѣющіе видъ однородныхъ лентъ. Вся новообразованная ткань усѣяна бурымъ пигментомъ, то разсѣяннымъ, то собраннымъ въ кучки и полосы. Самъ хрящъ неоднороденъ, неправильно-слоистъ; на препаратѣ, окрашенномъ индиго-карминомъ, эластическая стѣтъ имѣетъ не одинаковую окраску: болѣе грубая окрашена въ зеленый цвѣтъ, а болѣе нѣжная, располагающаяся главнымъ образомъ по периферіи, — въ синій. Части синія болѣе богаты клѣтками, тогда-какъ въ зеленыхъ много пустыхъ клѣточныхъ вмѣстислицъ. Окружающая клѣтчатка богата разсѣяннымъ пигментомъ, въ особенности на передней поверхности, гдѣ въ непосредственной близости къ хрящу имѣется и ограниченное скопленіе измѣнившихъ свою форму красныхъ кровяныхъ шариковъ. Подкожная клѣтчатка представляется утолщенною.

На горизонтальныхъ срѣзахъ, взятыхъ изъ области fossae conchae представляются слѣдующія отношенія. Начиная отъ fossa navicularis, перихондрій представляется отслоеннымъ вмѣстѣ съ очень тонкимъ слоемъ хряща и образуетъ на препаратѣ волнистую, матово-блестящую полосу. Въ области



перехода *antihelicis* въ *concha* въ хрящѣ находимъ гнѣздо, выполненное мутной гомогенной массой. Тамъ и сямъ, среди этой массы, видна неясная волокнистость въ видѣ цуговъ. Въ промежуткахъ, образованныхъ ими, наблюдаются группы тѣсно-скупенныхъ клѣтокъ. Мѣстами контуры этихъ клѣтокъ очень неясны, а мѣстами они слились, образовавъ колбовидныя фигуры, о происхожденіи которыхъ можно догадаться по присутствію одной или нѣсколькихъ, сохранившихся еще, клѣтокъ. Во всемъ этомъ гнѣздѣ не видно ни одного сосуда.

Тамъ и сямъ съ переднимъ перихондриемъ находятся въ соединеніи отдѣльные, болѣе толстые фрагменты хряща. Вблизи слуховаго прохода перихондрій вновь соединяется съ хрящомъ, представляющимъ уже въ видѣ одиночной пластинки, утолщенной, имѣющей весьма скудную эластическую сѣть. Разсматривая края хрящевыхъ пластинокъ, мы изрѣдка встрѣчаемъ ихъ рѣзко контурированными, зазубренными; въ большинствѣ же случаевъ контуры сглажены, не имѣютъ вида излома.

Хрящъ, оставшійся въ соединеніи съ заднимъ перихондриемъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ представляетъ нарушеніе цѣлости въ поперечномъ направленіи. Во многихъ мѣстахъ видны среди срѣза хряща сосуды, снабженные нѣжною волокнистою тканью.

Полость, образованная расщепленіемъ хряща, т. е. полость отѣматомы, выполнена богатою пигментомъ и сосудами, новообразованною, неясно-волокнистою тканью, которая по краямъ хряща располагается въ видѣ правильныхъ полосъ и снабжена хрящевыми клѣтками, а въ отдаленіи отъ него имѣетъ видъ сѣти. Эта ткань въ латеральной сторонѣ полости имѣетъ видъ болѣе взрослой ткани, чѣмъ въ медіальной. Сосуды въ новообразованной ткани, равно какъ и всѣ другіе, — пусты. Пигментъ расположенъ преимущественно въ видѣ полосъ, но также и разсѣянно.

Въ центральной части препарата, среди новообразованной ткани видны ничѣмъ невыполненные промежутки, стѣнки которыхъ были инфильтрированы зернышками извести; чѣмъ выше былъ сдѣланъ срѣзъ, тѣмъ обширнѣе эти пустоты.

Кромѣ этихъ промежутковъ, имѣются и такіе, стѣнки которыхъ не подверглись омѣлѣнію и представляются въ видѣ волокнистыхъ пучковъ; иногда можно замѣтить, что



снутри полости эта волокнистая ткань покрыта еще пленкой, повидимому, безструктурной, но богатой овальными ядрами. На срѣзахъ, сдѣланныхъ болѣе книзу, встрѣчаемъ въ центрѣ-же препарата болѣе рыхлую ткань, густо инфильтрированную красными кровяными шариками, до нѣкоторой степени измѣнившими свой видъ и слабо окрашивающимися индиго-карминомъ.

Въ мягкихъ частяхъ этого уха наблюдаются слѣдующія измѣненія.

Встрѣчаются такія мѣста, гдѣ нѣтъ никакой возможности дифференцировать перихондрій, какъ самостоятельное образование: съ одной стороны онъ сливается съ хрящомъ, съ другой — все это образование, въ видѣ неясно-волокнистаго хряща, постепенно переходитъ въ неправильно расположенные пучки подкожной клѣтчатки. Такимъ образомъ получается впечатлѣніе, что не только перихондрій, но и часть клѣтчатки охрящевѣли.

Подкожная клѣтчатка какъ на передней, такъ и на задней поверхности содержитъ разсѣянный бурый пигментъ; причемъ на задней поверхности онъ находится въ большемъ количествѣ въ медіальной части срѣза, на передней-же болѣе въ латеральной. Въ этихъ мѣстахъ ткань подкожной клѣтчатки представляется болѣе нѣжною.

*Случай № 1. Отэматома лѣваго уха.* Клиновидный кусокъ, вырѣзанный изъ лѣваго уха Г., имѣлъ весьма своеобразный видъ. На горизонтальныхъ поверхностяхъ срѣза хрящъ представлялся въ видѣ двухъ неправильныхъ пластинокъ, сходящихся подъ острымъ угломъ въ области *helicis*; на поверхности вертикальнаго разрѣза эти пластинки были почти параллельны, а въ нижней части куска между ними замѣчалась еще промежуточная пластинка, идущая поперечно сзади напередъ. Заключенная между пластинками хряща ткань уже на свѣжѣмъ кускѣ имѣла хрящевой видъ и консистенцію. Весьма любопытно, что на всѣхъ предъидущихъ препаратахъ эта ткань въ свѣжѣмъ состояніи имѣла грубо-волокнистый видъ, а, по уплотненіи препаратовъ, она и тамъ получила хрящевой видъ и консистенцію. Подкожная жировая клѣтчатка задней поверхности утолщалась по мѣрѣ приближенія къ завитку въ такой степени, что образовала какъ-бы жировикъ.



При маломъ увеличеніи вертикальный срѣзь этого препарата представляетъ слѣдующія отношенія. Подкожная жировая клѣтчатка представляетъ весьма неправильное строеніе, а пучки мышечныхъ волоконъ раздвинуты разросшеюся между ними соединительною тканью. Многія волокнистыя петли имѣютъ нѣжный видъ, а жировыя дольки сильно развиты, особенно сзади; жиръ представляется бѣлымъ. Тамъ и сямъ видны кучки бураго аморфнаго пигмента. Въ просвѣтахъ сосудовъ—скупенные красные кровяные шарики.

Задній край хрящеваго срѣза представляется неровнымъ, какъ-бы изъѣденнымъ; перихондрія, какъ обособленнаго образованія, здѣсь различить нельзя, а хрящъ постепенно переходитъ въ безпорядочно расположенные пучки соединительной ткани. Вещество этой хрящевой пластинки мѣстами только въ центральномъ слоѣ имѣетъ ясно-эластическій характеръ, по периферіи-же окрашивается нейтральнымъ карминомъ въ красный цвѣтъ.

Идя далѣе кпереди, встрѣчаемъ новообразованную ткань, выполнившую полость отѣматомы. Эта ткань составлена изъ тѣсно-лежащихъ толстыхъ пучковъ, имѣющихъ неясно-волокнистый характеръ и сливающиміся контуры. Она богата сосудами въ меньшей степени, чѣмъ это наблюдалось въ выше-описанныхъ случаяхъ, и сосуды эти большею частию узки. Просвѣты сосудовъ выполнены красными кровяными шариками, а вещество ткани менѣе, чѣмъ въ предшествующихъ случаяхъ, богато пигментомъ, который весьма теменъ и мѣстами расположенъ въ видѣ полосъ. Всѣ сосуды толстостѣнны. Въ полѣ зрѣнія видны косвенные и поперечные срѣзы концентрически наложенныхъ пучковъ, видимо, происшедшихъ отъ зарощенія сосудовъ.

Клѣточные элементы этой области весьма напоминаютъ вытянутые хрящевые элементы. Въ непосредственной близости къ хрящу эта ткань постепенно принимаетъ все болѣе и болѣе гіалиновый видъ. Идя далѣе кпереди, находимъ узкую полосу отслоившагося хряща, находящуюся въ связи съ переднимъ перихондриемъ, весьма богатую клѣточными элементами, интенсивно окрашивающимися карминомъ.

Въ подкожной жировой клѣтчаткѣ передней поверхности также встрѣчаемъ незначительное количество темнаго пигмента и незначительную гиперплазію жировой ткани.



На такомъ-же срѣзѣ, сдѣланномъ ближе къ медіальному концу куска, среди новообразованной ткани мы встрѣчаемъ изолированный хрящевой фрагментъ, въ окружности котораго новообразованная ткань имѣетъ болѣе развитой хрящевой характеръ, подобно тому, какъ и по краямъ периферически расположенныхъ главныхъ пластинокъ хряща.

Должно замѣтить, что старый хрящъ отличается здѣсь значительною толщиною; въ немъ имѣются различной величины и формы трещины, вполне зажившія, выполненныя сформированнымъ сѣтчатымъ хрящомъ, рѣзко отличающимся отъ стараго хряща блескомъ своихъ волоконъ. На горизонтальномъ срѣзѣ отъ того-же препарата мы находимъ сосуды перерѣзанными болѣе въ продольномъ направленіи.

---

Сопоставляя вышеописанныя картины, мы видимъ, что всѣ случаи изученныхъ нами отѣматовъ въ патолого-анатомическомъ отношеніи представляются въ общихъ чертахъ идентичными. Не подлежитъ ни малѣйшему сомнѣнію, что главный фокусъ кровоизліянія заключается внутри самого вещества ушнаго хряща; несомнѣнно также, что источникомъ кровоизліянія служили не сосуды перихондрія, какъ это думали всѣ изслѣдователи, за исключеніемъ L. Meyer'a, а изъ новообразованныхъ сосудовъ, проросшихъ со стороны перихондрія въ вещество хряща. Непреложенъ и тотъ фактъ, что самъ хрящъ потерпѣлъ существенныя измѣненія. Что послѣднее обстоятельство имѣло мѣсто не только въ теченіе процесса заживленія отѣматомы, а и до ея образованія, о томъ убѣдительно свидѣтельствуетъ патологическая анатомія двухъ трещинъ ушей Т. (случай № 4).

Въ самомъ дѣлѣ, эти трещины, въ особенности правая, представляли не что иное, какъ недіагносцированныя при жизни, не успѣвшія наполниться, совершенно свѣжія отѣматомы; а въ нихъ, именно, мы нашли сосуды въ хрящѣ и слоистость его въ наиболѣе выраженной степени. Кромѣ того, необходимо заключить, что трещины существовали, хотя отчасти, до момента кровоизліянія: новообразованная волокнистая ткань на ихъ стѣнкахъ не инфильтрирована кровяными шариками или пигментомъ, какъ то мы видимъ всюду, гдѣ эта ткань образовалась въ фокусѣ бывшаго кровоизліянія. Заслуживаютъ



вниманія ясные признаки гиперплазіи мягкихъ частей уха, а также присутствіе въ нихъ пигмента. И то, и другое встрѣчаемъ не въ одинаковой степени развитія въ различныхъ случаяхъ и даже въ различныхъ частяхъ одного и того-же уха. Собственно, относительно пигмента въ подкожной клѣтчаткѣ, Проф. О. Н. Заварыкинъ въ цитированной нами работѣ замѣтилъ, что пигментъ можетъ попасть туда вторичнымъ путемъ, благодаря процессу всасыванія излившейся крови. Въ тѣхъ-же случаяхъ, гдѣ мы видимъ болѣе значительное скопленіе его въ видѣ фокусовъ, тамъ, очевидно, имѣло мѣсто кровоизліяніе, которое къ тому-же было мѣстами констатировано нами въ свѣжемъ видѣ. Эти небольшіе кровоподтеки произошли, вѣроятно, также отъ разрыва молодыхъ сосудовъ. Такое явленіе могло произойти одновременно съ кровоизліяніемъ въ хрящъ и отъ тѣхъ-же самыхъ случайныхъ причинъ. Кромѣ того, разсѣянный пигментъ и одиночные красные шарики въ этихъ тканяхъ могутъ появиться, какъ результатъ выходенія шариковъ *per diapedesin*.

Границами полости отѣматомы, вообще говоря, служить перихондрій, представляющійся почти замкнутымъ мѣшкомъ, выстланнымъ изнутри пластинками хряща различной толщины; однако на задней стѣнкѣ хрящъ обыкновенно толще, чѣмъ на передней. Лишь на ограниченномъ протяженіи перихондрій встрѣчается отдѣленнымъ отъ хряща.

Всѣ эти патолого-анатомическіе факты вполне разъясняютъ многія странности въ клиническомъ видѣ и теченіи занимающей насъ опухоли.

Намъ понятно теперь, почему въ однихъ случаяхъ опухоль воспалена и болѣзненна, въ другихъ-же имѣетъ почти нормальный цвѣтъ крововъ и безболѣзненна: въ послѣднихъ случаяхъ фокусъ кровоизліянія, очевидно, ограничивался хрящомъ, не занимая окружающихъ мягкихъ частей. Становится понятно и роль давленія самой изливающейся крови въ увеличеніи опухоли по плоскости: ясно, что накапливающаяся въ трещинѣ между пластинками хряща кровь способна вызывать дальнѣйшія разъединенія неоднородныхъ пластовъ хряща и разрывать нѣжную новообразованную ткань, если трещины находились уже въ процессѣ заживленія. Слабость сердечной дѣятельности, какъ въ нашихъ случаяхъ №№ 4 и 5, и незначительный калибръ молодыхъ сосудовъ



могутъ, слѣдовательно, имѣть вліяніе на размѣры и видъ опухоли.

Въ процессѣ заживленія отѣматомы есть два существенныхъ момента: всасываніе излившагося экстравазата и выполнение образовавшейся полости новообразованной тканью. Такъ-какъ сама полость возникла путемъ нарушенія цѣлости ушнаго хряща, то послѣдній процессъ не лишенъ значенія для вопроса о регенераціи сѣтчатого хряща.

Изучая на вышеописанныхъ препаратахъ морфологию содержаемаго различныхъ промежутковъ въ хрящѣ, возникшихъ путемъ его разъединенія, и, слѣдовательно, различные отдѣлы самой полости кровоизліянія, мы встрѣчаемъ различныя картины, которыя опишемъ, постепенно восходя отъ наименѣе сложныхъ до почти вполне сформировавшагося молодого сѣтчатого хряща.

Прежде всего встрѣчаемъ безструктурное, гомогенное вещество, хорошо окрашивающееся нейтральнымъ карминомъ. Среди гомогенной массы можно видѣть, однако, болѣе интенсивно окрашенные цуги, неимѣющіе опредѣленныхъ контуровъ. Эта картина даетъ впечатлѣніе густой, свернувшейся жидкости; слѣдуя принятой въ нашей клиникѣ терминологіи, мы называемъ это вещество плазматическимъ эксудатомъ.

Въ другихъ пунктахъ эта картина осложняется тѣмъ, что на хрящевыхъ стѣнкахъ трещины, равно какъ и по направленію вышеупомянутыхъ цуговъ, замѣчаются форменные элементы, постепенно принимающіе видъ биполярныхъ клѣтокъ. Какъ ни мало пригодны мои препараты для изученія процесса непрямаго дѣленія, все-же мнѣ удавалось изрѣдка констатировать признаки его, именно стадій клубка, въ ядрахъ этихъ элементовъ. Молодыя клѣтки проникаютъ и въ ткань самой хрящевой стѣнки, гдѣ видны или въ клѣточныхъ вмѣстилищахъ рядомъ съ отжившими клѣтками, или среди эластической сѣти. Нѣкоторыя изъ числа молодыхъ клѣтокъ принимаютъ многоотростчатый, звѣздчатый видъ.

Затѣмъ въ полѣ зрѣнія мы видимъ сосуды, стѣнки которыхъ состоятъ изъ одного только слоя клѣтокъ. Дальнѣйшая по сложности картина уже имѣетъ видъ слизистой соединительной ткани.

Эта послѣдняя представляетъ здѣсь весьма любопытныя



отношенія. Она богата крупными клѣтками съ большимъ ядромъ и нѣсколькими протоплазматическими отростками. Нѣкоторые изъ отростковъ этихъ клѣтокъ сливаются съ отростками другихъ такихъ-же элементовъ; иные-же отростки на периферическомъ концѣ своемъ распадаются на множество тонкихъ волоконцевъ, образуя какъ-бы кисточку. Тогда-какъ на однихъ препаратахъ клѣтки и соединяющіе ихъ отростки представляются окрашенными карминомъ, на другихъ — окрашеннымъ является лишь ядро и прилегающій къ нему слой протоплазмы; периферическая-же часть клѣтки и отростки ея оказываются неокрашенными и представляются въ видѣ какихъ-то безструктурныхъ пленокъ.

Приватъ-доцентъ А. Ф. Эрлицкій, разсматривая эти препараты, высказалъ предположеніе, что здѣсь дѣло идетъ о сформированіи соковыхъ каналцевъ. И дѣйствительно, эти картины весьма напоминаютъ соковые каналцы въ хрящахъ низшихъ животныхъ, описанные Нусамр'омъ, а гипотеза кажется тѣмъ болѣе вѣроятною, что среди этихъ клѣтокъ встрѣчаются и такія, окрашенная часть которыхъ представляется въ видѣ безформеннаго ничтожнаго комочка, между тѣмъ какъ форма всего образованія сохраняется.

Кромѣ этихъ клѣтокъ, мы видимъ здѣсь безструктурное, мутное основное вещество, неокрашивающееся, форменные элементы, — въ видѣ блуждающихъ клѣтокъ соединительной ткани, и вытянутыя двуполярныя клѣтки, постепенно принимающія видъ волокна; сверхъ того, имѣется различное на разныхъ срѣзахъ количество волоконъ и пучковъ соединительной ткани. Нѣкоторые сосуды имѣютъ здѣсь уже болѣе сложное строеніе.

На смѣну этой картины является плотная волокнистая соединительная ткань, отличающаяся тѣмъ, что контуры отдѣльныхъ волоконцевъ и пучковъ ихъ неясно различимы, вслѣдствіе присутствія основнаго, малопрозрачнаго, гомогеннаго вещества. Въ эту ткань заложены клѣтки, подобныя хрящевымъ, и кровеносные сосуды, мѣстами представляющіеся въ видѣ широкихъ вѣтвящихся синуозныхъ пространствъ.

Чѣмъ ближе находится эта ткань къ краямъ пластинокъ или изолированныхъ кусочковъ стараго хряща, тѣмъ менѣе въ ней сосудовъ, тѣмъ они уже и, наконецъ, совсѣмъ отсутствуютъ, а новообразованная ткань принимаетъ видъ гіалиноваго хряща. На срѣзахъ отѣматомы случая № 1, наиболѣе



взрослой изъ всѣхъ нами изученныхъ, мы встрѣчаемъ уже ново-образованную эластическую хрящевую ткань. Эластическое вещество въ такомъ хрящѣ заложено среди гіалинового основнаго вещества.

Слѣдуетъ замѣтить, что въ теченіе этого процесса регенераціи сѣтчататаго хряща уха паралитиковъ каждый стадій въ развитіи ткани можетъ фиксироваться, благодаря отложенію извести, циркулирующей, повидимому, въ значительномъ количествѣ въ организмѣ паралитика. Такимъ образомъ возникаетъ условіе и для образованія истинной костной ткани изъ омѣлѣвшаго хрящеваго зачатка, въ случаѣ востанія въ него кровеносныхъ сосудовъ. Небольшой участокъ такой ткани, мы, дѣйствительно, встрѣтили въ области *antiheliciis* въ препаратѣ отъ № 1.

Что касается излившейся крови, то свертки ея, повидимому, благопріятствуютъ процессу заживленія. Въ нашихъ случаяхъ этотъ процессъ наиболѣе подвинулся впередъ какъ разъ въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ наблюдатели чаще всего находили сгустки крови, т. е. въ нижнихъ и углубленныхъ частяхъ раковины. Это обстоятельство зависитъ, по нашему мнѣнію, отъ наклонности пластическихъ элементовъ распределяться по болѣе плотнымъ средамъ, предпочтительно передъ жидкими.

Въ отношеніи пигмента замѣтимъ, что онъ постепенно уменьшается въ количествѣ, скопляясь въ лимфатическихъ щеляхъ между волокнистыми пучками, и уносится фагоцитами, которые попадаютъ мѣстами въ видѣ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, переполненныхъ пигментными зернышками. Слѣдя за распредѣленіемъ пигмента, мы убѣждаемся, что всасываніе излившагося экстравазата идетъ исключительно по путямъ непосредственнаго сообщенія полости отѣматомы съ мягкими частями уха; на участіе-же въ этомъ процессѣ хряща мы не встрѣтили никакихъ намековъ.

Для контроля нашихъ наблюденій, мы изслѣдовали 10 ушей, неподвергавшихся отѣматомѣ: 4—отъ двухъ крупозныхъ пневмониковъ, 2—отъ старика, хроническаго пневмоника, 2—отъ пожилой женщины, страдавшей общей бугорчаткой, одно ухо—молодаго человѣка, причина смерти котораго намъ неизвѣстна, и клиновидный отрѣзокъ уха отъ прогрессивнаго паралитика.



Замѣчательно, что во всѣхъ этихъ ушахъ, безъ особаго труда, мы нашли описанныя Fischer'омъ, L. Meyer'омъ и Fürstner'омъ полости размягченія; описанная-же L. Meyer'омъ своеобразная энхондрома встрѣтилась изъ этой серіи ушей только въ отрѣзкѣ уха паралитика. Читая сообщенія упомянутыхъ авторовъ, можно придти къ убѣжденію, что едва ли не всѣ уши всѣхъ людей на свѣтѣ поражены патологическимъ процессомъ размягченія. Мы думаемъ, однако, что если-бы изслѣдователи получали свой матеріалъ не отъ безродныхъ лицъ, умершихъ въ больницахъ, а отъ покойниковъ изъ высшихъ и богатыхъ классовъ, то результатъ получился бы противоположный. Въ самомъ дѣлѣ, всѣ эти полости, какъ мы убѣдились на своихъ препаратахъ и какъ о томъ справедливо заявлялъ Gudden, суть механически происшедшіе поверхностные надломы хряща, находящіеся въ различныхъ стадіяхъ заживленія.

Процессъ этотъ и здѣсь идетъ въ направленіи новообразованія эластическаго хряща, съ тѣмъ отличіемъ, что, за исключеніемъ уха паралитика, при малыхъ трещинахъ всѣ отдѣльные стадіи заживленія какъ-бы сливаются, и послѣ стадія плазматическаго эксудата наблюдаемъ почти сформированный гіалиновый хрящъ, лишь неправильная и часто отростчатая форма клѣтокъ котораго намекаетъ на скрытый процессъ. Появленіе эластическихъ волоконъ въ основномъ веществѣ вокругъ клѣтокъ замѣчается тогда, когда послѣднія приняли уже типическій видъ. Такимъ образомъ, гомогенное содержимое полости, которое названными авторами принималось за результатъ процесса размягченія, есть на самомъ дѣлѣ начальный стадій заживленія.

Если трещина болѣе обширна, то въ центральныхъ частяхъ ея полости, удаленныхъ отъ хрящевой стѣнки, процессъ регенерации идетъ медленнѣе, такъ-что наблюдаются описанные нами различные стадіи и даже востановленіе новообразованныхъ сосудовъ.

И въ ухѣ паралитика мы нашли трещину, изломъ хряща, о чемъ свидѣтельствовали края хрящевыхъ стѣнокъ этой полости; но здѣсь мы не усмотрѣли описаннаго, ускореннаго или прямаго новообразованія хряща на поверхности излома: внутри трещины оказалась Schlauchenchondrom L. Meyer'a. Къ ней мы вернемся ниже.

Изслѣдованіями по вопросу о регенерации гіалиновой хря-



щевой ткани послѣ раненій ея занимались экспериментально на реберныхъ хрящахъ русскіе ученые Архангельскій и Бартъ. Результаты ихъ работъ въ существенныхъ чертахъ совпадаютъ съ тѣмъ, что изложили мы относительно регенераціи эластическаго хряща ушной раковины: въ нашемъ наблюдении есть только еще дальнѣйшая ступень,—отложеніе эластическаго вещества въ гиалиновой основѣ.

Для насъ имѣютъ особенное значеніе опыты Барта, который производилъ физиологическія инъекціи мельчайшаго порошка киновари испытываемымъ животнымъ и, спустя нѣкоторое время, находилъ отложеніе киновари въ клѣткахъ исключительно новообразованной ткани; ткань-же стараго хряща была совершенно свободна отъ зеренъ киновари. Изъ этого факта слѣдуетъ заключить, что элементы самого хряща не принимаютъ участія въ дѣлѣ возстановленія его дефектовъ. Если это справедливо для молодыхъ здоровыхъ животныхъ, то нѣтъ основанія думать, что въ ухѣ больного человѣка клѣтки стараго хряща болѣе жизнеспособны, тѣмъ болѣе, что отъ нихъ остаются въ такомъ хрящѣ лишь продукты ихъ перерожденія, какъ это увидимъ мы ниже.

Чтобъ закончить эту часть нашего изслѣдованія, остается объяснить происхожденіе упомянутыхъ нами кистовидныхъ пространствъ, переполненныхъ красными кровяными шариками, въ тѣхъ препаратахъ, въ которыхъ кровеносные сосуды были совершенно пусты. Объясненіе такой находки мы встрѣчаемъ въ изслѣдованіи уважаемаго Проф. И. И. Насилова „Ueber die heterologe Bildung der Cysten“. Изслѣдуя слизистый полипъ уха, онъ констатировалъ частичную облитерацію сосудовъ, что вызывало послѣдовательное расширение центральнаго конца этихъ сосудовъ. Дальнѣйшая облитерація части сосуда, лежащей центральнѣе эктазии, обуславливала полную отшнуровку послѣдней, и такимъ образомъ возникала кровяная киста.

На своихъ препаратахъ, кромѣ такихъ кистъ, мы встрѣтили еще кистовидныя пространства, образованныя незаросшими петлями волокнистыхъ пучковъ съ овальными ядрами, до нѣкоторой степени сходныхъ съ нѣжными пучками соединительной ткани, описанными Axel'emъ Key'emъ и Retzius'омъ. На рисункѣ 1 нашей таблицы въ центрѣ полости отѣматомы видно такое кистовидное образованіе.



Мы видѣли, что изліяніе крови при отѣматомѣ парали-  
тиковъ происходитъ изъ разросшихся въ самомъ хрящѣ сосу-  
довъ отчасти уже въ предуготованную механическимъ рас-  
щепленіемъ хряща полость, отчасти-же сама излившаяся  
кровь производитъ дальнѣйшее расщепленіе хряща и уве-  
личеніе полости до ея конечныхъ предѣловъ. Эти предѣлы  
зависятъ отъ величины и формы главной пластинки хряща  
раковины. Дѣло въ томъ, что во всѣхъ изслѣдованныхъ нами  
ушахъ хрящъ раковины являлся образованіемъ, совершенно  
обособленнымъ отъ хряща наружнаго слуховаго прохода,  
такъ-что горизонтальный срѣзъ, проходящій чрезъ уголь со-  
единенія раковины со слуховымъ проходомъ, обнаруживалъ  
два хряща, имѣющихъ каждый свой собственный перихон-  
дрій и стоящихъ другъ къ другу подъ болѣе или менѣе  
острымъ угломъ. Иногда-же между ними находятся проме-  
жуточные пластинки, одѣтыя собственнымъ перихондриемъ.  
Это анатомическое отношеніе служитъ причиною того, что  
отѣматомъ раковины не распространяется въ наружный слу-  
ховой проходъ и имѣетъ вблизи его лопастной видъ. Хрящъ  
раковины не распространяется также и въ ушную серёжку.  
Анатомическое строеніе завитка, не говоря уже объ извѣ-  
стной вырѣзкѣ хряща въ нижней половинѣ, представляетъ  
различныя варіаціи. Зачастую верхняя часть завитка обра-  
зуется почти всецѣло каждою складкою, въ другихъ слу-  
чаяхъ имѣется ясно-выраженный изгибъ впередъ свободнаго  
края главной хрящевой пластинки, чѣмъ и сформировывается  
завитокъ; встрѣчаются, наконецъ, и такія уши, гдѣ завитокъ  
образуется самостоятельною хрящевою полоскою, лежащею  
внѣ перихондрія главной пластинки. Tragus, повидимому, не  
принадлежитъ хрящу раковины, а составляетъ часть хряща  
слуховаго прохода. Всѣ эти анатомическія отношенія и  
обусловливаютъ типическіе предѣлы отѣматомы, достигшей  
наивысшаго объема.

## V.

Трудность разрѣшенія вопроса объ этиологіи отѣматомы  
весьма существенно зависела отъ полнѣйшаго отсутствія свѣ-  
дѣній о тончайшемъ строеніи составныхъ частей сѣтчатого



хряща и физиологии его: эти свѣдѣнія ограничивались тѣмъ, что сѣтчатый хрящъ уха имѣетъ хрящевыя клѣтки и эластическую сѣть, какъ промежуточное вещество. Не въ особенно лучшихъ условіяхъ въ этомъ отношеніи находимся и мы.

О способѣ питанія этой безсосудистой ткани, впрочемъ, преимущественно гіалинового хряща, существуетъ предположеніе, основанное какъ на прямыхъ наблюденіяхъ, такъ и на болѣе или менѣе остроумныхъ опытахъ, что хрящъ обладаетъ собственными соковыми каналцами, находящимися въ непосредственной связи съ лимфатическими пространствами перихондрія (Budge, Nussamr и др.). Многіе гистологи изучали строеніе и способъ развитія эластическихъ волоконъ, но не пришли къ соглашенію по этимъ вопросамъ. Мало того, — даже существованіе въ сѣтчатомъ хрящѣ капсулы, какъ характерной принадлежности хрящевыхъ клѣтокъ, подвергается сомнѣнію (М. Д. Лавдовскій).

При такихъ условіяхъ понятно, какъ трудно подмѣтить тончайшія патологическія измѣненія хряща. Къ счастью, для нашей спеціальной цѣли достаточно констатировать лишь наличность болѣе грубыхъ измѣненій и опредѣлить ихъ значеніе въ общихъ чертахъ, не вдаваясь въ детали.

Какъ видно изъ описанія нашихъ препаратовъ, при отѣматомѣ встрѣчаются хрящевыя пластинки, въ которыхъ центральный слой рѣзко отличается отъ периферическихъ. Само собою разумѣется, что рѣчь идетъ не о нормальной морфологической особенности прилегающихъ къ перихондрію поверхностей хряща, о чемъ Ranvier говоритъ: „На границѣ хряща капсулы вытянуты и кажутся веретенообразными... Въ сѣтчатомъ хрящѣ эластическія волокна, содержащіеся между капсулами, входятъ изъ хряща въ перихондрій и даже продолжаютъ въ сосѣдней соединительной ткани“. (Traité technique etc. p. 243). На описываемыхъ нами препаратахъ эта правильность текстурныхъ отношеній отсутствуетъ: клѣтки периферическихъ слоевъ не располагаются параллельными рядами, относительная толщина слоевъ въ различныхъ мѣстахъ различна, такъ-что пограничная линія представляется кривой.

Сравнивая слои на тѣхъ срѣзахъ, гдѣ слоистость наиболѣе выражена, мы замѣчаемъ, что эластическія волокна центрального слоя, особенно на препаратахъ уплотненныхъ въ двухромовокисломъ кали и окрашенныхъ нейтральнымъ карминомъ, пред-



ставляются менѣе блестящими, болѣе желтыми и толстыми, чѣмъ волокна слоевъ периферическихъ. На препаратахъ, окрашенныхъ индиго-карминомъ, волокна центрального слоя оказываются окрашенными болѣе интенсивно, иногда съ зеленымъ оттѣнкомъ, тогда-какъ периферическія окрашиваются слабѣе и зеленого оттѣнка не имѣютъ.

Обработывая срѣзь такого хряща осміевою кислотой, находимъ, что большинство клѣточныхъ вмѣстителей центрального слоя содержитъ жировыя капли, или кучки жировыхъ зеренъ. Содержимое клѣточныхъ вмѣстителей периферическихъ слоевъ оказывается неокрашеннымъ. При окраскѣ карминомъ и гематоксилиномъ, или квасцовымъ карминомъ и индиго-карминомъ, получаемъ обратное отношеніе: большинство клѣточныхъ вмѣстителей центрального слоя заключаетъ въ себѣ лишь небольшіе комочки окрашеннаго вещества, какъ *residua* клѣтокъ; другія вмѣстители содержатъ неокрашенные комочки или-же оказываются, повидимому, пустыми. Въ слояхъ периферическихъ содержатся клѣтки, окрашивающіяся въ красноватый или красновато-фіолетовый цвѣтъ съ интенсивно окрашеннымъ ядромъ. Кромѣ того, среди клѣточныхъ элементовъ усматриваются клѣтки, сходныя съ лейкоцитами; часто также можно встрѣтить въ одномъ вмѣстителѣ рядомъ съ остатками переродившейся клѣтки другую клѣтку, имѣющую видъ протоплазматическаго элемента.

Сверхъ упомянутыхъ элементовъ встрѣчаемъ какъ въ периферическихъ слояхъ, такъ и въ центральномъ, клѣточные вмѣстители, содержимое которыхъ представляется въ видѣ пузыря, наполненнаго какою-то однородною, прозрачною жидкостью, которая въ препаратахъ спиртовыхъ въ высшей степени сильно окрашивается гематоксилиномъ въ темный сине-фіолетовый цвѣтъ, а квасцовымъ карминомъ—въ красно-фіолетовый. Внутри этихъ пузырчатыхъ образований находятся иногда совершенно неокрашенные, неправильныя, матово-блестящія глыбки, которыя въ другихъ мѣстахъ оказываются окрашенными въ красно-фіолетовый цвѣтъ.

Такимъ образомъ, центральный слой принадлежитъ, очевидно, старому хрящу, а периферическіе—молодые. Слѣдуетъ замѣтить, что отдѣльные слои хряща отнюдь не имѣютъ рѣзкихъ границъ, но центральный слой переходитъ въ периферическіе съ нѣкоторою постепенностью, что въ особенности ясно, если смотрѣть препаратъ при большомъ увеличеніи.



Кромѣ описаннаго измѣненія, должно отмѣтить присутствіе такихъ участковъ стараго хряща, которые отличаются главнымъ образомъ скудостью эластическаго вещества. Петли, образуемая болѣе толстыми перекладинами вокругъ отдѣльныхъ клѣточныхъ вмѣстилищъ или группъ ихъ, не составляютъ непрерывной сѣти, какъ въ соответственныхъ участкахъ хряща изъ ушей непаралитиковъ, но раздѣляются другъ отъ друга или нѣжной сѣтью, или-же гомогеннымъ веществомъ. Въ болѣе чистомъ видѣ мы наблюдаемъ это явленіе на препаратахъ отъ уха паралитика, неимѣвшаго отѣматомы.

На иныхъ срѣзахъ изъ отѣматомъ такое исчезновеніе вещества хряща выражено болѣе на ограниченныхъ пространствахъ, имѣетъ гнѣздный характеръ и представляется то въ видѣ мутной гомогенной полосы, то почти правильнымъ кругомъ: получается впечатлѣніе вѣтвящагося канала, попадающаго въ разрѣзъ то продольно, то поперечно. Наконецъ встрѣчаемъ такіе-же участки, но заключающіе въ себѣ не гомогенное вещество, а нѣжную волокнистую ткань и разрѣзы кровеносныхъ сосудовъ.

Части хряща, окружающія вросшій въ него сосудъ, иногда имѣютъ видъ периферическихъ слоевъ. L. Meyer, какъ выше сказано, описалъ разрощеніе кровеносныхъ капилляровъ внутри хряща, преимущественно вблизи слуховаго прохода, какъ нормальное явленіе. Gudden опровергъ его и даже намекнулъ на недобросовѣстность его описанія. Между тѣмъ, изъ сравнительно небольшого количества изслѣдованныхъ нами ушей, мы нашли въ двухъ случаяхъ упомянутыя разрощенія сосудовъ въ хрящѣ, незанятомъ отѣматомой: оба случая принадлежали прогрессивнымъ паралитикамъ. Свободный край главной хрящевой пластинки раковины вблизи слуховаго прохода представлялся на срѣзѣ грушевидно утолщеннымъ, содержащимъ внутри себя различной величины, нерѣзко очерченныя гнѣзда съ тонкостѣнными сосудами, въ различныхъ направленіяхъ перерѣзанными и окруженными скуднымъ количествомъ нѣжно-волокнистой соединительной ткани. Едва-ли необходимо приводить какія-бы то ни было доказательства той истины, что разрощеніе сосудовъ въ ушномъ хрящѣ есть явленіе исключительно патологическое. Наши препараты, сверхъ того, самымъ нагляднымъ образомъ свидѣтельствуютъ о томъ, что эти сосуды получаютъ свое начало изъ сосудовъ перихондрія. Самъ хрящъ въ



такихъ мѣстахъ имѣеть иногда большое количество сравнительно малыхъ хрящевыхъ клѣтокъ и представляется почти гиалиновымъ: такъ мало видно въ немъ эластическихъ волоконъ, особенно при небольшомъ увеличеніи. Нашъ рис. 2 изображаетъ срѣзъ изъ праваго уха случ. № 3. Другой такой-же препаратъ полученъ отъ № 4.

Нѣкоторые авторы упоминали объ отложеніи молодаго хряща со стороны перихондрія на поверхность стараго и говорили объ утолщеніи хряща, благодаря такому отложенію. Мы, дѣйствительно, наблюдали на своихъ препаратахъ мѣстныя утолщенія хряща, но эти пункты вовсе не представляли картины отложенія новыхъ слоевъ хряща перихондриемъ: здѣсь самъ утолщенный перихондрій обращался въ волокнистый хрящъ. Не могли мы убѣдиться въ отложеніи хряща и со стороны отслоеннаго при отѣматомѣ перихондрія. Тѣмъ не менѣе возможенъ вопросъ, не является-ли результатомъ такого отложенія вышеописанная нами слоистость хряща?— Для разрѣшенія этого вопроса я прибѣгнулъ къ прямому микрометрическому измѣренію различныхъ срѣзовъ хряща при маломъ увеличеніи. При этомъ оказалось, что чѣмъ толще слои периферическіе, тѣмъ тоньше слой центральный, такъ что въ иныхъ мѣстахъ онъ представляется въ видѣ очень тонкой ломаной полоски и, наконецъ, совсѣмъ исчезаетъ; на большинствѣ срѣзовъ передній периферическій слой былъ толще задняго; встрѣчались неслоистые старые хрящи болѣе толстые, чѣмъ слоистые изъ соотвѣствующихъ мѣстъ уха другаго индивидуума; однако, принявъ во вниманіе индивидуальныя колебанія въ толщинѣ хряща въ различныхъ ушахъ, должно признать нѣкоторое утолщеніе хряща при образованіи въ немъ этой слоистости. Тѣмъ не менѣе несомнѣнно, что периферическіе слои утолщаются существеннымъ образомъ на счетъ, такъ сказать, вытѣсненія центральнаго.

На основаніи вышеизложеннаго мы заключаемъ, что старый ушной хрящъ у паралитиковъ, по крайней мѣрѣ—нѣкоторыхъ, всасывается, замѣщаясь новообразованнымъ, но не путемъ отложенія со стороны перихондрія, а благодаря видренію пластическихъ элементовъ въ вещество стараго хряща. Изъ этого вытекаетъ, между прочимъ, что для ушнаго хряща не перихондрій есть *matrix*, но сама хрящевая среда.

Въ тѣхъ областяхъ уха, гдѣ мы видимъ процессъ замѣ-



щенія хряща, мы констатируемъ и въ мягкихъ частяхъ явленія, напоминающія продуктивное воспаление. Между тѣмъ въ случаѣ № 4, гдѣ оставалась незанятою fossa innominata, хрящъ этой области не представляетъ ни оскудѣнія эластической сѣти, ни патологической слоистости; вмѣстѣ съ тѣмъ и воспалительныя явленія въ окружающей соединительной ткани нерѣзко выражены. Однако, хрящъ здѣсь отличался обиліемъ переродившихся клѣтокъ, окрашивавшихся осміевою кислотой почти въ черный цвѣтъ, и недостаточнымъ блескомъ эластическихъ волоконъ,—словомъ, походилъ на центральный слой другихъ частей хряща этого уха.

Такія особенности этого препарата вынуждаютъ насъ признать, что описанные процессы всасыванія стараго хряща и замѣщенія его новымъ обусловлены въ значительной степени воспаленіемъ окружающей соединительной ткани, главнымъ образомъ перихондрія; маложизненный-же видъ стараго хряща, очевидно, отъ такого обстоятельства независимъ и представляется первичнымъ явленіемъ.

Такимъ образомъ, ушной хрящъ упомянутыхъ паралитиковъ въ извѣстный періодъ ихъ болѣзни оказывается отжившимъ *in toto*; а фактъ востанія въ него сосудовъ путемъ органическимъ, внѣ мѣстъ механическаго нарушенія его цѣлости, въ свою очередь свидѣтельствуетъ, что онъ содержится въ ухѣ, въ нѣкоторомъ смыслѣ, какъ секвестръ. Всѣ эти явленія я ставлю въ рядъ съ процессами въ костяхъ паралитиковъ, похожими на остеомалацию, что недавно подтверждено для реберныхъ костей М. В. Константиновскимъ, работавшимъ подъ руководствомъ уважаемаго Проф. Н. П. Ивановскаго. И тамъ, мнѣ кажется, первичнымъ явленіемъ должно считать отживаніе костной ткани, которое вызвало послѣдовательную резорбцію ея. Благодаря иной структурѣ и физиологій костной ткани, тамъ это явленіе получаетъ иное, чѣмъ въ хрящѣ, морфологическое выраженіе.

Отжившій хрящъ, при оперативномъ вскрытіи отѣматомы безъ надлежащихъ предосторожностей, и служить, вѣроятно, причиной тѣхъ длительныхъ фистулъ, о которыхъ упоминаютъ нѣкоторые авторы, такъ-какъ онъ, вѣроятно, представляетъ удобное поле для размноженія микроорганизмовъ.

Если мы примемъ во вниманіе, что при уменьшеніи поверхности уха вслѣдствіе сморщиванія отѣматомы, кожа въ



свою очередь должна сократиться, то значительную долю того утолщенія частей кожи, которое мы констатируемъ на своихъ препаратахъ, и образованіе складокъ приходится отнести на счетъ такого сокращенія. Присутствіе нѣжныхъ, повидимому, новообразованныхъ пучечковъ волоконъ и жировыхъ долекъ въ подкожной клѣтчаткѣ представляется явленіемъ непостояннымъ и, можетъ быть, обусловливается продуктивными процессами въ теченіе самой отѣматомы.

Такимъ образомъ постояннымъ, всегда отчетливо выраженнымъ и существеннымъ измѣненіемъ въ окружающей хрящъ соединительной ткани является только продуктивное воспаленіе перихондрія съ новообразованіемъ сосудовъ, которые притомъ всегда разрастаются въ сторону хряща. Это констатируется и въ частяхъ, незанятыхъ отѣматомой. Такое отношеніе даетъ право заключить, что самъ отжившій хрящъ служилъ тѣмъ раздражителемъ, который вызвалъ хроническое воспаленіе перихондрія.

Съ теоретической точки зрѣнія, такое предположеніе, конечно, совершенно справедливо; но, фактически, нельзя исключить вліянія внѣшнихъ инсультовъ. Для ушной раковины, какъ органа периферическаго и весьма незащищеннаго, ежедневное полученіе многочисленныхъ легкихъ внѣшнихъ инсультовъ является неизбѣжнымъ. Инсульты такой силы, которые для здороваго уха другихъ людей оказываются еще безвредными, могутъ уже быть способными вызвать воспалительныя явленія въ ушахъ паралитика, съ отжившимъ хрящомъ. Этимъ обстоятельствомъ ближе всего объясняется неравномѣрная интензивность патологическихъ явленій въ различныхъ частяхъ ушей паралитиковъ: не всѣ отдѣлы ушной раковины, конечно, въ одинаковой степени доступны такимъ инсультамъ. Такое соображеніе объяснить намъ и то, почему отѣматомы преимущественно выдаются на передней поверхности уха.

Уже Virg'омъ замѣчено, что у паралитиковъ часто бываютъ приливы крови къ ушамъ. Съ тѣхъ поръ это явленіе признается неподлежащимъ сомнѣнію и обыкновенно объясняется сосудодвигательными расстройствами отъ центральныхъ причинъ. Это предположеніе, конечно, справедливо, когда рѣчь идетъ о приливахъ, распространяющихся на всю голову или, по крайней мѣрѣ, на болѣе или менѣе обширную область



ея. Но дѣло въ томъ, что такое „горѣніе“ ушей у нѣкоторыхъ паралитиковъ мы наблюдали изолированнымъ и даже на одномъ только ухѣ. Для этого ряда случаевъ, по нашему мнѣнію, нѣтъ нужды искать отдаленныхъ причинъ, когда въ наличности имѣется мѣстная.

Итакъ, зависящее отъ основной болѣзни отживаніе ушнаго хряща *in toto* у нѣкоторыхъ паралитиковъ мы считаемъ исходнымъ пунктомъ всѣхъ измѣненій, обусловливающихъ предрасположеніе къ отѣматомѣ.

Остается сказать нѣсколько словъ о случайной, вызывающей причинѣ: она, по нашему мнѣнію, состоитъ во внѣшнемъ инсультѣ, который, конечно, можетъ быть и незначительнымъ, но все-же долженъ выходить за предѣлы, для уха, такъ сказать, физиологическіе. Въ противномъ случаѣ всѣ паралитики охарактеризованной нами категоріи должны были-бы имѣть отѣматы, чего на самомъ дѣлѣ мы не наблюдаемъ. Требуемый инсультъ можетъ состоять и въ случайномъ ушибѣ, и въ чрезмѣрномъ сгибаніи раковины при поворотѣ головы больного во время сна, и т. п.—Нѣтъ сомнѣній, что въ единичныхъ, исключительныхъ случаяхъ отѣматомы можетъ развиться у паралитиковъ и чисто органическимъ путемъ, напр. въ моментъ рѣзкаго колебанія въ давленіи крови при сильно-развитыхъ предрасполагающихъ измѣненіяхъ въ ухѣ. Однако, чѣмъ болѣе въ заведеніи условій для существованія внѣшнихъ инсультовъ, тѣмъ, конечно, чаще будутъ наблюдаться въ немъ отѣматы. Поэтому мы считаемъ справедливымъ мнѣніе Gudden'a, что сравнительное обиліе отѣматомъ плохо рекомендуетъ психіатрическое заведеніе.

Что касается большей склонности лѣваго уха къ данной опухоли, то она, очевидно, зависитъ отъ болѣе быстрого разростанія сосудовъ въ хрящѣ лѣваго уха, зависящаго отъ извѣстной, болѣе выгодной анатомической особенности въ развѣтвленіи кровеносныхъ сосудовъ лѣвой стороны. Вотъ почему и различныя отѣматы здоровыхъ распределяются по сторонамъ почти такъ-же, какъ и *othaematoma verum*.

Какъ всюду въ человѣческомъ организмѣ, такъ и въ ушной раковинѣ, некротическое или близкое къ нему состояніе извѣстной части можетъ возникнуть не только отъ причинъ общихъ, но и отъ мѣстныхъ. Надо признать, что предрасположеніе къ истинной отѣматомѣ можетъ, вѣроятно, по-



явиться въ чѣмъ-либо ухѣ и благодаря предшествующему сильному ушибу его, въ особенности-же сопровождающемуся отодраніемъ перихондрія отъ хряща на болѣе значительномъ протяженіи. Въ самомъ дѣлѣ, по крайней мѣрѣ, для гіалинового хряща наука склоняется къ признанію существованія особыхъ соковыхъ канальцевъ, связанныхъ съ окружающими сосудистыми тканями; мы-же видѣли, что въ развитіи хряща сѣтчатого однимъ изъ стадіевъ его является гіалиновый хрящъ. Естественно допустить, что питаніе сѣтчатого хряща совершается по тѣмъ-же путямъ, что и гіалинового. Отъ разрыва этихъ канальцевъ во время отдѣленія перихондрія должно сильно пострадать питаніе хряща, и онъ теряетъ свою жизненность. Это и послужитъ исходнымъ пунктомъ для развитія въ немъ описанныхъ нами процессовъ, которые обуславливаютъ предрасположеніе къ отѣматомѣ. Можно предполагать, что въ нашемъ сл. № 1 такіа обстоятельства играли немаловажную роль въ дѣлѣ возникновенія отѣматомы. Дѣйствительно, и по времени появленія опухолей, и по общему состоянію больного въ тотъ моментъ, нельзя не признать, что отѣматомы возникли здѣсь нѣсколько преждевременно. А обратившись къ патолого-анатомической картинѣ этого случая, находимъ несомнѣнныя доказательства того, что это ухо еще задолго до возникновенія отѣматомы и, можетъ быть, до поступленія въ больницу подвергалось сильнымъ insultамъ: обширная, въ сравненіи съ прочими случаями, гипертрофія частей кожи, невозможность дифференцировать задній перихондрій отъ новообразованной волокнистой соединительной ткани, обиліе въ пластинкахъ хряща трещинъ, зажившихъ уже сформированнымъ сѣтчатымъ хрящомъ и т. д. Сюда-же, и уже всецѣло, съ увѣренностью относимъ мы теперь случаи 6, 8, 9 и 18 таблицы Б.

Наконецъ, должно допустить, что въ нѣкоторыхъ, очень рѣдкихъ случаяхъ у больныхъ непаралитиковъ, но съ сильно пострадавшимъ общимъ питаніемъ, ушной хрящъ можетъ и отъ общихъ причинъ получить свойства хряща паралитиковъ и предрасположеніе къ отѣматомѣ. Такое исключеніе лишь подтвердитъ правило.

Вернемся теперь къ *Schlauchenchondrom*'ѣ L. Meyer'a, которую онъ считалъ за причину возникновенія отѣматомъ.

Все явленіе, съ морфологической стороны, состоитъ въ



томъ, что въ области ушнаго хряща появляются группы тѣсно-скупенныхъ клѣтокъ, а между ними намеки на эластическую сѣть, которая, однако, окрашивается нейтральнымъ карминомъ. Это послѣднее обстоятельство не покажется намъ страннымъ, если припомнить, что Л. Мороховецъ открылъ производныя отъ эластина вещества, близкія къ бѣлкамъ, какъ напр. эластоза. Затѣмъ эти группы клѣтокъ, перерождаясь, сливаются, образуя то фигуры, имѣющія видъ колбъ, то слоистыя тѣла, схожія съ амлоидными тѣльцами. Такія картины видны или на почти гомогенномъ полѣ, мутно окрашивающемся карминомъ, или въ пространствахъ, образованныхъ эксцентрическими цугами нѣжной волокнистой ткани съ овальными ядрами, которая сама обнаруживаетъ здѣсь наклонность къ растворенію, но затѣмъ, въ концѣ концовъ, принимаетъ видъ, напоминающій волокнистый хрящъ, или-же возникаютъ условія къ превращенію ея въ костную ткань. Въ полѣ всего процесса тамъ и сямъ попадаются звѣздчатые клѣтки соединительной ткани. Но пока имѣются группы перерождающихся клѣтокъ, мы никогда не видѣли среди этой опухоли кровеносныхъ сосудовъ: какъ только появляются они, такъ исчезаютъ группы перерождающихся клѣтокъ и производныя отъ нихъ фигуры. Въ этомъ замѣчаніи заключается существенное отличіе нашего описанія отъ даннаго L. Meyer'омъ. Изучая, затѣмъ, края стараго хряща, ограничивающіе такое маленькое гнѣздо въ ухѣ паралика, не имѣвшаго отѣматомы, мы убѣдились, что здѣсь имѣлось механическое нарушеніе цѣлости хряща, съ образованіемъ щели внутри хрящевой пластинки и параллельно ея поверхности. Намеки на бывшее существованіе такой опухоли мы находили и въ препаратахъ отѣматомы, въ заживающей полости ея, въ случаяхъ отложенія извести въ началѣ процесса заживленія; но и здѣсь это наблюдалось только въ мѣстахъ, удаленныхъ отъ пунктовъ непосредственнаго сообщенія полости съ окружающей хрящъ сосудистой соединительной тканью.

На основаніи этихъ наблюденій мы заключаемъ, что здѣсь дѣло идетъ о попыткѣ образованія хрящеваго рубца прямымъ путемъ, — попытки неудавшейся, за отсутствіемъ условій, необходимыхъ въ данномъ случаѣ для достаточнаго питанія пластическихъ элементовъ.



Къ возникновенію такихъ опухолей хрящъ паралитика, отжившій и неоднородный, особенно предрасположенъ, такъ-какъ въ немъ легко могутъ происходить плоскостныя трещины, несообщающіяся съ перихондриемъ. Я готовъ допустить, что иногда могутъ возникнуть благопріятныя условія для образованія такой опухоли въ хрящѣ и безъ механическаго разъединенія его, именно—во время процесса замѣщенія стараго хряща новымъ; но, во всякомъ случаѣ, не эта опухоль служитъ предрасполагающею причиною отѣматомы, ибо она для своего образованія нуждается въ предварительномъ существованіи тѣхъ самыхъ измѣненій въ хрящѣ, которыя уже сами по себѣ могутъ обусловить появленіе отѣматомы.

## VI.

Небезполезно будетъ сдѣлать здѣсь сводъ важнѣйшихъ дифференціальныхъ признаковъ для діагностики истинныхъ отѣматомъ. Быстрое достиженіе опухолью своихъ максимальныхъ размѣровъ, отсутствіе яснаго просвѣчиванія содержаемаго опухоли въ большей части поверхности ея; возможность прощупать въ мягкой стѣнкѣ ея отдѣльные твердые участки, зависящіе отъ болѣе толстыхъ фрагментовъ хряща, оставшихся въ соединеніи съ перихондриемъ: все это свидѣтельствуєтъ о томъ, что врачъ имѣетъ дѣло съ истинною отѣматомою.

Касательно прогностическаго значенія истинной отѣматомы, должно замѣтить, что въ литературной казуистикѣ я не нашелъ ни одного случая, когда-бы у паралитика появился свѣтлый промежутокъ послѣ того, какъ онъ получилъ отѣматому: всегда въ скоромъ времени слѣдовалъ летальный исходъ. Такимъ образомъ, отживаніе хряща въ цѣломъ, а слѣдовательно и отѣматома, свидѣтельствуєтъ о глубокомъ и невозвратномъ паденіи жизнеспособности организма. Поэтому врачъ съ большою вѣроятностью можетъ поставить безнадежный прогнозъ, въ случаѣ появленія истинной отѣматомы у паралитика безъ извѣстныхъ мѣстныхъ причинъ, хотя-бы общее состояніе больнаго не давало права къ такому заключенію. Если даже непосредственной, вызывающей причиною былъ сильный инсультъ, то все-же прогнозъ не измѣ-



няется, такъ-какъ изъ патологической анатоміи истинной отѣматомы вытекаетъ, что никакая механическая сила въ мірѣ не въ состояніи внезапно вызвать въ ухѣ тѣ своеобразныя отношенія составныхъ частей его, которыя существуютъ при истинной отѣматомѣ. Того-же взгляда на прогнозъ держался Dusmenil: „въ заведеніи Quatre-Mares встрѣчались больные скоротечнымъ бредомъ, который, судя по припадкамъ, можно было отнести къ помѣшательству, вполне излѣчимому, если-бы въ этихъ случаяхъ не существовало совпаденія съ болѣе или менѣе развитою кровяною опухолью уха. Въ подобныхъ случаяхъ исходъ страданія всегда подтверждалъ мои печальныя предсказанія“. Изъ вышеизложеннаго видно, что это правило все-же допускаетъ исключенія.

Я не привожу мнѣній по этому вопросу различныхъ авторовъ, такъ-какъ ихъ сужденія основывались на смѣшеніи съ истинною отѣматомою кровяныхъ опухолей различнаго происхожденія и свойства.

Профилактика отѣматомы можетъ состоять лишь въ устраненіи вызывающей случайной причины и ясна уже изъ вышеизложеннаго. Однако, въ виду возможности развитія отѣматомы, хотя и въ исключительныхъ случаяхъ, чисто органическимъ путемъ, слѣдуетъ думать, что въ извѣстномъ заведеніи нѣмецкихъ психіатровъ,—„отѣматома почти исчезла изъ психіатрическихъ заведеній“,—это „почти“ останется въ силѣ до тѣхъ поръ, пока будутъ существовать прогрессивныя паралитики.

Едва-ли когда-нибудь врачъ усмотритъ показанія для активнаго лѣченія отѣматомы у паралитиковъ. Если-же дѣло идетъ о подобной ей опухоли у душевно-здоровыхъ лицъ, или у излѣчимыхъ больныхъ, то показуется оперативное вмѣшательство, такъ-какъ многочисленныя наблюденія разныхъ авторовъ доказываютъ, что при такомъ способѣ лѣченія получается въ исходѣ наименьшее обезображиваніе уха. Слѣдуетъ, однако, замѣтить, что вовсе нѣтъ нужды дѣлать повторныя, многочисленные разрѣзы, такъ-какъ цѣлью операціи должно быть не опорожненіе полости, которая, все равно, благодаря кровотеченію *е васо*, немедленно наполняется,—а увеличеніе путей непосредственнаго сообщенія полости, имѣющей инертныя хрящевыя стѣнки, съ сосудистыми мягкими частями, со стороны которыхъ идетъ процессъ за-



живленія. Поэтому мы думаемъ, что наибольшій успѣхъ операція дастъ тогда, когда по отсепарованіи мягкихъ частей на сравнительно длинномъ, но узкомъ пространствѣ, изъ хряща будетъ вырѣзана узкая веретенообразная полоска. Мы видѣли, что во время существованія отѣматомы происходитъ дальнѣйшее разъединеніе хряща на пластинки, путемъ расщипыванія отдѣльныхъ участковъ его, и послѣдующее смѣщеніе пластинокъ. Давая съ помощью предлагаемой операціи свободный доступъ въ полость для вростающей ткани, мы ускоримъ выполненіе полости и тѣмъ самымъ положимъ предѣлъ смѣщенію изолировавшихся пластинокъ, чѣмъ причиняется наибольшее обезображиваніе уха. Ясно, что операція должна быть ведена асептически.

Въ виду того, что отѣматома можетъ послужить предметомъ судебно-медицинской экспертизы, какъ это и бывало, мы сдѣлаемъ здѣсь нѣкоторыя замѣчанія съ этой точки зрѣнія.

Какъ уже сказано, никакое единичное насиліе не можетъ вызвать непосредственнаго возникновенія отѣматомы безъ предрасположенія въ ухѣ. Поэтому судебный врачъ, дѣлая экспертизу опухоли, которая при наружномъ изслѣдованіи окажется вполне схожа съ истинной отѣматомой, долженъ высказаться въ томъ смыслѣ, что появленіе ея вовсе не свидѣтельствуетъ о силѣ послѣдняго инсульта, и виновникомъ, если-бы о таковомъ вообще могла быть рѣчь, должно считать того, кто вызвалъ въ хрящѣ уха предшествовавшія измѣненія, т. е. главнымъ образомъ—некрозъ хряща. Должно, впрочемъ, предполагать, что и воспалительные процессы въ перихондрии, происшедшіе отъ разныхъ причинъ, могутъ обусловить тотъ-же результатъ, подобно тому какъ иной перититъ можетъ вызвать некрозъ подлежащей кости.

Очевидно, если дѣло идетъ о паралитикѣ, то не можетъ быть и рѣчи о томъ, что отѣматома сама по себѣ свидѣтельствуетъ о какомъ-бы то ни было насиліи. То-же можно сказать и о небольшихъ кровяныхъ опухоляхъ, возникающихъ у здоровыхъ лицъ изъ телангіэктазическихъ хондромъ. Другое дѣло,—поперечный, сквозной изломъ хряща съ кровоизліяніемъ, форма котораго зависитъ отъ направленія излома. Нѣтъ основанія отрицать, что такое явленіе можетъ произойти отъ сильнаго единичнаго инсульта и на патологически неизмѣненномъ ухѣ; такое кровоизліяніе, должно



имѣть видъ обыкновенныхъ подкожныхъ, т. е. давать рѣзко выраженную ненормальную окраску покрововъ съ послѣдующей измѣнчивостью цвѣтовъ.

Результаты нашихъ изысканій въ общихъ чертахъ могутъ быть выражены слѣдующимъ образомъ.

Подъ именемъ отѣматомы до настоящаго времени смѣшиваются различныя кровоизліянія въ области ушной раковины.

Изъ этой смѣси должно выдѣлить истинную отѣматому, — *othaematoma verum*, — прогрессивныхъ паралитиковъ, которая представляется строго опредѣленнымъ, въ клиническомъ и патолого-анатомическомъ смыслѣ, болѣзненнымъ явленіемъ.

Исходнымъ пунктомъ для развитія истинной отѣматомы служитъ состояніе отживанія ушнаго хряща, схожее съ некрозомъ.

Такое состояніе хряща вызываетъ раздраженіе перихондрія, — продуктивное воспаленіе его, обыкновенно при содѣйствіи незначительныхъ внѣшнихъ инсультовъ, неизбежныхъ для ушной раковины по ея периферическому положенію. Послѣдствіемъ перихондрита является востаніе новообразованныхъ сосудовъ въ вещество хряща, раствореніе его и замѣщеніе новообразованнымъ, молодымъ.

Этотъ процессъ обуславливаетъ ослабленіе связи между отдѣльными участками ушнаго хряща, нарушаетъ однородность его структуры, такъ-что хрящъ дѣлается неправильно-слоистымъ.

Такой хрящъ паралитика легко расщепляется; въ особенности легко образуются трещины параллельно поверхности раковины, вслѣдствіе разъединенія разнородныхъ слоевъ хряща.

Одновременно съ образованіемъ, путемъ такого расщепленія, полости внутри ушнаго хряща, или-же позднѣе, происходитъ разрывъ тонкостѣнныхъ, проросшихъ въ вещество хряща новообразованныхъ сосудовъ, и возникаетъ отѣматома. Изливающаяся кровь своимъ давленіемъ вызываетъ дальнѣйшее расщепленіе хряща, чѣмъ обуславливается разрывъ еще цѣлыхъ сосудовъ и увеличеніе полости. Такимъ образомъ, полость отѣматомы лежитъ внутри расщепленнаго на пластинки хряща, заключеннаго въ мѣшокъ перихондрія, почти совершенно замкнутый.



Отъ такой локализаціи и зависитъ своеобразный наружный видъ и клиническое теченіе отѣматомы.

Расщепленный хрящъ не принимаетъ активнаго участія ни во всасываніи излившагося экстравазата, ни въ процессѣ новообразованія ткани для выполненія полости.

Всасываніе экстравазата совершается исключительно по скуднымъ путямъ непосредственнаго сообщенія полости съ сосудистыми частями перихондрія. Этимъ обусловливается длительность періода всасыванія отѣматомы, замедляющагося еще и повторными кровоизліяніями въ полость изъ легко-ранимыхъ новообразованныхъ сосудовъ.

Новообразованіе ткани для выполненія полости отѣматомы совершается не чрезъ отложеніе молодыхъ слоевъ хряща перихондриемъ, а вростаніемъ въ полость новообразованной соединительной ткани, богатой сосудами, по тѣмъ-же путямъ непосредственнаго сообщенія полости съ перихондриемъ. Продолжающееся и въ теченіи отѣматомы рассасываніе отжившихъ частей хряща, съ проростаніемъ чрезъ хрящъ сосудовъ со стороны перихондрія, съ своей стороны содѣйствуетъ процессу заживленія.

Выполнившая полость отѣматомы соединительная ткань проявляетъ тенденцію метаморфозироваться въ сѣтчатый хрящъ, и такимъ образомъ процессъ заживленія полости есть не что иное, какъ процессъ регенераціи эластическаго хряща.

Обезображиваніе уха, по заживленіи отѣматомы, главнымъ образомъ зависитъ отъ смѣщенія изолированныхъ пластинокъ хряща. Въ случаяхъ, гдѣ показуется активное лѣченіе, хирургъ долженъ стремиться къ устраненію или, по крайней мѣрѣ, къ ограниченію условій, благопріятствующихъ такому смѣщенію.

Истинная отѣматома у паралитика указываетъ, при извѣстныхъ предосторожностяхъ, на безнадежный во всѣхъ отношеніяхъ прогнозъ.

Вызывающей, случайной причиной отѣматомы у паралитиковъ обыкновенно бываетъ внѣшній инсультъ, хотя и умѣренной силы. Теоретически должно признать возможность развитія отѣматомы въ исключительныхъ случаяхъ и чисто органическимъ путемъ, даже и не только у паралитиковъ.

Истинная отѣматома, какъ патологическая рѣдкость, можетъ наблюдаться иногда и у лицъ здоровыхъ: некрозъ ушнаго хряща можетъ произойти и отъ причины мѣстной, отъ на-



рушенія нормальной тѣсной связи хряща съ перихондриемъ на болѣе или менѣе обширномъ пространствѣ.

Это отдѣленіе перихондрія можетъ быть вызвано, напр., сильнымъ механическимъ инсультомъ, причемъ для уха живаго человѣка примѣненная сила можетъ-быть и не столь значительною, какая требовалась въ опытахъ Gudden'a на трупахъ.

Отѣматома у паралитиковъ сама по себѣ не имѣетъ судебно-медицинскаго значенія и не должна служить предметомъ судебно-медицинской экспертизы.

При таковой экспертизѣ отѣматомы у лицъ душевно-здоровыхъ должно имѣть въ виду, что единичная травма, какой-бы силы она ни была, не можетъ вызвать непосредственнаго появленія истинной отѣматомы; но вслѣдствіе такой травмы съ теченіемъ времени можетъ развиться предрасположеніе къ отѣматомѣ, благодаря которому для возникновенія послѣдней достаточно будетъ и умѣреннаго инсульта.

Закончивъ этотъ трудъ, я счастливъ, что академическая традиція даетъ мнѣ случай высказать чувство горячей, искренней благодарности глубокоуважаемому учителю, Профессору И. П. Мержеевскому и за свое спеціальное образованіе, и за руководство при производствѣ настоящаго изслѣдованія, существенно облегчившее мнѣ разрѣшеніе задачи.

Глубоко признателенъ я многоуважаемому А. Ф. Эрлицкому, который, въ качествѣ приватъ-доцента и старшаго врача клиники, оказывалъ мнѣ большое содѣйствіе при изученіи мною предметовъ нашей спеціальности и съ сочувствіемъ слѣдилъ за ходомъ этой работы, давая много полезныхъ совѣтовъ.

Сердечно благодарю также всѣхъ товарищей по клиникѣ, и въ особенности многоуважаемыхъ приватъ-доцентовъ: С. Н. Данилло, П. Я. Розенбаха и Я. А. Анфимова, со стороны которыхъ я постоянно встрѣчалъ и доброжелательное отношеніе вообще, и любезную готовность помочь мнѣ, когда я нуждался въ ихъ просвѣщенныхъ указаніяхъ.



**Алфавитный указатель литературы по авторамъ <sup>1)</sup>.**

**Alt.** De haematomate auriculae. Dissert. Halis. 1849.

**Arndt.** Neurologisches Centralblatt von Dr. Mendel. 1888. S. 551. (См. отчетъ о 61 съѣздѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей).

\* **Архангельскій, Г. И.** О восстановленіи хрящевой ткани. Медицинскій Вѣстникъ. 1868.

**Baratoux.** Pathogénie des affections de l'oreille éclairée par l'étude expérimentale.—Thèses de Paris. 1881.

\* **Barth (Бартъ).** Ueber die Regeneration des hyalinen Knorpels. — Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften von I. Rosenthal. 1869, № 40.

**Bastien.** Thèses de Paris. 1855.

**Belhomme.** Gazette des Hôpitaux 1842, Août 20.

**Biaute.** Annal. méd. psych. Juli. 1882.

\* **Billroth, Theod.** Untersuchungen über die Entwicklung der Blutgefäße. Berlin 1856.

**Bird, Friedrich.** Ueber die Entzündung des äusseren Ohres bei Verrückten. — Journal der Chirurgie und Augen-Heilkunde von Graefe und Walther. 1833. Bd. XIX.

**Blau, Louis.** Spontanes Othaematom bei einem Geistesgesunden. — Archiv für Ohrenheilkunde 1883. Bd. XIX.

**Brown-Sequard.** Bulletin de l'académie impériale de Médecine. Paris. 1869. Séance du 16 Mars.

**Brunner, G.** Archiv für Ohrenheilkunde. 1870. Bd. V. S. 26—27.

\* **Budge, Albrecht.**—Die Saftbahnen im hyalinen Knorpel. Archiv für Mikroskopische Anatomie. 1877 Bd. 14. Weitere Mittheilung u. s. w.—ibidem 1879, Bd. 16.

**Castelain.**—Bulletin médical du nord de la France, 1870.

**Christian.** Société médico-psychologique. Paris. 27 Déc. 1887.

**Cossy.** Archives générales de médecine. 1842. T. XV. p. 290.

**Damerow.**—Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. 1848. Bd. V. S. 135.

**Delasiauve.** Библиотека Медицинскихъ наукъ М. Хана, прибавленіе на 1859 г.

---

<sup>1)</sup> Звѣздочкой отмѣчены работы, не имѣющія прямого отношенія къ вопросу, но цитированныя нами.



Dumesnil, E. Des tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille chez les aliénés.—Annales médico-psychologiques. Paris. 1860. T. 6.

Ferrus. Gazette des Hôpitaux. 1838. p. 565.

Field. New-York Neurological Society. 2 October. 1888. (Neurologisches Centralblatt. 1888. S. 672).

Fischer, Franz. Die Ohrblutgeschwulst der Seelengestörten.—Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. 1848. Bd. V.

Flemming. Zeitschrift für Beurtheilung und Heilung Krankhafter Seelenzustände von M. Jacobi und Fr. Nasse. 1838.

Foville, Achille. Recherches sur les tumeurs sanguines etc.—Annales médicopsychologiques. Paris. 1859. T. 5.

Fürstner, Carl—Zur Streitfrage über das Othämatom.—Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1871. Bd. III.

Gädeken. Blodöresvulsten. Kjöbenhavn. 1862.

Gudden. Ueber die Entstehung der Ohrblutgeschwulst. — Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. 1860. Bd. XVII, 1862 Bd. XIX, 1863 Bd. XX.

Gudden. — Ueber den mikroskopischen Befund im traumatisch gesprengten Ohrknorpel.—Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie von R. Virchow. 1870. Bd. LI.

Haase, G. Ueber das Othämatom. — Zeitschrift für rationelle Medicin. 1865. Bd. XXIV.

Heidenreich, Bemerkung über die von Cossy gefundene Blutgeschwulst.—Dr. Canstatt's und Eisenmann's Jahresbericht von 1843. S. 195. Erlangen. 1844.

Heyfelder, Rust's Magazin 1848. Bd. 66. S. 297.

Howe, L. Haematoma auris in a sane person. — The medical News. Philadelphia. 1884. v. XLV p. 102.

Hun, E. R.—The american Journal of insanity XXVII. 1870—71.

Hutchinson.—The medical Times and Gazette. 1862. Dec. p. 603.

Jarjavay.—Anatomie chirurgicale 1852. T. I. p. 521.

Joire,—Gazette des Hôpitaux, 1860, 4.

Jung.—Ueber die Ohrverbildung bei Geisteskranken.—Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. 1861, Bd. XVIII.

\* Key, Axel und Retzius, Gustav.—Studien in der Anatomie des Nervensystems und des Bindegewebes. Stockholm, 1885 (I, S. 125).

\* Константиновскій, Михаилъ. Къ вопросу о хрупкости реберъ и пр. Двс. СПб. 1889 г.

Krause, W.—Göttinger gelehrte Anzeigen. 1861. S. 1466.

Kuhn, Ph. De l'hématome du pavillon de l'oreille.—Arch. génér. de méd. 1865, T. I.

\* Лавдовскій, М. Д. и Овсянниковъ, Ф. В.—Основанія къ изученію микроскопической анатоміи и пр. СПб. 1887—88 г.г.

Laycock.—The medical Times and Gazette 1862. March. p. 289.

Lescure,—Bulletins de la Société anatomique, Novembre. 1868.

Leubuscher.—Mittheilungen über das sogenannte Erysipelas auriculae bei Irren.—Allgem. Zeitschrift für Psychiat. 1864. Bd. III и 1861, Bd. XVIII.

Lunier, L.—Annales médico-psychologiques. 1848. T. XII.



- Mabille**, Thèse de Nancy, 1878.
- Mac-Donald**, Dr.—Journ. of. nervous and mental diseases 1867. XIV.
- Madigan**, M. J.—The Alienist and Neurologist. 1883. IV.
- Magnan**,—Comptes rendus de la Société de biologie, Octobre. 1868.
- Mallez**, Thèses de Paris. 1855.
- Marcé**, L. V.—Double tumeur sanguine etc.—Annales médico-psycholog. 1859. T. V.
- Mary**,—Thèse de Montpellier, 1876.
- \* **Meckel**, Heinrich.—Ueber Knorpel-Wucherung.—Annalen des Charité-Krankenhauses u. s. w. 7 Jahrg. 1856.
- Merland**,—Thèses de Paris. 1853.
- Meyer**, Ludwig.—Die pathologischen Gewebsveränderungen des Ohrknorpels und s. w.—Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie von R. Virchow. 1865. Bd. 33.
- Meyer**, Wilhelm.—Zur Behandlung der Ohrblutgeschwulst. Archiv für Ohrenheilkunde 1880. Leipzig. Bd. XVI.
- \* **Мороховецъ**, Левъ.—Эластинъ и пр.—Врачебныя Вѣдомости 1879 г. стр. 112, 127 и 139.
- Motet**.—Gazette hebdomadaire. 1869.
- \* **Nassiloff**. (Проф. И. И. Насиловъ)—Ueber die heterologe Bildung der Cysten.—Archiv für pathologische Anatomie u. s. w. von R. Virchow, 1869, Bd. 48.
- \* **Nykamp**, A.—Beitrag zur Kenntniss der Structur des Knorpels.—Archiv für Mikroskopische Anatomie 1877, Bd. 14.
- Pareidt**,—De chondromalacia etc. Halis. 1864. Dissert.
- \* **Ranvier**,—Traité technique d'histologie, 2-me édition, Paris. 1889.
- Renaudin**, E. Gonflement de l'oreille.—Annales médico-psychologiques. 1850. T. 2.
- Rupp**,—Berliner medic. Zeitschrift. 1844, № 45
- Sander**, A. Zur Casuistik der Ohrblutgeschwulst.—Allgem. Zeitschrift für Psychiat. 1862. Bd. 19.
- Schwartz**e,—Spontanes Othaematom bei einem nicht Geisteskranken.—Archiv für Ohrenheilkunde. 1867. Bd. II.
- Simon**, Th.—Ueber das Vorkommen der Ohrknorpelgeschwülste u. s. w. Berliner klinische Wochenschrift. 1865, № 47, и 1867, № 2.
- Sockeel**, A.—Rec. de mém. de Méd. militaire. 1881. Nov. Dec.
- Speyer**, F. Haematus externus. — Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 8.
- Stahl**, Allg. Zeitschrift für Psych. Bd. 16. S. 487.
- Stiff**, Brit. San. Rew. 1858. p. 222. и Thèse de Paris 1858.
- Thore**, Etudes sur les maladies incidentes des aliénés. Annales médico-psychologiques. Paris. Janvier. 1847.
- Verga**, M. A. Gazzetta medica di Milano. 24. VI. 1847. Цитир. у Lunier.
- Virchow**, R. Die Krankhaften Geschwülste 1863, Bd. I. S. 138.
- Virchow**, R. Pankratiasten—Ohren bei einem japanischen Ringer. Virchow's Arch. Bd. 100. S. 387.
- Wallis**, Berliner medic. Zeitschrift. 1844. № 32.

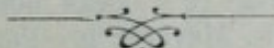


Ward, T. Ogier.—Tumour of the auricle. The medical Times and Gazette. 1852. 5.

Wendt, Hermann. Spontanes Othaematom bei einem geistesgesunden. Archiv für Ohrenheilkunde. Bd. 3. Würzburg. 1867.

Wilde, W. R. Tumour of the auricle. The medical Times and Gazette. 1852, 4. p. 437.

Заварыкинъ, О. Н. (Проф.). О кровавой опухоли уха у помѣшанныхъ. Военно-Медиц. журн. 1863 г. часть 86.





### Объясненіе таблицы рисунковъ.

Рис. 1. Полушлематическій рисунокъ: горизонтальный срѣзъ черезъ всю область ушной раковины, занятую сморщившеюся отѣматомой (отъ случ. № 3). Общее увеличеніе въ 4 раза, детали вырисованы при увеличеніи въ 30 разъ.

а.—Кожа и подкожная клѣтчатка; б.—Утолщенный перихондрій задней поверхности; с.—Хрящъ; d.—Отслоенный перихондрій съ тонкимъ слоемъ хряща; е.—Заросшая полость отѣматомы и въ ней кистовидныя пространства (e'); среди новообразованной ткани пигментъ; f.—Энхондрома L. Meyer'a; g.—Разросшіеся въ хрящѣ сосуды; h.—Крайняя граница полости отѣматомы, вблизи отверстія слуховаго прохода: здѣсь утолщенный и пронизанный сосудами хрящъ вновь находится въ соединеніи съ перихондриемъ на обѣихъ поверхностяхъ; h'.—То-же, вблизи helicis.

Рис. 2. Срѣзъ изъ медіальнаго края хряща conchae, вблизи наружнаго отверстія слуховаго прохода. Изъ праваго, непораженнаго отѣматомой, уха случ. № 3. Увеличеніе въ 70 разъ.

а.—Хрящъ, со скуднымъ количествомъ эластическихъ волоконъ; б.—Перихондрій и вступающій въ хрящъ сосудъ; с.—Поперечныя и косвенныя срѣзы сосудистыхъ вѣтвей. Такіе сосуды видны и въ другихъ, не изображенныхъ здѣсь, мѣстахъ, уже внутри самого хряща.

Рис. 3. Трехслойный хрящъ изъ лѣваго уха паралитика, который не имѣлъ отѣматомы. Увеличеніе то-же.

а.—Перихондрій; б.—Периферическіе слои хряща, съ очень нѣжной сѣтью эластическаго вещества; с.—Центральный слой хряща, съ растворяющимися эластическими балками.

Рис. 4. Существенная составная часть энхондромы L. Meyer'a:—группа дегенерирующихъ и сливающихся хрящевыхъ клѣтокъ на фонѣ почти гомогеннаго вещества. Изъ энхондромы въ трещинѣ хряща лѣваго уха того-же паралитика. Увеличеніе въ 305 разъ.





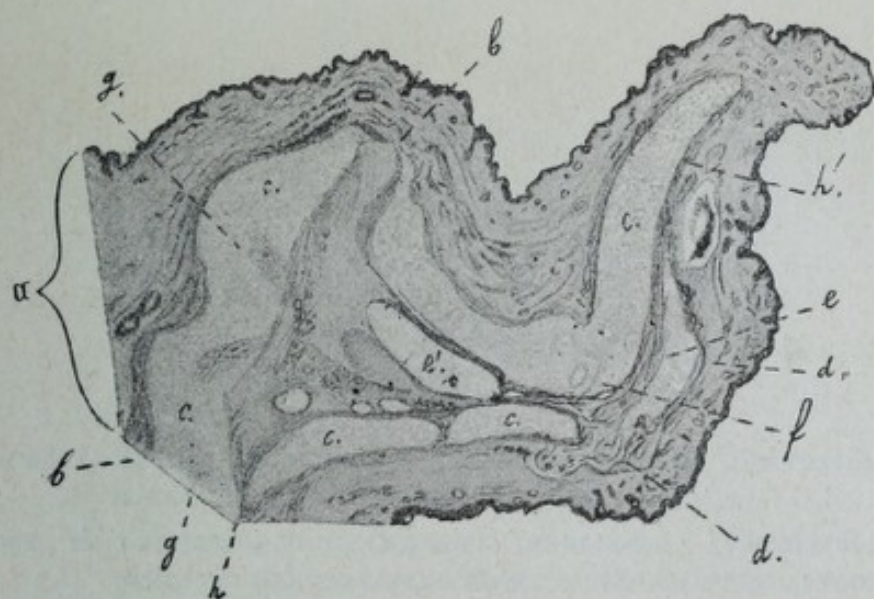


Рис. 1.

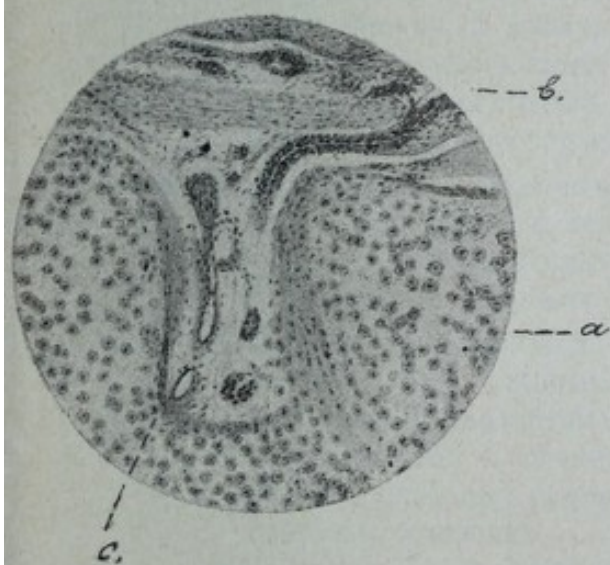


Рис. 2.

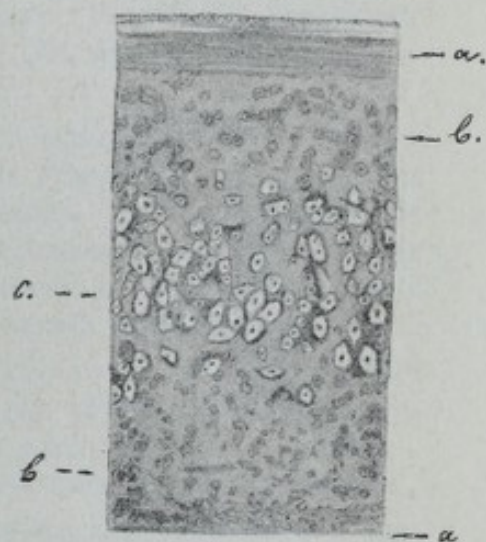


Рис. 3.



Рис. 4.





Fig. 1.

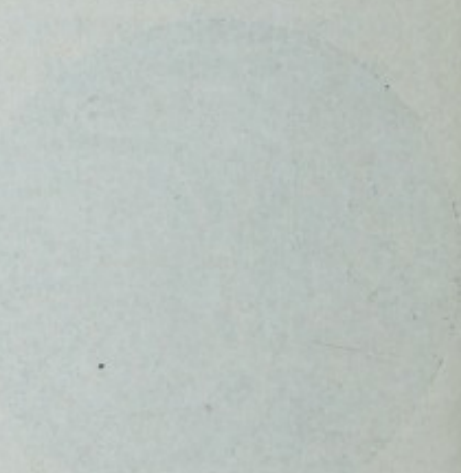


Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Index of specimens of the genus



## ОГЛАВЛЕНИЕ.

	<i>Стр.</i>
Глава I. Историческій очеркъ развитія вопроса. Настоящее положеніе его. . . . .	1
Глава II. Клиническое изслѣдованіе отѣматомы у душевно-больныхъ: описаніе собственныхъ наблюденій, таблица литературной казуистики, анализъ матеріала и синтетическое описаніе клинической картины и теченія отѣматомы паралитиковъ. . . . .	19
Глава III. Литературная казуистика отѣматомы у душевно-здоровыхъ въ таблицѣ. Анализъ матеріала. Раздѣленіе отѣматомъ: <i>othaematoma verum et spurium</i> . Объ отѣматомахъ у душевно-больныхъ,—непаралитиковъ. . . . .	48
Глава IV. Патологическая анатомія <i>othaematomatis veri</i> : макро—и микроскопическое изслѣдованіе отѣматомъ, наблюдавшихся прижизненно у троихъ больныхъ. Выводы, уясняющіе нѣкоторыя особенности въ клинической картинѣ и теченіи отѣматомъ. О способахъ заживленія полости кровоизліянія и о процессѣ регенераціи сѣтчатого хряща уха. . . . .	61
Глава V. Къ этиологіи и патогенезу отѣматомъ: описаніе измѣненій въ ушномъ хрящѣ и перихондріи, обусловливающихъ предрасположеніе къ отѣматомѣ; о вызывающихъ причинахъ. О значеніи и условіяхъ развитія энхондромъ L. Meyer'a . . . . .	78
Глава VI. Выводы для врачебной практики: дифференціальная діагностика <i>othaematomatis veri</i> ; значеніе послѣдней у прогрессивныхъ паралитиковъ для прогноза основной болѣзни; профилактика; о лѣченіи отѣматомъ: предложеніе раціональной операціи; основанія для судебно-медицинской экспертизы отѣматомъ . . . . .	88
<i>Приложенія: Алфавитный указатель литературы по именамъ авторовъ.</i>	
Таблица рисунковъ и объясненія къ ней.	



## ПОЛОЖЕНІЯ.

---

1. Только умноженіемъ фактическихъ свѣдѣній объ организмѣ душевно-больныхъ людей обусловливается возможность совершенствовать классификаціи психозовъ.

2. Въ настоящее время удовлетворительная классификація психозовъ невозможна.

3. Душевные болѣзни, по крайней мѣрѣ, — развивающіяся на почвѣ „мощнаго“ мозга, большею частью суть неизвѣстныя общія болѣзни человѣческаго организма, съ рѣзко выраженными „мозговыми припадками“. Съ этой стороны психіатрическая клиника, въ сущности, есть отдѣлъ клиники терапевтической.

4. Дальнѣйшій существенный прогрессъ психіатріи зависитъ отъ успѣховъ всесторонняго изученія тѣла душевно-больныхъ, съ примѣненіемъ всѣхъ тѣхъ методовъ, съ помощью которыхъ изучается природа внутреннихъ болѣзней.

5. Нѣкоторыя нервные болѣзни, и прежде всего — *tabes dorsalis*, находятся въ ближайшемъ родствѣ съ прогрессивнымъ параличомъ помѣшанныхъ.

6. Въ этиологіи травматическаго невроза большое значеніе имѣетъ испугъ.

7. Было-бы полезно реформировать такъ наз. „профессорскій институтъ“ въ томъ смыслѣ, чтобы комплектовать его врачами, уже имѣющими за собой практическій опытъ.

8. Служебныя преимущества, связанныя со степенью доктора медицины, вредятъ отечественной наукѣ.

---



## Curriculum vitae.

---

Надворный Совѣтникъ Василій Петровичъ Тишковъ, православнаго вѣроисповѣданія, изъ мѣщанъ г. С.-Петербурга, родился 29 Декабря 1855 г. Среднее образованіе онъ получилъ въ 6-й С.-Петербургской классической гимназій, а высшее — въ Императорской Медико-Хирургической, нынѣ Военно-Медицинской Академіи. Окончилъ курсъ въ Академіи и получилъ степень лекаря въ 1881 году. Высочайшимъ Приказомъ отъ 10 Января 1882 года опредѣленъ на службу въ 52-й пѣхотный, Его Императорскаго Высочества Великаго Князя Кирилла Владиміровича, полкъ — младшимъ врачомъ. Черезъ годъ распоряженіемъ Г. Главнаго Военно-Медицинскаго Инспектора онъ, по собственному желанію, былъ переведенъ въ Туркестанскій военный округъ.

Назначенный младшимъ ординаторомъ въ Самаркандскій военный госпиталь, онъ, по прибытіи въ округъ, распоряженіемъ Г. Туркестанскаго Окружнаго Военно-Медицинскаго Инспектора былъ прикомандированъ къ Ташкентскому военному госпиталю, какъ центральному въ краѣ, для пользованія душевно-больныхъ и участія въ судебно-психіатрической экспертизѣ. За исключеніемъ одного года, проведеннаго въ командировкѣ въ укрѣпленіи Ура-Тюбе, гдѣ онъ завѣдывалъ мѣстнымъ лазаретомъ, во все остальное время своей службы въ краѣ лѣкаръ Тишковъ состоялъ въ прикомандированіи къ Ташкентскому госпиталю.

10 Января 1889 года онъ былъ назначенъ старшимъ врачомъ 11-го Туркестанскаго линейнаго батальона, но, пе-



реведенный тѣмъ-же званіемъ въ Катта-Курганскій мѣстный лазаретъ, продолжалъ службу въ прикомандированіи къ Ташкентскому военному госпиталю. Съ 13-го Сентября того-же года и по сіе время онъ состоитъ ординаторомъ при клиникѣ душевныхъ и нервныхъ болѣзней Проф. И. П. Мержеевскаго, будучи распоряженіемъ Г. Главнаго Военно-Медицинскаго Инспектора прикомандированъ къ С.-Петербургскому Клиническому военному госпиталю для усовершенствованія въ психіатріи.

Въ теченіе 1890—91 учебнаго года онъ сдалъ экзамены на степень доктора медицины. Печатный трудъ свой подъ названіемъ „Объ Отѣматомъ.—Къ ученію о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ“ онъ представляетъ, какъ диссертацию для соисканія степени доктора медицины.

---



