

Из кожно-венерологической клиники Казанского гос. мед. ин-та
(директор проф. И. Н. Олесов).

Случай околосуставных узлов „Lutz-Ieanselm“.

Г. Г. Кондратьев.

Впервые это заболевание было отмечено Lutz'em (1891), наблюдавшим его среди жителей Сандвичевых островов. Ieanselmé наблюдал его у туземцев в Индо-Китае и описал под названием „Nodosites juxta articulaires“. До 1920 г. последнее считалось заболеванием исключительно тропических стран. Все описанные до 1920 г. случаи касались почти исключительно туземцев и лишь в отдельных случаях европейцев, долгое время живущих в тропиках (2 сл. Steiner'a и Brault'a) или раньше там живших (2 сл. Bournier и Bonin'a, сл. Broden и Bernard и случай Носл'я).

Затем появились сообщения о том, что „околосуставные узлы“ встречаются у европейцев, никогда не бывавших в тропиках. Были описаны случаи в Швейцарии (Queurvain), затем у французов (Gange, Argaud, Gougérot, Ieanselmé), у поляка и немца (Mjessner), у итальянца (Benedetto Spragacico), у австрийской женщины (Maloney), американки из Нью-Йорка (Goodman и William, Jackson Joung) и др.

У нас в России это заболевание наблюдали Иордан (2 сл.), Олесов (4 сл.), Фельдман, Брацлавский и Файнгольц (2 сл.), Зильберман (5 сл.), Борщевский и др.

Относительно этиологии узлов высказывались различные предположения. Одни авторы выдвигали микотическую теорию (Gange и Argaud, Fontouent), другие ставят их в связь с фрамбезией (Clapier, Mouchet и др.), третьи считают, что эти узлы сифилитической природы (Gross, Bournier и др.).

В 1934 году нами наблюдался случай „околосуставных узлов“ в Казани. Это первый случай, отмеченный по Татарии. Кроме того, интерес нашего случая заключается в следующем: первое — он подтверждает сифилитическую природу этих узлов, второе — несмотря на активный бугорковый сифилид RW остается отрицательной.

Описание нашего случая.

Больная К., 38 л., русская, замужняя, домохозяйка, уроженка г. Чистополя Татарской Республики. С 8 ми лет безвыездно живет в Казани.

Замуж вышла в 1917 г. (21 года). Имела 5 беременностей, из них 2 искусственных аборта. В живых 3 детей. Б-ая 14 л., перенесла дифтерию. Спиртные напитки не пьет, не курит. Отец умер 38 л. от тbc, мать жива — 75 л.

У больной в 1924 г. появилась сыпь в области левого коленного сустава и правого локтевого сустава. Сыпь держалась в течение 2-х лет, после чего прошла без лечения, оставив рубцы. Аналогичная сыпь у больной появилась 2 года тому назад; сначала на локтях, затем на туловище. В то же время б-я заметила подкожные узлы в области локтевых суставов, размером в горошину, которые постепенно увеличивались и были безболезненны. Эти явления не проходили в течение 2-х лет. Год тому назад больная обратилась к специалисту венерологу в Казани и им была направлена на RW. Исследование крови на RW 22/VIII 1933 г. дало отрицательный результат, диагноз остался невыясненным и больная не стала лечиться. 26/VIII 34 г. б-ная обратилась в кожно-венерическую клинику медицинского ин-та, где и был поставлен диагноз.

Больная среднего роста, астенического телосложения, с слабо развитой подкожной клетчаткой. Поражение локализуется на коже туловища и в области локтевых суставов. На спине — в области поясницы, в области правой лопатки, в области правого плечевого сустава и на разгибательной поверхности обоих локтевых суставов имеются многочисленные элементы бугоркового характера. Бугорки темнокрасного цвета, размером с горошину, довольно резко возвышаются над уровнем окружающей кожи. Отдельные бугорки на своей по-

верхности имеют чешуйки или корочки. Ряд бугорков находится в стадии обратного развития. На месте бывших бугорков остались атрофические рубцы, глубокие, матовые, резко ограниченные, расположенные или фокусно или сливаясь дают фестончатые границы. На разгибательной поверхности левого коленного сустава имеются рубцы такого же характера.



В области обоих локтей, на 2—3 см. ниже олекранон почти симметрично располагаются по одному подкожному узлу, которые имеют одинаковый характер: безболезненны, плотнохрящевой консистенции, не спаяны с подлежащей тканью и кожей, подвижны. Узлы на правом локте достигают величины воложского ореха, на левом—чуть меньше.

Со стороны внутренних органов заметных отклонений не замечается. При рентгеноскопии внутренних органов отклонений от нормы также не обнаружено.

Со стороны нервной системы отмечается неврастения. Реакция Вассермана, многократно проделанная, отрицательна.

Гистологическое исследование узлов не могло быть произведено вследствие отказа больной от биопсии.

Больная лечилась у нас амбулаторно. За 1½ мес. получила 20 инъекций биохиноля по 2 к. с. через день и 8 вливаний Novarsenol'a.

После полного курса лечения подкожные узлы на локтях рассосались, оставив небольшое уплотнение, бугорковая сыпь развилась обратно, оставив местами буроватую пигментацию и рубцы.

Прекрасный результат специфического лечения доказывает, что мы имели случай бугоркового сифилида в комбинации с узлами, известными в дерматологии под названием *Nodosiles juxta articulares Lutz-leanselm'a*.