

Из Нервной клиники Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (директор клиники проф. И. И. Русецкий).

Случай болезни Кальве (остеохондропатия тела позвонка).

Е. Э. Андреева.

Остеохондропатия тела позвонка является редким заболеванием в клинической практике как ортопедов, так и невропатологов.

В литературе описано небольшое число случаев и лишь у детей.

Наш случай представляет не только казуистическую ценность, но и практический интерес как в смысле ранней диагностики, так и рациональной терапии. Особенностью случая является его комбинация с Lues'ом и осложнения в форме компрессионного синдрома.

Больная К., 36 лет, дом. хоз. Второй раз замужем. От первого брака было двое детей. От второго детей нет.

Года через 2—3 после второго замужества у больной появилась alopecia areata. Ничем не болела, кроме оспы в детстве. L. стрицает.

Считает себя больной с осени 1932 г. Поднимая ведро с водой на плиту, почувствовала хруст между лопаток. С этих пор стала болеть правая лопатка, а месяца через четыре—межлопаточная область позвоночника. Это явление усиливалось. Больная много раз обращалась к медицинской помощи, ставились различные диагнозы, как-то: невралгия, неврастения, ревматизм и т. п. Лечилась безрезультатно. Несмотря на боли, усиливающиеся при кашле, чихании, и уже имеющееся кифотическое искривление позвоночника, по словам больной, она продолжала нести различную физическую работу. Осенью 1933 г. был сделан рентгеновский снимок позвоночника в передне-заднем положении со следующим заключением: умеренная деформация межпозвоночных пластинок и прилежащих поверхностей нижнегрудных позвонков. Сколиоз поясничного отдела.

С этим снимком больная направилась в участковую больницу, где был поставлен диагноз туберкулезного спондилита и предложено лечь в больницу. В это время боль настолько усилилась, что даже вызывалась легким прикосновением халата.

Было сделано вытяжение. На пятый день почувствовала тяжесть в правой ноге, которая вскоре отнялась. Через три дня то же произошло с левой ногой. Наступило недержание мочи, отек ног и живота, задержка menses и, наконец, появился пролежень на крестце.

Четыре месяца пролежала больная на вытяжении. За это время в левой ноге было временное улучшение—появилось движение в коленном суставе, затем исчезнувшее. Кифотическое искривление выпрямилось, боли почти прекратились.

Из больницы больная была направлена в туберкулезный санаторий. Диагноз туберкулезного спондилита там не был подтвержден. Кровь на RW дала положительный результат. Поставлен диагноз Spondylitis luica (ex juvantibus). Рентгеновский же снимок был трактован так: компрессия D-позвонка, резкие деструктивные его изменения, исчезновение межпозвоночного хряща между D₂ и D₃, отсутствие разражения, петрификация. Провела курс лечения Hydr. salicyl. При выписке отмечено улучшение.

Из санатория была переведена в жел.-дор больницу. Там повторное исследование крови на RW и р. Kahna дало 4+. Проведен курс специфической терапии. За время пребывания в жел.-дор. больнице появились небольшие движения в коленном и голеностопном суставах левой ноги. Стало возможно самостоятельное повертывание на левый бок. Отечность уменьшилась, имевшееся расстройство чувствительности до D_2 стало проясняться.

Поступила к нам в клинику 5/X 1934 г. с явлениями выраженного парапареза нижних конечностей с элементами Броун-Секаровского синдрома.

Больная правильного телосложения, хорошо упитана. Со стороны позвоночника видимых изменений не было. При пальпации в области D_3 ощущалось вдавление и отмечалась болезненность. Со стороны внутренних органов отклонений не было. Имелись незначительные движения в пальцах и коленном суставе левой ноги, в правой движения отсутствовали. В сгибательных мышцах ног была спастическая контрактура: голень пассивно приводилась к бедру лишь до прямого угла. Пассивные движения в голеностопных суставах были ограничены. Стопы отвисали. Сухожильные рефлексы на нижних конечностях были живые; кожные ослаблены больше справа. Наблюдались колебания в состоянии брюшных рефлексов. Из патологических р. имелся с. Бабинского. Защитные р. вызывались на уклады. Чувствительность была расстроена до D_3 по типу Броун-Секара: на фоне спинальной параанестезии наблюдалось нарушение болевой и термической чувствительности больше слева. Со стороны тазовых органов—retentio urinae. За период пребывания в клинике отмечалось колебание симптомов.

Мы видим, что динамика развития данного заболевания складывается из триады симптомов, характерных для поперечного миелита от сдавления.

За имеющийся здесь миелит от сдавления спинного мозга, вызванный грубой тракцией измененного позвонка, говорит и рентгеновский снимок, сделанный повторно в боковом положении, и данные исследования спинно-мозговой жидкости, в которой имелаась характерная для сдавления глобулино-цитологическая диссоциация (увеличение белка без увеличения клеточных элементов). RW в ликворе отрицательна. Место поражения позвоночника соответствовало границе расстройства чувствительности и наблюдавшимся в начале корешковым болям.

Остается выяснить природу поражения позвоночника. В этом может помочь рентгенодиагностика. Дифференцировать придется между предполагаемыми туберкулезным и сифилитическим спондилитами и остеохондропатией (на основании данных последней рентгенограммы).

Положительная же Вассермановская реакция, повидимому, есть лишь случайное совпадение.

Диагноз в нашем случае был поставлен кафедрой рентгенологии ГИДУВ'а доц. Д. Е. Гольдштейном и ассистентом кафедры ортопедии Л. И. Шулуто.

Причиной первоначально неправильно поставленного клинического диагноза является недостаточно серьезный разбор-анализ рентгенограммы. Данное описание снимка не соответствует действительно имеющейся картине и не подходит ни к одному из вышеуказанных заболеваний. Кроме того, при заболевании шейного и грудного отдела позвоночника нельзя делать выводов на основании лишь одного передне-заднего снимка, необходимо иметь и боковой, тем более в сомнительном, спорном случае. Прибегать к вытяжению можно лишь тогда, когда диагноз уже твердо установлен. В данном случае поспешное, непродуманное применение этого способа, в силу создавшихся специфических условий заболевания, вызвало

тяжелые последствия—сдавление спинного мозга с последующей парализацией. Примененное же во-время правильное лечение могло привести к более благоприятному исходу, так как остеохондропатия, как уже говорилось, является доброкачественным заболеванием. Хотя и небольшой материал указывает на возможно конечное восстановление тела пораженного позвонка.

Из терапевтического отделения (заведующий А. А. Абрамзон) больницы „Красный текстильщик“ в г. Серпухове (главный врач В. С. Фриновский).

К прижизненной диагностике сердечных аневризм.

А. А. Абрамзон.

В результате успехов советской медицины и широкого распространения рентгеновской методики, прижизненный диагноз аневризмы сердца становится доступным и терапевтам районов. Приводим случай, имевший место в нашей больнице.

13 октября 1935 г. в терапевтическое отделение поступил больной А-ков И. А., 48 лет. Он жаловался на постоянную болезненность в области сердца, сильную одышку при ходьбе. Когда поднимается в гору, „на каждой лавочке приходится присаживаться“. За последнее время ослаб и похудел. Боли в области сердца, сердцебиение, одышка беспокоят больного уже около 3-х лет. В последнее время работать становится тяжело—так плохо себя чувствует. Кратковременных приступов сильных болей слева в груди, отдающих в руку, так же как и сильных болей в области грудины, которые бы задерживались на часы или дни, больной, несмотря на тщательные расспросы, не вспоминает. Один раз будто бы с ним был какой-то припадок, выразившийся в потере сознания, но болей не было. Лет 30 тому назад сильно болели суставы, не мог ходить, но они не опухали. Лечился дома. В 1920 г. перенес сыпной тиф. Венерические заболевания отрицает. Курит. Изредка выпивает. Женат. Детей нет. С 16 лет работает на текстильных фабриках, в последние годы в качестве нашивальщика.

Больной ниже среднего роста, худощав и бледен. В 6-ом межреберье, на 2 пальца левее соска виден сильно приподнимающийся верхушечный толчок. Выше толчка, в 5-ом межреберье заметно систолическое втягивание. Толчок силен и вполне может быть назван *choq en dôme*. Правая граница относит. тупости—на 1½ пальца правее *I. sternalis dextrae*, левая на 2 пальца левее соска. Верхняя—норма. Тоны глухие. У верхушки и кнутри от нее—явственный шум трения перикарда. После небольшого физического напряжения появляется чуть слышный систолический шум. Пульс с редкими экстрасистолами. Кровяное давление 125/80. Со стороны легких и органов живота—ничего заслуживающего быть отмеченным.

Кровь: L.—9000, S.—38%, St.—3%, Ly.—50%, Mon.—9%. В моче следы белка. Осадок—норма. RW—отрицательна, реакция Кана—также.

Рентгеновское исследование дало следующее; Расширение сердечной тени влево было громадным, причем сердечная тень, как и в случае *Fogel'я*, была не трех, а четырехугольной. Правая часть сердца была как бы придатком левой (подобное соотношение отмечено и в двух случаях проф. Плетнева). Верхний край левого отдела отходил совершенно перпендикулярно от тени несколько расширенного сосудистого пучка, причем самая наружная часть левого отдела немного приподнималась во время опускания более внутренней части его. Получались своего рода качели, но это было не резко выражено. Левый нисходящий край сердечной тени удивлял, наоборот, почти полным отсутствием пульсации.