

Из клиники нервных болезней Самаркандского медицинского института
(директор проф. И. Я. Чураев).

Об одном синдроме эпидемического энцефалита.

Асс. Г. Я. Пальянц.

Кроль в своей общеизвестной книге „Невропатологические синдромы“ говорит: „чем основательнее мы знакомимся с болезнями, тем более мы убеждаемся в том, что типическая картина болезни, которая вела к выделению данной нозологической группы, встречается много реже, чем не типическая“. В качестве примера он указывает и на эпидемический энцефалит. Эта сравнительно новая нозологическая единица до сих пор еще не имеет своего исчерпывающего описания; поэтому очень часто мы встречаемся с новыми симптомами и комбинациями симптомов этого заболевания. С этой точки зрения известный интерес представляет наш случай.

Больной Д-ов М., 14 лет, поступил в клинику с жалобами на произвольные движения в верхних конечностях, особенно слева, на подергивания головы. Родился в срок. В раннем детском возрасте болел малярией, корью и повторными желудочно-кишечными расстройствами. Мальчик по натуре был живым, подвижным, учился хорошо, занимался физкультурой. С 1933 по 1934 г. были рецидивы малярийных приступов. В июле 1932 г. больной упал с грузовой автомашины головой вниз, после чего в течение 20—30 минут был без сознания, было кровотечение из носа и ушей. Через час после возвращения сознания самостоятельно уехал обратно к родителям. Вечером была высокая температура, коматозное состояние. В мае 1935 г. товарищи столкнули больного с высокого обрыва, он упал, ударившись грудью о проволоку, а затем о землю. Сильно ушибся, на 10—15 минут потерял сознание. Больной и его родители затрудняются точно указать, когда началось настоящее заболевание. В 1933 г. у мальчика появилась сонливость, затем слюнотечение и общая слабость. В 1934 г. сам начал отмечать произвольные движения, а за последние 3—4 месяца также тугоподвижность конечностей. Появилась слабость памяти, склонность к фантазированию, вечерами—двоение в глазах. В таком состоянии больной поступил в клинику.

Больной астенического типа, с пониженным питанием, бледными кожными покровами. Изменения в области черепномозговых нервов выражаются: двоением в глазах, маятникообразными движениями глазных яблок в горизонтальном направлении при взгляде направо, наступающими временами судорожными сокращениями жевательных мышц и маскообразной мимикой.

Движения в области спинномозговой иннервации: отмечается нерезко выраженный тетрапарез, слабость на левой стороне выражена больше. Предоставленный самому себе больной левую руку держит всегда на затылке, а правую у носа. Эта вынужденная установка иногда настолько прочна, что при исследовании не удается при самом большом напряжении оторвать левую руку от затылка.

Больной не может оставаться в одной и той же позе из-за насильственных и атетодных движений. Для того, чтобы ослабить судорожные явления, он прибегает к различного рода приемам: складывает пальцы рук в „замок“, зубами захватывает складку халата и держится за нее. При волнениях гиперкинез усиливается. Пальцы рук во время гиперкинеза принимают самые причудливые расположения.

В лежачем положении, если левую руку положить ладонью вниз, а затем приподнять на 1—1½ см, она тотчас же в насильственном порядке поднимается кверху до вертикали; при опоре на локоть насильственное движение ограничивается сгибанием в локтевом суставе. Остановить судорожное сгибание невозможно. Такое насильственное движение возникает неизбежно и в том случае, если рука отводится от туловища по горизонтальной плоскости на 5—10 и больше градусов. Слабо выраженные атетодидные движения отмечаются также и в пальцах нижней конечности. Особый характер гиперкинез носит в левом яичке, которое движется аритмически с небольшими паузами снизу вверх. Симптом Ромберга отрицательный.

Состояние динамической координации, ввиду наличия гиперкинезов, не могло быть исследовано.

Постоянное общее двигательное возбуждение заметно усиливается по ночам, сопровождаясь бессонницей.

Сухожильные рефлексы на верхних и нижних конечностях повышены. Клоунос стоп с обеих сторон.

Брюшные рефлексы живые, рефлекс с кремастера живой, зона его расширена вверх до пупка, вниз до колен. Подошвенный рефлекс иногда вызывается в форме рефлекса Барракера, иногда удается получить непостоянный с. Бабинского. Слева также нерезко выраженные и непостоянные рефлексы Россолимо и Чураева.

В синдроме нашего случая имеется редкий симптом противодержания. При всяких попытках пассивного движения в суставах конечностей возникает неопределимое сопротивление в мышцах-антагонистах. Напряжение мышечного тонуса исчезает тотчас же, как только исследующий убирает свои руки от кожных покровов больного.

В чувствующей сфере—временами боли в кисти, в предплечье и в нижней трети двуглавой мышцы слева. При надавливании отмечаются болевые точки в области сосцевидного отростка и теменной области слева. Временами удается отметить повышение поверхностных видов чувствительности в различных частях тела.

Со стороны тазовых органов явления сексуального возбуждения, служащие предметом жалоб больного.

Больной отмечает быструю утомляемость при чтении. Речь больного глуха, монотонна, спотыкающаяся, плохо артикулирована.

Со стороны интеллекта умеренная отсталость; отмечается склонность к фантазированию. Например, рассказывает, что он долго был среди беспризорников, имел различные приключения и т. п. При проверке оказывается, что все это—выдумки. Фантазирует иногда и на сексуальные темы. Во лжи быстро сознается, о причине говорит, что „так веселее“, „охота наврать“. Жалуется на слабость памяти. Временами—возбужденное состояние; вспыльчив, эмотивен, навязчив, часто по ничтожным поводам смеется.

Внутренние органы без особых изменений. Кровь: Hb 70%, эритроц. 3950000, цв. пок.—0,8, лейкоцитов 6000; формула: палочковидн. 1%, сегмент. 54%, лимфоцит. 40%, моноцит. 5%; паразитов малярии в крови нет.

На рентгенограмме черепа Fracturae cranii.

Течение: больной находился в клинике нервных болезней с 19/XI по 25/XII 1935 г. Лечение проводилось по Фроменту (инъекции инсулина 5—6 единиц 2 раза в день и скополамина 1 раз в день по 0,003).

В результате лечения все проявления заболевания в значительной степени уменьшились. Гиперкинезы и насильственные движения остаются, но в ослабленном виде; то же положение с симптомом противодержания.

Сонливость, нарушение ритма сна, слюнотечение, двоение в глазах, характерный гиперкинез с вынужденными установками, прогрессирующий характер заболевания дают достаточные основания для диагноза эпидемического энцефалита. Тяжелая травма черепа служила, повидимому, толчком к усилению заболевания или к его возникновению.

Своеобразные вынужденные установочки и насильственные движения в левой руке, не часто отмечаемый в клинике симптом

противодействия в мускулатуре конечностей, аритмический гиперкинез яичка и благоприятный эффект лечения по Фроменту делают случай незаурядным, что и дало нам основание к его описанию.

Поступила в ред. 25/VI 1936 г. Самарканд, ул. Розы Люксембург, д. 45, кв. 3

Из Беловской больницы (Кузбасс).

Случай спонтанного разрыва селезенки¹⁾.

Б. У. Каменорович.

В работе Лядского приводится статистика Воля, который к 1928 г. собрал 27 случаев спонтанного разрыва селезенки при различных острых инфекциях; он же приводит материал проф. Финкельштейна в 100 с лишним спленектомий в малярийной местности, среди которых только один случай спонтанного разрыва малярийной селезенки.

Сравнительная редкость самопроизвольных разрывов является, очевидно, причиной слабого освещения в русских руководствах вопроса диагностики и симптоматологии указанного страдания.

Просматривая литературу по этому вопросу видно, что распознавание разрывов селезенки является делом весьма не легким. Значительное число случаев, независимо от причины происхождения, остается часто нераспознанным до операции. На трудность диагностики указывает целый ряд авторов, среди которых проф. Рубашев, проф. Заблудовский.

Мнение отдельных авторов (Постников), отрицающих характерные признаки для разрывов селезенки, побуждают меня описать случай спонтанного разрыва малярийной селезенки, наблюдавшийся в Беловской больнице.

Больная С-ва Ф. И., 48 лет, доставлена в хирургическое отделение 30/IV 36 г с резкими болями в области живота. Со слов больной 2 часа назад, купаясь в бане, внезапно без видимых причин почувствовала резкую боль в левом подреберьи, наступила одышка (не могла вдохнуть), через несколько минут боли утихли и больная поспешила в больницу. В больнице через 1 час снова резкие боли по всему животу, особенно слева, при всякой попытке повернуться эти боли усиливались. Из анамнеза выяснилось: болевает малярией с прошлого года, состоит на учете маляриков в поликлинике. При осмотре больная в вынужденном сидячем положении, изменить положение больной невозможно из-за появляющихся резких болей, самая незначительная перкуссия в левом подреберьи и грудной клетки по аксиллярной линии вызывает резкую болезненность. Симптом френкуса слева положительный, движения в левой лопатке тоже болезненны, температура 38,8°. В брюшной полости жидкость не определяется. Диагноз неопределенный. Через 2 часа, ввиду нарастающих явлений, предложена операция, на которую больная согласилась. Брюшная полость вскрыта под эфирным наркозом, в ней около 2 стаканов жидкой крови. При осмотре обнаружена увеличенная селезенка с явной субкапсулярной гема-

¹⁾ Доложено с демонстрацией препарата и больной на научной конференции врачей гор. Белово 14/V 1937 г.