

laminae cribrosae после контузии глаза". Рус. офт. жур. 1927. № 5—6. —16. Кац. „Повреждение органов зрения при огнестрельном ранении головы“. Рус. врач. 1915 г.—17. Глагольев. „Случай непосредственного и изолированного ранения зрительного нерва“. Вест. офт. 1912 г.

Из Клиники нервных болезней Казанского гос. университета. (И. д. Директора—доцент И. С. Алуф).

К казуистике общей нервной алопеции¹⁾.

Ординатора Н. И. Федорова.

Случаи общих нервных алопеций очень редки, этиология их недостаточно ясна. Мы приводим два случая, имеющие значительный интерес.

Случай 1. М. В., 56 л., татарин, сапожник. Женат 2-й раз. Из 6 детей от первой жены жив один, остальные умерли в раннем детстве от инфекционных заболеваний. Рос и развивался нормально. Умеренный алкоголизм. Луес отрицает. Сыпной тиф в 1921 г. В 1927 г. среди полного здоровья у больного появился сильный шум в голове и боль в затылке. Расстроился сон. Спал в это время часа по 2—3 в сутки. Жара не отмечал. Работу не бросал. Шум в голове держался около 3-х недель. В конце 3 недели, перед исчезновением шума, в области кожи головы он почувствовал „чес“, и волосы стали выпадать прядями. От солидной шевелюры за три дня не осталось ни одного волоса. Одновременно, его длинные усы легко выдергивались. Ранее сбритая борода не выросла. Выпали ресницы и брови. Исчезли волосы под мышками и на лобке. Все это произошло в течение 3-х дней. Через 3 недели от начала заболевания шум в голове исчез и больше не возобновлялся. Сон стал нормальным. Волосы же до сих пор не выросли.

Одновременно с выпадением волос больной стал замечать и изменение ногтей. Они коробились, были „как бы сожженные“ и трескались. Изменение ногтей больной отмечал на протяжении полутора лет. Лечения никакого не применял.

Вскоре после выпадения волос больной стал замечать тикообразное, периодическое наступающее подергивание в части мимической мускулатуры лица слева. Появилась общая зябкость и ослабление полового чувства.

Объективное исследование: телосложение мускулярно-астеническое, без признаков дисплазии. Лицо со слабой мимикой, выглядит евнуховидным. Кожа тонкая, несколько сухая. На всем теле нет ни одного волоса (в том числе бровей и ресниц). Нет и пушковых волос. Подкожная клетчатка развита умеренно. Ногти мягкие, один из них с трещиной, на туловище и на правом бедре ряд светло-коричневых пятнышек. Радужки выцветшие, причем правая радужка заметно темнее (по словам больного до болезни он имел темные глаза и изменение радужки заметил сам). Легкая анизиокория. Зрачковые рефлексы вяловатые. Периодическое подергивание в части мимической мускулатуры лица слева. Глазное дно N. Незначительное ослабление слуха. В щитовидной железе ряд узелков твердой консистенции. Testes N. Рефлексы: Д—А—6(50); Sol.—6(54); Ortostat. 0(54); Erb + 6(60) + 6. Красный дермографизм (местный и спинно-мозговой) вял при слабой рефлекторной реакции, Белый дерм. N; пиломот. N. Адреналиновая и пилокарпиновая пробы показали вялую реакцию. Потливость на термическое раздражение обильная. Аспириновая проба дала отрицательный результат. Артериосклероз. Кров. давл. 160/90. Моча N; кровь: S = 48%, St 2%, Eos. 1%, L. 44%. Mon, 5%; R.W. в крови отриц.

Случай 2. Б. А., 17 лет, девушка, крестьянка, татарка. Обратилась в клинику с жалобой на полное выпадение волос, наступившее у ней в 7-летнем возрасте. По словам больной и ее родственника, волосы выпали после тяжелой инфекционной болезни, которую сельский врач определил как тиф. Больная отмечает, что в продолжение нескольких месяцев после перенесенного заболевания волосы выпадали постепенно. Грибкового поражения волос не было. В настоящее время кожа головы гладкая, блестящая. На затылке всего один черный волос дли-

¹⁾ Доложено в засед. С-ва невроп. и псих. при Каз. унив. 28 мая 1930 г.

ной в 8 ст. Левая бровь отсутствует. Справа несколько коротких волос на внутренней части брови. Ресниц на правом нижнем веке нет. Ресницы верхних век редкие и короткие. Еще более короткие и редкие на нижнем левом веке. В правой подмышечной впадине волосы есть, в левой отсутствуют. Клок волос в средней части лобка. Пушковые волосы на лице и редкие на руках. На ногах их нет.

Кожа несколько суха. Подкожная клетчатка развита с обильным отложением в грудных железах и на бедрах. Menses с 15 л., по 3 дня, скудны, без болей; рефлексы: A — 0(90); Sol. 0(90) Ortost. + 12(84). Демограф. реакция вяловатая.

Как во втором, так, в особенности, и в первом случае выступает на первый план общая алопеция, которой предшествовали в первом случае шум в голове и расстройство сна, а во втором—тяжелое инфекционное заболевание.

Какова природа этого процесса?

Вообще, помимо грибковых заболеваний волос, выпадение волос мы наблюдаем при эндокринно-вегетативных и вегетативных заболеваниях, а также в течение некоторых инфекций. Так, при микседеме, эндемическом зобе, кретинизме, Адиссоновой болезни, адипозо-генитальной дистрофии, евнухизме волосяной покров нарушается резко, но при этих заболеваниях нет общей алопеции, и выпадение волос—лишь один из второстепенных симптомов в общей картине эндокринно-вегетативных дистрофий.

С другой стороны, при поражении периферического вегетативного аппарата, алопеция наступает лишь на ограниченном участке. При тяжелых повреждениях нервов наступает „гипотрихоз или атрихоз“ (Müller). Но и здесь, как указывает Förster, „гипотрихоз или атрихоз встречаются наряду с другими изменениями участка, преимущественно вегетативными“.

Также известно, что поражение симпатических узлов влечет за собой ограниченный атрихоз или гипотрихоз. При экстирпации шейного узла (опыты Мах'a Joseph'a) наряду с с. Hörner'a, периферическими сосудистыми изменениями, изменением цвета радужки, наблюдали выпадение волос, бровей и ресниц (Müller). Тоже наблюдается при прогрессивной гемиатрофии лица (Müller). Изменение ногтей обычно при повреждении периферического нейрона.

Шлезингер отмечает местную алопецию при глиозах спинного мозга. Аналогичные случаи приводят Черни и Гейнисман (кл. проф. Миньковского). Но и в этих случаях повреждение вегетативных клеток симпатических узлов и спинного мозга дает синдром, в котором алопеция также отступает на второй план перед другими трофическими расстройствами.

Немногочисленные в литературе случаи общей алопеции описаны частично под названием „тотальной травматической нервной алопеции“. Они наступали остро, после серьезных военных контузий, а также после взрывов, повлекших за собой контузию (случай Bretschneider'a и Fridrich'a). Описавшие их авторы придают большое значение в происхождении общей алопеции психическому шоку. Но при наличии серьезных контузионных травм (отбрасывание на 2 м. на землю, потеря сознания и речи на короткое время—случай Bretschneider'a) правильнее предположить наличие структурных изменений в центрах в. н. с.

Особняком стоят 2 случая общей алопеции, описанные Sterling'ом. Здесь острое выпадение волос наступило после продромальных явлений в форме головных болей и шума („гула“) в голове. Вначале волосы вы-

падали пучками на голове, а затем наступила депиляция всех других волосистых частей тела. Позднее присоединилось изменение ногтей. Наблюдались вазомоторные расстройства—асфиксия рук и ног. Оба субъекта обладали ясными признаками плюригландулярной недостаточности. Автор считает, что под влиянием псих. шока, на фоне плюригландулярной недостаточности, выявился этот симптом (цит. по реферату Н. Ф.). Мы не склонны и в этих случаях приписывать псих. шоку роль прямого агента алопеции, тем более, что ей предшествовали длительные продромальные явления.

Опубликованы также случаи врожденной общей алопеции (Бушке и Joseíson). Авторы объясняют наступление ее внутриутробной интоксикацией.

Роль интоксикации в вызывании алопеции доказана работами Бушке и его учеников при отравлении крыс таллием. Получив при отравлении у крыс целый ряд изменений в вегетативной нервной системе и в железах внутренней секреции, Бушке пришел к выводу, „что путь действия таллия идет через эндокринно-вегетативную систему, в связи с которой стоят все нарушения, вызванные в организме таллием, в том числе и алопеция. Осложнения, которые наблюдали на людях при вызывании таллиевой алопеции, были также преимущественно со стороны в. н. с. (сердцебиение, запоры, ахилия, вздутия живота). Спонтанное потоотделение понижалось, термическое повышалось (Богданович и Ляшко).

Вопрос о месте первичного поражения при общей алопеции остается еще невыясненным. Вышеприведенный наш первый случай дает в этом отношении некоторые указания на заинтересованность больших ядер основания мозга (тик) в гипоталамической области (расстройство сна). Сочетание общей нервной алопеции с этими симптомами имеет несомненное значение и придает этому нашему случаю, на наш взгляд, значительный интерес.

Второй случай наступил у больной в течение тифа, наличие же продромальных явлений и течение заставляют думать об инфекционном процессе и в первом случае. В первом случае расстройство сна, некоторая амимия лица больного дают право поставить вопрос о том, не имеем ли мы здесь особую форму эпидемического энцефалита. Laignel-Lavastine, например, описывает вегетативную форму эпид. энцефалита, правда при других ясных признаках этой болезни.

Итак, помимо травматической и интоксикационной общей алопеции, могут быть случаи инфекционной природы. Во всех случаях поражение, видимо, локализуется первично в центрах в. н. с. и обнаруживает вегетативно-эндокринный синдром, в котором алопеция является главенствующим симптомом.

Литература 1) Bretschneider J. *Ärztl. sachverst. Ztg.* 21 (3) 29.— 2) Sterling W. *Zschr. f. d. ges. Neur.* 34 (1/2) 130.—3) Joseíson A. *Arch. f. Derm.* 123 (1) 139.—4) Fischl Friedrich. *W. m. W.* 67 (5).—5) Buschke. *Arch. f. D.* Bd. III. H. 2. (Jahresbericht. N. und Psych. 1911).—6) Buschke, Langer, Schayer. *M. m. W.* № 20, 14/V 1926.—7) Бушке, Ж. венер. и дермат., № 4, 1926.—8) Богданович и Ляшко. *Врачебное дело*, № 4, 1928 г.—9) Müller. *Das Lebensnervensystem.*—10) *Die Syringomyelie* (монография). 1902.

Из Кожно-венерической клиники Казанского гос. института для усов. врачей им. В. И. Ленина (Вр. зав. кафедрой прив.-доц. С. Я. Голосовкер, консультант—проф. М. С. Пильнов).

К вопросу о значении реакции Каһп'а в серодиагностике сифилуса ¹⁾.

А. М. Лейзеровского.

Затруднения в постановке реакции Вассермана: многочисленность ингредиентов, сложность их изготовления и определения их дозировки, необходимость содержания экспериментальных животных, непостоянство отдельных элементов (комплемента, бараньи эритроциты) выдвинули, начиная с 1918 года, для серодиагностики сифилуса много осадочных реакций или иначе реакций флукюляции: реакции С. Вруска, Sachs-Georgi, С. Meinicke, Каһп'а и друг. Относительно осадочных реакций S. G. ²⁾ и С. Meinicke необходимо отметить, что хотя они качественно и хороши, все же вследствие их сложности являются мало доступными для внедрения в периферические лаборатории. Реакция Каһп'а является в этом отношении более простой и удобной; вначале она была предложена в качестве нехолестериновой (неускоренной реакции), а в 1923 г. — видоизменена автором в ускоренную реакцию. Особой популярностью R. K. ³⁾ пользуется в Америке, где в 1925 году Морской департамент предложил считать ее во флоте стандартной, причем остальные серологические реакции должны рассматриваться как дополнение к ней. R. K. в Штате Мичиган тоже является единственной официальной.

Проверяя означенную реакцию параллельно с R. W. ³⁾ Osmond и Clein (500 сывороток) и Young (5080 сывороток) нашли, что R. W. надо проверять R. K., так как при несовпадении их последняя оказалась наиболее чувствительной. Благоприятные результаты о R. K. приводят также английские, французские, венгерские, шведские, датские и др. авторы и говорят, что эта реакция специфична, чувствительнее R. W. (Mond, Keim, Wilf), процент совпадений с R. W. от 84 до 98. Из русских авторов R. K. изучали Вержиковский (1896 сыворот.), Шехтер и Базилевский (1000 сыворот.), Ширвиндт (6566 сыворот.), Коростелев, Орлов (1000 сывороток), Финкельштейн, Аристова и Кацян на очень большом материале (60.000 сыворот.) и другие авторы. Процент совпадений R. W. и R. K. по данным этих авторов колеблется от 87 до 95,6; причем все эти авторы отмечают высокую чувствительность и специфичность R. K. (по Финкельштейну и Аристовой процент совпадений R. K. с клинкой—99,3%). К этому следует прибавить, что R. K. технически проста, быстро и точно регистрируется.

В нашей клинике мы ставили ускоренную R. K. наряду с R. W. и S. G. на материале в 892 сыворотки от больных как нашей, так и других клиник Института. Антиген для реакции и его титрование мы

¹⁾ Доложено в кожно-венерической секции Об-ва врачей при Казанском госуд. университете 20/IV 1930 года.

²⁾ S. G.—реакция Закс-Георги. R. K.—реакция Каһп'а.

³⁾ R. W.—реакция Вассермана.