

Отдел III. Из практики.

Из клиники нервных болезней Астраханского государственного медицинского института.

К клинике церебро-спинального люэса.

Врем. зав. каф. А. И. Шейман.

В нашей клинике пришлось нам наблюдать больную с церебро-спинальным сифилисом с необычными проявлениями. У больной т. наз. триада Шарко была настолько выражена, что больная поступила в клинику с диагнозом „множественный склероз“.

Б-ая Л. С. С., 50-лет, домохозяйка, поступила в клинику нервных болезней 15-го января 1932 г. с жалобами на слабость и неловкость в руках и ногах и затрудненную речь.

Отец был алкоголиком, умер 37-лет от туберкулеза. Мать умерла 45 лет от холеры. У матери было 11 ч. детей, в живых осталось 2-е, остальные умерли в разных возрастах и причины их смерти б-ая не знает. Душевные болезни и сифилис в семье отрицает. Б-ая уроженка Саратовской губ. Родилась в срок, ходить и говорить начала к году. В школе не училась. Мензес появились 17 лет, шли по 7 дней и очень сильно. Замуж вышла 17 лет, имела 5 чел. детей. Выкидышей и мертворожденных не было. Четверо детей умерли: дочь от туберкулеза и трое-в раннем детстве, причины их смерти б-ая не знает. После последних родов страдала заболеванием матки, во время которого шесть недель лежала с высокой температурой. В 1925 г. б-ая перенесла малярию. В 1927 г. —воспаление почек, воспаление яичников и сильное кровотечение во время климакса в 1920 г.

Анамнез настоящего заболевания. М-цев 5 тому назад появились судороги в икроножных мышцах, лечилась амбулаторно различными растираниями и почувствовала себя лучше. Осенью тонула, после чего судороги возобновились, гл. образом, по ночам, постепенно появилась слабость в ногах, стало покачивать и последние 1½ м-ца ходила с палкой и к этому времени стала затрудняться речь и появилось дрожание в руках, с каковыми явлениями б-ая поступила в клинику.

Status praesens. Б-ая среднего роста. Подкожный жировой слой развит удовлетворительно. Кожа и слизистые окрашены нормально. Лимфатические железы не увеличены. Костный скелет уклонений не представляет. Сознание ясное. Головные боли и постоянные головокружения. Интеллект понижен. Со стороны эмотивной сферы: плачет часто, настроение угнетенное. Сон удовлетворительный.

Черепно-мозговые нервы: I пара—гипсомия; II пара—зрение понижено—равно 0,2, глазное дно—неврит зрительного нерва; III пара—слева—птоз, вялая реакция на свет, нистагмодные подергивания; VI пара—справа не доводит.

Атрофий нет. Сила мышц удовлетворительная. Локомоторная атаксия верхних и нижних конечностей, резко качает сдвинутыми ногами при открытых глазах, с закрытыми глазами стоять совершенно не может. Походка пьяная и то с контролем зрения. Речь скандированная и интенционное дрожание в руках. Все виды поверхностной чувствительности—в норме. Глубокая чувствительность резко расстроена. Рефлексы со слизистых не вызываются. Брюшные—отсутствуют. Коленные—высокие, слева—выше. Ахилловы рефлексы также высокие и слева повышены. Из патологических рефлексов имеется симптом Бабинского и пальцево-болевой Гроссмана. Частые запоры. Реакция Вассермана в крови дала резкий положительный результат ++++.

Б-ной было назначено специфическое лечение без салварсана. Через 3 недели у б-ной походка исправилась, а речь улучшилась несколько раньше.

Анализируя симптомы, имеющиеся у нашей 6-ной, можно сказать, что мы имеем дело с поражением I, II, III и VI пар черепно-мозговых нервов, пирамидной системы (повышенные рефлексy, патологические рефлексy, отсутствие брюшных), интенционное дрожание, нистагмoидные подергивания и скандированная речь. Все это позволяет нам сделать заключение, что имеется поражение и в области Варолиева моста, системы волокон, идущих к мозжечку через средние ножки, или ядер в Варолиевом мосту, откуда берут начало эти волокна, передающие импульсы пирамид в мозжечек. Расстройство мышечного составного чувства надо отнести за счет поражения проприоцептивных проводников.

Из Уфимского Желдорвендиспансера.

Еще о первичной половой дифтерии девочек.

Н. А. Смородинцев.

Встретив за истекший 1931 год 9 случаев дифтерии наружных половых органов (д. н. п. о.) у девочек—1, 2 л. мы позволяем себе еще раз кратко остановиться на них. Мы не будем затрагивать вопросы диагностики и лечения, так как это нами сделано уже в другом месте. Здесь мы находим нужным привести из указанных 9 случаев 2, окончившихся летально, дабы лишний раз подчеркнуть опасность невовременного распознавания д. н. п. о., а также последствия неполноценной терапии, что, по нашему мнению, наблюдалось в этих случаях. Одновременно нам хочется указать, что вопреки мнению ряда а.а. (Груздев, Горизонтов, Клименко, Багинский и др.) о том, что д. н. п. о. не представляет редкого явления, существует обратное мнение (Шредер, Окичиц, Яшке, Кюснер, Эгис, Коршун и др.) утверждающие, что д. н. п. о.—редкое явление. Особо редкой считается первичная д. н. п. о. (Набекур, Зоненшейн, Генох и др.) В то же время мы знаем, что при фиксации внимания на возможность дифтерии при кожных заболеваниях случаи нахождения ее далеко нередки). Рейнгаardt на 200 случаев кожных заболеваний встретил д. кожи 44 раза, Эдельштейн, Гальперт на 130 случаев кожных заболеваний 35 раз нашел д. палочку. Нам пришлось за один год наблюдать 9 случаев п. д. у детей, из них 6 раз она была первичной, что давало 2,5% ко всем зарегистрированным случаям дифтерии. К этому нужно добавить, что работали мы в Венинституте, куда обращались далеко не все. Мы знаем, что большинство родителей при заболевании п. о. у девочек ведет их к гинекологу, к педиатру или же общему врачу, венерологов же во многих местах и нет и вот тут своевременная диагностика и вмешательство принесут и ребенку громадную пользу и обществу своевременной изоляцией источника заражения.

Помимо носительства д. палочки в „обычном месте“—рту и носу, мы знаем, что далеко нередки случаи носительства ее на пораженной коже.