

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, нистагмические 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 Желдорвeндиспансера.

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 невовремениого 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, Окинчиц, 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 фиксировании внимания на возможность дифтерии при кожных заболеваниях случаи нахождения ее далеко нередки). Рейнгаудт 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.

Необходимо обратить внимание на п. о. девочек. Если это будет известно широким массам врачей, в первую очередь гинекологам и педиатрам, мы убеждены, что д. п. о. девочек перестанет считаться редкостью. Весьма возможно, что станут ясными многие случаи вспышек дифтерии, где мы до сего времени не могли найти этиологической причины.

Стремление фиксировать внимание врачей на половой дифтерии девочек разрешает нам еще раз заговорить по поводу наблюдавшихся нами случаев.

Необходимо изжить, чтобы дифтерию п. о. путали с сифилисом (Маковер и Сахаров). Нельзя лечить д. п. о. ихтиолом и ванночками из марганца, нельзя запускать болезни до такого состояния, как это явствует из случаев Шаминой, Голomba, Новотельновой и др. Мы во всех областях ставим себе определенные задания. Необходимо и в области д. п. о. у девочек поставить задание—своевременная, немедленная диагностика п. д. и немедленное, разумное вмешательство.

Приведем наши случаи:

Случай 1-й. 7/VIII 31 года. Райса М-ва (ист. б. № 5771), одного года дочь рабочего. Ребенок заболел около 2-х недель назад, стал вялым, появился понос, раз десять в сутки, водянистый, зеленый. Одновременно появились жалобы на болезненность при мочеиспускании. Врачи лечили от поноса. Ребенок все более слабел. Боли при мочеиспускании усиливались, по этому поводу реб. и принесен к нам. Развит нормально, очень исхудавший, ввалившиеся глаза, кожа сухая. Много кричит. Голос афоничен. Температура 36,7, пульс учащен, правильный. Ножки слегка раздвинуты. Все время хватается руками за половые органы. При большем раздвигании ног, чему ребенок сопротивляется всеми силами, бросаются в глаза громадные отечные большие губы, резко выступающие на фоне общего исхудавания ребенка. Кожа б. губ покрыта неглубокими эрозиями и язвами, кругловатой формы, различной величины—до серебряного гривенника, с воспалительной каемкой вокруг. Большая часть этих поражений покрыта пленками серовато-зеленого цвета. Пленки сидят крепко и при желании снять—кровотечение. Ряд элементов подобного рода имеется на обоих внутренних поверхностях бедер. Железы паховые увеличены, плотны. Крайне скудное сукровичного характера отделяемое из вульвы. Промежность кое-где также покрыта вышеописанными элементами. Кожа сантиметра на 3 вокруг ануса сплошь покрыта циркулярной пленкой серовато-зеленоватого цвета, расположенной на эрозийно-язвенном основании. При раздвигании б. губ, отчего ребенок непрерывно кричит, прежде всего бросается в глаза резкая цианотичность всего видимого поля. Малые губы и отверстие уретры отечны, выворочены. Кое-где эрозии и серовато-зеленые пленки. Скудное сукровично-слизистое выделяемое из вагины. Жалоб на болезнь носоглотки нет и не было. Объективно норма. Поставлен диагноз—дифтерия вульвы и кожи, посев слизи из вульвы, кожных язв и носоглотки. Введено в толщу ягодиц 1000 единиц антидифтерийной сыворотки. Местно орошение из марганца. Предложено поместить в больницу.

9/VIII 1931 г. В слизи из вульвы и кожных язв обнаружены подозрительные на д. палочки, из носоглотки не обнаружены.

Ребенок в больницу не помещен и принесен снова на прием. Общее состояние хуже. Мочится с трудом, при этом кричит. Понос прекратился (стул нормален—говорит мать). Отечность половых органов сильнее. Пленки местами сошли. Вокруг анального отверстия пленки сошли, обнажив эрозийно-язвенную поверхность. Кожа лобка и низа живота отечна, напряжена, багровато-синеватого цвета. Выделений из половых органов больше с значительным кровавистым оттенком. Цианоз половых органов резкий, появились два элемента на коже тыла правой кисти и один на коже левого виска. Неправильной формы язвы, поверхностные, величиной до серебряного полтинника (на виске), покрыты плотно сидящей сероватой пленкой. Окружены незначительным пояском гиперемии. Сделан посев с кожных язв и вульвы. Введено в толщу ягодиц 2000 ед. ант. с. Настоятельно указано на необходимость госпитализации.

11/VIII 1931 г. В двухсуточной культуре палочки дифтерии обнаружены, в слизи из вульвы и кожных язв (анализ 1318), из зева не обнаружены.

13/VIII по наведенным справкам ребенок в больницу не поступил, послана на квартиру сестра обследовательница. Оказалось, что 11/VIII ребенок умер и к моменту обследования был похоронен.

Во дворе у мальчика 4-х лет недели за 2 до обращения девочки к нам был дифтерит, госпитализирован не был.

Случай 2-й. 18/X 31 года. Нина Л-ва, 6-ти лет (Ист. б. № 11694). Дочь рабачего. Заболела дней 7 назад. Жаловалась на сильную головную боль и резкие боли при мочеиспускании, во время которого ребенок кричал, старался реже мочиться. Стал вялым. Объективно: бледноват, температура 37,8, нервничает. Большие п. губы отечны, особенно правая с багровато-синеваой кожей. Железы паховые увеличены, плотны, слегка болезненны. При раздвигании б. губ, что вызывает крик и сопротивление, отмечается на слизистой правой б. губы язва некротическая, круглая, с ровными краями, покрыта плотно сидящей серовато-зеленоватой коркой. Общая синюшность вульвы. М. губы и отверстие уретры отечны, выворочены. Девственная плева разрушена, некротизированные остатки ее покрыты серовато-зеленоватыми пленками. На стенках вагины сероватые пленки. При желании снять пленки—кровотечение. Незначительное сукровично-слизистое выделяемое. Диагноз—дифтерийный вульво-вагинит. В носоглотке объективно норма. Нет жалоб и на бывшее заболевание. Посев из носоглотки и вульвы. Введено в толщу ягодицы—3000 ед. а. д. с. Местное подмывание и сидячие ванны с марганцем. Предложено госпитализировать. Указать, что в окружности кто-либо болен дифтерией, отец не мог.

20/X 31 г. В двухсуточной культуре в слизи из носоглотки палочки дифтерии не обнаружены. В слизи из вульвы обнаружены (а. 1792 и 1791).

Больше ребенок не показывался.

27/X 31 г. явился отец и рассказал: на следующий день после укола (сывротка) ребенок резко чувствовал улучшение. Стал свободно мочиться. Отек п. губ стал меньше и постепенно сходил на нет. Самочувствие улучшилось. 22/X появился отек всего тела (налились руки и ноги, запыли глаза). Сыпи по телу не было, на зуд дев. не жаловалась и не чесалась. Мочилась хорошо, стул был, все время резко жаловалась на боли в животе. Появились судороги в левой ноге. Жалобы, что ногу колет, затем ногу свело. Такое состояние длилось до 26/X. Затем бессознательное состояние, перестала говорить—смерть.

Клинический метод лечения малярии малыми дозами хинина.

Д-р Согомонов.

При наличии весьма ограниченного запаса хинина в стране, этого единственно верного и испытанного средства против малярии, провести полный курс лечения ее установленными методами (Нохт, Циман, Окснер, Лаверак и друг.) представляется совершенно невозможным, так как для этого потребуется большое количество хинина; в самом деле для полного курса лечения малярии по способу Бруннера необходимо затратить 45 грамм хинина, по способу Нохта—31 гр., по способу Цимана (I)—28 гр., по способу Шиллинга—26 гр., по способу Цимана (II)—20 гр., по Окснеру—14,4 и наконец по Лаверану—12 гр.

Особенность нижеприлагаемого моего метода лечения малярии заключается в том, что при нем расходуется хинина гораздо меньше, чем при вышеприведенных способах лечения малярии—всего на полный курс понадобится 10,2 гр. хинина, а что касается его лечебного эффекта, то он вполне равноценен с вышеуказанными методами: шестимесячное применение моего метода лечения малярии в заведомой мною Кабардино-Балкарской областной малярийной станции в этом меня убедило.

Мой способ лечения малярии заключается в нижеследующем:

по 0,3 хинина дают 2 раза в день утром в 7 час. утра и днем в 3 часа, так больной принимает 2 дня подряд и потом делает 3 дня перерыв; затем снова