

Случай акромегалического гигантизма подростка¹⁾.

В. А. Смирнов,

заведующий терапевтическим отделением Никольско-Уссурийской гор. больницы ДВК.

Больная Жаркова-Вокогон В. А., русская, 12 лет (проверено по метрической выписи), ученица школы при Коммуне им. Ленина была выявлена случайно в поликлинике, куда она пришла за справкой. 23-го августа была положена в горбольницу для более детального обследования.

При поступлении она жаловалась на общую слабость, головокружение и нерезкие головные боли.

Больная родилась здоровым ребенком в срок, вскармливалась грудью матери и первые годы она была полным ребенком, развитым вполне пропорционально. Из детских болезней перенесла лишь корь. Травмы головы не отмечаются. С девяти лет она стала усиленно расти и вскоре переросла своих сверстниц; усиленный рост не вызывал особых беспокойств со стороны матери и к медицинским советам по этому поводу она не обращалась. В школе учится удовлетворительно, пропусков по болезни не бывает.

Мать больной среднего роста, физически несколько истощена и кажется старше своих лет (41 год); люэс отрицается, аборт не был. Отец больной умер от случайной причины (убит бревном) в 1924 году, по словам матери он был здоровым „полным“, ниже среднего роста. Сестра больной—15 лет, ниже ее ростом, развита пропорционально.

Больная астенического телосложения, на вид немного старше своих лет. Рост стоя—167 см.; рост сидя—88 см. Вес—46 кг. Кожа бледная, подкожная клетчатка выражена недостаточно, мускулатура развита также слабо, гипотонична. Череп правильной формы, лицевая часть также значительных изменений не представляет, имеется лишь незначительный прогнатизм,—нижняя челюсть слегка выступает вперед. Зубы хорошие, посадка их правильная; постоянные верхние клыки, премоляры и моляры еще не прорезались. Язык не увеличен. Носовая перегородка искривлена влево, дыхание носовое. Шейные лимфатические железы слегка увеличены, не болезненны. Перешеек щитовидной железы прощупывается, железа не увеличена. Грудная клетка плоская, неправильной формы, окружность ее 68—70 см. Левая половина грудной кости выступает вперед. Лопатки крыловидно выстоят. Позвоночник в верхне-грудной части незначительно кифотически искривлен, в области остистых отростков 5 и 6 грудных позвонков, наоборот, имеется западение—незначительный лордоз. Надчревный угол острый. Перкуторных и аускультативных изменений в легких нет. Верхушечный толчок сердца слегка разлитой в 5-м межреберьи. Границы сердца в пределах нормы. На верхушке сердца в лежачем положении выслушивается нерезкий, систолический шум. Пульс 86 в 1', среднего наполнения и напряжения. Живот правильной формы; окружность его 64 см. Печень и селезенка не прощупываются. Со стороны почек уклонений нет. Моча—норма.

Верхние и нижние конечности непропорционально длинны. Руки в вытянутом состоянии почти касаются колен. Общая длина руки—85 см., длина плеча—34,5 см., предплечья—29 см., кисти—22,5 см. Особенно поражает своей длиной кисть, она превышает длину кисти взрослой нормально сложенной женщины на 2,5 см. Фаланги пальцев очень тонки и длинны, межфаланговые суставы значительно утолщены и полного разгибания в них не достигается. Гиперэкстензии в суставах не отмечается. Длина нижних конечностей—88 см., длина туловища—79 см., длина бедра—48 см., длина голени—39 см., стопы—26,5 см. На стопе особенно удлинены 1 и 2 пальцы.

Коленные рефлексы незначительно понижены. Зрачковые рефлексы—норма. Чувствительность нормальная. Тремора нет. Больная по характеру апатичная, вялая. Реакция Пирке слабо положительная. Р. Вассермана отрицательная. В отношении полового развития больная соответствует возрасту; menses еще нет, вторичные половые признаки слабо намечаются (незначительная ра-

¹⁾ Больная была демонстрирована в научном кружке врачей г. Никольск-Уссурийска.

стительность на genitalia). Исследование крови дало следующие результаты: Hb—70%, эритроцитоз—5.400.000. Цв. показатель—0,6, лейкоцитов—7600. Лейкоцитарная формула: эозинофил.—3%, нейтрофилов—56% (юных—4%, палочк.—5%, сегментир.—47%), лимфоцитов—36%, моноцитов—5%. РОЭ в 1 час—6 мм. Вследствие технических затруднений рентгеновский снимок сделать не удалось, просвечивание турецкого седла, костей и сердца дало следующее: „Турецкое седло значительно увеличено, углублено (деформировано?). Сердце близкое к норме. Эпифизарные линии (radialis ulnaris), едва заметны“ (заключение зав. рентг. кабинетом Ник-Уссур. поликлиники д-ра Малышева).

Больная находилась в больнице с 23/VII по 22/IX 1932 г., проделала курс мышьяковых инъекций, 2 сеанса глубокой рентгенотерапии,—это дало ей общее укрепление,—больная стала более живой, цвет кожи улучшился, на головные боли и головокружение она при выписке уже не жаловалась.

У больной Ж. главные объективные данные выявляются в отношении костного скелета: ненормальное его развитие в длину. По Гундобину и Бондыреву рост подростка девочки в 12 лет в среднем имеет 137 см. и может колебаться между 128 и 145,5 см.; таковые же данные приводит и большинство других авторов. Наш объект превышает границу нормы роста на 21,5 см., что бесспорно является уже резкой патологией роста, и в данном случае можно говорить о гигантизме. Как у всех людей гигантского роста у нашей больной ненормально велики конечности; у нормальной 12-ти летней девочки длина верхней конечности—59,4 см., длина нижней—71,3; у нашей больной эти цифры—85 и 88 см. Особенно бросается в глаза длина верхних конечностей, почти равная длине ног, что противоречит нормальным соотношениям человеческого тела. Нарушение нормальной пропорции у нее сказывается и при определении середины тела: если у нормального 12-тилетнего подростка середина тела располагается на 5—10 см. выше симфиза, то у нашей больной эта точка будет ниже симфиза на 10—12 см.

Еще больше уклоняются от нормы дистальные отделы конечностей—кисти и стопы. Ее кисть при сравнительно небольшом поперечном размере поражает своей длиной; особенно длинны и узки пальцы. Такое большое развитие периферических частей конечностей заставляет признать в данном случае гигантизм акромегалического типа. Как известно акромегалия проявляется в двух формах: первая т. н. „type en large“ взрослых, когда рост идет главным образом в ширину и вторая—т. н. „type en long“—форма подростков, когда еще не закончен период роста скелета, вследствие чего руки и стопы вытягиваются в длину. Таким образом в нашем случае имеется комбинация гигантизма с акромегалией, такие комбинации встречаются и они вошли в наиболее общепринятую классификацию гигантского роста Launois и Roy, которые подраз-



Рис. 1.

деляют все случаи гигантизма по их патогенезу на 2 вида: 1) акромегалический гигантизм, как следствие повышенной функции гипофиза (ее передней железистой доли) и 2) евнухоидный гигантизм или инфантильный гигантизм, как следствие гиперпитuitarизма на почве первичного гипогениализма.

Что в описываемом нами случае имеются резкие наслоения акромегалии, говорит и рентгеновское просвещение, давшее значительное углубление и увеличение турецкого седла. Уменьшение эпифизарной линии костей также согласуется с общей картиной акромегалии, где эпифизарные швы рано закрываются. Явления со стороны крови—гипохромная анемия, небольшой сдвиг влево и лимфоцитоз согласуются с наичаще встречающейся картиной крови при акромегалии подростков. К сожалению нам по чисто техническим соображениям (отсутствие подходящих опытных животных и чрезмерная загруженность работой) не удалось провести обследование больной на усиленную выработку у ней секрета передней доли гипофиза. Цондек и Ашгейм показали, что этот секрет вырабатывается у беременных и при акромегалии и может быть обнаружен у них в моче; путем диализа и осаждения им удалось выделить это растворимое в воде вещество, которое они назвали—„пролан“.

Это вещество при введении инфантильным сенильным животным вызывает у них усиленный рост яичников и течку, вот почему Цондек и назвал переднюю долю гипофиза—„мотором сексуальности“.

Что касается этиологии данного случая, то ввиду отсутствия реакции Вассермана и ясных признаков наследственного сифилиса, отсутствия туберкулезных явлений, инфекционный характер заболевания признать нельзя. Повидимому здесь имеется конституциональный дефект развития.

Наблюдаемый нами случай акромегалического гигантизма нельзя признать за тяжелую акромегалию, так как нет еще явлений резкой головной боли, расстройств со стороны зрения, роста лицевой части черепа, поэтому и терапевтический подход должен быть сугубо осторожным. Конечно показаний к какому-либо радикальному хирургическому вмешательству здесь нет. Больной было сделано два сеанса глубокой рентгенотерапии гипофиза, предположено еще сделать 3 или 4 сеанса. Возможно, что это в значительной степени остановит дальнейшую гиперфункцию гипофиза и явления с возрастом у больной стихнут. Но, конечно, не исключена возможность и дальнейшего прогрессирования у больной акромегалических явлений, которые, как я полагаю, вследствие почти полного зарращения эпифизарных линий, в дальнейшем пойдут по линии роста и увеличения конечностей, лица, внутренностей, не в длину, а в ширину, то есть по типу акромегалии взрослых.

Дальнейшая судьба этого подростка конечно очень интересна и больница не будет порывать связи с ней.

Наиболее дешевое и верное средство против bromidrosis pedum.

Врач Щербацкий.

Как известно *bromidrosis pedum* представляет собою тягостное и до известной степени антиобщественное страдание. Пронзительный запах вызывает отвращение у всех окружающих. а на самого носителя влияет самым угнетающим образом. Масса средств предложена против этого страдания, начиная от мазей (ung. diachylon Hebrae, ung. formalini) и высушивающих присыпок с ас. salicyl., тальком, тannoформом, амсвоформом, висмалом, висмертозой, дималом до крепких растворов ляписа (10%), резорцина и салициловой кислоты (5%) спиртные растворы, растворы формалина (10% и выше) и хромовой кислоты (5%). Все эти средства, как и соблюдение гигиенических правил (частая смена белья и чулок, частые теплые ванны с формалиновым мылом и пр.)—в своем роде очень полезны, но, надо признаться, часто очень мало действительны. Они достаточно хлопотливы, требуют неоднократной явки к врачу и пр.

Чисто эмпирическим путем мною найдено другое очень дешевое и действительное средство. Средство это заключается в ежедневном обертывании ног