

В дополнение считаю не безинтересным привести два случая уродства весьма сходные с описанным.

В медицинском отчете по СПб. Родовспомогательному заведению за 1910—12 г. В. А. Столыпинский кратко описал случай самопроизвольной ампутации конечностей во время внутриутробной жизни плода амниотическими перетяжками (*bride de Simonart*). Ампутированными оказались: левое предплечье, приблизительно в середине, правое предплечье тогда же ниже локтевого сгиба; левое бедро на границе средней и нижней трети. На правой нижней конечности наблюдалась полная синдактилия. В этом случае были найдены тонкие плотные нити, очевидно амниотические тяжи. Другой случай доложен доктором Скворцовым в Обществе естествоиспытателей и врачей в Томске (6 декабря 1928 г.), где у доставленного 6-месячного ребенка была обнаружена врожденная ампутация всех 4-х конечностей. В каждой из верхних конечностей сохранилось плечо и часть предплечья, заканчивающаяся остроконечной культей. В нижних конечностях имеются бедра и части голени. Хотя докладчик и объясняет данное уродство отравлением плода хинином, учитывая, что мать на 6-м месяце беременности болела малярией и лечилась хинином, но мне кажется, что тератогенетический терминационный период был значительно раньше и возможно, что в данном случае также сыграла роль патология амниона.

Литература: 1) Fr. Ahlfeld—Die Missbildungen des Menschen 1 и 2 Abschnitt.—2) Зелькин С. П. Врач. газ., 1928 г., 208 стр.—3) Клионер И. Л. Вест. рентгенологии, 1927 г., т. I.—4) Николаев Н. М. Об изучении врожденных уродств—Изд. Охматмлада НКЗ. 1928 г., Серия I, вып. II—5) Мыш. В. М.—Юбилейный сборник. Томск, 1925 г.—6) Ошкадеров В. И. Труды Воронежского гос. унив. Том 4, 1927 г.—7) Остен-Сакен Э. Ю. О врожденной косолапости. Рукопись.—8) Simonart—Arch. de la méd. Belge. 1840 г.—9) Скворцов. Врач. газ. 1929, № 1.—10) Столыпинский В. А. Медотчет по СПб. родов. зав. за 1910—12 г.—11) Fürst. Arch. f. Gyn. Bd 2.—12) Förster. Die Missbildungen des Menschen. Atlas 1861 г.—13) Schwalbe. Die Morphologie der Missbildungen des Menschen und der Thiere.

Из Клиники нервн. бол. Каз. гос. университета. (Дир. проф. А. В. Фаворский)

Нервная система при эндемическом зобе и кретинизме¹⁾.

По материалам, собранным в эндемическом р-не Маробласти в 1928 г. специальной экспедицией.

Н. И. Федоров.

В ряде местностей земного шара (Альпы, Карпаты, Пиринеи, Скандинавия, Урал, Кавказ, Забайкалье, Туркестан, Гималаи, Сев. Америка и т. д.) встречается очаговая болезнь—эндемический зоб и связанный с ним кретинизм. У части населения этих районов появляется или общее разлитое увеличение щитовидной железы (диффузный зоб), или увеличение ее в виде узлов, исходящих из перешейка или боковых долей железы (узловатый зоб). Число узлов, их величина и форма различны. Консистенция узлов может быть мягкой, плотной, твердой и редко—каменной (обызвестившийся зоб).

Для отдельных местностей характерна определенная форма зоба. Во Франции, например, преобладает узловатый зоб (*Charles Donnet*),

¹⁾ Доложено в Казанском обществе невропатологов, апрель 1929 г.

а в С. А. С. Ш. и в Норвегии диффузный зуб встречается чаще, чем узловатый (De Quervain). Даже в одном эндемическом районе зуб имеет свои разновидности. Находят возрастные различия зубов: молодой возраст характеризуется большей частью диффузной формой, взрослые же чаще страдают узловатым зубом. Женщины обычно в большем числе захвачены зубатостью, чем мужчины того же района.

Страдает при эндемическом зубе и кретинизме и нервная система. Клинически со стороны нервной системы находят почти в половине случаев кретинизма повышенные сухожильных коленных рефлексов (Wilder). Но это повышение коленных рефлексов не относится к категории явлений, описанных Mc. Carrison'ом при так называемом нервном кретинизме (De Quervain). При этой форме эндемического зоба, которую De Quervain называет отклонением от классического типа, повидимому, имеется соединение кретинизма, тетании и Литлевской спастичности и болезнь основывается, по его мнению, на одновременном поражении щитовидной и паращитовидных желез. Случаи спастического паралича отмечали среди кретинов и русские авторы (Фирсов, Кашин). Двигательная одаренность у кретинов мала (H. Vogt). Общая чувствительность не обнаруживает отклонений от нормы.

Нарушение обмена веществ и телесной морфологии, сопутствующее эндемическому зубу и кретинизму, заставляет обратить внимание на средний мозг и базальные ганглии (Höffner). Эндемический зуб появляется на основе физико-химических особенностей окружающей среды; в связи с этими особенностями должна здесь играть большую роль нервная система, преимущественно вегетативная.

При гипертиреозе вегетативная нервная система находится в состоянии повышенной возбудимости, синдром же гипотиреоза характеризуется замедленностью и вялостью всех физических и психических функций, а также понижением возбудимости в. н. с., как симпатического, так и парасимпатического ее отделов (Zondek).

На нашем материале в эндемическом районе Маробласти наиболее ранние увеличения щ. ж. можно было наблюдать в 5—6-летнем возрасте. Врожденного зоба нам видеть не удалось. По формам зоба наш карточный материал распределяется так: не увеличена щ. ж.—60 случ., диффузная форма—120, узловая—150. По консистенции узловатую форму можно разбить поровну на фиброзную (хрящеватая консистенция) и паренхиматозно-коллоидную (плотноватая и эластическая).

Отдельные формы зубов, взятые по возрасту, дают такие показатели:

	До 16 л.	До 25 л.	До 40 л.	До 50 л.	Выше 50 л.
Диффузная ф.	76	24	16	4	—
Узловатая ф. (паренхим.-кол.)	12	19	23	19	2
Фиброзная ф.	—	2	9	14	50

т. е. диффузная, разлитая форма падает в большом проценте случаев на молодой возраст до 16 лет (63%), а узловатая с твердыми (фиброзными) образованиями на старческий (60%—у лиц свыше 50 лет). Щитовидная железа претерпевает цикл изменений от общей гиперплазии до фиброзного перерождения ее; скорость этой эволюции индивидуально различна.

Таблица показывает, что у одних индивидуумов имеется до конца жизни функциональная стойкость щ. ж. (щ. ж. не увеличена или нахо-

дятся в стадии легкой гние, плазии), у других уже в раннюю пору жизни мы наблюдаем узлы.

У детей с отягощенной зубной наследственностью рано начинают проявляться признаки общей задержки развития. Так, при обследовании 52 детей в дд. Ошутьялы. Озерки (поражены зубом) оказалось, что 22 из них начали ходить с 1 года, 13—с 2-х лет, 11—с 3-х лет, 3—с 4-х л. и 3—с 5-ти и выше. В контрольной же дер. Шелангер обследованные 20 детей все начали ходить до 2-летнего возраста.

Эти дети, поздно начинающие ходить, в большинстве случаев рахитики, нередко с явлениями спазмофилии. Так, на 28 детей д. Ошутьял (зубная) оказалось 8 рахит. и 8 спазмоф., тогда как в дер. Шелангер (контрольная)—по 1.

Эндемический зуб ведет к задержке формирования половых желез (яичников, testes) и вторичных половых признаков: в контрольной деревне у 20 мальчиков не найдено крипторхизма; в зубных деревнях (Н. Ошутьялы, Озерка) из 44 найдено у 12 в возрасте до 6—7 лет. Д-р Яхонтов (Каз. мед. ж., 1914, № 2) указывает частоту спорадического крипторхизма в 2,5 на 1000. При эндемическом зубе, по нашим наблюдениям, процент крипторхизма высок (27%).

У взрослых при выраженных явлениях гипотиреоза также встречали инфантильность половых органов. У женщин при эндемическом зубе время полового развития задерживается, о чем мы могли судить по времени появления menses, а именно:

Menses появились	с 15 л.	с 16 л.	с 17 л.	с 18 л.	с 19 л.	с 20 л. и в.
В контр. дер. (16 сл.)	2	2	8	3	1	—
В поражен. зубом (55 сл.)	4	8	16	18	7	2

Грудные железы обычно начинают формироваться в 13—15 лет. Из 50 женщин с эндемическим зубом лишь 20 имели нормально развитую грудь, а у 30 (т. е. в 60%) были грудные железы инфантильны или же атрофичны (у старых).

Задержка развития организма, зависящая от эндемического зуба, отражается и на нервной системе. Страдают как высшая нервная деятельность, так и анимальная, и вегетативная нервная система.

Всегда сопутствующие эндемическому зубу и кретинизму расстройства речи и слуха (поражение внутреннего уха) наблюдались и в нашем материале:

	Косноязычие и частичн. глухота	Полная глухонмота
В контрольной деревне (150 ч.) . . .	Нет	Нет
В зубных деревнях (190 ч.)	20	8

В виду того, что значительный % детей начинает поздно ходить, мы заинтересовались временем развития пирамидальных путей. Критерием служило наличие симптома Бабинского или нормального подошвенного рефлекса. В норме с. Бабинского пропадает в среднем к 2 годам. Мы взяли для исследования детей свыше 3-х лет, сознательно повышая на год средний возраст для с. Бабинского. В контрольной деревне у 15 детей свыше 3-х лет с. Бабинского не обнаружено. В деревне Н. Ошутьялы (зубная) из 44 детей у 10 (22,7%) с. Бабинского (или нетипичный подошвенный рефл.) наблюдался у детей до 5-6-7 летнего возраста. Среди кретинков у 4-х (13, 17, 40 и 50 лет) также наблюдался

с. Бабинского без каких-либо других признаков органического поражения нервной системы. Возможно, что здесь есть общее с той спастической „нервной формой“ кретинизма, которую наблюдал Mc. Carrison в Гималаях.

Сухожильные рефлексы (коленные и ахилловы) более, чем в половине случаев, оживлены или повышены как при эндемическом зобе, так и при эндемическом кретинизме. Кожные рефлексы нормальны. Часто наблюдалось ослабление плоточного рефлекса. В общей чувствительности изменений не отмечено.

Нами исследованы и вегетативные рефлексы при эндемическом зобе и кретинизме. Исследовались рефлексы Ашнера, эпигастрический, ортостатический и Эрбена и дермографическая реакция. Для выводов взяты случаи, которые исследовались в пригодной амбулаторной обстановке (отдельная комната) и в одно и то же время дня (по утрам).

Рефлексы	Щит. ж. не увелич.				Дифф. форма щ. ж.				
	Ach.	Sol.	Ort.	Erb.	Ach.	Sol.	Ort.	Erb.	
Повыш. реакц.	Число obsl.	3	—	21	10	8	5	25	20
	%	7,5	—	52,5	33	20	12,5	62,5	57,2
Полож. реакц.	Число obsl.	17	20,1 [*]	9	10	12	21,1 [*]	11	9
	%	42	5,50	22,5	33	30	30	27,5	25,7
Слабо-полож.	Число obsl.	18	20,1 [*]	10	8	20	21	4	6
	%	45	50	25	26,6	50	52,5	10	17,2
Отрицательн.	Число obsl.	2	—	—	2	—	1	—	—
	%	5	—	—	6,6	—	2,5	—	—
Узловатая (паренх.-колл.)					Узловатая фиброзная				
Повыш. реакц.	Число obsl.	2	1	17	11	2	3	9	7
	%	5	2,5	42,5	31,4	5	7,5	22,5	20
Полож. реакц.	Число obsl.	11	7	15	8	10	7	15	12
	%	27,5	17,5	37,5	22,8	25	17,5	37,5	34,3
Слабо-полож.	Число obsl.	23	22	5	12	20	15	9	11
	%	57,5	—	12,5	34,3	50	37,5	22,5	31,4
Отриц. реакц.	Число obsl.	4	10	3	4	8	15	7	5
	%	10	25	7,5	11,4	20	37,5	11,5	12,5

Примечание: *) обозначены инвертированные рефлексы.

При диффузной форме обращает на себя внимание значительный процент повышенного рефлекса Ашнера (20%) и отсутствие отрицательного рефлекса Ашнера. При узловатой форме увеличивается процент отрицательного рефлекса Ашнера и других при уменьшении процента повышенных и нормальных рефлексов.

Дермографическая реакция ведет себя так: (см. стр. 1308)

Дермографическая реакция как местная, так и спинно-мозговая следует той же тенденции—ослабляется при узловатой форме зоба (в особенности при фиброзной) и имеет усиление реакции при диффузной форме эндемического зоба (с 5% при нормальной щитовидной железе до 16% при диффузной форме).

		Местная реакция	Спинно-мозг. рефлекс	Местная реакция	Спинно-мозг. рефлекс
		Щит. жел. не увеличена		Диффузная ф. щит. ж.	
Повыш. реакц.	Число случ.	2	1	6	4,2
	%	5	2,5	16,6	16,6
Норм. реакция	Число случ.	30	34	22	22
	%	75	85	61,2	61,2
Слабая реакц.	Число случ.	8	5	8	8
	%	20	12,5	22,2	22,2
		Узловатая (паренх.-кол.)		Узловатая фиброзная	
Повыш. реакц.	Число случ.	1	3	1,2	2,2
	%	2,6	9,6	3,3	—
Норм. реакция	Число случ.	18	14	12	12
	%	54,8	45,1	40	38,7
Слабая реакц.	Число случ.	14	14	16	17
	%	42,4	45,1	53,4	54,8

Т. об., при диффузной форме зоба можно встретить большой процент положительных вегетативных рефлексов и нормальной дермографической реакции, а также повышенные рефлексы и дермографию (базедофицированный зоб); при узловой форме нарастает процент отрицательных рефлексов и слабой дермографической реакции.

При фиброзной форме, чаще встречающейся в пожилом возрасте, на общее понижение функции щитовидной железы влияет помимо зоба еще и старческая инволюция самой железы.

Рефлексы у кретинов.

	Ach.	Sol.	Ort.	Erb.
Повышенный	—	—	1	2
Нормальный	—	—	7	4
Слабый	13	12	6	5
Отрицательный	5	6	3	2
	18	18	17	13

Дермографическая реакция у кретинов.

	Местная	Спинно-мозг.
Повыш.	—	—
Норм.	3	2
Слабая	11	12
	14	14

Наибольший процент слабой и отрицательной реакции, парасимпатических рефлексов и дермографии наблюдается, как видно, у кретинов.

Подводя итог нашим наблюдениям можно сказать, что в эндемическом районе Маробласти, обследованном отрядом врачей в 1928 г., эндемический зоб встречается в видах: диффузного и узлового.

Влияние зоба на общее развитие организма сказывается в задержке роста, запаздывании начала menses, крипторхизме, задержке развития вторичных половых признаков, частой спазмофилии и рахите.

Общая задержка развития организма при зобе отражается и на нервной системе как анимальной, так и вегетативной: помимо глухоноты

и психической отсталости — наблюдается задержка развития пирамид, повышение сухожильных рефлексов: понижение вегетативных рефлексов и дермографии при узловой форме зоба и кретинизме.

Понижение функции щитовидной железы влияет в большой степени на понижение парасимпатических рефлексов (Ашнера, солярного), чем смешанных (Эрбена и ортостатического).

В главной массе случаев исследование дает картину гипотиреоза и лишь редко гипертиреоза (базедофикации).

Литература: 1) М. Ф. Кандаратский. «Признаки вымирания луговых черемис Каз. губ.». Дневник общ. врачей при Каз. у-те, 1889 г.—2) А. Ф. Аккопенко. Неврологический вестник, т. VI, 1898 г.—3) Лежнев. Диссертация «Зоб в России», 1904 г.—4) К. М. Яхонтов. Каз. мед. журнал, 1914, № 2.—5) Аронович Г. Д. «Об аномалиях опускания яичек у умственно отсталых». Сборник «Научная медицина», 1922 г.—6) Н. Vogt. «Der Kretinismus» u. Hans Eisinger «Das Mixödem» (Handbuch der Neurologie. Levandowski).—7) Оппель. «Клиника изменений эпителиальных желез».—8) Zondek. «Krankheiten der endokrinen Drüsen», 1924 г.—9) Винсент. «Внутренняя секреция», 1928 г.—10) Berichte über die internationale Kropfkongferenz in Bern 24—30 August, 1927 г.—11) Алфеев. «Материал к клинике Карачаевского зоба» (Материал к изучению зоботости в Карачае). Ростов на Дону, 1929 г.

Из ортопед. клин. Гос. ин-та для усов. врачей им В. И. Ленина в Казани (Дир. проф. М. О. Фридланд) и Центрального дома физич. культуры Татаркомздрава (Зав. д-р Н. Л. Герасимова).

О колебании свода стопы под влиянием маршировки у красноармейцев.

Н. Н. Кочев.

Вопрос о функциональной способности стоп в связи с действующими в них силами упругости неоднократно освещался в ортопедической литературе и докладывался на конференциях казанских ортопедов, которые уделили этой теме особенное внимание. Проф. Фридланд в своей статье „Колебание высоты свода стопы под влиянием различных моментов“ (Ортопедия и травматология, кн. 2—3, 1927 г.) делает сводку работ по этому вопросу. Эти работы дают возможность установить не только конечный результат влияния различных условий труда и отдыха на высоту свода стопы, но и уловить также детали этого влияния в течение самого процесса патологического воздействия. Таким образом, выяснена динамика плоскостопия у работников типографского труда (Герасимова, Кочев¹⁾), динамика колебаний свода стопы в течение одного рабочего дня у рабочих, служащих и учащихся (Киптенко, Августинов и Алексеева-Козьмина²⁾). В моей работе: „Влияние лыжного пробега на высоту свода стопы“ (Теория и практика физической культуры, 1927, № 6) выяснено колебание свода стопы после острой нагрузки и ночного отдыха.

На основании указанных работ выясняются следующие положения: а) стопа с ее связочно-мышечным аппаратом имеет определенную потенциальную энергию, которая расходуется по мере надобности в течение трудового дня; б) функциональная приспособляемость стопы зависит как

¹⁾ Казан. мед. журн., № 9, 1927.

²⁾ Ортоп. и травматология, 1927.