

СЛУЧАЙ POLIOMYELITIS ANTERIOR SUBACUTA ADULTORUM
(ИЗЪ ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ПРОФ
А. Х. КУЗНЕЦОВА).

Polioomyelitis anterior subacuta adultorum, описанная Дженкинсом сначала в 1846 г., и потом в 1858 г., встречается до сих пор часто во взрослой практике.

В последние годы некоторые наблюдатели, как-то: Eisenlehr, Eisehert (из 1879—90 г.) и особенно Leyden (1880), на основании клинических и анатомических тщательно исследованных случаев, считали, что это заболевание, что много случаев, описанных под именем «polymyelitis anterior subletum», суть нечто иное, как заболевание периферических нервов—так называемая neuritis multiplex. На 3-м конгрессе германских врачей в Берлине в 1884 г., по поводу Leyden's, вопрос о polymyelitis anterior и neuritis multiplex был предметом дискуссий. Но не все раздвинули мнение Leyden's. Так, Эрб считает polymyelitis subacuta синонимом самостоятельную болезнь спинного мозга; Штрюммер говорит, что хотя «большинство случаев часто представлялось симбиотиче с хроническим воспалением, но не в клиническом отношении она была характерна». *)

Руководителям тактике действий, я считаю, не следует без колебаний представлять краткое описание одного отчета обо всем произошедшем случае „*Reinfectio anterior subcuta adulterum*“, в котором, разумеется, даже можно было указать наперёдвещенную причину заболевания.

Случай этого прихода был зафиксирован в сентябре 1885 г. в Александровской больнице, в Терапевтическом Отделении проф. А. X. Кузнецова.

Большая Олениха Давыдов, 41-го года от роду, алтарнаго званія профессора, поступилъ въ Александровскую больницу еще 20-го июля 1886 г.

*). *Историческое*. Рязань, изд. 2-е, 1895 г., стр. 227 и 228.

Из разрастания большой мышечной группы:

развился ее укороченный, когда ей было около 5-ти лет. Близость атрофии — атрофия.

Прежде она не была мышечная сколько-нибудь значительная и продолжительная болячка, исключая того, что на 3-м году жизни перенесла корь, а затем, через пять лет — ветру.

С 10-го по 16-е июля 1885 г. Давно спала из крика боли в ногах, и ей сильно давало по спине.

Утром она почувствовала общее недомогание и дискордированное состояние со всеми мышечными болями; через день боли этого — чувство онемения, боли в спине, ногах и в руках. (Боли постоянные.)

Вечером за этот же вечер 4-го дня она потеряла способность производить никакие движения никаким образом.

Большая роста выше среднего, среднего телосложения. Костная система неправильностей не представляет. Подкожная клетчатка развита умеренно.

Покровы тела бледны, слизистые оболочки также бледны и несколько красноваты.

Восприимчивость большой очень умеренная.

Легкие при перкусии не дают никаких тонов.

Аускультация легких не дает ничего интересного. Границы сердца нормальные; толчок сердца в 3-м межреберье промежуточный, слабо выраженный; тоны сердца чистые и правильного ритма. Перкусия печени и селезенки не дает увеличения от нормы.

Область живота нормальная.

При дальнейшем исследовании обнаружены были следующие вещи: слабость неподвижность нижних конечностей, значительная их атрофия. Атрофия мышц выражена разнообразно на обеих нижних конечностях, так что нельзя сказать, чтобы одна нога была поражена в более значительной степени, чем другая. Но движений сохранились только легкое движение калками правой ноги. Конечности холодные, слегка цианотичны. Мышцы дряблы и сильно атрофированы, так что при окулировании представляются из под тонких сухожилий, лежащих под кожей, которые, разрываясь под ними, имеют беловатый складчатый вид.

Больная не может выдержать ноги: они согнуты в коленных суставах, и нагибание конечностей из вынужденно прямой

положении большой силы. При окулировании атрофированные мышцы весьма чувствительны к давлению. Особенно замечается болезненность в икроножных мышцах. Эта болезненность не замечается ни в косях, так как, при поднятии ноги в складку и сдвигивании ее между пальцами, болевая, кроме обыкновенного чувства сдавливания, усиленной болезненности не ощущается; ни на запрокидывание головы, так как, имитируя ее возможность, вертеть в крайние положения, также не возникает чувство боли.

Пальцы кисти нормально; подкожная клетчатка нежного атрофирована.

На обеих стопах, больше на правой, при сильном давлении — ощущение боли (гиперестезия).

Существенные и резкие рефлексы в нижних конечностях: коленно-сгибательный, рефлекс tend. Achillis, пердоле-ударный Гоуарса и пателлярный — вообще отсутствуют.

Временные рефлексы незначительны; точно также понижены рефлексы гол. Eristagist и кожные.

Фарадический ток, при употреблении его на нижних конечностях в одну выносимой силой, не дает никакого эффекта.

Исследование на гальванический ток дал следующие данные: гальваническая возбудимость в норме на обеих конечностях утрачена; гальваническая возбудимость мышц представляет характерные количественные и качественные изменения: во всех случаях сокращение при замыкании на An > Кат; самым сокращением ходовым, норм., продолжительным.

Одним словом получается так называемая реакция перерождения. Минимум силы тока, достаточного для реакции, — 14 ампер. баттерей Stiehr's.

Считая незначительными кривую и некоторые данные, полученные при исследовании с 1-го по А. Н. Масловский.

Исследование на мышцы.

Абдог. муск.

Прав. муск.

При 20 ам.

1) Musc. gastrocnemius internus.

Зам. Ка — сокращ. слабое. Зам. Ка — сокр. слабое.

Зам. Ап — сокращ. сильное. Зам. Ап — сокр. сильное.

При 22 элемент. сильно выражено.

2) *M. gastrocnemius externus*.

Зам. Ка—легкое сокращ. Зам. Ка—слабое сокр.

Зам. Ап—сильное сокращ. Зам. Ап—сильное сокр.

При 24 элем. сильно выражено.

3) *M. extensor digiti communis longus*.

Зам. Ка—слабое сокр. Зам. Ка—слабое сокращ.

Зам. Ап—сок. нежного силе Зам. Ап—более сильное сокр.

При 24 элем.

4) *M. peroneus brevis*.

Зам. Ка—легкое сокр. Зам. Ка—слабое сокращ.

Зам. Ап—сок. сильное. — Ап—сок. жёст. сильное.

5) *M. flexor hallucis longus*.

Зам. Ка—легкое сокр. Зам. Ка—сок. почти одинак.

— Ап нежного силе. — Ап

При 25 элем.

6) *M. tibialis anticus*.

Зам. Ка—слаб. сокр. Зам. Ка—сокращ.

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

— Ап—сок. сильное. — Ап—сок. более сильное и

5) *M. biceps femoris (caput longum)*. (25 эл.)

Зам. Ка — сокращ. ибт.

Зам. Ап — сокращ. ибт.

6) *M. biceps femoris (caput breve)*. (24 эл.)

Зам. Ка — сокращ. ибт.

Зам. Ап — сокращ. ибт.

7) *M. adductor magnus*. (24 эл.)

Зам. Ка — сокращ. ибт.

Зам. Ап — сокращ. ибт.

Исследование на нервы.

Левая нога.

Правая нога.

1) *N. ischiadicus* (24 эл.) (22 эл.) *N. ischiadicus* (22, 24, 26 эл.)

Сокращ. ибт. Сокращ. ибт.

2) *N. tibialis* (22, 24 эл.) *N. tibialis* (22, 24, 26 эл.)

Сокращ. ибт. Сокращ. ибт.

3) *N. peroneus* (22, 26 эл.) *N. peroneus* (26 эл.)

Сокращ. ибт. Сокращ. ибт.

На пораженных конечностях мышечная чувствительность не снижается: проводимость болевых ощущений нормальная, ощущения ибта и температуры сохранены; мышечное чувство—также.

Кроме того, болярно болезненность была в области поясницы; на протяжении от стопы до колена и, в нижней степени, от колена до тазобедренного сочленения она ощущалась чувством холода и резкого жжения. Потенциальные на кожных уменьшены, выявлять толзания боли, во не часто и споро проходить. Чувство касания до туловища, верхних конечностей и головы, то дельта, тельные и туповесия ощущения здесь совершенно нормальные.

Питание не нарушено: существуют постоянные запоры, в болярно ибтеть стул только изредка ибтеть слабительных. Половые органы—без изменений. Видение ноги преисходить нормально. Моча—темно-бурого цвета, очень кислая и содержит осадок мочо-кислоты солей; била—ибт., реакция кислая; удельный втс—1022. Суточный количество мочи от 200—350 г. в. Ибтс била—118 фунтов. Анализ ибтс и соки флюктуаторными. Рвот., кашель и прочие ибтисическая сфера не представляет ничего ибтисического. Температура била ибтисично понижена, держится около 37,5 °. Пульс от 68—84, от довольно ибтисич ибтисич.

Рассматривая историю бабьяна, мы видим, что выходящими признаками является явный паралитический исход множественности с сильно выраженной атрофией ахилл мышца (*paraplegia babilais cum atrophis*); при этом реакция перерождения мотоней выражена, отсутствие ахилл рефлексов, сохранение чувствительности. Оба конечности поражены почти одинаково; только движения пальцами правой ноги несколько сохранены.

Ся этими основаниями мы можем заключить, что имеем перед собою заболевание спинного мозга, а именно нижнего его отдела—конечной части.

О локализации церебрального происхождения не может быть и речи, потому что отсутствуют признаки поражения головного мозга и мозговых нервов. Ранний образцов, можно считать *myelitis transverse* и *myelitis descendens*, так как здесь есть поражения чувствительности, возникшая рефлекторно, поражения мотоней пушира и прямой кишки. Из состоящих поражений спинного мозга можно бы возмущать в *segmentis lateralis anastrophica*, особенно потому, что существуют слабо-выраженные контратуры из возникших сокращения. Но *segmentis anastrophica* характеризуется медленным и постепенным развитием паралитическим, развитием сильно выраженными контратурами, пониженными рефлексами, сохранением фарадической и гальванической необходимости. В наше подходить в далеком случае атрофия *muscularis progressiva*. Но при последней атрофия развивается медленно и никогда не достигает из такое короткое время столь значительной степени; она также сопровождается необходимостью электротической усиливается постепенно и уменьшается совершенно только при полной атрофии; длительные нервы не атрофируются, а только миним.

Остается еще одна бабьянская болезнь, по своим признакам очень сходная с *polioarthritis* и, по мнению Leyden's часто описанная, как *polioarthritis*; это—*polioarthritis s. neuritis myelitis*—множественный парез. Она известна еще не вполне достаточно и не очень давно подпадает в свою принадлежность, из области невропатологии, именно—когда Leyden в 1880 г. опубликовал в *Charité Annalen* случай, который под его наблюдением, где при вскрытии не спинного мозга не найдено было никаких изменений, а напротив замечались изменения в нервах.

Характерная черта этого заболевания состоит в том, что, при сближенной функции периферических нервов, поражаются чувствительность, питание и движение в областях: различных нервных стволов. Три указанных категории расстройств далеко не всегда выражены в одинаковой степени: в области одного нервного ствола могут преобладать явления множественной атрофии, в области другого—явления паралитича, в третьем,—различные расстройства чувствительности. Последние расстройства выражаются в тех же различных болях, как другого характера, часто очень сильных, возникающих или периодически; они идут по направлению нервов, и на концах конечностей—всего сильнее и обширнее. Кроме конечностей боли затрагиваются на туловище, в пояснице.

Кроме того присоединяются в болях различного рода гиперестезии, бабьянность мышц и кожи, так что малейший прикосновение сильно ощущается больным. Рефлексы иногда сохраняются, иногда отсутствуют. Электротическая необходимость мышц и нервов представляется различными степенями понижения, от легкого ослабления до полной потери. Реакция перерождения развивается относительно нечасто. Случай, где она выражена резко, составляет редкость. Состоявшаяся характерные признаки множественного характера с подобными нами случаем, мы находим, что такая множественная картина значительно отличается от полиневрита.

У нас известный локальный процесс очень мало похож из значительного распространению; невропатологическому выражению; потому мы взяли историю фарадической необходимости для мышц и нервов, и всю выраженную реакцию перерождения для мышц, множественную атрофию нервно-мозговых клеток; отсутствие расстройств чувствительности, незначительные расстройства отправления прямой кишки, отсутствие трофических изменений кожи и т. д. Все это указывает на заболевание неопределенного отдела в спинном мозгу, с поражением которого связаны расстройства двигательной способности, питания и движения двигательной необходимости нервов и мышц; при котором на мышечных атрофиях спинно-мозговой оси поражаются исключительно периферия рогового вещества, где, как известно, заложены боковые двигательные ядра, которые составляют трофический центр двигательных нервов и мышц и состоят из непосредственной связи с двигательными корешками.

и иногда — патологическое вудимическое нервы

Одним словом, в настоящем случае анатомическая картина настолько типична и настолько согласится с описаниями ее у Эрба, что мы, не колеблясь, можем назвать ее—рейнкюпфийской ангиной. Незначительная расстройства чувствительности языка; ощущение боли в стопах, при не сильном давлении (гидростетезия), боли в суставах и пояснице несколько не противоречат, так как и Эрб упоминает о незначительных расстройствах чувствительности.

Причина болезни также ясна: действие тока холодного воздуха во время пребывания часов на поясничную область.

Хотя болезнь развивалась очень быстро (въ течение нескольких дней—по словам больного), но мы стали наблюдать ее уже во время острого периода и потому не можем права назвать ее острой, а только подострой или даже хронической. Подобное острое начало хронической рейнкюпфийской ангины наблюдается не редко; так Эрб сообщает о развитии ее въ течение нескольких дней или недель.

Что же касается до лечения, то так как больная поступила въ больницу послѣ острого самостоятельного приступа, то не было показаний къ употреблению противоаналгических средств.

Намъ нужно было направить нашу терапію на лечение послѣдовательнаго состоянія: паралича, атрофіи мышц и т. д.

Главнѣйшія средства противъ паралича и атрофіи мышц служатъ въ данномъ случаѣ постоянный токъ.

Фармацѣвическій токъ, по Визгоусу и Эрбу, годенъ преимущественно только для мышц, которые реагируютъ на это раздраженіе. Тѣ же органы, которые составляютъ постоянное, непрерывное движение независимо отъ фармацѣвическаго тока.

Потому больной производился постоянное леченіе гальваническими и фармацѣвическимъ токомъ.

Ежедневно она имѣла такую ванну—въ 35° Ц., послѣ которой получала субъективное облегченіе. Рекомендуютъ различныя ванны: раскисленныя, термны, животныя жиры, ванны изъ сосновыхъ вѣтвей и т. д.

Эрбъ считаетъ богатыя газомъ раскисленныя термы, а также—леченіе холодной водой. Некоторые авторы рекомендуютъ назначать ferrum jodatum, argent. nitricum; дабы, arguing въ пользу доказъ, чтобы вызвать сокращеніе кровеносныхъ сосудовъ пораженной части; также—съ той же цѣлью рекомендуютъ бел-

ладонку, которую особенно хвалятъ Broggi-Seguard. По Эрбу, useful ferr. jodat. и argent. nitric. сомнительно.

Ноне и Sukker считаютъ строжайше безвредными и при нарушении, и при внутреннемъ употребленіи. Никтоимъ же держится противнаго мнѣнія.

Больная пребывала уже около 4-хъ недѣль въ больницѣ. Замѣтно сравнительно ничтожное улучшеніе: боли въ суставахъ, безсонный болѣзнь, истощеніе; боли въ области живота кумыра даже и при глубокомъ давленіи не захватываютъ.

Функция прямой кишки только нѣсколько ослаблена, да и это зависитъ, повидимому, скорѣе отъ отсутствія мотильности. Вѣсъ больной теперь только около 115 фунт. Нужно помнить, что давняя болѣзнь, при самомъ энергичномъ леченіи, можетъ тянуться много мѣсяцевъ и даже годовъ.

Нѣкоторый успехъ получается въ болѣе части случаевъ (Эрбъ).

А. А. Баргманъ.

Харьковъ.
10 Января 1906 г.