

Из клиники нервных болезней Свердл. гос. мед. института (завед. кафедрой проф. Н. Е. Осокин).

Экстензия большого пальца руки — новый пирамидный рефлекс.

В. А. Бахтияров.

После опубликования Бабинским патологического рефлекса, ряд авторов (Оппенгейм, Мендель-Бехтерев, Корнилов-Жуковский, Россолимо и др.) описал пирамидные знаки на нижних конечностях при различных патологических состояниях нервной системы; многие из них вошли в неврологический план исследования больного и являются очень ценными симптомами в дифференциальной диагностике.

При исследовании больных нужно не только искать патологические рефлексy на нижних конечностях, но необходимо обращать внимание и на верхние, где мы нередко можем получить различные феномены, указывающие на выпадение пирамид, имеющие несомненное значение в диагностике неврологических заболеваний. Многие авторы описали подобные рефлексy на руках; к их числу относятся: Лери, Майера, Тренера (аналог рефлекса Россолимо на стопе), Гоффмана, Клиппель-Вейля, Вартенберга, Бехтерева (аналог рефлекса Мендель-Бехтерева на стопе), Янишевского, Маринеско-Радовичи, Дембовского, Гирлиха, Сук, Штрюмпеля.

Многими из этих ручных рефлексов мы пользуемся в своей клинической работе. Кроме этих рефлексов, я могу предложить новый, насколько мне известно никем до настоящего времени в литературе не описанный. В порядке клинической работы при исследовании ручных рефлексов в некоторых случаях органических заболеваний нервной системы я встретился с своеобразным явлением на руке, а именно — с экстензией большого пальца на большой конечности.

Рефлекс получается следующим приемом: исследующий одной рукой легко держит руку больного, которая должна быть совершенно свободной, большим и указательным пальцем другой руки проводит с легким надавливанием, начиная от верхней трети предплечья, по протяжении лучевой кости сверху вниз. Предлагаемый мною рефлекс как по технике вызывания, так и по своему механизму вполне аналогичен рефлексу, описанному Оппенгеймом на ноге. В норме при исследовании моего рефлекса происходит сгибание концевой фаланги большого пальца руки, а в патологических случаях (при поражении пирамид) — экстензия большого пальца больной руки, а в некоторых случаях и легкая абдукция большого пальца может дать указания на заболевание пирамид.

Рефлекс этот был проведен на материале более 200 чел. с разнообразными формами заболевания. Он проверялся также у практически здоровых людей; в последнем случае рефлекс получался всегда отрицательный. У лиц с истерическими, неврастеническими реакциями, с базедовой болезнью, с периферическим заболеванием нервной системы и заболеванием позвоночника (невралгии плечевого сплетения, радикулиты, ишиасы, спондилоартриты) описываемый рефлекс был отрицательный, т. е. получалась флексия концевой фаланги большого пальца.

Кроме того, указанный рефлекс проверялся у целого ряда больных со следующими органическими заболеваниями центральной нервной системы: гемиплегия, вследствие сосудистого расстройства головного мозга (геморагия, тромбоз, эмболия), джексоновская эпилепсия, энцефалит, амиотрофический боковой склероз, люетическая амиотрофия, субарахноидальное кровоизлияние, поясничный менинго-радикулит, миелит, спинная сухотка, цереброспинальный сифилис, рассеянный склероз. В случаях гемиплегий, гемипарезов (10 сл.) сосудистого происхождения при наличии пирамидных знаков на нижних конечностях, на парализованной руке получалась экстензия большого пальца; при джексоновской эпилепсии, амиотрофическом боковом склерозе, люетической амиотрофии, энцефалите с гиперкинезом руки описываемый рефлекс был налично.

Из имеющихся в моем распоряжении историй болезни, некоторые приведу очень кратко.

1. Больной С., 73 л., левосторонняя гемиплегия после инсульта; на левой ноге пирамидные знаки; ручной рефлекс проверялся через 3 недели после инсульта, исследование дало—отведение большого пальца левой руки, справа—сгибание большого пальца.

2. Больной К., 56 лет, левосторонняя гемиплегия после инсульта; на левой ноге патологические рефлексы; исследование ручных рефлексов производилось через 3 недели после начала заболевания. На левой руке—экстензия и абдукция большого пальца, а справа флексия того же пальца.

3. Больная Л., 44 г., правосторонняя гемиплегия с афазией люетической этиологии; гипертония правых конечностей, справа Бабинский, Оппенгейм; на правой руке разгибание большого пальца, на левой—сгибание (исследование производилось через 4 месяца после начала заболевания).

4. Больная С., 35 л., правосторонняя гемиплегия с афазией после эмболии (комбинированный порок сердца); на правой ноге пирамидные знаки, на руках—справа легкая экстензия и абдукция большого пальца, слева—нормальная реакция, т. е. сгибание пальца. Исследование ручных рефлексов проведено на 10-й день заболевания.

5. Больной Д., 69 л., левосторонний гемипарез после инсульта, на другой день исследование рефлекса—слева легкая экстензия и абдукция большого пальца, справа—сгибание; на левой ноге пирамидные знаки.

6. Больной Д., 47 л., правосторонний гемипарез с афазией, положение Вернике-Манн, гипертония правых конечностей, сгибательная контрактура пальцев правой руки, клонус правой кисти, на правой ноге патологические рефлексы; при исследовании рефлекса с большого пальца больной руки получить не удастся, на здоровой руке—сгибание большого пальца. Исследование ручных рефлексов производилось через 3 года после инсульта.

7. Больной Т., 53 л., амиотрофический боковой склероз, болен более 10 лет, резкая ригидность всех конечностей, на нижних—пирамидные знаки, на руках—экстензия большого пальца, сильнее выражена слева, а справа одновременно с экстензией большого пальца происходит разгибание остальных пальцев руки.

8. Больной С., 37 л., энцефалит с гиперкинезом правой руки, болен 6 мес., справа Бабинский, Оппенгейм, тибно-маллеоплантарная триада проф. Осокина, на руках—разгибание и отведение большого пальца, особенно этот рефлекс выражен справа.

9. Больной С., 50 л. левосторонний гемипарез (тромбоз), давность заболевания 4 мес., на левой нижней конечности—патологические рефлексы, на левой руке разгибание и отведение большого пальца, справа нормальный рефлекс (сгибание пальца).

Мог бы привести еще целый ряд случаев, где также отмечался описываемый мною рефлекс. Из приведенных историй болезни видно, что данный рефлекс удастся получить в свежих случаях гемиплегий, а в хронических (сл. 6), очевидно, вследствие высокой мышечной гипертонии, а

главным образом, контрактуры пальцев, получить не представляется возможным.

На основании моих немногочисленных наблюдений можно заключить о наличии патологического рефлекса (экстензия большого пальца) не только при поражении пирамид, но и при экстрапирамидных заболеваниях. Конечно, требуются дальнейшие наблюдения в исследовании этого рефлекса на более значительном материале, чтобы окончательно решить вопрос о значении его для топической диагностики.

Что касается рефлекторной дуги при этом новом ручном рефлексе, то можно высказать предположение, что она идет не только к шейным сегментам (С 6—8), но и до коры.

Верхние конечности так же как и нижние, в порядке эволюции совершенствовались свою функцию и биологически приспособлялись к новым условиям жизни. При патологических же процессах в центральной нервной системе с выключением филогенетически новых аппаратов освобождаются старые с проявлением разнообразных автоматических механизмов. Может быть этим можно объяснить получение патологических рефлексов на верхних конечностях при органических заболеваниях нервной системы.

Из Васьегонской хирургической больницы (зав. больницей д-р И. А. Костромов).

Сернокислая магнезия как обезболивающее средство при выскабливаниях матки.

И. А. Костромов.

Количество производимых абортс стало заметно уменьшаться. Однако эта операция по ряду показаний все еще останется очень распространенной в лечебных учреждениях. Отсюда мы считаем небезынтересным поделиться нашими опытами и наблюдениями по обезболиванию процесса выскабливания матки.

Способов обезболить выскабливание—много. Из всех испробованных нами способов обезболить выскабливание матки нас удовлетворил больше всего метод инфильтрации толщи шейки матки (O. Heinrich). По нашему наблюдению, этот метод прост, безопасен, выполняется быстро. Обезболивание при этом наступает всегда полное, никаких дополнительных впрыскиваний в параметральную клетчатку не требуется и, наконец, сразу же после впрыскивания новокаина можно приступить к расширению шейки матки. Производим мы его так: обнаженная зеркалами влагалищная часть шейки матки слегка подтягивается щипцами к выходу и два—три раза обмывается спиртом. В верхнюю и нижнюю губу шейки 5—6 уколами тонкой иглы вводится небольшое количество новокаина (аналогично новокаиновым кожным желвакам). После этого длинной иглой, до глубины 5—6—8 см из точек первых уколов вводится большое количество новокаина. Направление иглы мы держим ближе к поверхности шейки. Инъекция новокаина происходит во время движения иглы. Всего мы расходует новокаина (1½% раствора) с адреналином 100,0—120,0 с таким расчетом, чтобы раствор инфильтрировал толщу шейки матки кругом. Обезболивание наступает настолько полное, расширение шейки идет так